

Zwischenbericht

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 16.01.2019

aktualisiert am 08.03.2021

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹, Dr. rer. medic. Stefanie **March**, M.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**¹, Dipl.-Soz. Katrin **Arnold**¹, Franziska **Claus**, M.Sc.², Dipl-Phys. Martin **Seifert**¹, Dipl.-Math. Nils **Kossack**², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise **Küster**, M.P.H.¹, PD Dr. rer. biol. hum. Enno **Swart**³, Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.⁴, Prof. Dr. med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

³ Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: 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.....	21
2. Hintergrund.....	30
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	30
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten.....	30
5. Methoden	30
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	31
6.1 Patientenmatching	32
7. Darstellung Modellvorhaben Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH	35
8. Ergebnisse: Effektivität	36
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	37
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	46
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	48
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	64
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	81
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	111
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	113
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten	120
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	131
8.2.8 Komorbidität	135
8.2.9 Mortalität.....	139
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	144
8.2.11 Leitlinienadhärenz	154
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	163
9.1 Patientenmix	163
9.2 Leistungserbringung	168
10. Ergebnisse: Kosten	173
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	173
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	178
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	181
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	184

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 187	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	190
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung	193
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	196
11.	Ergebnisse: Effizienz	199
12.	Diskussion	202
12.1	Hauptergebnisse.....	202
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	208
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	212
13.	Literatur	214
14.	Anhang.....	215
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	215
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	245
14.3	Ergebnisse Modellierung	265
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)	309
14.5	Ergebnisse Kosten.....	310
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	310
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	314
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	317
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	323
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	328
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive).....	329
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	330

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 relative 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 relative 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 relative 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.

Hinweis zur Navigation im PDF-Dokument:

Im vorliegenden Bericht sind in der PDF-Version Lesezeichen und interne Verlinkungen eingebettet. Lesezeichen ermöglichen ein strukturiertes Lesen und Wechseln zwischen den Kapiteln des Berichts (z.B. „Blättern“ zu Kapitel 8.2.1) über eine angezeigte Auflistung der Lesezeichen. Interne Verlinkungen erlauben das „Springen“ auf verwiesene Seiten (z.B. Seite 59 ff., Tabelle 4, Abbildung 81) durch Anklicken des Verweises im Dokument.

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	52
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	60
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.	68
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	78
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	96
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	107
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	111
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	111
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	116
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	118
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	123
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	129
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	131
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	136
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	138
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	140
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	142
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	147
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	152
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	154
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	161
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	163
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	164
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	167
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	176
Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	180
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	181
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	183
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	184
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	186
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)	187
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)	188
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	189
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	192
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakerversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	193
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakerversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	194

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	195
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	196
Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	197
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Re-ferenzfall im dritten Modelljahr	198
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	200
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	245
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	249
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	252
Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	255
Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	257
Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	258
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	259
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	260
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität	261
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	262
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	263
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	328

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	33
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken	33
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	34
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle.....	37
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle.....	40
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	49
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	59
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	65
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	77
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	82
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	103
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	111
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	111
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	114
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	118
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	121
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	128
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	131
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	132
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	135
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	137
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	139
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	142
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	145
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	151
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	155
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	156
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	157
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	160
Tabelle 4: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	163
Tabelle 5: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	164
Tabelle 6: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG).....	166
Tabelle 7: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	168
Tabelle 8: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	169
Tabelle 9: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	169

Tabelle 10: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Tabelle 11: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Tabelle 12: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Tabelle 13: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Tabelle 14: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	172
Tabelle 15: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Tabelle 16: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Tabelle 17: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
Tabelle 18: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	177
Tabelle 19: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Tabelle 20: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Tabelle 21: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	180
Tabelle 22: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	181
Tabelle 23: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Tabelle 24: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	183
Tabelle 25: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	184
Tabelle 26: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	185
Tabelle 27: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	186
Tabelle 28: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	187

Tabelle 29: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Tabelle 30: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	189
Tabelle 31: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	190
Tabelle 32: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	191
Tabelle 33: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	192
Tabelle 34: Kosten der Psychopharmakerversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	193
Tabelle 35: Kosten der Psychopharmakerversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	194
Tabelle 36: Kosten der Psychopharmakerversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	195
Tabelle 37: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	196
Tabelle 38: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	197
Tabelle 39: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	198
Tabelle 40: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	199
Tabelle 41: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	199
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	215
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	217
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	219
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	228
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	234
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	235
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	237
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	239
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	241
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	242
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	243
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	266
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	268

Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	270
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	272
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	273
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	275
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	277
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	279
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	280
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	281
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	283
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	284
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	285
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	286
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	287
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	288
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	289
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	291
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	292
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	294
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	297
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	299
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	300
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	301
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	302
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	303
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305

Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	306
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	308
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	309
Tabelle 42: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 43: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 44: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 45: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 46: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 47: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 48: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 49: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 50: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 51: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 52: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 53: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 54: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 55: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 56: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	314
Tabelle 57: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	314
Tabelle 58: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	314
Tabelle 59: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	315
Tabelle 60: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	315
Tabelle 61: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	315
Tabelle 62: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	316

Tabelle 63: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 64: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	317
Tabelle 66: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 68: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	318
Tabelle 69: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 70: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 63: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	319
Tabelle 64: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 65: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 66: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	320
Tabelle 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 68: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 69: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	321
Tabelle 70: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	322
Tabelle 71: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 72: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 73: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	323
Tabelle 75: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 76: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 77: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	324
Tabelle 71: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325

Tabelle 72: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 73: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 74: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	326
Tabelle 75: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	326
Tabelle 76: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	326
Tabelle 77: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	327
Tabelle 78: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	328
Tabelle 79: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr	329
Tabelle 80: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	329
Tabelle 81: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	329
Tabelle 82: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	329
Tabelle 83: Anzahl HT-Patienten, HT-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	330
Tabelle 84: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330
Tabelle 85: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	330

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 kosteneffektiveren 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 Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu drei Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet (bzw. bis zu 2 Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter ≥ 18 Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagno-

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für die Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §136 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, Patientenkielentel 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 Zielparmeter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparmeter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhaushopping, 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 Modelljah-

re sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

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

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

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

Ergebnisse

Die Studienpopulation für die Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.855 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele

Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium *kumulative stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 48 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Wert im Jahr vor Modelleinschluss (Prä-Wert), Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Die Höhe des Peaks unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten patientenindividuellen Jahr. Der Peak war in der IG mit 7,6 vollstationären Tagen deutlich geringer als in der KG mit 22,5 vollstationären Tagen (Seite 49 ff.). Auch bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG. Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekanntem Patienten vergleichbar, jedoch hatte die IG eine höhere Anzahl an teilstationären Behandlungstagen im Vergleich zu KG (Seite 49 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine deutlich geringere Steigung der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zu KG. Bei den teilstationären Tagen verlief der Anstieg der Behandlungstage fast parallel (Seite 59 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 14 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Seite 121 ff.). Bei den linikbekanntem Patienten waren die Verläufe nahezu identisch. Zwischen den Gruppen gab es keine relevanten Unterschiede (Seite 121 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen nahezu parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG weniger stark an als in der KG (Seite 128 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 64 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen fast identische Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der *PIA* aufgrund Indexdiagnose. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt aller Patienten ca. 1,8 Kontakte unter dem Niveau der KG (Seite 65 ff.). Bei den linikbe-

kannten Patienten war die durchschnittliche Anzahl Kontakte in der PIA bei der IG geringer als in der KG. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein fast identische Muster über die Zeit zwischen IG und KG mit fast gleichem Niveau (Seite 65 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich sowohl bei der IG als auch bei der KG erwartungsgemäß ein Anstieg der Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei der Anstieg der Inanspruchnahme in der IG größer als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich fast parallel zwischen IG und KG (Seite 77 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 81 ff.) zeigten sich sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich auch keine wesentlichen Unterschiede zwischen IG und KG.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 131 ff.) war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 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 niedriger als in der KG.

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen, als ein Marker einer leitlinien-nahen Behandlung, war in der IG geringer als in der KG (Seite 157). Für die anderen Teilparameter zur Einschätzung einer leitlinien-nahen Behandlung war aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussage möglich.

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 113 ff.), *Komorbidität* (Seite 135 ff.), *Mortalität* (Seite 139 ff.), *Progressionsrate* (Seite 144 ff.) und weiteren Untersuchungen zur *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 154 ff.) zeigten sich 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

Bezogen auf die *gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten* zeigte sich bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr kein Unterschied in der Höhe der Kosten im patientenindividuellen Prä-Zeitraum (IG = 883,53 €; KG = 1.128,68 € je Patient) (Seite 173 ff.). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen im ersten Nachbeobachtungsjahr an: in der IG auf 5.652,95 € je Patient und in der KG auf 6.968,25 €. Die Differenz zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr lässt sich dabei über signifikant geringere Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen (IG = 2.016,22 €; KG = 5.114,31 €) erklären. Demgegenüber standen jedoch höhere Kosten je Patient im tagesklinischen Bereich (IG = 2.171,11 € €; KG = 848,16 € und in der PIA-Versorgung

(IG = 872,88 €; KG = 261,21€). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der gesamten psychiatrischen Kosten, lediglich im Rahmen der PIA-Versorgung waren weiterhin signifikant höhere ersichtlich.

Bei den klambekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen den psychiatrischen Versorgungskosten der IG und der KG. So fielen in der IG 5.925,56 € und in der KG 5.235,73 € je Patient an. Während die gesamten psychiatrischen Kosten in beiden Gruppen im ersten Jahr bei einem leichten Anstieg ungefähr auf dem gleichen Niveau verblieben (IG = 6.248,98 €; KG = 6.071,69 €), fielen sie in den Folgejahren ab (IG_{2. Jahr} = 4.129,87 €; IG_{3. Jahr} = 4.333,69 €; KG_{2. Jahr} = 4.407,65 €, KG_{3. Jahr} = 4.143,85 €).

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. In der IG fielen 905,21 € und in der KG 1.119,81 € pro Patient an. In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr an. In der IG stiegen sie auf 5.350,59 € und in der KG auf 6.687,84 € je Patient. Der Kostenanstieg der IG in der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr war jedoch zwischen IG und KG nicht signifikant unterschiedlich.

Kosten-Effektivität

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr konnten 11,9 vollstationäre Behandlungstage und 2,4 AU-Tage vermieden werden (Seite 199 ff.). Demgegenüber standen um -1.337,26 € bzw. -383,67 € geringere Kostenanstiege. Es ergibt sich somit ein ICER von -90,102 € bezogen auf die vollstationären Tage und -80,32 € bezogen auf die AU-Tage. Es wird somit für jeden weiteren vermiedenen Tag der jeweilige Betrag eingespart.

Diskussion

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

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

(1) Es gibt relevante Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können: Patienten, die in der Modellklinik be-

handelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt und waren weniger Tage arbeitsunfähig als Patienten der Kontrollkliniken.

(2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklärt die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht vollständig.

(3) Es gibt mutmaßlich Effekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge. Diese könnten zu einer Unterschätzung der tatsächlichen positiven Modelleffekte auf die vollstationäre Behandlungsdauer beigetragen haben.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Die unterschiedlichen Muster der Patientenanteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt und der vollstationären Behandlungsdauer weisen darauf hin, dass klinikneue Patienten insgesamt in IG und KG gleich häufig stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben. Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert.

Mutmaßlich weist das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären und teilstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten darauf hin, dass der Vorvertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere vollstationäre und eine erhöhte teilstationäre Behandlungsdauer wirkte.

Der beobachtete Unterschied kürzerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Das festgestellte Muster weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten oder teilstationären Bereich bewirkt hat. Insgesamt gab es zusätzlich zur Vermeidung von AU-Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten.

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

Die weitgehende Ähnlichkeit 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 in der IG keine Verringerung der Qualität im Vergleich zur KG ersichtlich ist.

Gemäß der Kostenanalyse bestehen keine Hinweise, dass in Folge des für die Modellklinik bestehenden Gesamtbudgets für vollstationäre, teilstationäre und PIA-Leistungen eine Verschiebung von Leistungen in den vertragsärztlichen Bereich angenommen werden kann, da die Kosten sich zwischen IG und KG in keinem der Beobachtungszeiträume signifikant voneinander unterscheiden. Somit wurde offensichtlich kein Fehlanreiz durch den Modellvertrag nach §64b SGB V gesetzt. Die Kosteneinsparungen in der IG basieren hauptsächlich auf einem geringeren Anteil vollstationär versorgter Patienten bei gleichzeitig höheren Anteilen an in der Tagesklinik oder PIA behandelten Patienten. Somit kann die Hypothese, dass die Kosten in der IG aufgrund weniger vollstationärer Behandlungstage reduziert werden vorerst nicht bestätigt werden. Inwieweit Preiseffekte berücksichtigt werden müssen, lässt sich allerdings erst bei einer umfassenderen Mengen- und Preisanalyse im Abschlussbericht abschätzen.

Auf der Basis der durchgeführten Kosten-Effektivitätsanalyse konnte sowohl für den Outcome-Parameter *vollstationäre Behandlungstage* als auch *AU-Tage* eine kosteneffektive Verwendung vorhandener Ressourcen festgestellt werden. So werden sowohl vollstationäre Behandlungstage als auch AU-Tage im Modell vermieden und parallel dazu geringere Kosten pro Patient generiert.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von 14 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

Fazit

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

Das Kapitel Studiendesign des Evaluationskonzeptes wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einen separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum September bis Oktober 2017. Die Daten entsprechen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte Oktober 2017.

Entsprechend der Kontrahierung des Modells durch verschiedene Krankenkassen und deren Beteiligung an der kassenübergreifenden Evaluation wurden die Daten der folgenden Krankenkassen für diese Analyse berücksichtigt:

- AOK Nordwest
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Melitta Plus
- BKK VDN
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Barmer (Namensänderung zur BARMER per 01.01.2017)
- DAK Gesundheit
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH
- Techniker Krankenkasse

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 1.882 Versicherte ein, wobei für 1.855 Versicherte (98,6%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 30.985 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 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

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

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

Nicht angeglichen wurde die Verteilung der Referenzfälle nach ihrem Behandlungsort: sowohl bei den klinikneuen als auch den klinikbekannten Patienten der IG zeigen sich über alle Kohorten signifikant höhere Anteile an Referenzfällen in der PIA gegenüber der KG. Signifikante Unterschiede ergeben sich auch in den Anteilen vollstationärer Referenzfälle: hier zeigte die IG in allen Kohorten signifikant geringere Anteile an vollstationären Referenzfällen.

Für die Referenzfälle im teilstationären Setting ergaben sich für Kohorte 3 ein signifikanter Unterschied in den Anteilen zwischen IG und KG: der Anteil der KG liegt hier über dem der IG.

Hinzu kommt, dass in der IG im Durchschnitt 3,6% der Referenzfälle in der Psychosomatik erfolgten, in der KG beträgt der Anteil 0%.

Die Inanspruchnahme der Patienten im Prä-Zeitraum konnte weitestgehend angeglichen werden. Unterschiede ergeben sich für die Anteile der klinikbekannten Patienten mit mindestens einem teilstationär-psychiatrischen Fall im Prä-Zeitraum. So hatten 24,1% der klinikbekannten IG-Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr im Vorzeitraum bereits mindestens einen teilstationären Fall, in der KG waren es nur 12,6%.

Bei den Unterschieden bezüglich der Referenzfälle handelt es sich um Unterschiede, die sich aus der Umsteuerung innerhalb der Modellklinik ergeben. Bei den Unterschieden der vorangegangenen Inanspruchnahme handelt es sich um geringfügige Verzerrungen zwischen IG und KG, die in der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	2.180	36.222	1.882 (86%)	30.985 (86%)	1.855 (85% ; 98,6%)	1.855 (5% ; 6%)
Kohorte 1	1.236	17.944	1.104 (89%)	15.720 (88%)	1.080 (87% ; 97,8%)	1.080 (6% ; 7%)
Kohorte 2	457	9.560	378 (83%)	8.042 (84%)	377 (82% ; 99,7%)	377 (4% ; 5%)
Kohorte 3	487	8.718	400 (82%)	7.223 (86%)	398 (82% ; 99,5%)	398 (5% ; 6%)

(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	24,4	260
2	25,7	367
3	26,3	388
4	29,3	274
5	30,3	505
6	30,7	20
7	30,9	17
8	35,7	18
9	36,5	4
10	50,0	2
11	55,4	—
12	62,3	—

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte Jahr 1			Kohorte Jahr 2			Kohorte Jahr 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	1.855	1.855		1.080	1.080		377	377		398	398			
	klinikneu	1.191	1.191		462	462		352	352		377	377			
	linikbekannt	664	664		618	618		25	25		21	21			
mittleres Alter	gesamt	51,1	50,7	1,000	51,9	51,1	1,000	50,1	50,1	1,000	49,8	50,1	1,000	0,741	1,000
	klinikneu	50,6	50,3	1,000	51,8	50,8	1,000	49,7	49,5	1,000					
	linikbekannt	51,9	51,4	1,000	51,9	51,2	1,000	55,6	59,4	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	55,9%	57,4%	1,000	55,4%	58,2%	1,000	56,8%	55,4%	1,000	56,5%	56,8%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	56,0%	58,3%	1,000	53,2%	60,6%	0,227	58,2%	56,3%	1,000					
	linikbekannt	55,7%	55,7%	1,000	57,0%	56,5%	1,000	36,0%	44,0%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	35,8%	35,8%	1,000	57,2%	57,2%	1,000	6,6%	6,6%	1,000	5,3%	5,3%	1,000	<0,001	<0,001
	klinikneu	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
	linikbekannt	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	67,9%	50,5%	<0,001	73,2%	56,9%	<0,001	57,8%	37,9%	<0,001	63,1%	44,7%	0,000	0,139	0,001
	klinikneu	58,1%	37,8%	<0,001	54,5%	31,8%	<0,001	57,7%	38,4%	<0,001					
	linikbekannt	85,5%	73,2%	<0,001	87,2%	75,7%	<0,001	60,0%	32,0%	0,975					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	25,7%	44,5%	<0,001	20,8%	39,2%	<0,001	35,5%	56,2%	<0,001	29,6%	48,0%	0,000	0,741	<0,001
	klinikneu	33,8%	55,9%	<0,001	35,1%	62,3%	<0,001	35,5%	56,0%	<0,001					
	linikbekannt	11,3%	24,1%	<0,001	10,2%	21,8%	<0,001	36,0%	60,0%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,7%	5,0%	0,003	3,0%	3,9%	1,000	2,1%	5,8%	0,123	2,8%	7,3%	0,047	0,702	1,000
	klinikneu	3,7%	6,3%	0,038	5,4%	5,8%	1,000	2,3%	5,7%	0,271					
	linikbekannt	1,1%	2,7%	0,304	1,1%	2,4%	0,887	0,0%	8,0%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	3,6%	0,0%	<0,001	3,0%	0,0%	<0,001	4,5%	0,0%	<0,001	4,5%	0,0%	0,000	1,000	1,000
	klinikneu	4,5%	0,0%	<0,001	5,0%	0,0%	<0,001	4,5%	0,0%	0,001					
	linikbekannt	2,1%	0,0%	0,004	1,5%	0,0%	0,060	4,0%	0,0%	1,000					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,9%	13,7%	0,628	16,8%	19,0%	1,000	5,3%	6,1%	1,000	4,8%	6,5%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	4,2%	4,5%	1,000	5,0%	4,8%	1,000	4,0%	4,3%	1,000					
	linikbekannt	25,6%	30,3%	0,399	25,6%	29,6%	0,887	24,0%	32,0%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	8,7%	5,1%	<0,001	14,1%	8,0%	<0,001	1,3%	1,1%	1,000	1,0%	1,3%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,6%	1,2%	0,942	0,6%	1,7%	1,000	0,6%	0,9%	1,000					
	linikbekannt	23,2%	12,2%	<0,001	24,1%	12,6%	<0,001	12,0%	4,0%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	29,7%	29,8%	1,000	48,1%	47,5%	1,000	2,7%	5,8%	0,328	5,3%	4,5%	1,000	0,949	1,000
	klinikneu	2,3%	4,3%	0,057	3,2%	5,6%	0,771	1,7%	4,5%	0,359					
	linikbekannt	78,9%	75,6%	0,846	81,7%	78,8%	1,000	16,0%	24,0%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	41,2%	42,2%	1,000	40,9%	40,8%	1,000	37,7%	41,6%	1,000	45,2%	46,5%	1,000	0,702	1,000
	klinikneu	40,3%	43,4%	0,809	39,2%	41,8%	1,000	37,8%	42,6%	1,000					
	linikbekannt	42,8%	40,1%	1,000	42,2%	40,1%	1,000	36,0%	28,0%	1,000					

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

7. Darstellung Modellvorhaben Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren. An dem Johanniter-Krankenhaus Geesthacht sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 51 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 31 in der Tagesklinik und 12 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPfIV von 2008 bis 2012, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, die Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit einem Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +/- 6%). Die Allgemeine Psychiatrie sowie die Psychosomatik sind Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Es werden jedoch keine Fachabteilungen ausgeschlossen.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Falle der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH vollständig zu beiden Seiten ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschalen in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (1) wird in der Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH nur über Quartalspauschalen abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach §24 BPfIV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach §64b SGB V. Zum 01.04.2016 wurde die Abrechnung der PIA-Leistung von Quartals- auf Kontaktpauschalen (Entgeltsschlüssel 36010062 bis 36010065) umgestellt.

Im stationären Bereich erfolgte bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Beginnend im vierten Quartal 2014 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.01.2015 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor, wobei diese Transition erst ab dem dritten Quartal 2015 in den Daten sichtbar ist.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Über 80% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

- depressiven Episoden (F32)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- andere Angststörungen (F41)
- Schizophrenie (F20)
- und somatoforme Störungen (F45) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	462	462
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	81,0 %	80,5 %

• Zwei Diagnosen	16,7 %	17,1 %
• Drei Diagnosen	2,2 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	23	23
2. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	8	7
3. IG: F10 & F43 / KG: F32 & F41	7	7

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)	618	618
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	71,5 %	72,5 %
• Zwei Diagnosen	24,3 %	22,8 %
• Drei Diagnosen	3,9 %	4,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	23	21
2. F10 & F32	14	14
3. IG: F20 & F43 / KG: F32 & F41	10	10

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	398	398
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	80,7 %	82,4 %
• Zwei Diagnosen	17,6 %	16,6 %
• Drei Diagnosen	1,5 %	1,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	16	15
2. F10 & F32	13	12

3. F32 & F45	4	4
--------------	---	---

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 entsprechenden 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)	374	372	462	462
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	7,2 %	7,0 %	6,5 %	6,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,0 %	15,3 %	16,9 %	17,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,8 %	11,0 %	11,9 %	9,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	36,6 %	37,6 %	43,3 %	44,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,6 %	18,3 %	23,6 %	24,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,8 %	1,9 %	1,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,7 %	7,0 %	11,7 %	11,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,3 %	2,4 %	2,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 %	0,5 %	1,1 %	0,4 %
• 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 %	0,4 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,5	51,5	51,8	50,8
• Median	51	50	50	49
• (Interquartilsabstand)	(36 - 68)	(36 - 68)	(37 - 65)	(35 - 66)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,5 %	58,3 %	53,2 %	60,6 %
• Männer	46,5 %	41,7 %	46,8 %	39,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	48,1 %	65,3 %	45,5 %	68,2 %
• PIA	51,9 %	34,7 %	54,5 %	31,8 %

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,3 %	1,1 %	1,7 %	1,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,8 %	4,8 %	8,0 %	5,6 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	7,5 %	10,8 %	7,1 %	11,5 %
• Abitur/Fachabitur	4,8 %	4,6 %	5,2 %	5,0 %
• Abschluss unbekannt	8,8 %	11,8 %	8,7 %	12,3 %
• Fehlende Angabe	69,8 %	66,9 %	69,3 %	64,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,9 %	4,0 %	3,0 %	3,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,1 %	19,4 %	17,3 %	20,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,9 %	0,8 %	1,7 %	0,6 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,6 %	0,8 %	1,7 %	1,5 %
• Promotion	0,0 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	6,4 %	7,8 %	6,5 %	8,9 %
• Fehlende Angabe	69,8 %	66,9 %	69,3 %	64,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	12,8 %	13,4 %	11,9 %	13,0 %
• Nein	68,2 %	66,9 %	68,2 %	65,6 %
• Fehlende Angabe	19,0 %	19,6 %	19,9 %	21,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	24,3 %	25,5 %	25,8 %	26,4 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	12,3 %	13,4 %	13,0 %	15,6 %
• Weder A noch B	63,4 %	61,0 %	61,3 %	58,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	51,6 %	53,5 %	53,5 %	53,9 %
• Familienversicherter	4,0 %	3,8 %	4,1 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	35,8 %	37,4 %	35,1 %	37,2 %
• Fehlende Angabe	8,6 %	5,4 %	7,4 %	5,2 %

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)	442	448	618	618
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,5 %	3,6 %	4,2 %	2,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,7 %	0,8 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,3 %	13,2 %	17,5 %	16,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	34,6 %	35,5 %	31,2 %	31,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,4 %	31,9 %	42,1 %	41,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,1 %	6,0 %	15,9 %	14,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,2 %	2,4 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,0 %	4,9 %	9,4 %	10,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,5 %	0,4 %	0,5 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,0 %	2,0 %	3,7 %	4,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	0,9 %	2,4 %	3,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	1,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,9	52,6	51,9	51,2
• Median	50	52	50	51
• (Interquartilsabstand)	(39 - 61)	(40 - 63)	(41 - 61)	(40 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,1 %	55,1 %	57,0 %	56,5 %
• Männer	43,9 %	44,9 %	43,0 %	43,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	15,8 %	21,2 %	12,8 %	24,3 %
• PIA	84,2 %	78,8 %	87,2 %	75,7 %

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	3,4 %	0,7 %	3,1 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,3 %	5,8 %	3,1 %	5,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,4 %	3,3 %	4,2 %	4,2 %
• Abitur/Fachabitur	1,6 %	3,6 %	1,8 %	4,2 %
• Abschluss unbekannt	4,5 %	6,7 %	5,2 %	6,5 %
• Fehlende Angabe	84,8 %	79,9 %	82,7 %	79,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,8 %	1,8 %	4,2 %	2,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	6,1 %	10,3 %	7,3 %	9,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,7 %	0,2 %	0,8 %	0,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,6 %	7,4 %	4,5 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	84,8 %	79,9 %	82,7 %	79,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	20,6 %	19,0 %	19,4 %	17,2 %
• Nein	58,4 %	60,3 %	60,4 %	62,9 %
• Fehlende Angabe	21,0 %	20,8 %	20,2 %	19,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	35,1 %	39,1 %	38,8 %	38,5 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	41,9 %	41,5 %	40,8 %	43,9 %
• Weder A noch B	23,1 %	19,4 %	20,4 %	17,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	43,4 %	43,3 %	42,4 %	43,7 %
• Familienversicherter	3,2 %	4,5 %	3,1 %	4,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,6 %	48,4 %	50,2 %	47,7 %
• Fehlende Angabe	4,8 %	3,8 %	4,4 %	3,9 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	321	328	398	398
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,6 %	1,8 %	2,0 %	2,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,0 %	4,3 %	4,3 %	4,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,8 %	11,9 %	14,3 %	14,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,3 %	10,1 %	10,3 %	9,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	40,2 %	41,5 %	46,0 %	47,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,6 %	15,5 %	19,1 %	18,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,5 %	2,4 %	4,3 %	4,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	10,9 %	10,7 %	14,3 %	13,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,5 %	1,5 %	2,8 %	1,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,9	49,7	49,8	50,1
• Median	49	49	49	50
• (Interquartilsabstand)	(33 - 63)	(34 - 62)	(33 - 62)	(35 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,9 %	54,9 %	56,5 %	56,8 %
• Männer	42,1 %	45,1 %	43,5 %	43,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	38,0 %	52,4 %	36,9 %	55,3 %
• PIA	62,0 %	47,6 %	63,1 %	44,7 %

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,2 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,1 %	6,1 %	8,0 %	6,0 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	9,7 %	12,5 %	10,6 %	11,6 %
• Abitur/Fachabitur	5,0 %	7,3 %	4,3 %	7,0 %
• Abschluss unbekannt	12,1 %	13,1 %	12,8 %	15,1 %
• Fehlende Angabe	62,9 %	61,0 %	62,1 %	60,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	4,6 %	5,3 %	3,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,9 %	23,8 %	21,6 %	23,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,5 %
• Bachelor	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,2 %	2,7 %	1,0 %	3,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	9,0 %	7,0 %	9,3 %	8,5 %
• Fehlende Angabe	62,9 %	61,0 %	62,1 %	60,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	13,4 %	7,6 %	13,6 %	8,0 %
• Nein	67,9 %	73,8 %	67,8 %	72,9 %
• Fehlende Angabe	18,7 %	18,6 %	18,6 %	19,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	24,0 %	32,9 %	27,6 %	32,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	18,7 %	14,0 %	16,6 %	14,8 %
• Weder A noch B	57,3 %	53,0 %	55,8 %	52,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,9 %	64,9 %	61,1 %	65,3 %
• Familienversicherter	7,2 %	6,1 %	6,5 %	5,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	30,2 %	27,1 %	28,6 %	27,6 %
• Fehlende Angabe	3,7 %	1,8 %	3,8 %	1,5 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Die korrigierte Zählweise der Entlasstage zur Bestimmung der Dauer der stationären Aufenthalte hat keine weiteren Implikationen für die statistische Analyse. Die Änderungen sind qualitativ sehr gering und betreffen die Interventionsgruppe (IG) und die Kontrollgruppe (KG) in gleichem Maße.

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)	434	434	399	384	441	441	414	399
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)	7,8 %	38,5 %	13,0 %	8,9 %	9,3 %	37,4 %	12,6 %	13,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	2,3 %	1,8 %	1,6 %	2,5 %	3,2 %	2,4 %	0,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,2 %	17,7 %	12,5 %	7,3 %	12,9 %	14,3 %	11,4 %	12,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,0	7,6	2,2	1,9	2,6	22,5	4,3	4,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	14,3	2,4	1,3	0,7	6,8	0,7	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,3	21,9	4,6	3,2	3,3	29,3	4,9	5,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	2,2	0,4	0,1	0,4	0,9	0,4	0,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,6	0,2	0,1	0,4	0,8	0,4	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,3	1,9	1,6	1,4	2,1	1,5	1,1

--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	597	597	575	558	598	598	577	568
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)	37,5 %	30,8 %	22,4 %	22,9 %	33,8 %	29,8 %	24,1 %	22,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,8 %	2,0 %	2,3 %	1,8 %	4,5 %	2,0 %	2,1 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,6 %	17,6 %	15,3 %	13,1 %	13,7 %	16,4 %	13,0 %	13,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	6,7	7,3	5,4	5,4	11,7	17,2	10,7	10,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	12,3	11,9	3,8	5,9	4,5	2,3	0,4	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	19,0	19,2	9,3	11,3	16,2	19,5	11,1	11,0

• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,3	0,2	0,6	1,6	0,4	0,6	0,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,1	0,1	0,2	1,4	0,4	0,6	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,2	1,8	2,2	1,8	1,5	2,3	1,7	2,6

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)

⁴Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

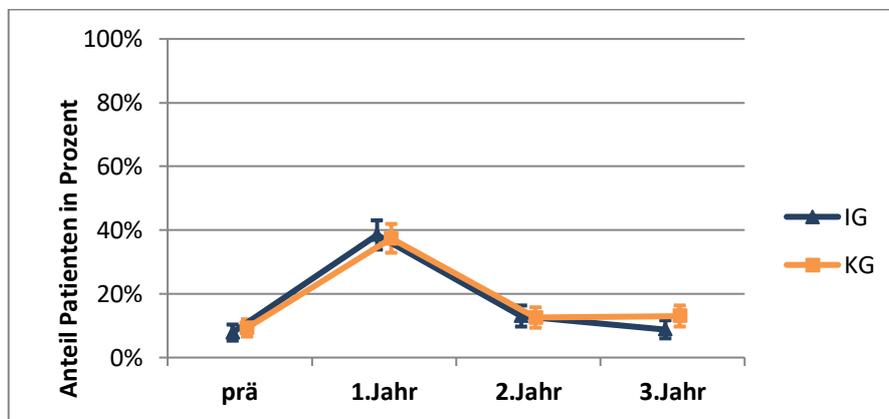
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

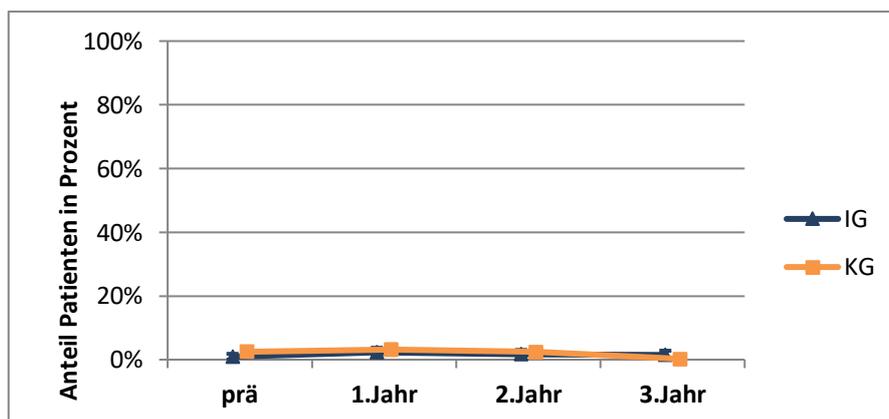
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

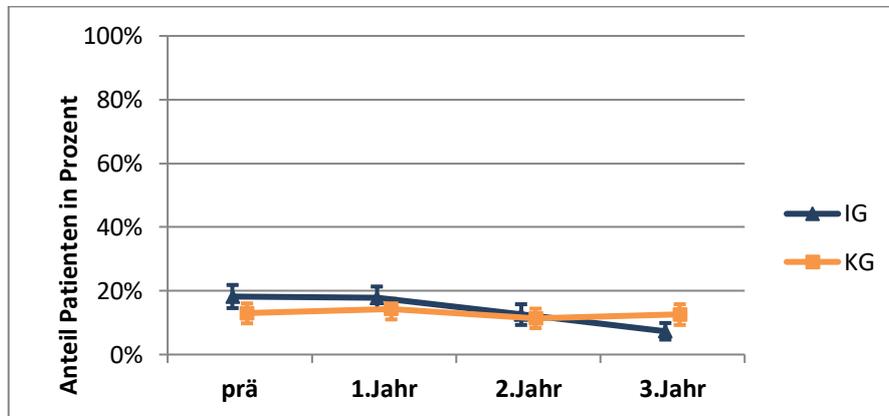
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

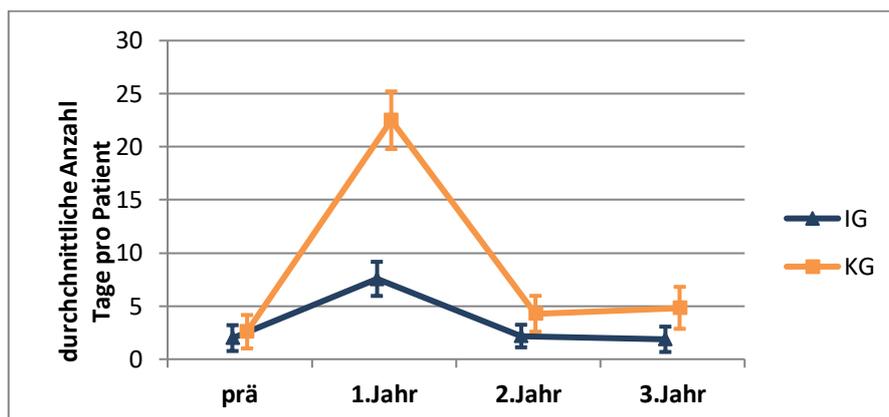


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

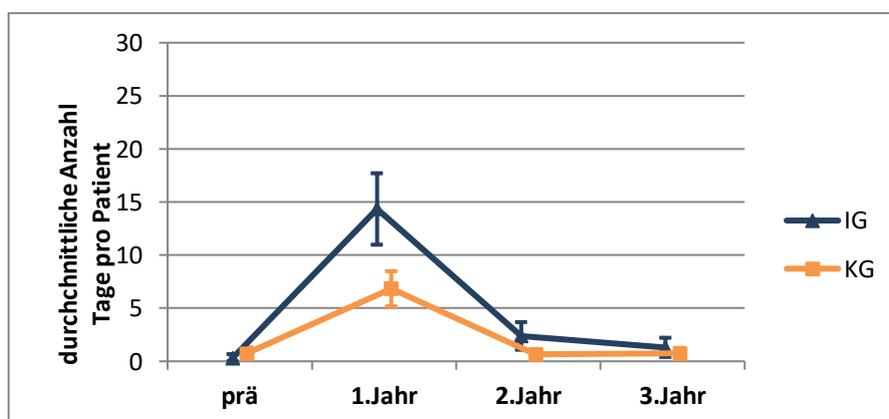


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

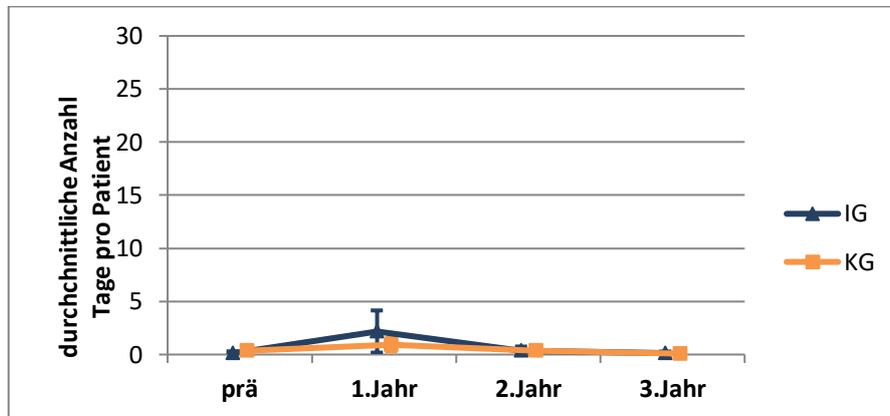
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



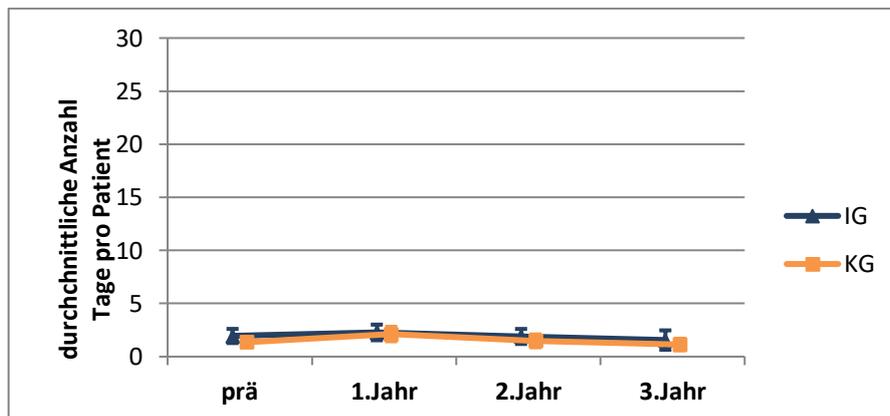
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Klinikbekannte Patienten

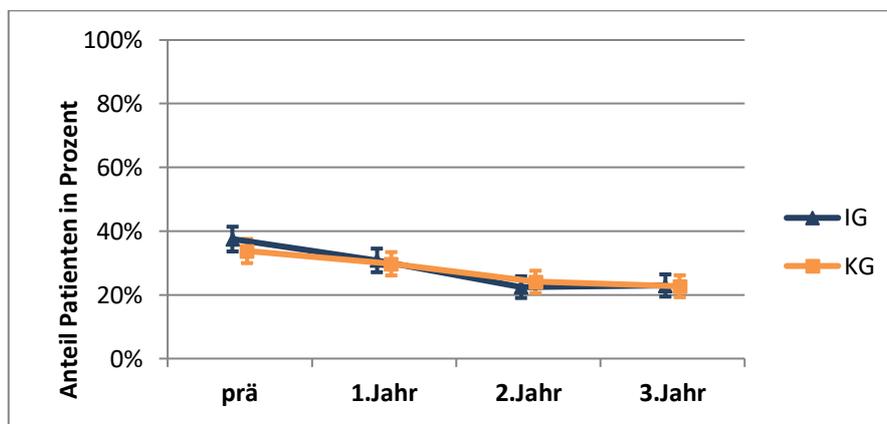
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

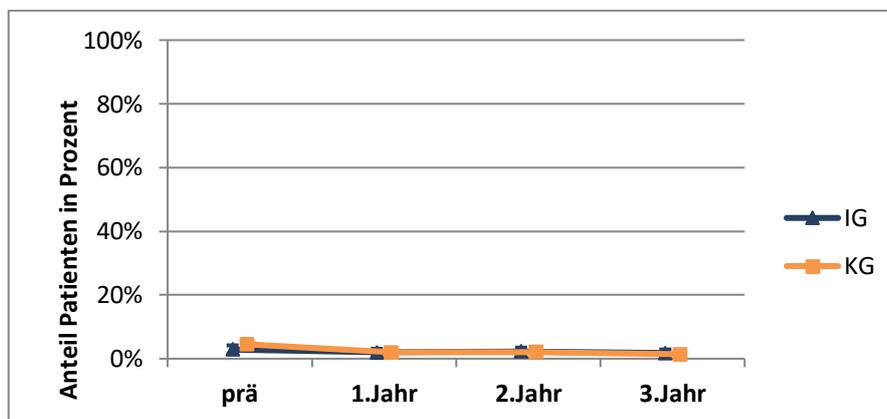
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

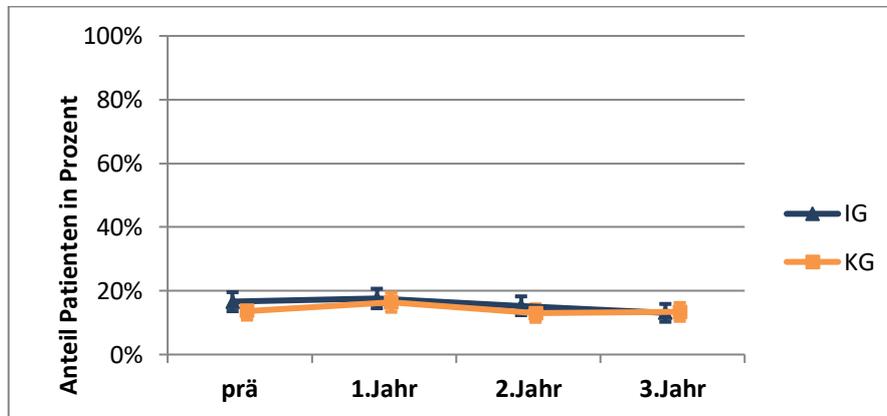
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

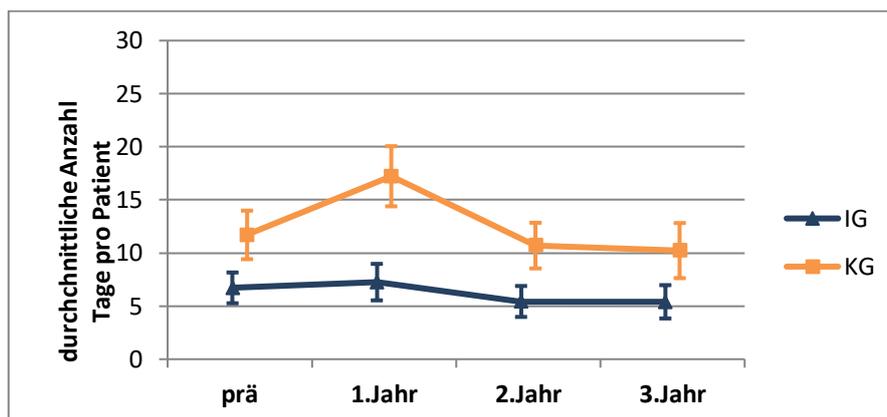


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

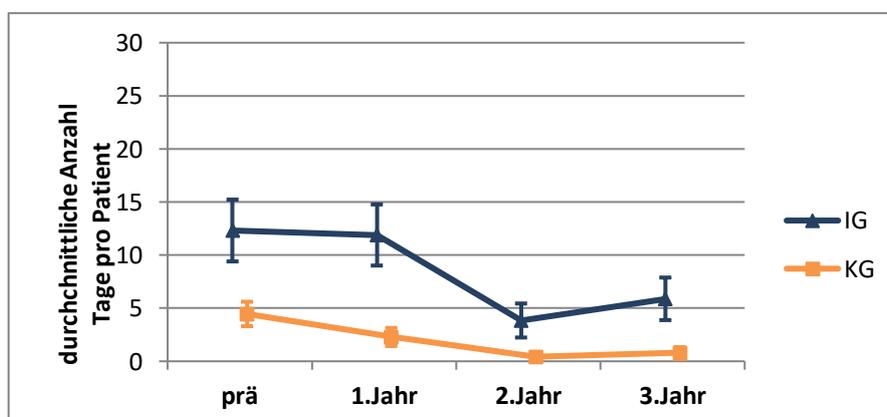


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

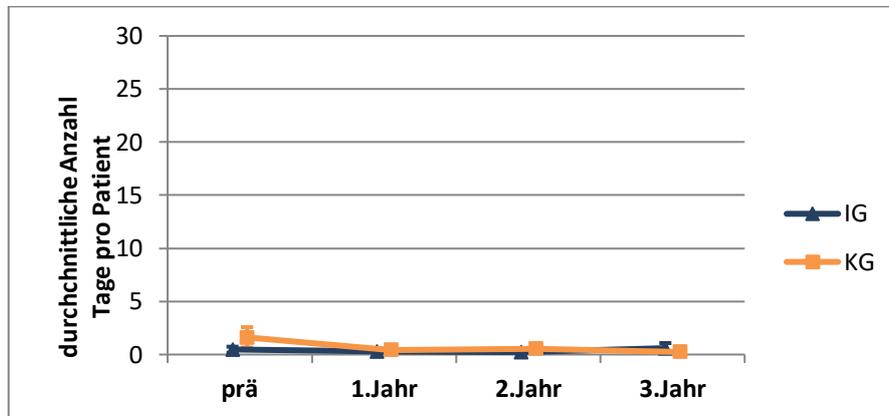
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



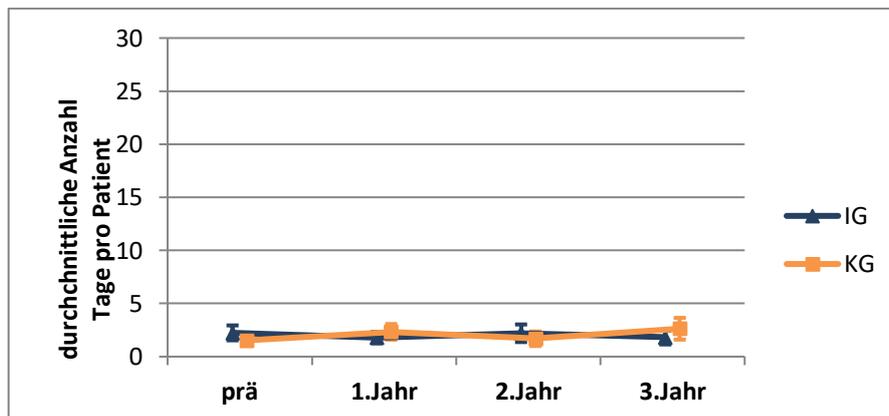
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- 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=434, KG=441; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=597, KG=598).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klिनikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,0; KG: 2,6 vollstationäre Tage), Peak im patientenindividuellen ersten Jahr (IG: 7,6; KG: 22,5 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,2 und 1,9 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 4,3 und 4,8 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei deutlich im ersten Jahr und war ab dem zweiten Jahr in der IG leicht niedriger als in der KG. Der Peak im patientenindividuellen ersten Jahr war in der IG mit 7,6 vollstationären Tagen wesentlich geringer als in der KG mit 22,5 vollstationären Tagen. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im patientenindividuellen ersten Jahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 14,3 teilstationäre Tage; KG: 6,8 teilstationäre Tage).

Bei den klिनikbekannten Patienten zeigte sich ein nur kleiner Anstieg im patientenindividuellen ersten Jahr im Vergleich zur Prä-Zeit in der IG und ein deutlicher Peak in der KG bei den vollstationären Behandlungstagen. Die vollstationäre Behandlungsdauer war über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG niedriger als in der KG (prä: -5,0; 1. Jahr: -10,0; 2. Jahr: -5,3; 3. Jahr: -4,8 vollstationäre Tage). Das Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungsdauer zeigten parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und mit stets höherer durchschnittlicher Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG (prä: 7,9; 1. Jahr: 9,6; 2. Jahr: 3,4; 3. Jahr: 5,1 teilstationäre Tage) und einem „Tal“ der teilstationären Behandlungsdauer im zweiten Jahr in der IG.

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

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	398	398	398	398
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) 	6,8 %	31,4 %	9,0 %	34,2 %
	1,8 %	3,3 %	4,0 %	2,3 %
	14,1 %	13,8 %	11,1 %	13,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,8	6,6	1,2	18,5
	0,2	10,9	0,2	8,0
	1,9	17,5	1,4	26,5
	0,6	0,8	1,2	0,5
	0,1	0,6	1,2	0,4
	1,4	1,8	1,0	1,9

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

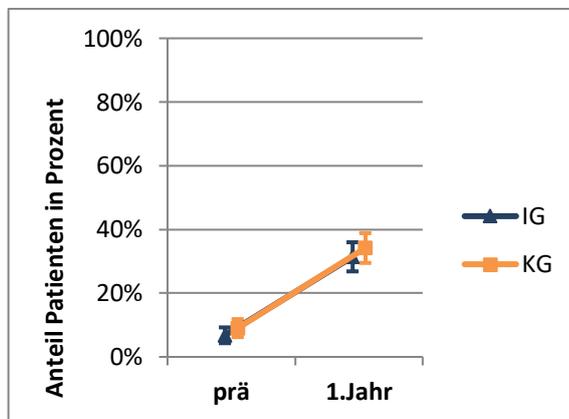
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

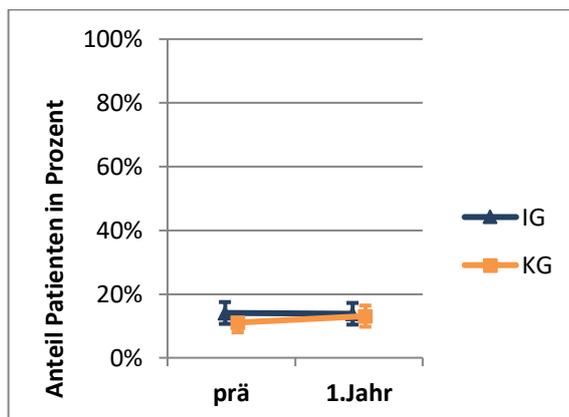
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

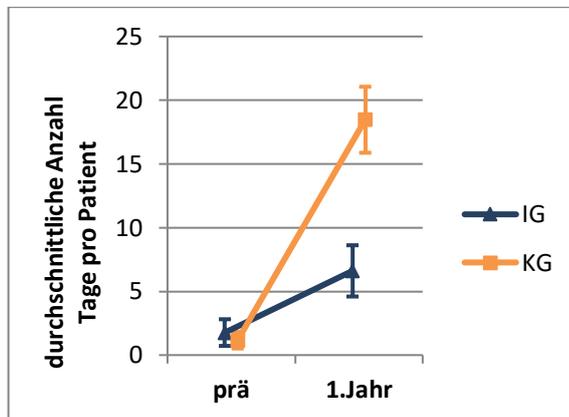
Fallzahl zu klein

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

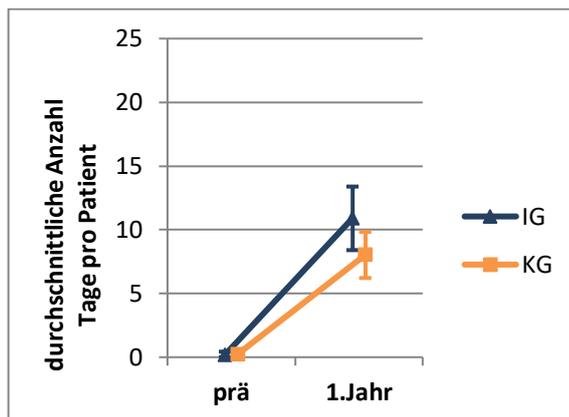


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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

Fallzahl zu klein

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

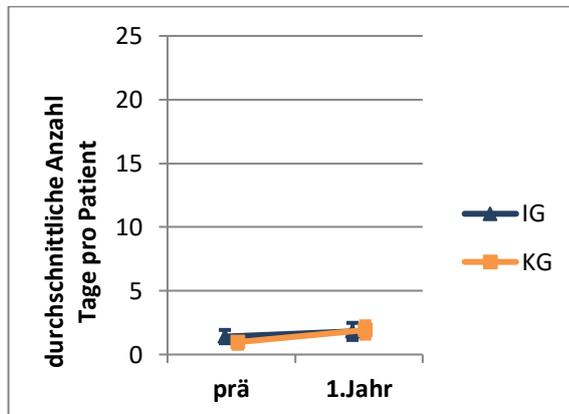


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=398 pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine wesentliche größere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der Kontrollgruppe (KG) im Vergleich zur Modellklinik (IG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 1,8; KG: 1,2 vollstationäre Tage). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die vollstationären Tage in der IG weniger stark an als in der KG (IG: 6,6; KG: 18,5 vollstationäre Tage). Die Anzahl der Tage in teilstationärer Behandlung stieg in der IG etwas stärker im Vergleich zu KG (IG: + 10,7; KG: +7,8 teilstationäre Tage).

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

Der DiD-Parameter für die Dauer vollstationärer Aufenthalte bei Indexdiagnosen war statistisch signifikant.

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. Der Unterschied zwischen beiden Gruppen und Zeit (*DiD je Modelljahr*) war in allen drei Kohorten (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 verglichen mit den anderen Indexdiagnosen und bei Patienten mit schweren psychischen Störungen B (Diagnostik- und Dauerkriterium) verglichen mit Personen ohne schwere psychische Störungen B.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 309ff.).

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.

Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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)	351	351	324	312	366	366	345	331
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	341	341	311	296	357	358	330	320
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	3,1	1,4	1,5	—*	2,6	1,6	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,8	2,9	2,9	2,3	2,6	4,9	4,4	4,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,6	12,7	11,1	11,2	10,1	12,9	10,9	12,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	0,1	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	0,1	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,6	0,5	0,7	0,7	0,7	1,0	1,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,4	0,7	0,6	0,0	0,2	0,2	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,7	8,8	8,9	10,0	8,7	8,5	7,1	8,5
---	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	-----

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	454	454	438	425	475	475	460	454
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	435	440	411	407	468	464	444	437
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	7,2	5,7	5,9	—*	9,7	8,5	7,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,1	0,9	1,6	1,5	1,3	1,4	1,3	1,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,1	12,7	12,5	12,7	13,1	13,2	14,0	13,0

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	—*	0,0	0,1	0,0	—*	0,0	0,0	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,3	0,4	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,9	0,7	0,6	0,6	1,1	0,7	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,1	0,4	0,9	0,9	0,1	0,5	0,5	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	8,3	13,0	13,2	11,5	9,1	7,4	6,1	7,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

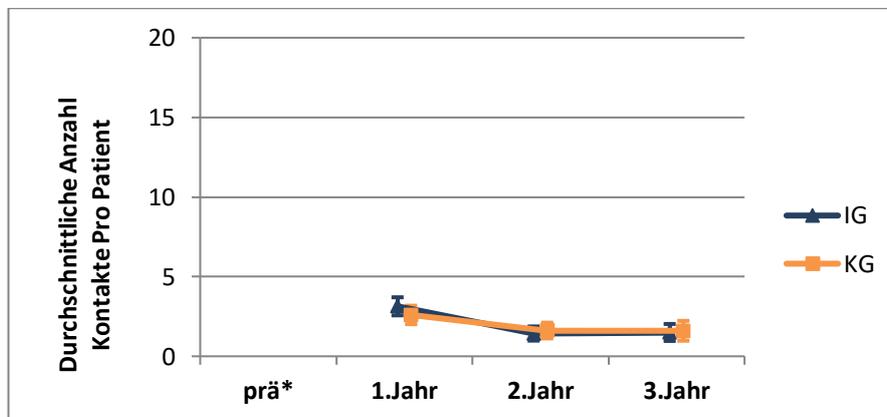
Klinikneue Patienten

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.

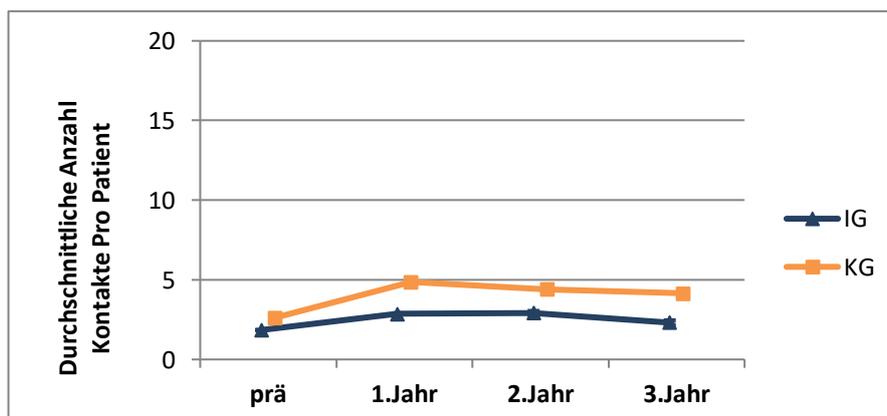
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

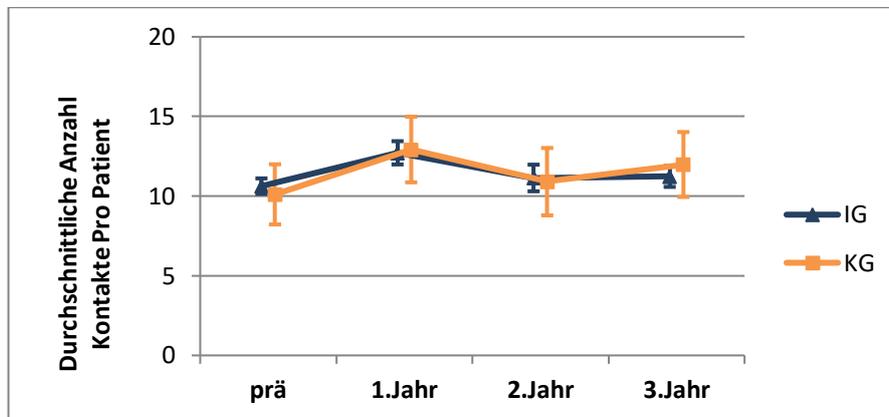


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

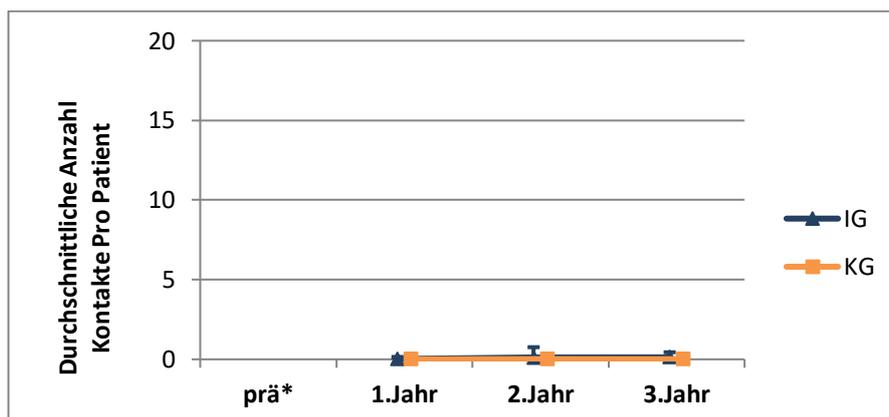


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



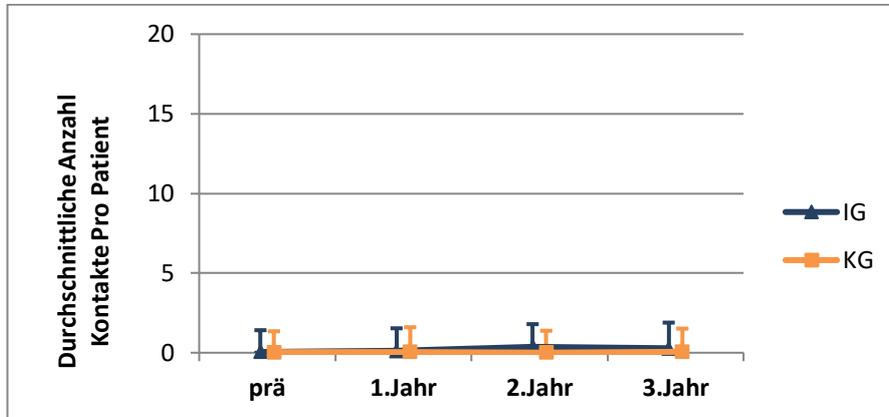
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

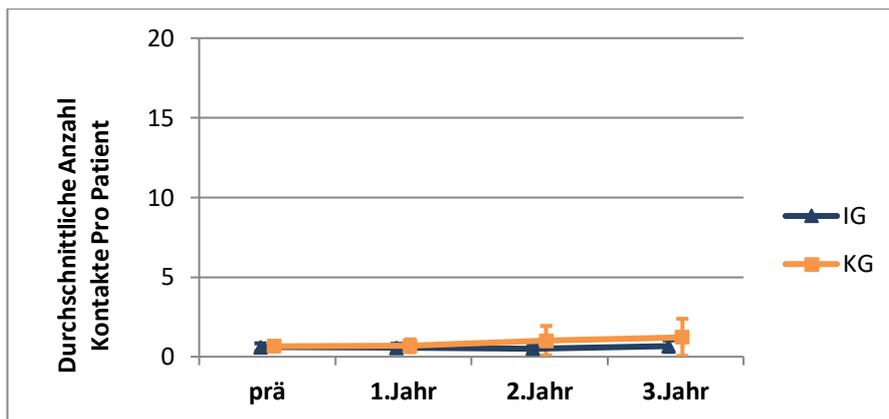


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

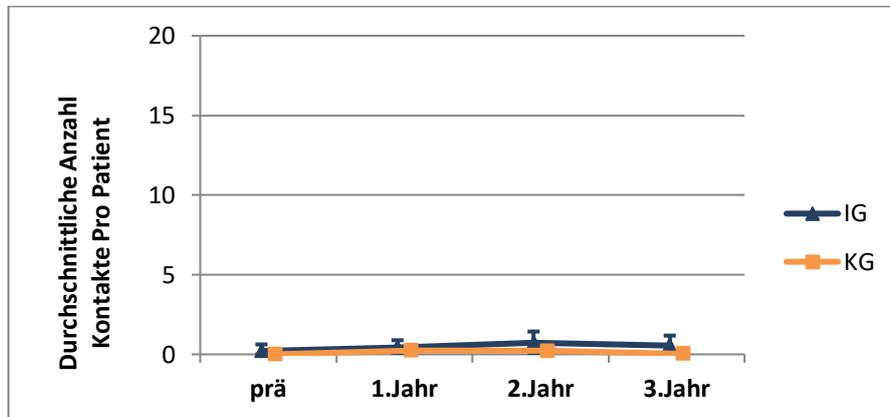


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

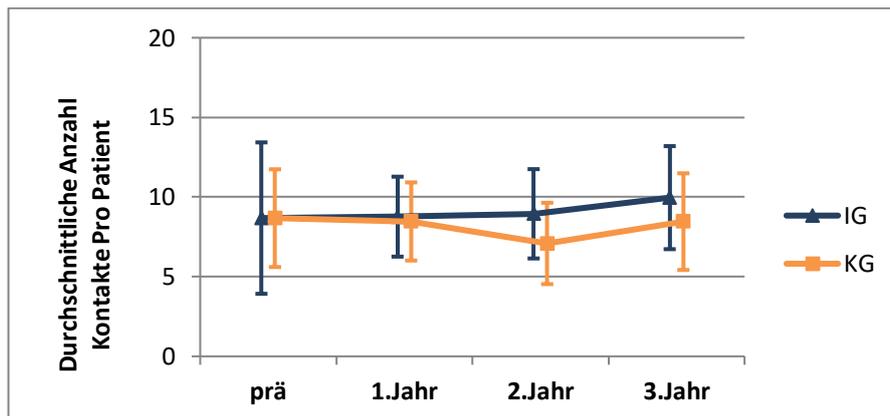


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



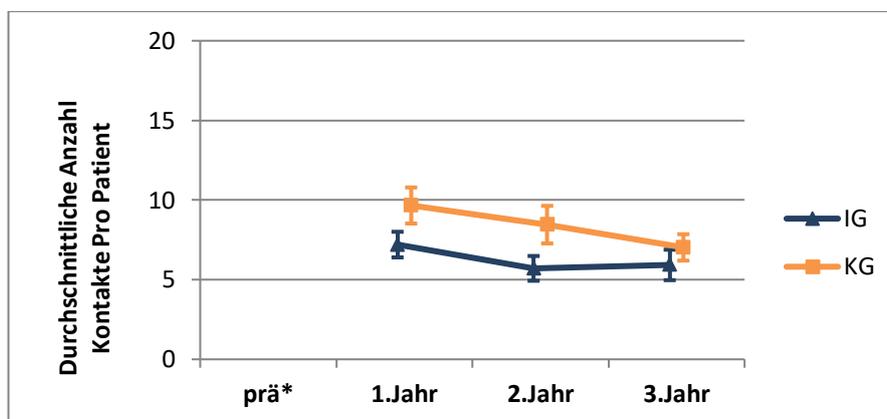
Klinikbekannte Patienten

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.

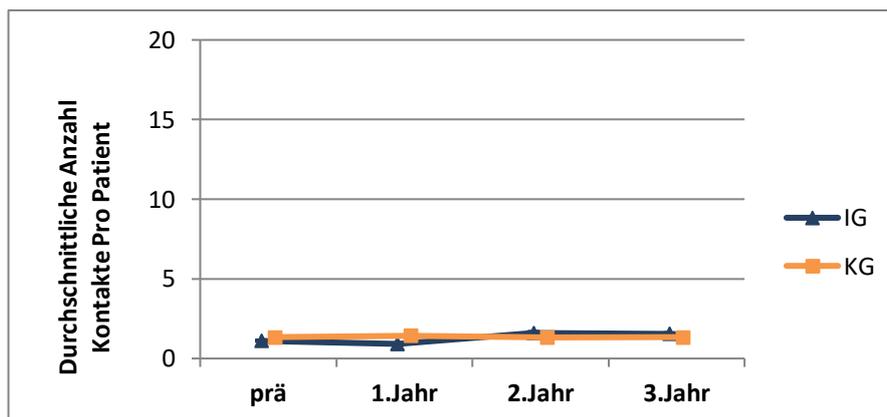
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*

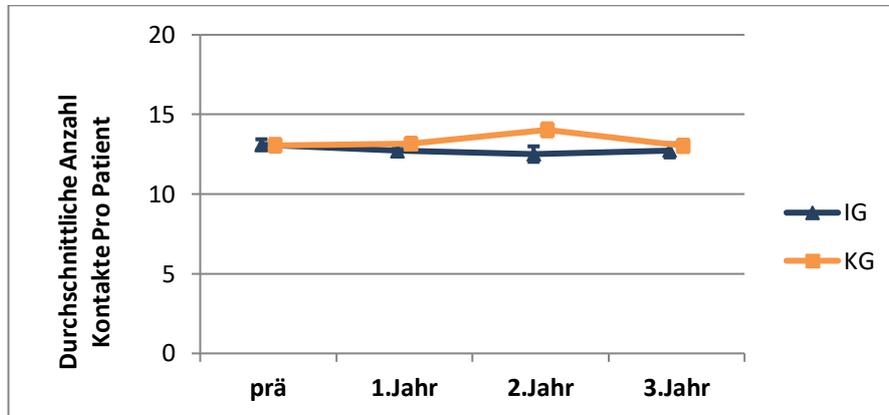


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

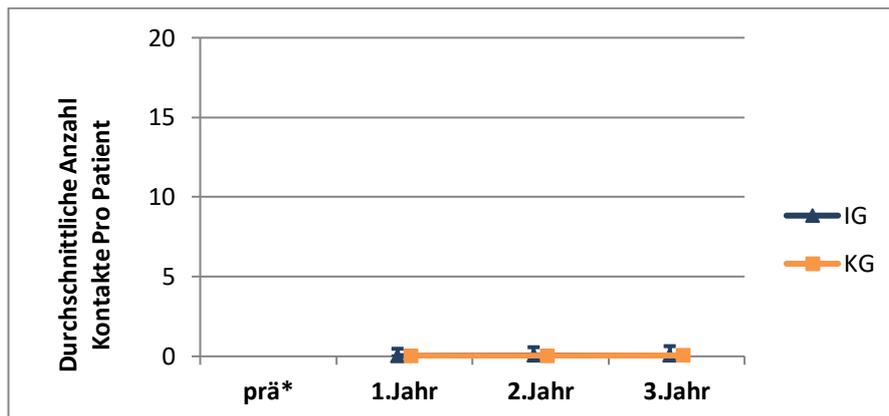


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



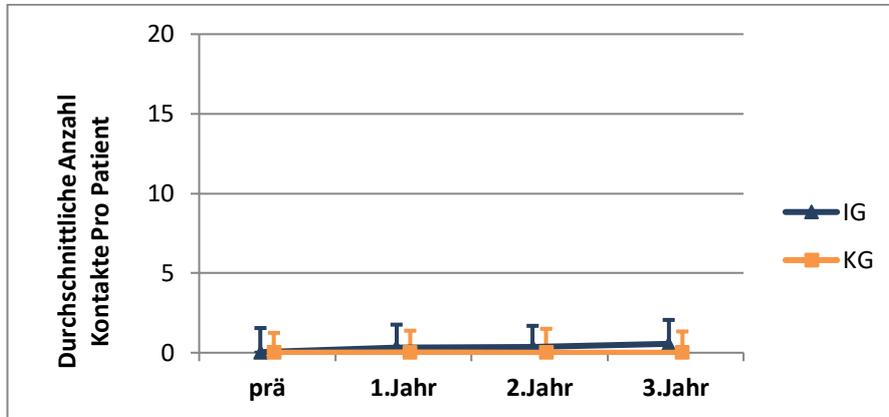
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

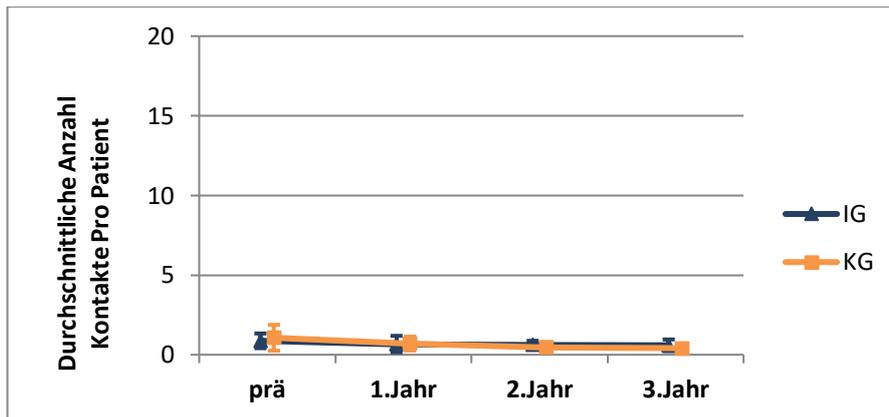


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

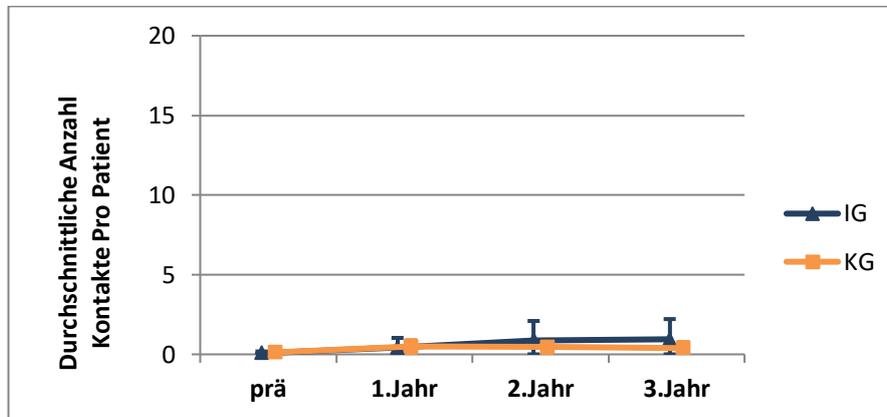
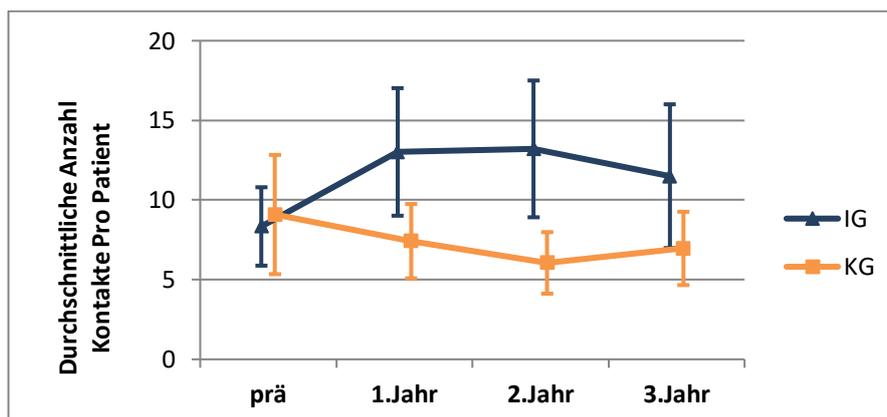
- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)**



- **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=341, KG=4358; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=440, KG=468). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen fast identische Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose über die Modelljahre.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar. Dabei lag die IG im Niveau stets unter der KG (prä: -0,8; 1. Jahr: -2,0; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -1,8 Kontakte).

Bei den klambekanntem Patienten zeigten sich zwar parallele Verläufe zwischen IG und KG, jedoch waren für die IG stets geringere durchschnittliche Anzahlen an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG zu beobachten (1. Jahr: -2,5; 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -1,1 PIA-Kontakte).

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein fast identisches Muster über die Zeit zwischen IG und KG.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	321	321	331	331
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	316	313	319	325
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,1	0,2	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,3	2,3	2,0	3,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,1	12,4	9,5	12,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,5	0,4	0,1	0,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,6	1,5	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,6	0,3	0,0	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,3	9,0	5,4	6,2

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

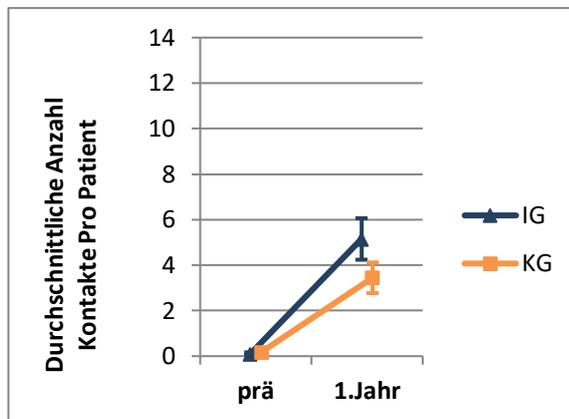
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

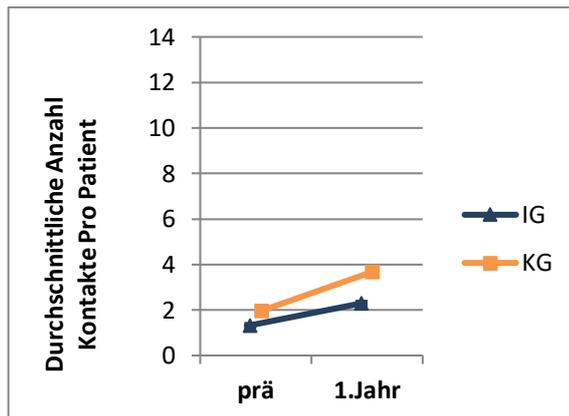
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

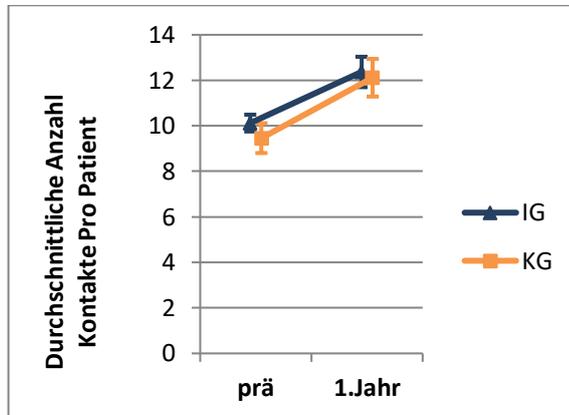
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

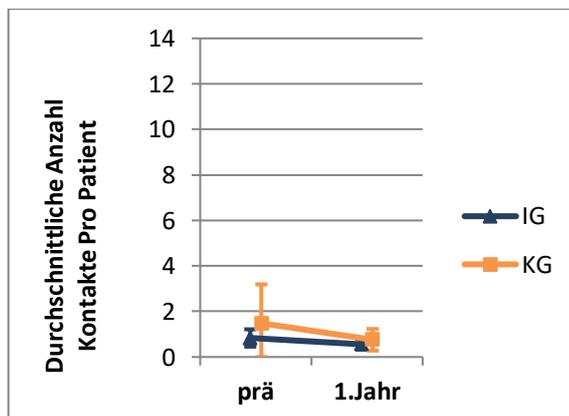
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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

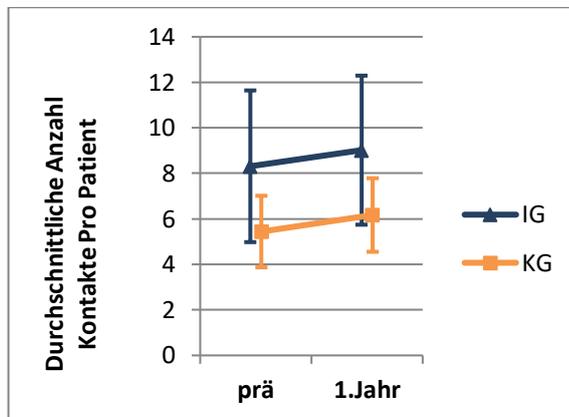


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 321 und 331) zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: von 0,1 auf 5,1 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,2 auf 3,4 Kontakte im 1. Jahr).

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg sowohl in der IG als auch in der KG vom Prä-Zeitraum zum patientenindividuellen 1. Jahr leicht an und war in der IG stets geringer (IG: von 1,3 auf 2,3 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 2,0 auf 3,7 Kontakte im 1. Jahr).

Der DiD-Parameter für Inanspruchnahme in der PIA bei Indexdiagnosen war statistisch signifikant.

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnte die Kontinuität in der Prä-Zeit hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	28	309	68	47	42	393	70	63
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	14,9 %	13,2 %	14,9 %	—	8,7 %	11,4 %	17,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,5 %	1,5 %	2,1 %	—	8,7 %	10,0 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	41,1 %	32,4 %	31,9 %	—	48,3 %	40,0 %	58,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,3 %	4,4 %	4,3 %	—	16,3 %	8,6 %	15,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,9 %	0,0 %	0,0 %	—	2,8 %	2,9 %	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,9 %	4,4 %	8,5 %	—	1,0 %	1,4 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,7 %	14,7 %	17,0 %	—	18,6 %	22,9 %	30,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	42,7 %	52,9 %	46,8 %	—	33,1 %	45,7 %	19,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	22	152	42	22	34	181	39	29

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	15,1 %	11,9 %	18,2 %	—	9,4 %	17,9 %	27,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	7,9 %	2,4 %	4,5 %	—	11,6 %	12,8 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	37,5 %	33,3 %	40,9 %	—	48,1 %	38,5 %	55,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	13,8 %	4,8 %	4,5 %	—	17,1 %	7,7 %	20,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,9 %	0,0 %	0,0 %	—	4,4 %	2,6 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,0 %	7,1 %	18,2 %	—	0,6 %	2,6 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	24,3 %	14,3 %	22,7 %	—	22,1 %	30,8 %	44,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	38,8 %	52,4 %	27,3 %	—	32,6 %	43,6 %	13,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	59	13	<10	25	83	22	20
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	22,0 %	15,4 %	0,0 %	—	10,8 %	13,6 %	30,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,6 %	0,0 %	0,0 %	—	12,0 %	13,6 %	15,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	45,8 %	46,2 %	33,3 %	—	47,0 %	45,5 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	20,3 %	0,0 %	0,0 %	—	13,3 %	13,6 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,7 %	0,0 %	0,0 %	—	2,4 %	4,5 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,0 %	23,1 %	22,2 %	—	1,2 %	4,5 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	32,2 %	15,4 %	0,0 %	—	24,1 %	31,8 %	45,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	23,7 %	46,2 %	44,4 %	—	33,7 %	40,9 %	20,0 %

--	--	--	--	--	--	--	--	--

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	21	268	62	39	27	359	63	52
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	28,7 %	25,8 %	25,6 %	—	15,3 %	17,5 %	26,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	10,8 %	8,1 %	10,3 %	—	17,3 %	22,2 %	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	63,4 %	53,2 %	53,8 %	—	72,1 %	71,4 %	73,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	28,0 %	16,1 %	20,5 %	—	36,2 %	31,7 %	38,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	—	4,5 %	3,2 %	0,0 %	—	5,8 %	9,5 %	15,4 %
	—	3,0 %	9,7 %	5,1 %	—	2,8 %	0,0 %	5,8 %
	—	38,8 %	35,5 %	33,3 %	—	34,0 %	46,0 %	51,9 %
	—	21,6 %	30,6 %	30,8 %	—	12,5 %	12,7 %	7,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	15	131	39	18	22	165	37	23
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	29,8 %	25,6 %	38,9 %	—	17,0 %	29,7 %	34,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,7 %	12,8 %	16,7 %	—	23,0 %	27,0 %	30,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	67,2 %	59,0 %	61,1 %	—	71,5 %	73,0 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	35,1 %	15,4 %	22,2 %	—	39,4 %	37,8 %	39,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	8,4 %	2,6 %	0,0 %	—	7,9 %	8,1 %	21,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,3 %	12,8 %	11,1 %	—	3,0 %	0,0 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	43,5 %	38,5 %	50,0 %	—	40,0 %	59,5 %	78,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	16,8 %	25,6 %	16,7 %	—	10,9 %	2,7 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	50	12	<10	16	76	21	15
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	38,0 %	33,3 %	28,6 %	—	18,4 %	14,3 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	20,0 %	16,7 %	14,3 %	—	25,0 %	28,6 %	40,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	78,0 %	75,0 %	57,1 %	–	69,7 %	81,0 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	46,0 %	8,3 %	14,3 %	–	32,9 %	61,9 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	2,0 %	0,0 %	0,0 %	–	6,6 %	14,3 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	2,0 %	25,0 %	0,0 %	–	1,3 %	0,0 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	50,0 %	50,0 %	42,9 %	–	42,1 %	52,4 %	80,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	4,0 %	16,7 %	42,9 %	–	10,5 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	14	227	47	30	16	319	51	43
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	36,1 %	38,3 %	36,7 %	–	18,8 %	23,5 %	27,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	19,4 %	14,9 %	16,7 %	–	23,2 %	29,4 %	30,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	81,9 %	83,0 %	80,0 %	–	86,5 %	90,2 %	90,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	50,7 %	34,0 %	46,7 %	–	57,7 %	52,9 %	55,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	11,0 %	6,4 %	0,0 %	–	10,7 %	17,6 %	18,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	8,4 %	12,8 %	10,0 %	–	6,6 %	9,8 %	16,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	52,4 %	51,1 %	50,0 %	–	42,6 %	58,8 %	58,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	–	8,8 %	8,5 %	10,0 %	–	5,6 %	3,9 %	2,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	10	109	28	15	11	146	30	19
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	38,5 %	39,3 %	53,3 %	–	22,6 %	30,0 %	42,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	25,7 %	21,4 %	26,7 %	–	32,2 %	36,7 %	36,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	86,2 %	85,7 %	80,0 %	–	89,7 %	90,0 %	94,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	55,0 %	35,7 %	53,3 %	–	65,8 %	56,7 %	68,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	17,4 %	7,1 %	0,0 %	–	15,1 %	20,0 %	26,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	10,1 %	14,3 %	20,0 %	–	8,2 %	6,7 %	21,1 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	60,6 %	57,1 %	73,3 %	–	53,4 %	73,3 %	84,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	–	7,3 %	10,7 %	6,7 %	–	2,1 %	3,3 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	37	<10	<10	<10	65	16	11
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	48,6 %	66,7 %	60,0 %	–	24,6 %	12,5 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	37,8 %	33,3 %	20,0 %	–	36,9 %	43,8 %	36,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	91,9 %	100,0 %	60,0 %	–	89,2 %	100,0 %	90,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	67,6 %	33,3 %	40,0 %	–	60,0 %	81,3 %	54,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	10,8 %	16,7 %	0,0 %	–	12,3 %	31,3 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	13,5 %	0,0 %	0,0 %	–	7,7 %	6,3 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	73,0 %	100,0 %	80,0 %	–	53,8 %	75,0 %	81,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	–	2,7 %	0,0 %	20,0 %	–	1,5 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	286	289	198	158	234	333	177	167
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	18,7 %	24,2 %	24,7 %	—	17,1 %	23,2 %	19,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,7 %	2,0 %	1,9 %	—	5,1 %	4,5 %	4,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	29,8 %	22,2 %	24,7 %	—	44,1 %	38,4 %	46,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	7,3 %	4,5 %	10,8 %	—	9,0 %	7,9 %	7,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	—	1,2 %	1,7 %	1,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,1 %	0,5 %	0,6 %	—	0,9 %	2,3 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,4 %	26,3 %	26,6 %	—	22,8 %	28,2 %	24,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	53,3 %	52,0 %	46,8 %	—	42,0 %	41,8 %	40,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	252	218	163	121	192	249	152	136
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	—	19,7 %	27,0 %	28,9 %	—	20,5 %	26,3 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	0,9 %	2,5 %	2,5 %	—	5,6 %	5,3 %	4,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	29,8 %	22,7 %	24,0 %	—	47,4 %	42,1 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	7,3 %	5,5 %	11,6 %	—	8,4 %	8,6 %	8,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	—	1,6 %	2,0 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,3 %	0,6 %	0,8 %	—	0,4 %	2,6 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,6 %	29,4 %	31,4 %	—	26,9 %	32,2 %	27,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	53,2 %	47,9 %	44,6 %	—	38,6 %	36,2 %	35,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	134	118	86	58	118	157	89	92
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	22,0 %	29,1 %	36,2 %	—	26,1 %	34,8 %	23,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	0,8 %	3,5 %	1,7 %	—	7,0 %	4,5 %	3,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	28,0 %	24,4 %	25,9 %	—	48,4 %	38,2 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	6,8 %	5,8 %	17,2 %	—	8,3 %	10,1 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	—	1,9 %	2,2 %	1,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,4 %	1,2 %	0,0 %	—	0,6 %	2,2 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	22,9 %	32,6 %	37,9 %	—	33,8 %	40,4 %	27,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	52,5 %	40,7 %	37,9 %	—	34,4 %	32,6 %	37,0 %

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	206	228	144	124	211	287	146	136
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	36,4 %	46,5 %	50,0 %	—	29,6 %	39,0 %	34,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,7 %	5,6 %	8,9 %	—	13,6 %	13,0 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	51,3 %	50,0 %	54,8 %	—	66,9 %	66,4 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	22,8 %	20,1 %	26,6 %	—	22,0 %	22,6 %	19,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	0,0 %	2,4 %	—	4,2 %	4,1 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,3 %	3,5 %	1,6 %	—	3,1 %	4,1 %	2,2 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	41,2 %	50,7 %	56,5 %	–	42,9 %	53,4 %	45,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	24,6 %	25,0 %	17,7 %	–	17,8 %	14,4 %	22,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	181	171	121	95	175	214	127	108
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	39,2 %	49,6 %	58,9 %	–	35,5 %	42,5 %	42,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	4,7 %	6,6 %	9,5 %	–	13,1 %	15,0 %	12,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	52,0 %	52,1 %	58,9 %	–	70,1 %	68,5 %	65,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	23,4 %	23,1 %	29,5 %	–	22,4 %	22,8 %	19,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	0,0 %	0,0 %	2,1 %	–	5,1 %	4,7 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	3,5 %	4,1 %	1,1 %	–	2,8 %	3,9 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	43,3 %	54,5 %	65,3 %	–	48,1 %	59,1 %	55,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	23,4 %	21,5 %	10,5 %	–	14,0 %	11,8 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	100	86	67	52	109	125	74	72
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	39,5 %	56,7 %	63,5 %	–	42,4 %	55,4 %	44,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	2,3 %	9,0 %	7,7 %	–	17,6 %	12,2 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	53,5 %	61,2 %	63,5 %	–	73,6 %	66,2 %	68,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	25,6 %	29,9 %	30,8 %	–	22,4 %	25,7 %	22,2 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	0,0 %	3,8 %	—	7,2 %	4,1 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,7 %	4,5 %	1,9 %	—	1,6 %	2,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,9 %	62,7 %	67,3 %	—	58,4 %	67,6 %	55,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	22,1 %	11,9 %	5,8 %	—	9,6 %	8,1 %	15,3 %

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	151	175	100	94	155	207	115	103
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	—	48,0 %	59,0 %	70,2 %	—	40,1 %	51,3 %	51,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,7 %	14,0 %	9,6 %	—	17,4 %	15,7 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,9 %	68,0 %	74,5 %	—	80,2 %	86,1 %	81,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	42,3 %	42,0 %	50,0 %	—	44,9 %	47,0 %	36,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,4 %	2,0 %	3,2 %	—	6,8 %	3,5 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	10,3 %	12,0 %	5,3 %	—	5,3 %	9,6 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	61,1 %	67,0 %	76,6 %	—	57,5 %	67,0 %	68,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,9 %	13,0 %	3,2 %	—	8,7 %	4,3 %	6,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	136	131	83	75	131	151	100	86
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	50,4 %	61,4 %	76,0 %	—	47,7 %	55,0 %	60,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	15,3 %	14,5 %	9,3 %	—	17,2 %	17,0 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	78,6 %	71,1 %	78,7 %	—	86,1 %	89,0 %	81,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	44,3 %	44,6 %	52,0 %	—	43,7 %	47,0 %	36,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,3 %	2,4 %	2,7 %	—	6,0 %	4,0 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	10,7 %	12,0 %	4,0 %	—	6,0 %	8,0 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	64,1 %	69,9 %	81,3 %	—	63,6 %	72,0 %	77,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,8 %	9,6 %	0,0 %	—	4,0 %	3,0 %	5,8 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	71	68	46	46	83	81	64	56
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	54,4 %	73,9 %	78,3 %	—	54,3 %	68,8 %	69,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	14,7 %	17,4 %	8,7 %	—	22,2 %	14,1 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	80,9 %	73,9 %	82,6 %	—	86,4 %	89,1 %	83,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	47,1 %	45,7 %	47,8 %	—	50,6 %	50,0 %	42,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,5 %	4,3 %	4,3 %	—	8,6 %	3,1 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	13,2 %	6,5 %	4,3 %	—	6,2 %	7,8 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	66,2 %	82,6 %	82,6 %	—	72,8 %	81,3 %	85,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,9 %	4,3 %	0,0 %	—	2,5 %	1,6 %	3,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

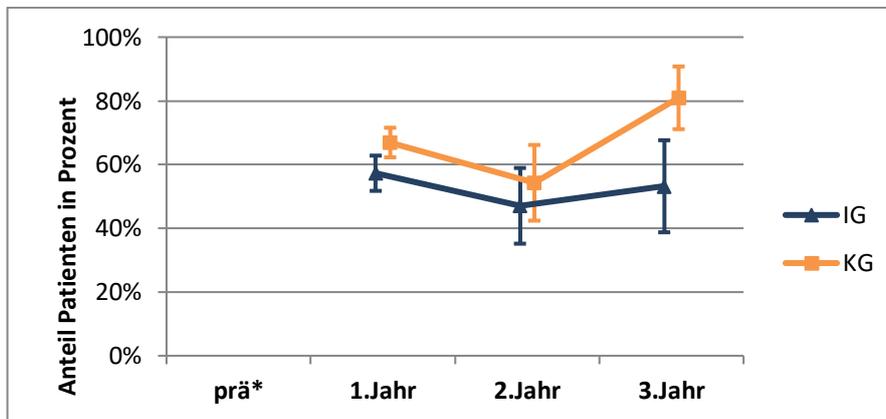
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

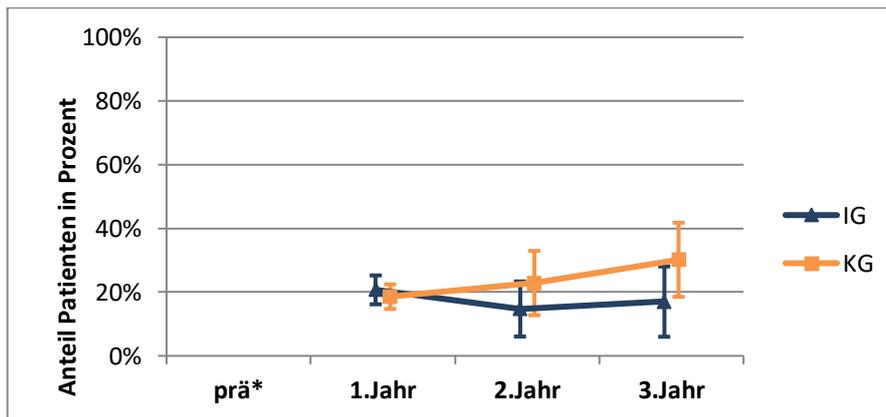
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*

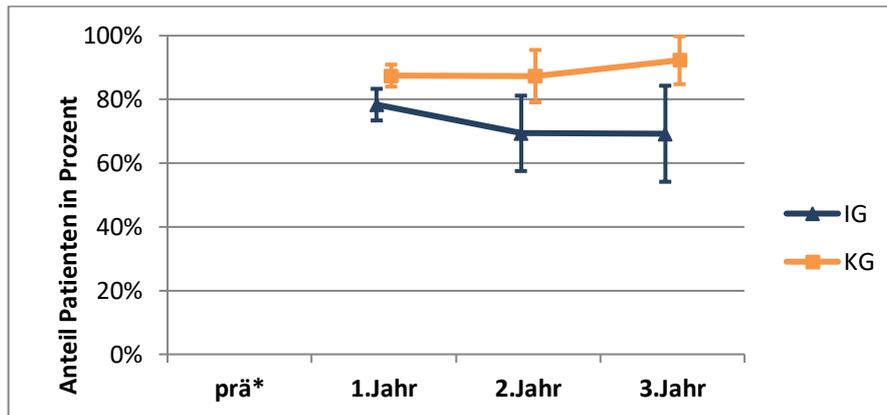


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

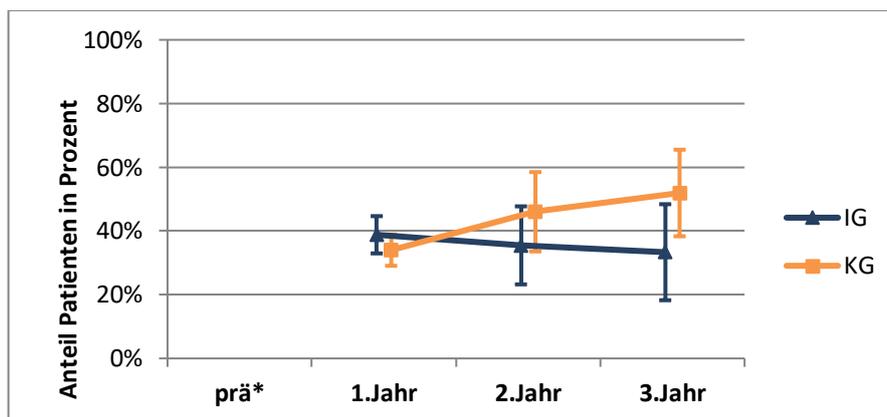
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

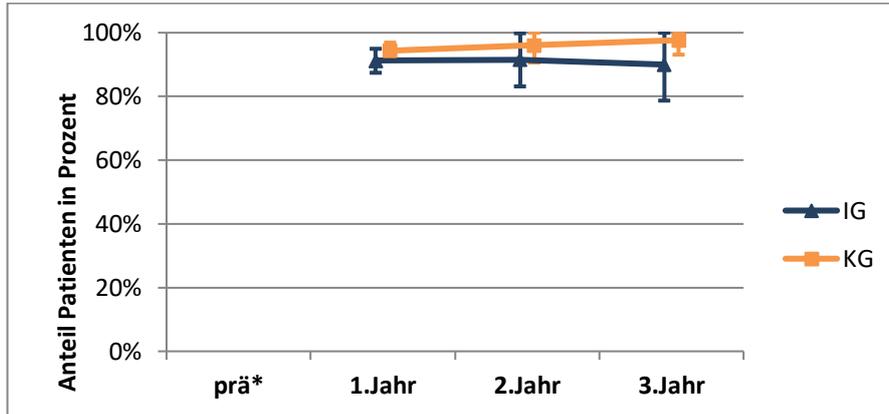


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

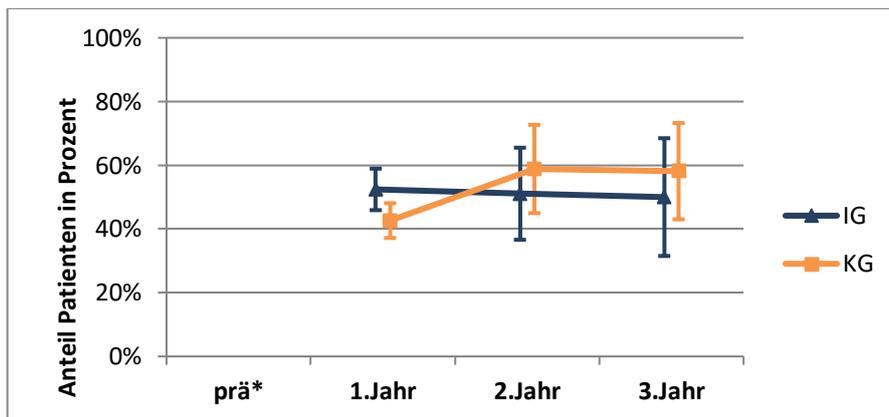
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***



* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

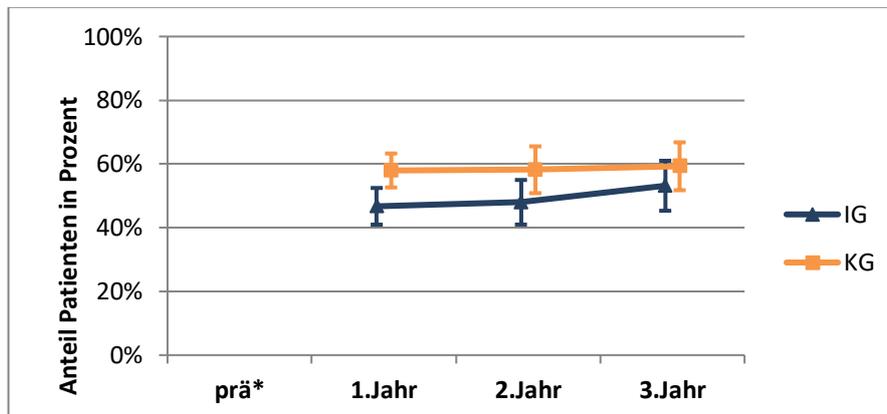
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

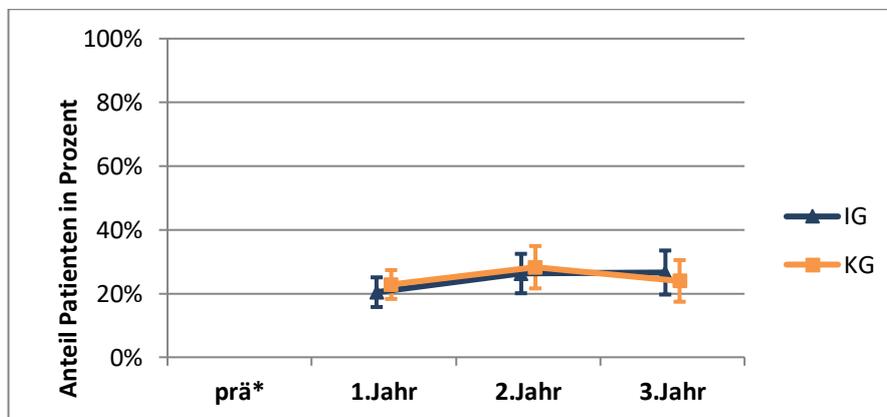
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*

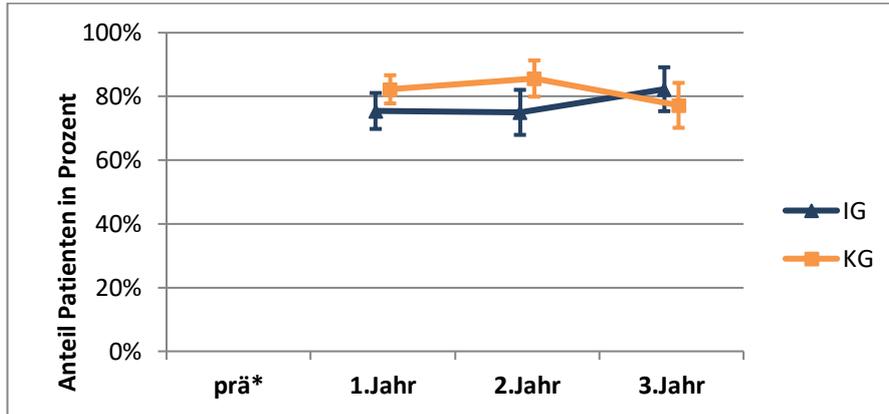


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

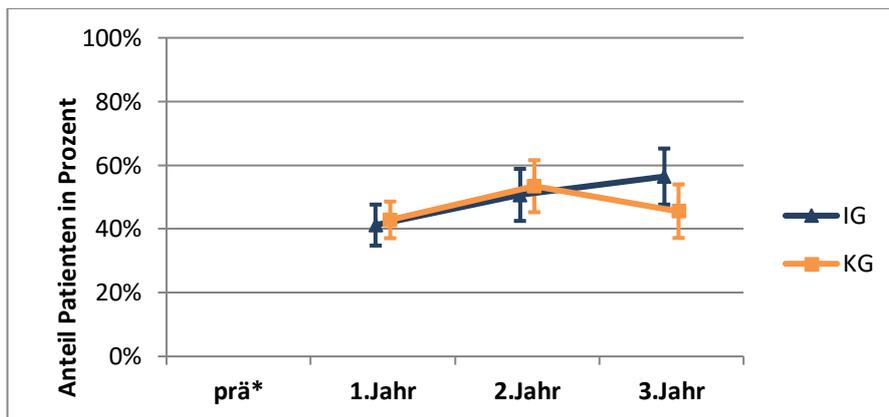
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

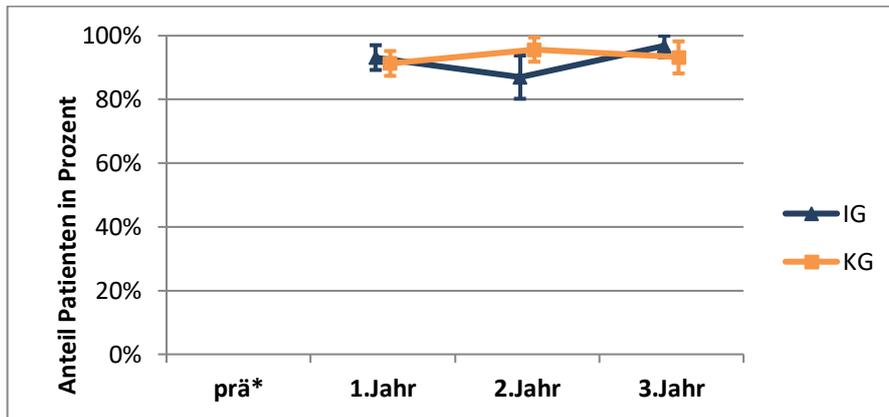


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

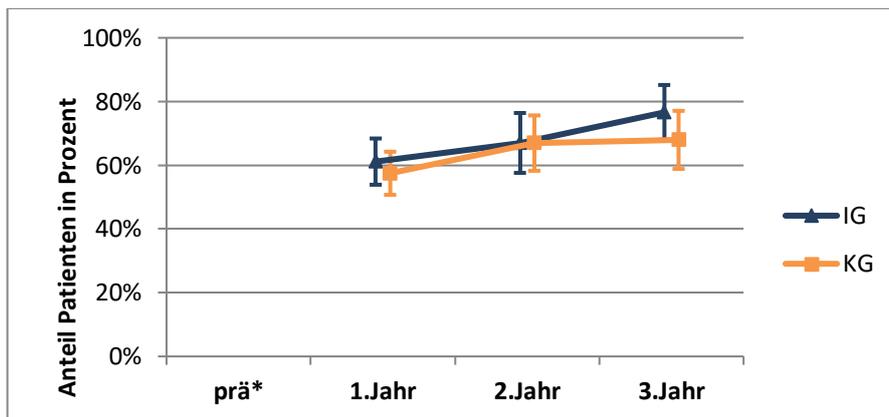
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***



* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=309, KG=393; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=289, KG=333). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	14	220	24	284
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,4 %	25,5 %	4,2 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	4,1 %	0,0 %	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,4 %	40,5 %	54,2 %	50,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,1 %	11,4 %	33,3 %	16,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	2,7 %	0,0 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,3 %	4,2 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,4 %	30,5 %	4,2 %	19,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	14,3 %	37,7 %	25,0 %	33,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	86	20	137
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	29,1 %	5,0 %	12,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	7,0 %	0,0 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	38,4 %	60,0 %	44,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,5 %	15,1 %	30,0 %	22,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,7 %	0,0 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,5 %	5,0 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	37,2 %	5,0 %	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,0 %	30,2 %	20,0 %	34,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	40	<10	50
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	0,0 %	27,5 %	0,0 %	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	10,0 %	0,0 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	40,0 %	42,9 %	34,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	15,0 %	28,6 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	37,5 %	0,0 %	30,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	0,0 %	30,0 %	28,6 %	40,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	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	10	200	21	261
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	36,5 %	28,6 %	14,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,0 %	12,0 %	4,8 %	12,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,0 %	72,0 %	81,0 %	70,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,0 %	33,0 %	38,1 %	32,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,5 %	9,5 %	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,5 %	14,3 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	46,5 %	38,1 %	31,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	14,0 %	4,8 %	13,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	80	19	126
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	37,5 %	26,3 %	19,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	20,0 %	5,3 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	70,0 %	78,9 %	68,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	16,7 %	40,0 %	36,8 %	38,9 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	16,7 %	53,8 %	36,8 %	37,3 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	16,7 %	12,5 %	5,3 %	11,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	36	<10	44
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	0,0 %	36,1 %	14,3 %	18,2 %
	0,0 %	33,3 %	14,3 %	22,7 %
	100,0 %	75,0 %	57,1 %	56,8 %
	50,0 %	50,0 %	28,6 %	38,6 %
	0,0 %	2,8 %	14,3 %	9,1 %
	0,0 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	61,1 %	28,6 %	43,2 %
	0,0 %	11,1 %	14,3 %	15,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	176	17	230
Alle				
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens 1 Kontakt (A-F) • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	25,0 %	45,5 %	41,2 %	18,3 %
	25,0 %	18,2 %	17,6 %	22,6 %
	100,0 %	85,8 %	100,0 %	84,8 %
	50,0 %	56,3 %	64,7 %	55,2 %
	0,0 %	5,7 %	11,8 %	12,6 %
	25,0 %	8,0 %	17,6 %	5,7 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	58,5 %	58,8 %	45,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,0 %	0,0 %	4,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	73	15	110
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	49,3 %	40,0 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	28,8 %	20,0 %	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	84,9 %	100,0 %	85,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	66,7 %	61,6 %	60,0 %	59,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	9,6 %	13,3 %	14,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	11,0 %	13,3 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	69,9 %	60,0 %	54,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,1 %	0,0 %	1,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	33	<10	36
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	51,5 %	33,3 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	42,4 %	33,3 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	87,9 %	100,0 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	100,0 %	75,8 %	50,0 %	61,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	3,0 %	16,7 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	100,0 %	12,1 %	0,0 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	78,8 %	66,7 %	52,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

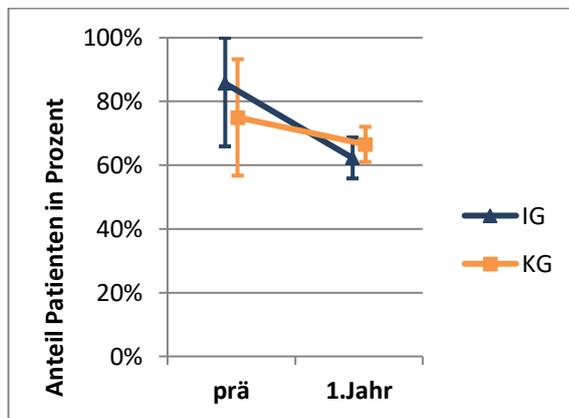
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

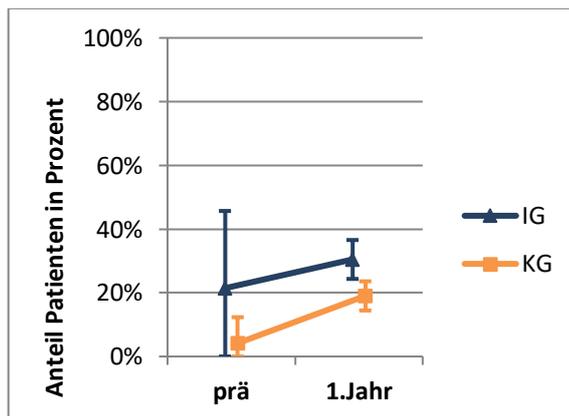
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

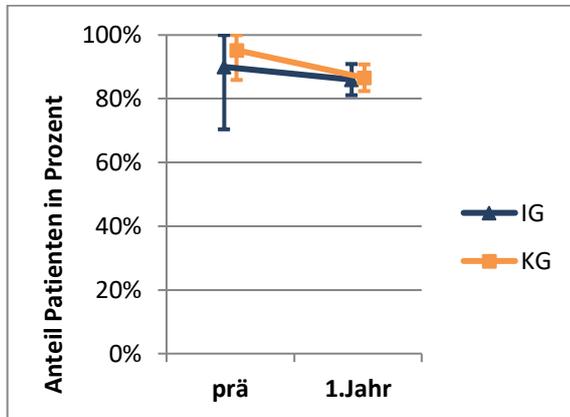


- Alle (psychiatrischer Sektor)

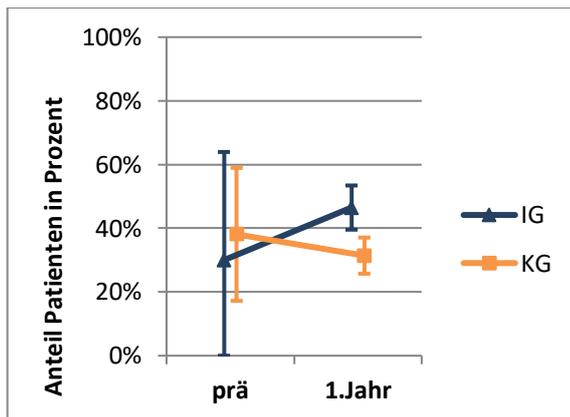


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle

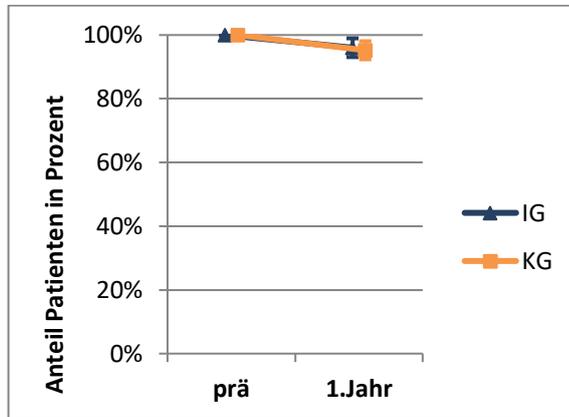


- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

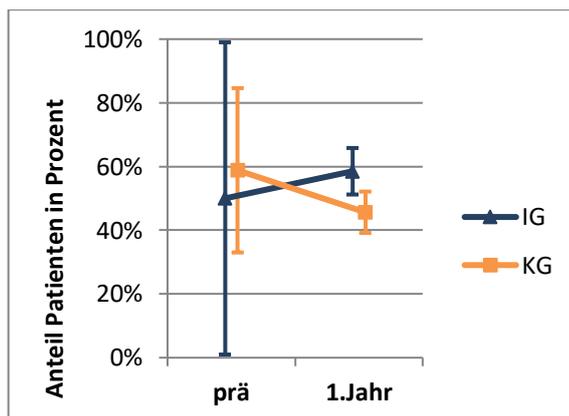


Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG), unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage). Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren.

Kein geschätzter DiD-Parameter für mindestens einen Kontakt im psychiatrischen Sektor nach stationärer Entlassung war statistisch signifikant.

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	351	351	351	351	366	366	366	366
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	341	341	312	296	357	358	330	320
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,3%	0,9%	0,0%	0,0%	1,4%	3,8%	0,8%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	454	454	454	454	475	475	475	475
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	435	440	411	407	468	464	444	437
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%	0,9%	0,2%	0,4%	0,6%	1,3%	0,4%	0,8%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

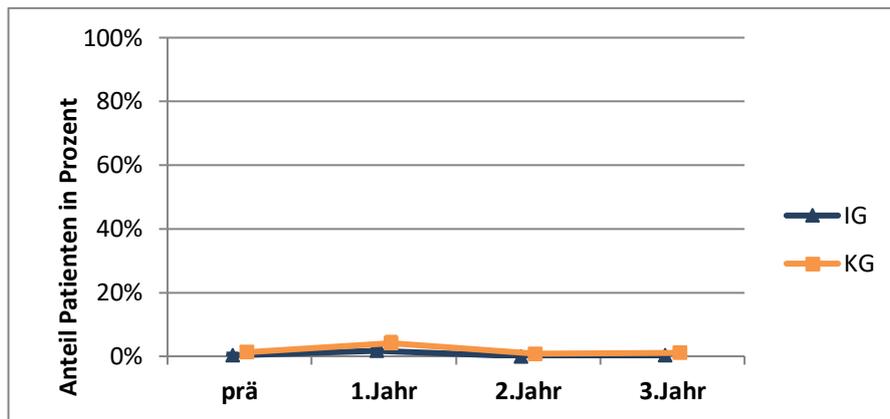
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

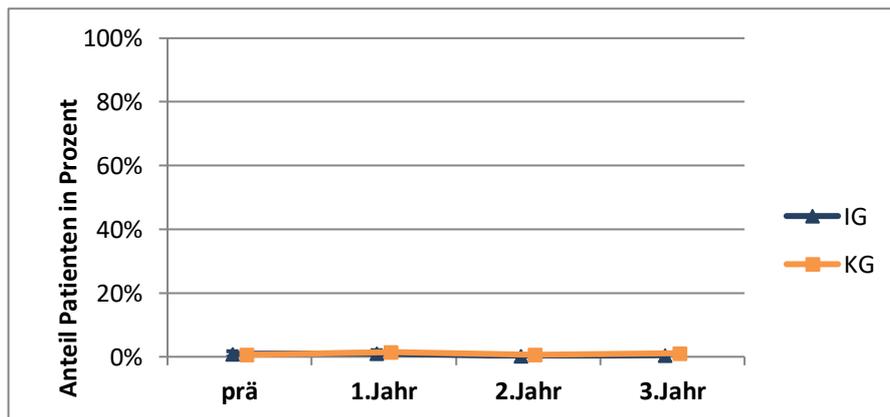
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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=351, KG=366; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=454, KG=475) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

**Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	321	321	331	331
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	316	313	319	325
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,6%	0,9%	0,0%	2,1%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

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 betraf.

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)	238	238	233	231	234	234	231	231
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	73	178	60	60	102	201	73	65
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,6	1,5	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	21,0	64,0	19,4	14,4	21,2	77,8	18,3	15,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,3%	13,4%	4,3%	4,3%	20,5%	11,5%	5,6%	3,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	3,0	1,3	1,5	1,0	1,0	1,3	1,5	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,2	0,3	0,1	0,8	1,3	0,5	1,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	252	252	251	249	260	260	256	255
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	121	124	86	83	125	131	82	85
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,2	2,2	2,7	2,2	1,9	2,1	2,5	2,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	37,3	31,3	19,7	23,0	40,8	40,4	16,4	19,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	7,5%	4,4%	4,0%	3,2%	13,1%	7,3%	4,3%	2,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	10	<10	10	<10	10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,2	1,4	1,6	1,4	1,3	1,1	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,6	0,6	0,4	1,0	1,4	0,6	0,7	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

² Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

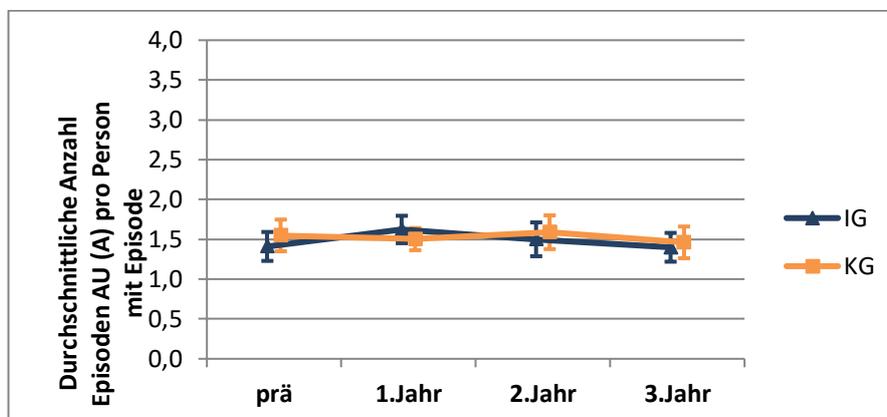
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

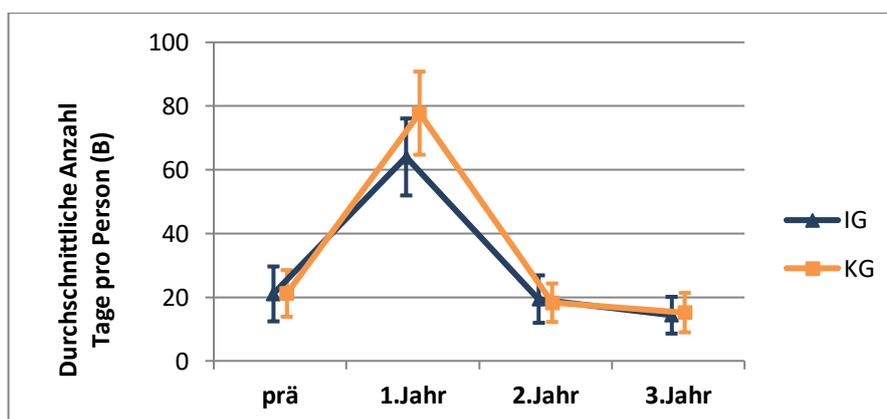
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

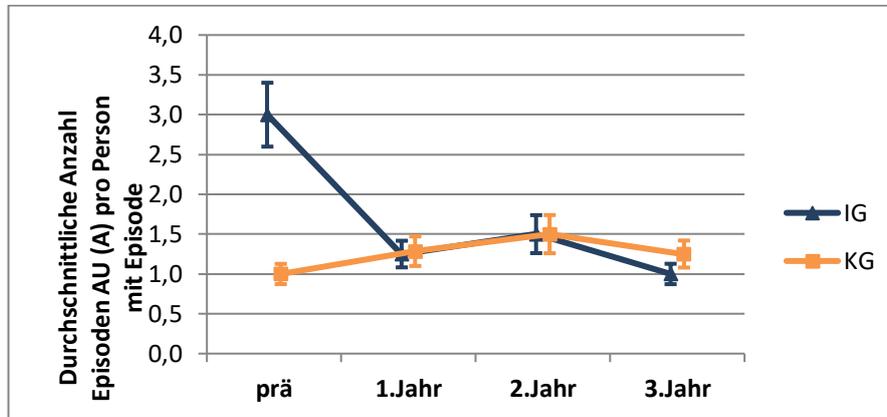


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

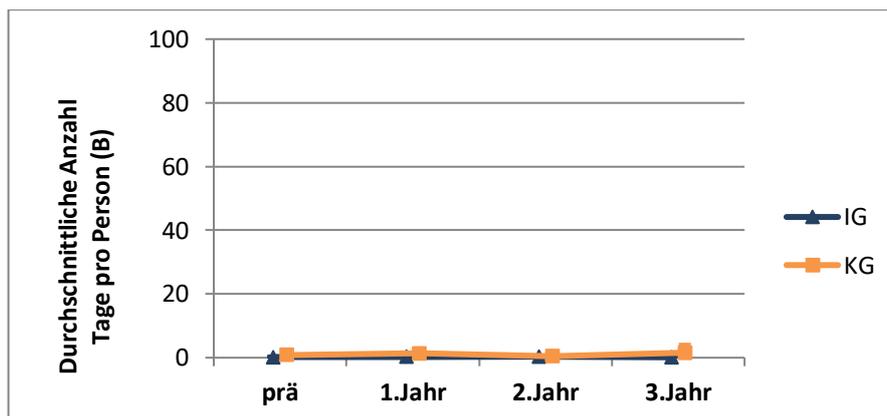


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



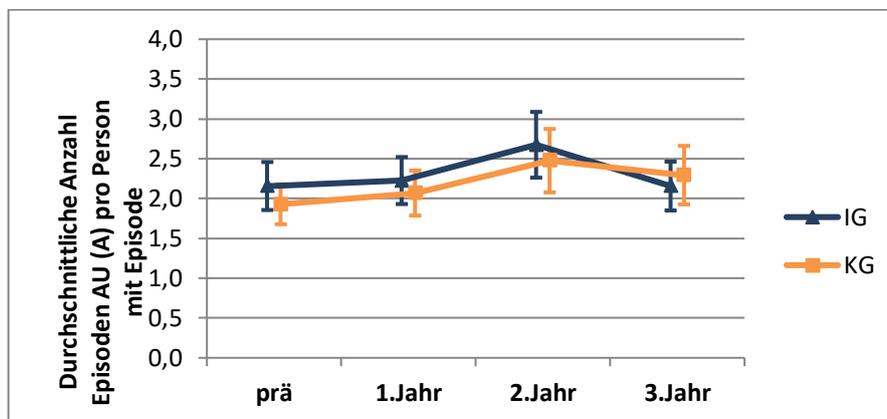
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

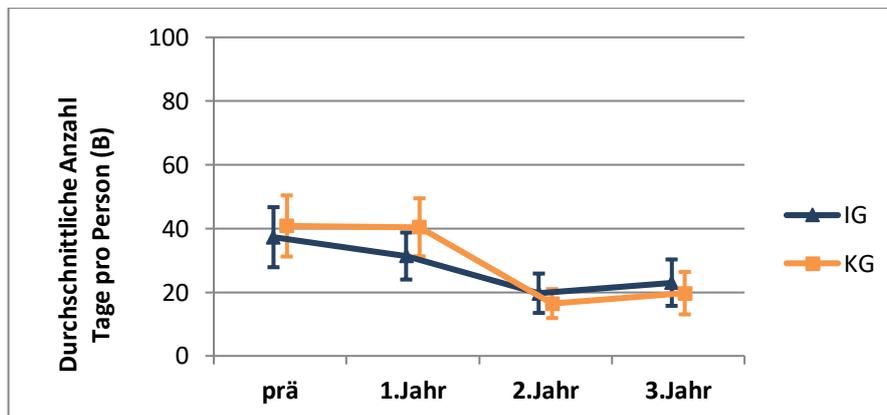
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

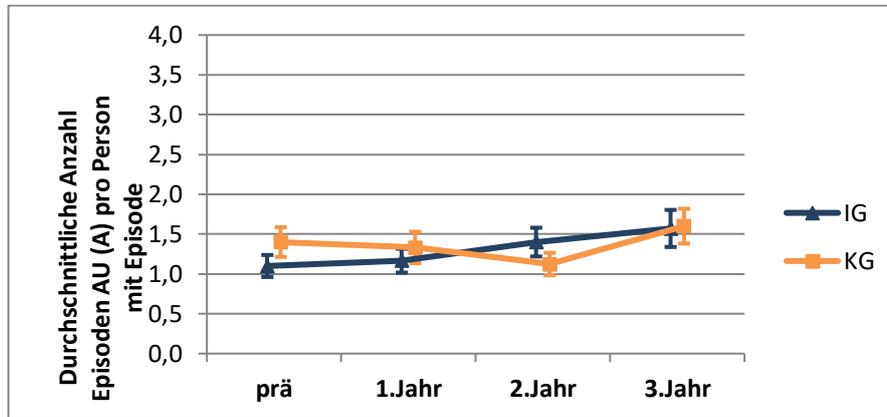


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

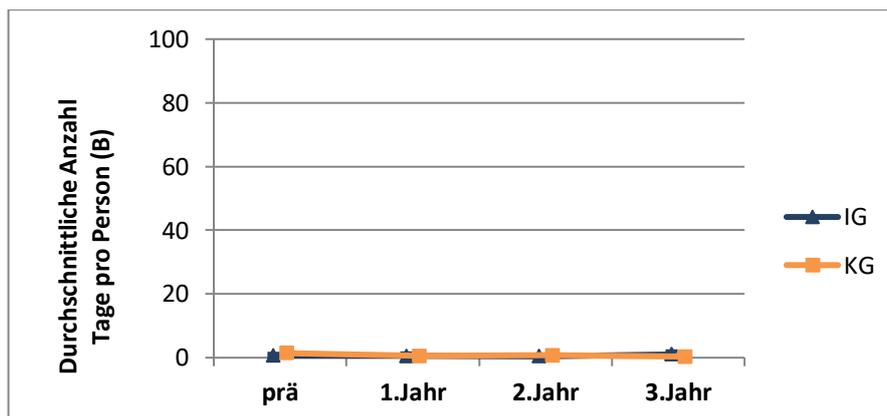


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=252, KG=260; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=490, KG=494). 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 sehr ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese für klarinikneue Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,4-1,6). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 14 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (IG: 64,0 AU-Tage; KG: 77,8 AU-Tage).

Bei den klarinikbekannten Patienten waren die Verläufe ebenso vergleichbar. Patienten in der IG wiesen jedoch im Vergleich zu KG ca. 9 weniger AU-Tage im ersten Modelljahr auf.

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	243	243	260	260
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	107	168	117	193
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,3	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	30,7	82,7	27,7	85,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	27,2%	13,6%	26,5%	11,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	10	13	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,7	1,4	1,6	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	1,0	1,1	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

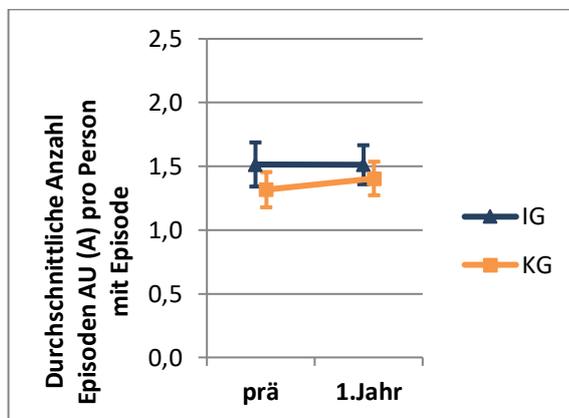
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

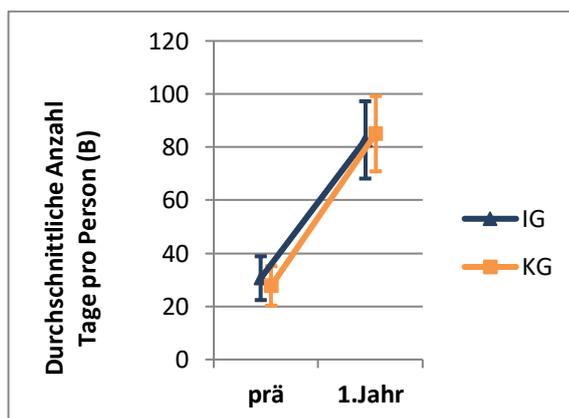
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Abbildung 11 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 12 die 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 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 309ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=243 und 260) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen fast parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 30,7 Tage; 1. Jahr: 82,7 Tage) weniger stark an als in der KG (prä: 27,7 Tage; 1. Jahr: 85,1 Tage).

Der geschätzte DiD-Parameter für die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen war statistisch signifikant.

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. Die IG wies, unabhängig vom Zeitfaktor, signifikant geringere AU-Tage im Vergleich zur KG auf (Haupteffekt *Gruppe*).

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen A (nur Diagnosekriterium) 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 309 ff.).

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	166	222
<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) 	36,7% 80,0	33,3% 96,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	67	103
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	15,7% 108,5	17,6% 88,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	34	36
<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) 	8,4% 102,6	8,1% 100,2

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

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

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

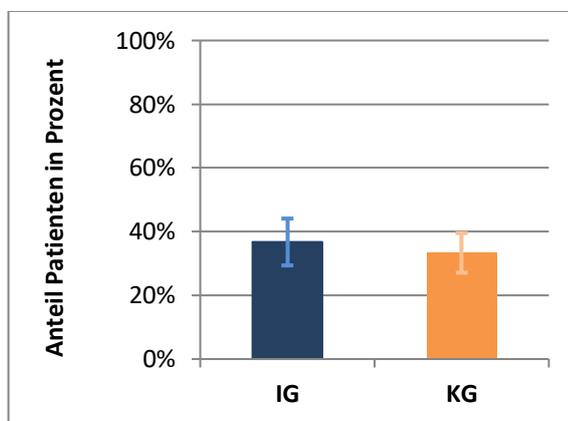
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

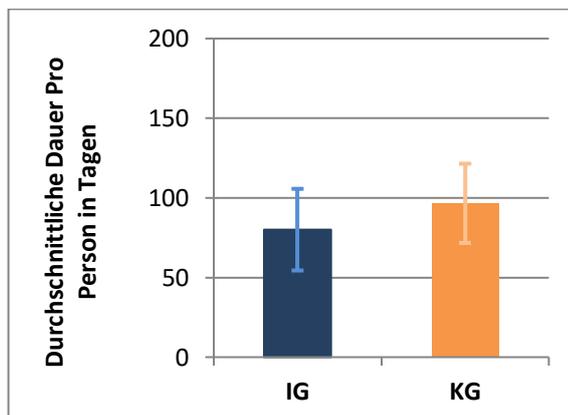


Abbildung 14 zeigt die Säulendiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Säulendiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=166 und 222) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 36,7%; KG: 33,3%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 80,0 Tage; KG: 96,6 Tage).

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	434	434	399	384	441	441	414	399
Mittlerer Elixhauser Score								
• Mittelwert	2,7	3,4	2,9	2,8	2,5	3,3	2,8	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	597	597	575	558	598	598	577	568
Mittlerer Elixhauser Score								
• Mittelwert	3,1	3,3	3,2	3,2	3,1	3,4	3,2	3,3

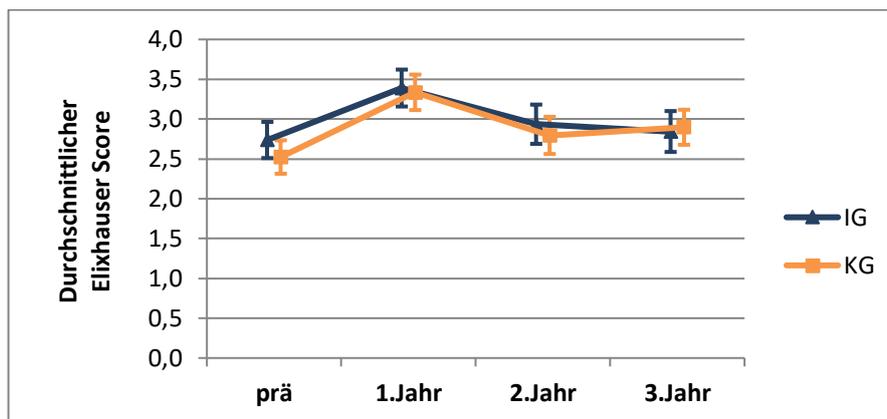
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

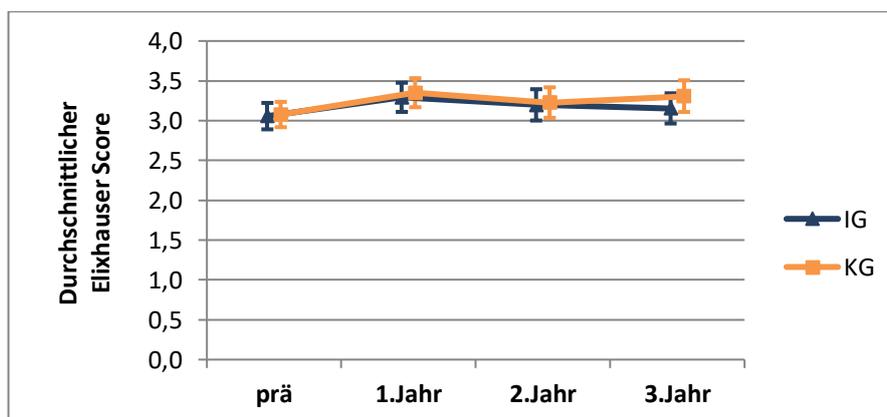


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=434, KG=441; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=597, KG=598) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,4; KG: 3,3) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,7; KG: 2,5) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei circa 2,9 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,1-3,4), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	398	398
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,3 3 1 - 5	3,2 3 1 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,2 2 1 - 3	2,0 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,1 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

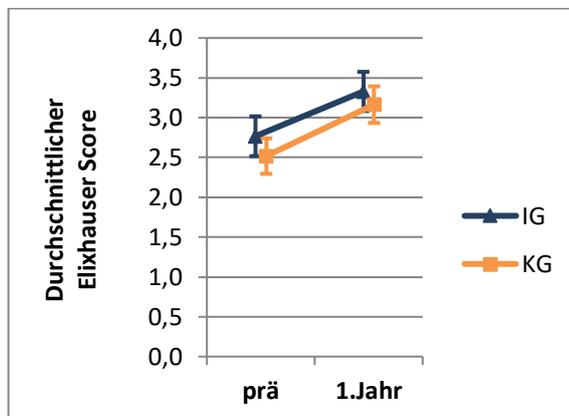


Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Interaktionsdiagramme für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es bezüglich der Komorbidität keinen relevanten Unterschied zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Verläufe waren nahezu parallel mit leicht höherem Score in der IG.

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)	434	434	434	441	441	441
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	8,1 %	11,5 %	14,1 %	6,1 %	9,5 %	11,3 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	597	597	597	598	598	598
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	3,7 %	6,5 %	10,1 %	3,5 %	5,0 %	8,4 %

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

Klinikneue Patienten

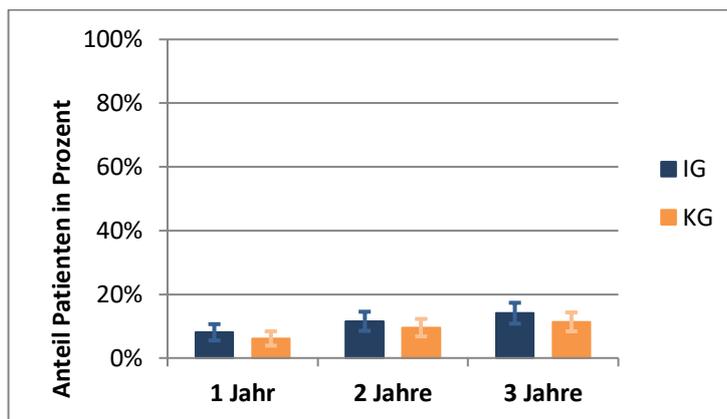
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Klinikbekannte Patienten

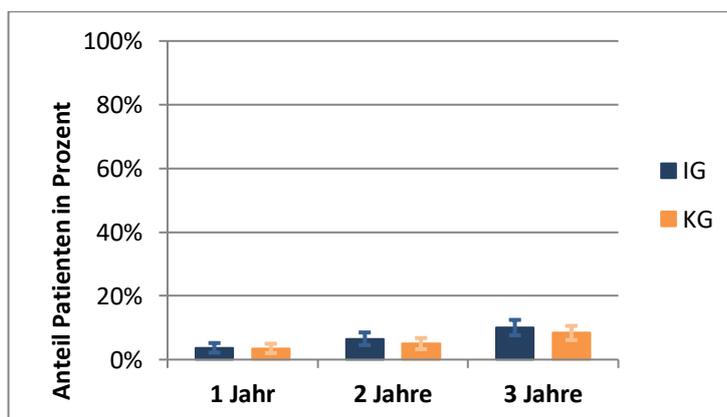
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (n_{linikneu} : IG=434, KG=441; $n_{\text{linikbekannt}}$: IG=597, KG=598) zeigten sich bei linikneuen und linikbekannten Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zu Kontrollgruppe (KG).

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	398	398
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,3 %	4,0 %

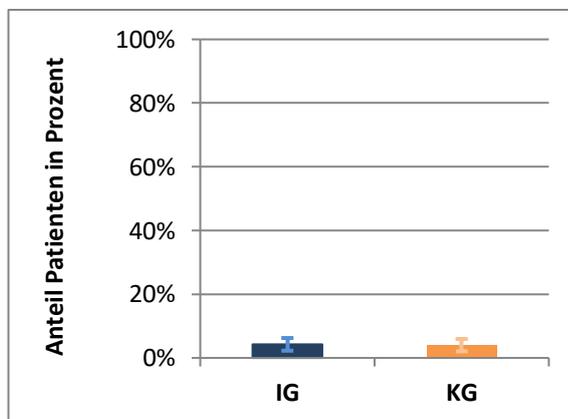
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten

mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

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

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	399	384	373	414	399	391
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	135	137	139	102	102	103
• Jegliche depr. Episode ³	238	237	232	237	228	234
• ohne Suchterkrankung ⁵	301	289	281	293	283	279
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,1 %	13,1 %	15,8 %	14,7 %	18,6 %	21,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,8 %	5,5 %	7,8 %	4,2 %	7,9 %	10,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	20,3 %	23,2 %	28,5 %	20,5 %	24,4 %	28,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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	575	558	537	577	568	548
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	114	117	120	71	77	78
• Jegliche depr. Episode ³	232	231	224	231	233	222
• ohne Suchterkrankung ⁵	333	320	309	339	333	321
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,5 %	14,5 %	15,8 %	11,3 %	10,4 %	10,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,7 %	3,0 %	4,5 %	3,0 %	5,2 %	6,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	5,7 %	12,8 %	15,5 %	6,8 %	10,8 %	15,3 %

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

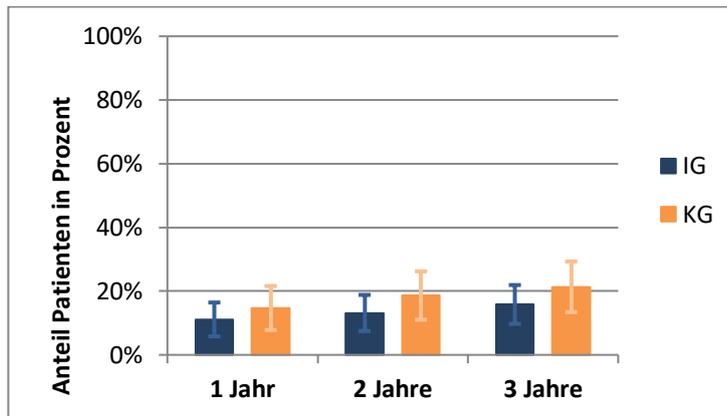
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

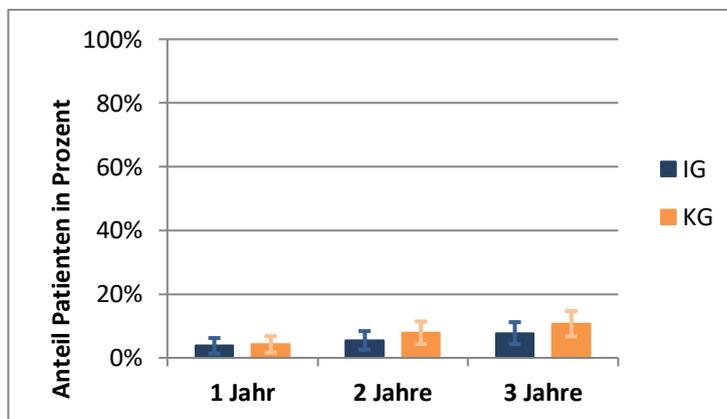
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

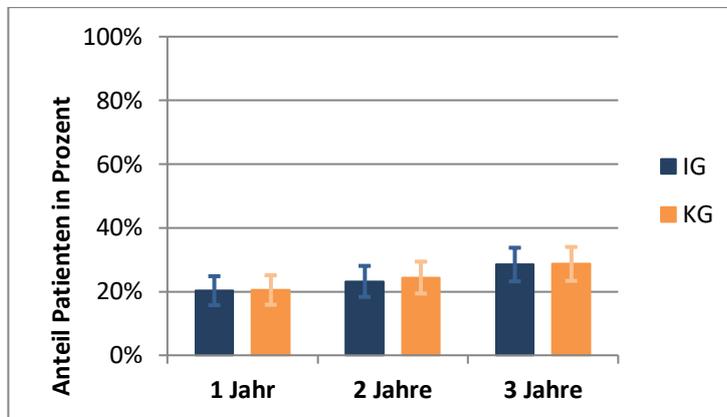
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Klinikbekannte Patienten

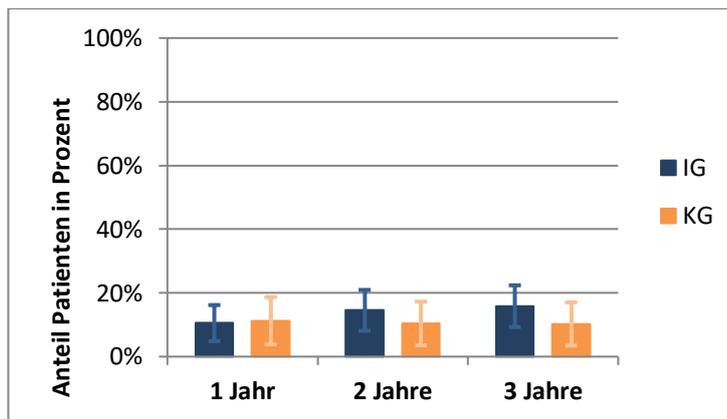
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

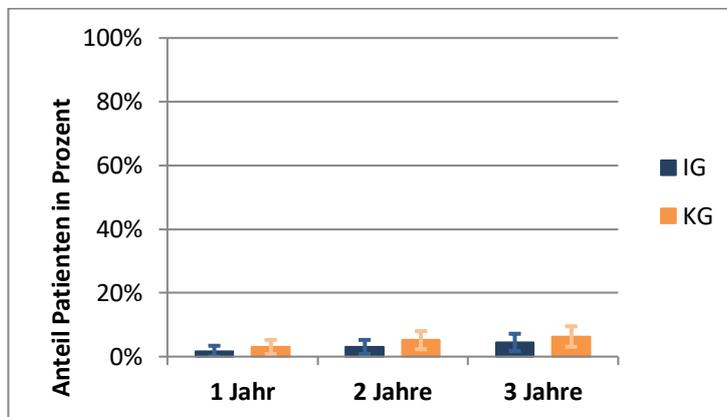
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

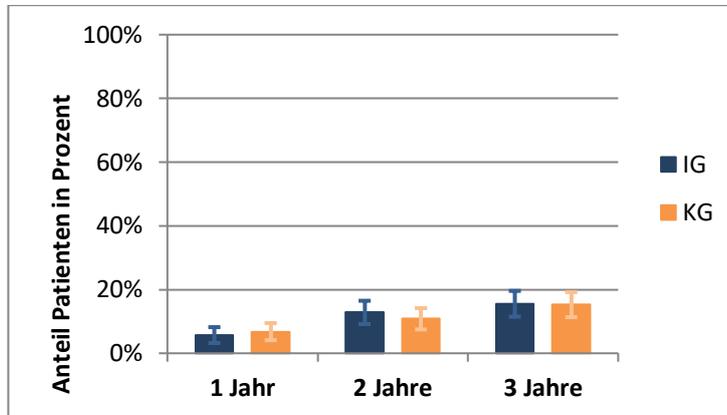
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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=399, KG=414; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=575, KG=577) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Die Verläufe waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit vergleichbar. Bei den klinikneuen Patienten war der Anteil an Personen mit einer der untersuchten Progressionen in der IG stets geringer als in der KG, jedoch war dieser Unterschied gering (von -0,2%-Punkte bis -5,5%-Punkte).

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	381	382
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	128 242 275	120 225 281
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	13,3 % 3,3 % 15,6 %	20,8 % 3,1 % 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
(ohne Unterscheidung in klinikneue und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

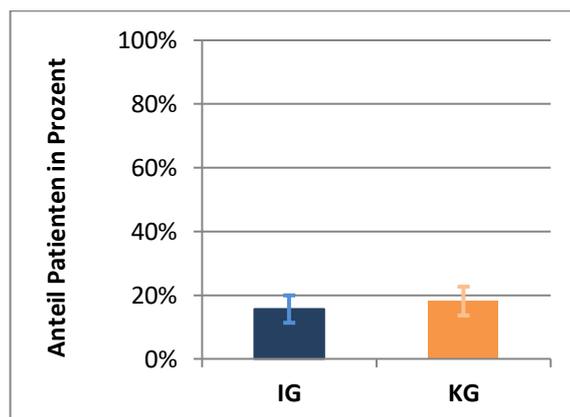


Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der Modellklinik (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Jedoch waren hier die Fallzahlen zu gering, um inferenzstatistische Test zu rechnen. In der IG wies ein geringerer Anteil an Patienten eine Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) auf im Vergleich zur KG.

Die geschätzten DiD-Parameter von Progression C zeigten jedoch keine statistische Signifikanz.

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcomeparameter: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Parametern untersucht, wie Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen mit den vorhandenen Daten übereinstimmen. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (2) aufgeführte Parameter genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

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

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

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

Zeitreihendiagramme entfallen, da diese für die dargestellten Parameter nicht zweckmäßig sind (2).

Alkoholabhängigkeit

Zum einen wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten, die eine stationär behandelte Alkoholabhängigkeit aufwiesen, nach dem stationären Aufenthalt mindestens einen Untersuchungstermin pro Monat für mindestens sechs Monate wahrgenommen haben. (B)

Zum anderen wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit Alkoholabhängigkeit im Beobachtungszeitraum eine rückfallprophylaktische Medikation mit Acamprosat oder Naltrexon, oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram verordnet bekommen hatten. (C)

Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	14	17
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	0,0 %	0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	24	27
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	0,0 %

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

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

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>40 5,0 %</p>	<p>40 5,0 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p><10 33,3 %</p>	<p><10 100,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>22 40,9 %</p>	<p>13 46,2 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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 	145 36,6 %	144 43,8 %
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 	111 9,9 %	130 14,6 %

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

² ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der Modellklinik (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 36,6%; KG: 43,8%).

Die Modellrechnung zeigte, dass dieser Unterschied statistisch signifikant ist.

Schizophrenie

Erstens wurde bezüglich der pharmakologischen Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als 6 Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Zweitens wurde die medikamentöse Langzeitbehandlung mit Antipsychotika nach einem stationären Aufenthalt untersucht. Genauer wurde geprüft, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einem stationären Aufenthalt innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Patienten mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als 6 Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war.

Drittens wurde hinsichtlich des Monitorings von möglichen Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie und einer Langzeitmedikation (≥ 2 Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von 12 Monaten) einmal innerhalb von sechs Monaten ein Monitoring auf Nebenwirkungen (Ruhe-EKG, Blutuntersuchung, Blutzucker-Bestimmungen) erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von insgesamt mehr als 6 Monaten pro Jahr im Beobachtungszeitraum mussten ausgeschlossen werden, da eine stationäre Medikamentenverordnung in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich war. Zusätzlich mussten Patienten mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraumes von sechs Monaten ausgeschlossen werden, da Monitoringmaßnahmen in der PIA und medikamentöse Therapien in Krankenhaus in den verfügbaren Daten nicht ersichtlich waren.

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">22</p> 72,7 %	<p style="text-align: center;">23</p> 78,3 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">16</p> 81,3 %	<p style="text-align: center;">14</p> 85,7 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;"><10</p> 0,0 %	<p style="text-align: center;"><10</p> 20,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

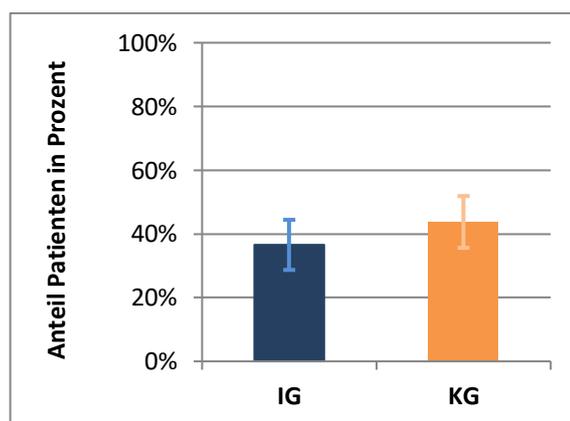
Demenz E

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 gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 245ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 259ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

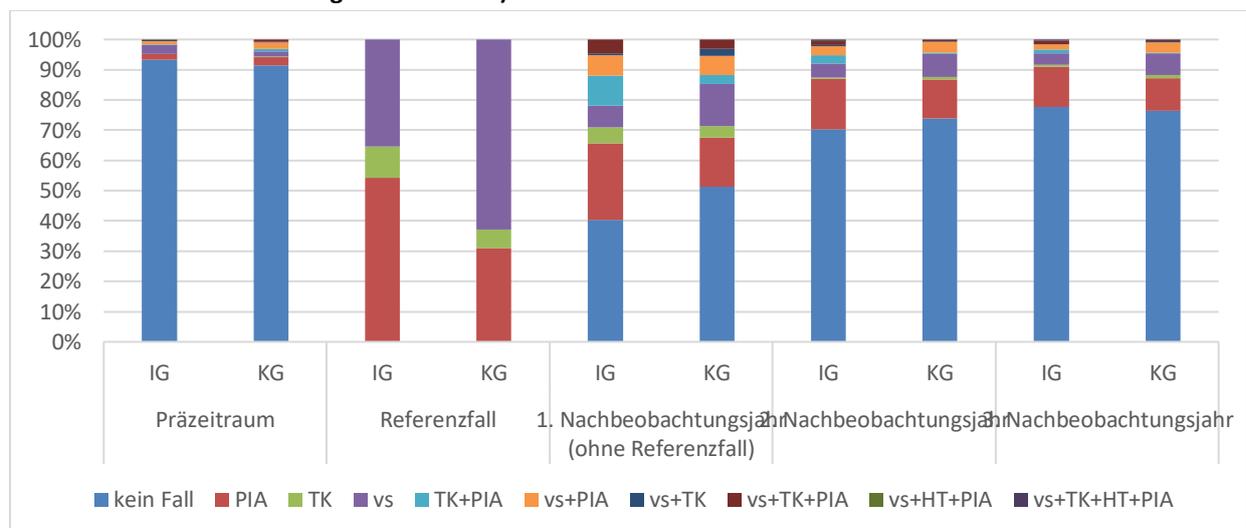
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Home-treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation* mit Studieneintritt im ersten Modelljahr 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. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA										1		1,000	1		1,000
vs+TK+PIA	1	3	1,000				20	14	1,000	5	2	1,000	5	2	1,000
vs+HT+PIA										1		1,000			
vs+TK	1	1	1,000				3	10	0,409	2	1	1,000		2	1,000
vs+PIA	5	10	1,000				29	28	1,000	12	15	1,000	7	13	1,000
TK+PIA	1	3	1,000				43	13	<0,001	11	2	0,224	5	1	1,000
vs	13	8	1,000	154	277	<0,001	31	61	0,022	18	31	1,000	14	29	0,379
TK		1	1,000	45	27	0,034	23	17	1,000	2	4	1,000	3	4	1,000
PIA	8	12	1,000	236	137	<0,001	111	72	0,023	67	53	1,000	51	43	1,000
kein Fall	406	403	1,000				175	226	0,022	281	306	1,000	299	305	1,000
Gesamtergebnis	435	441	1,000	435	441	<0,001	435	441	<0,001	400	414	0,789	385	399	0,602

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

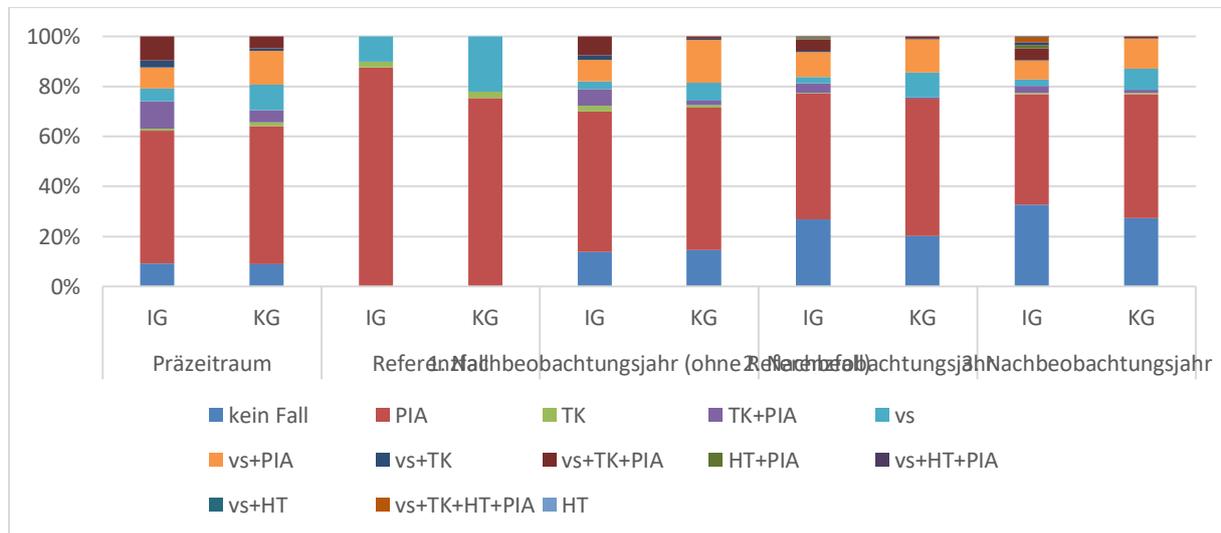


Klinikbekannte Patienten

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+HT+PIA										1		1,000	11		0,024
vs+TK+PIA	58	28	0,004				45	6	<0,001	26	6	0,010	25	4	0,002
vs+HT+PIA										2		1,000	5		0,489
vs+TK	16	6	0,351				11	3	0,221	3	1	1,000	2	1	1,000
vs+PIA	50	82	0,006				52	102	<0,001	57	77	0,654	42	69	0,121
vs+HT										1		1,000	2		1,000
TK+PIA	65	29	0,002				40	11	<0,001	22	3	0,003	16	8	0,683
HT+PIA										3		1,000	8		0,121
vs	31	61	0,054	60	132	<0,001	18	43	0,015	15	57	<0,001	14	47	<0,001
TK	5	8	1,000	14	15	0,886	13	5	0,267	2		1,000	3	2	1,000
PIA	317	331	1,000	523	451	<0,001	335	341	1,000	289	316	1,000	246	282	0,489
HT													1		1,000
kein Fall	55	53	1,000				83	87	1,000	154	117	0,264	183	155	0,409
Gesamtergebnis	597	598	<0,001	597	598	<0,001	597	598	<0,001	575	577	<0,001	558	568	<0,001

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigen sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ($p = 1$) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wird jedoch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ($p < 0,001$). So wies die IG

einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit tagesklinischem oder PIA-Referenzfall und im Gegenzug dazu einen deutlich geringeren Anteil an vollstationären Fällen gegenüber der KG auf. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) zeigte sich ebenfalls eine signifikant voneinander verschiedene Verteilung der IG und KG. So haben in der KG 51,2% der Patienten im ersten Nachbeobachtungsjahr keinen weiteren Behandlungsfall in einem Krankenhaus, in der IG sind es lediglich 40,2%. Demgegenüber steht in der IG ein signifikant höherer Anteil an Patienten mit ausschließlicher PIA-Behandlung im ersten Jahr: 25,2% in der IG vs. 16,3% in der KG. Ebenfalls höher in der IG sind die Anteile der Patienten, die ausschließlich in der Tagesklinik oder in der Tagesklinik und der PIA behandelt wurden. Geringer hingegen ist die Zahl rein vollstationär behandelter Patienten (IG= 7,1%; KG = 13,8%).

Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr verhalten sich die Verteilungen der Behandlungssettings zwischen IG und KG gleich, hier sind keine signifikanten Verteilungsunterschiede feststellbar ($p_{\text{Jahr 2}} = 0,79$; $p_{\text{Jahr 3}} = 0,60$). Auch die Anteile der Patienten, die keinen Fall aufweisen, die rein tagesklinisch, in der PIA oder vollstationär behandelt wurden, unterscheiden sich in den jeweiligen Zeiträumen nicht statistisch signifikant voneinander.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigt sich ein etwas anderes Bild (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 2). Hier unterschieden sich die Verteilungen der Behandlungssettings bereits im Prä-Zeitraum signifikant voneinander ($p < 0,001$). In diesem Zeitraum liegt der Anteil der ausschließlich vollstationär sowie der vollstationär und in der PIA behandelten Patienten mit 5 gegenüber 10 Prozent bzw. 8,4 gegenüber 13,7 Prozent in der IG signifikant unter dem der KG. Die Anteile der Patienten mit einer Kombination aus tagesklinischer und PIA-Behandlung sowie einer Kombination aus vollstationärer, tagesklinischer und PIA-Behandlung liegen in der IG mit 10,9 gegenüber 4,9 Prozent bzw. 9,7 gegenüber 4,7 Prozent über den Anteilen der KG. Die Anteile der Patienten ohne Behandlungsfall lagen in beiden Gruppen auf gleichem Niveau.

Ebenfalls voneinander verschieden sind die Anteile der Behandlungssettings zwischen IG und KG im Referenzfall ($p < 0,001$). Hier zeigte sich ein in der IG mit 10,1% deutlich geringerer Anteil an vollstationär behandelten Patienten (AnteilKG = 22,1%, $p < 0,001$) sowie ein signifikant ($p < 0,001$) höherer Anteil an PIA-Fällen (AnteilIG = 87,6%; AnteilKG = 75,4%).

Im ersten Jahr (ohne Referenzfall) zeigte sich das gleiche Muster wie im Prä-Zeitraum. Einem höheren Anteil an tagesklinisch und in der PIA behandelten sowie vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelten Patienten in der IG steht ein höherer Anteil an ausschließlich vollstationär sowie vollstationär und in der PIA behandelten Patienten in der KG gegenüber. Der Anteil der Versicherten, die keinen Behandlungsfall in diesem Zeitraum aufwiesen, war in beiden Gruppen gleich hoch.

Auch im zweiten Jahr ergaben sich signifikante Unterschiede in der Verteilung zwischen IG und KG. Wiederum in der IG höher lag der Anteil von vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelten sowie tagesklinisch und in der PIA behandelten Patienten in der IG. Der Anteil der ausschließlich voll-

stationär behandelten Patienten lag in der KG über dem der IG. Statistisch nicht signifikant zeigte sich der nach Bonferroni-Holm korrigierte Anteilsunterschied zwischen IG und KG derjenigen Patienten ohne Behandlungsfall.

Weiterhin signifikant ($p < 0,001$) geringer ist der Anteil der rein vollstationär behandelten Patienten in der IG gegenüber der KG im dritten Nachbeobachtungsjahr. Demgegenüber stand ein höherer Anteil vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelte Patienten in der IG. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich auch für vollstationär, tagesklinisch, stationsäquivalent (Hometreatment) und in der PIA behandelte Patienten: diese Kombination kam in der KG nicht vor und in der IG wurden 11 Personen dementsprechend behandelt. Insgesamt wurden 27 Patienten der IG stations-äquivalent behandelt. Da eine solche Behandlung in den Kontrollkliniken zu diesem Zeitpunkt (2015/2016) nicht dokumentationsfähig war, konnte eine solche Behandlung für keinen Patienten der Kontrollgruppe festgestellt werden.

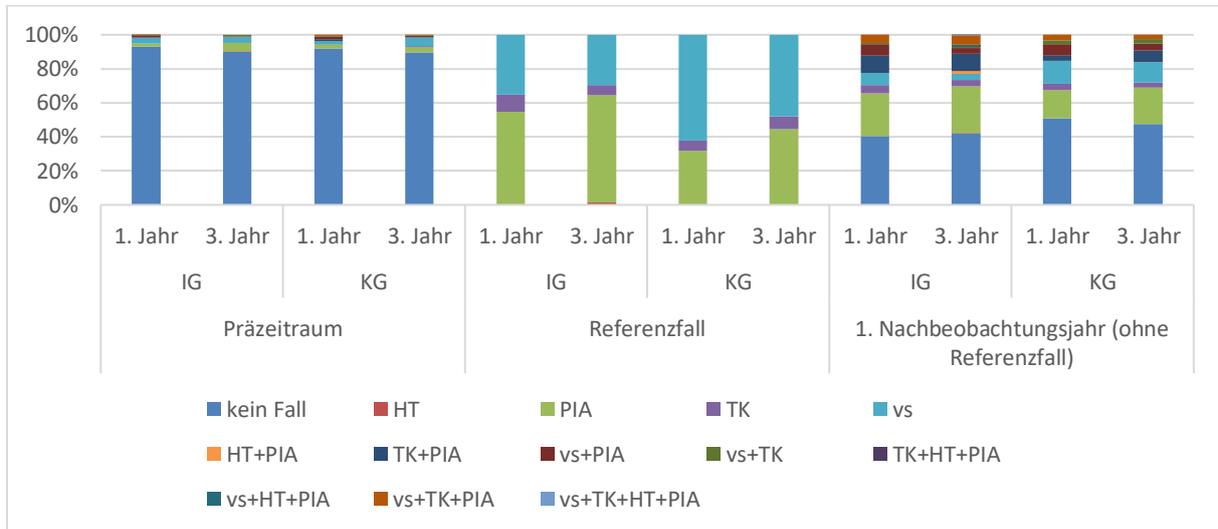
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3						
vs+TK+HT+PIA											1	
vs+TK+PIA	1		3	1					22	23	15	10
vs+HT+PIA										3		
TK+HT+PIA										1		
vs+TK	1	4	1	1					3	3	11	10
vs+PIA	5	1	10	3					31	13	30	17
TK+PIA	1		3	1					47	41	15	26
HT+PIA										5		
vs	16	14	8	21	162	118	288	191	33	15	62	49
TK			1	2	48	24	27	29	23	15	18	12
PIA	8	20	12	13	252	251	147	178	117	109	75	85
HT		1				5				2		
kein Fall	430	358	424	356					186	167	236	189
Gesamtergebnis	462	398	462	398	462	398	462	398	462	398	462	398

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



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

Im Prä-Zeitraum ergeben sich bezüglich des Patientenmix keine signifikanten Unterschiede zwischen Kohorte Jahr 1 und 3 in der IG sowie KG (vgl. Tabelle 3 und Abbildung 3).

Für den Referenzfall ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede der Verteilungen zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 der IG sowie der KG. Sowohl in der IG als auch in der KG wächst der Anteil der PIA-Referenzfälle von Kohorte 1 zu Kohorte 3. Parallel dazu verringert sich der Anteil der vollstationären Referenzfälle. Auch im Vergleich von IG und KG in der jeweiligen Kohorte zeigen sich signifikant höhere Anteile an PIA-Referenzfällen in der IG.

Im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigt sich in der KG ein signifikant höherer Anteil an Patienten ohne Behandlungsfall in Kohorte 1 gegenüber der gleichen Kohorte der IG. Demgegenüber steht allerdings ein höherer Anteil an vollstationär behandelten Patienten in der KG (sowohl Kohorte 1 als auch Kohorte 3). Der Anteil an Patienten, die in der Tagesklinik und in der PIA behandelt wurden, ist hingegen in der IG höher.

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.

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	435	441	435	441	435	441	435	441	435	441	435	441	400	414	400	414
N mit mind. einem Fall	20	22	3	8	154	277	45	27	83	113	89	54	39	49	21	9
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,1	0,1	0,2	0,0	2,0	0,6	0,7	0,3	1,5	0,9	1,1	0,3	0,6	0,3	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,4	0,2	0,3	0,2	4,8	0,4	1,1	1,0	3,8	1,4	2,3	0,7	1,5	1,0	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,0	0,3	-	-	0,1	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	-	-	0,1	0,9	-	-	0,5	0,5	-	-	0,0	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	0,0	-	0,1	-	-	-	0,1	-	0,1	-	0,2	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	0,0	-	0,1	-	-	-	0,1	-	0,1	-	0,1	0,1	0,2
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,0	-	-	-	-	-	0,4	0,4	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,2	0,0	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	0,1	0,1	0,0	-	-
Gesamt	2,0	1,2	0,3	0,5	0,4	8,1	1,0	1,8	2,5	6,7	2,3	3,7	1,4	3,2	1,4	0,9

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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.

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	435	441	435	441	435	441	435	441	435	441	435	441	400	414	400	414
N mit mind. einem Fall	20	22	3	8	154	277	45	27	83	113	89	54	39	49	21	9
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7	3	9	13	0	3	6	12	2	6	4	9	3	5	5	8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	21	8	28	15	1	8	4	18	5	15	7	19	8	12	20	20
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1	1	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2	4	-	-	0	1	-	-	3	2	-	-	0	5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0	-	1	-	0	-	-	-	1	-	0	-	2	1	5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0	-	1	-	0	-	-	-	0	-	1	-	1	1	8
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	6	5	1	-	-	-	-	-	2	2	-	0	1	1	-	0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	6	3	1	-	-	-	-	-	1	1	-	1	1	0	-	-
Gesamt	43	24	38	30	1	13	10	30	13	26	11	31	14	27	27	40

(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. Nachbeobach- tungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobach- tungsjahr		3. Nachbeobach- tungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	344	352	344	352	344	352	317	332	307	318
N mit mind. einem Fall	10	15	185	109	157	102	82	56	58	48
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,6	0,5	1,1	1,7	0,6	1,2	0,8	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,0	0,8	0,6	0,8	0,4	0,7	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt	0,0	0,0	1,0	0,6	2,3	2,4	1,6	1,7	1,6	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	344	352	344	352	344	352	317	332	307	318
N mit mind. einem Fall	10	15	185	109	157	102	82	56	58	48
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,1	0,6	1,2	1,7	2,3	5,9	2,4	6,9	4,5	7,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,3	0,4	0,1	1,8	1,9	3,1	2,6	3,6	3,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,2	0,3	0,2	0,7	0,2	0,5	0,2	0,5	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2
Gesamt	1,3	1,1	1,8	2,0	5,0	8,2	6,1	9,9	8,6	11,7

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	597	598	597	598	597	598	597	598	597	598	597	598	575	577	575	577
N mit mind. einem Fall	155	177	144	71	60	132	14	15	126	154	109	25	105	141	54	10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	1,6	0,6	1,2	0,0	0,6	0,1	0,2	0,4	1,1	0,4	0,3	0,2	1,4	0,3	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	4,1	0,9	2,2	0,1	2,0	0,0	0,4	0,9	2,9	0,6	0,6	0,8	3,7	0,9	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,9	-	-	0,0	0,5	-	-	0,2	1,1	-	-	0,2	0,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	0,1	-	0,1	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	-	-	-	-	-	0,3	0,4	-	0,0	0,1	0,6	-	0,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	0,1	0,3	-	0,1	0,2	0,4	-	0,0
Gesamt	1,9	7,0	1,5	3,5	0,1	3,3	0,1	0,6	2,0	6,1	1,0	1,1	1,6	7,2	1,2	0,4

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	597	598	597	598	597	598	597	598	597	598	597	598	575	577	575	577
N mit mind. einem Fall	155	177	144	71	60	132	14	15	126	154	109	25	105	141	54	10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	5,3	2,4	10,2	0,2	2,6	2,7	7,7	1,7	4,1	1,9	6,5	1,3	5,6	3,1	7,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	13,9	3,8	18,4	0,5	8,9	1,5	15,9	4,5	11,3	3,5	15,5	4,3	15,1	9,7	13,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,4	-	-	0,3	0,5	-	-	0,3	0,8	-	-	0,5	0,7	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	3,0	-	-	0,2	2,4	-	-	0,8	4,3	-	-	0,9	3,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,1	-	0,3	-	0,2	-	-	-	-	-	0,4	0,2	0,3	0,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	0,4	-	0,3	-	-	-	-	-	0,2	0,1	0,1	0,2	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,6	-	-	-	-	-	-	1,3	1,7	-	0,8	0,8	2,4	-	1,8
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,5	-	-	-	-	-	-	0,7	1,3	-	1,8	0,9	1,8	-	1,0
Gesamt	7,4	23,8	6,2	29,3	1,2	14,9	4,2	23,7	9,2	23,6	5,4	25,2	9,0	29,3	13,1	23,0

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	597	598	597	598	597	598	575	577	558	568
N mit mind. einem Fall	371	360	398	346	355	346	303	310	267	279
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,8	1,1	2,2	4,4	2,1	4,3	1,9	3,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,5	1,2	1,6	1,8	1,6	2,3	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,1	0,4	0,4	0,4	0,5	0,2	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3
Gesamt	0,0	0,1	1,5	1,7	4,0	6,6	4,4	6,6	4,6	5,6

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	597	598	597	598	597	598	575	577	558	568
N mit mind. einem Fall	371	360	398	346	355	346	303	310	267	279
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,3	2,0	3,7	7,6	4,0	8,1	4,0	7,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,6	0,8	2,0	2,7	3,3	2,9	4,9	2,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,2	0,7	0,7	0,7	0,9	0,5	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,1	0,0	0,2	0,4	0,2	0,5	0,1	0,6
Gesamt	0,0	0,1	2,3	3,0	6,7	11,4	8,3	12,3	9,6	11,4

Die Leistungserbringung lässt sich an dieser Stelle nur in der schematischen und tabellarischen Form darstellen. Deutlich wird, dass in der IG wesentlich weniger OP-Schlüssel mit Therapieeinheiten kodiert werden. So fielen in der IG ab dem Referenzfall (somit im Zeitraum nach Modellbeginn) deutlich weniger Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting vor. Demgegenüber standen in der IG deutlich mehr Patienten mit einer Regelbehandlung ohne Therapieeinheiten (OPS 9-604) vor. Inwiefern es sich hier um tatsächliche Behandlungs- oder lediglich Kodierunterschiede handelt, lässt sich an dieser Stelle nicht sagen. Es wird somit keine tiefergehende Beschreibung der Unterschiede in diesem Zwischenbericht erfolgen.

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

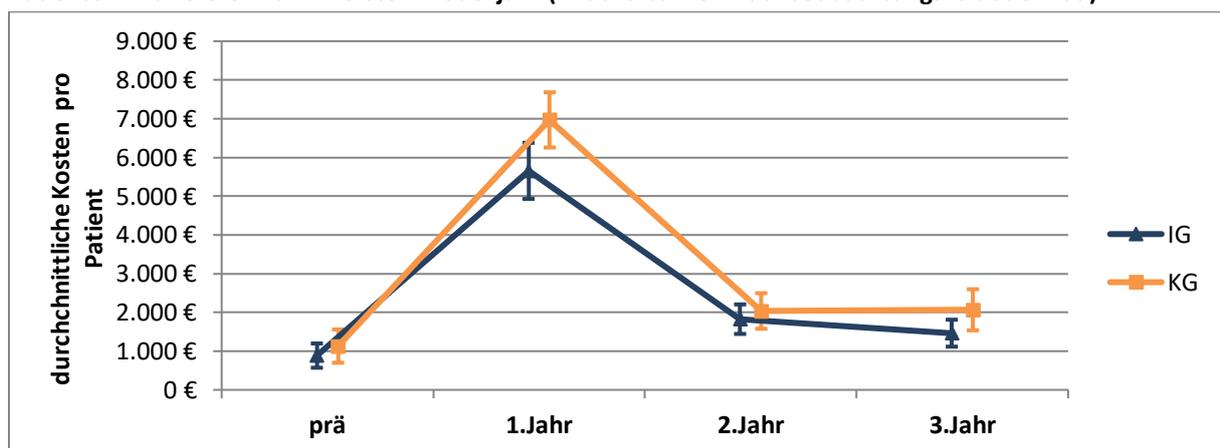
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N _{Inanspruchnahme} ²	359	435	325	310	384	441	359	343
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	883,53 €	5.652,95 €	1.824,64 €	1.463,20 €	1.128,68 €	6.968,25 €	2.036,62 €	2.066,87 €
Standardabweichung	3.333,09 €	7.706,52 €	3.889,27 €	3.483,56 €	4.603,30 €	7.638,84 €	4.772,94 €	5.409,85 €
Minimum	0,00 €	395,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,57 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1,60 €	1.049,96 €	28,43 €	18,16 €	15,38 €	1.159,39 €	46,39 €	43,05 €
Median	85,76 €	2.565,00 €	344,80 €	164,81 €	103,87 €	4.437,25 €	437,06 €	353,20 €
75%-Perzentil	476,98 €	7.403,60 €	1.759,63 €	1.294,34 €	483,39 €	9.783,10 €	1.734,49 €	1.551,50 €
Maximum	50.258,93 €	54.181,57 €	30.178,63 €	32.299,39 €	62.994,81 €	41.505,52 €	41.961,94 €	60.186,20 €

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)

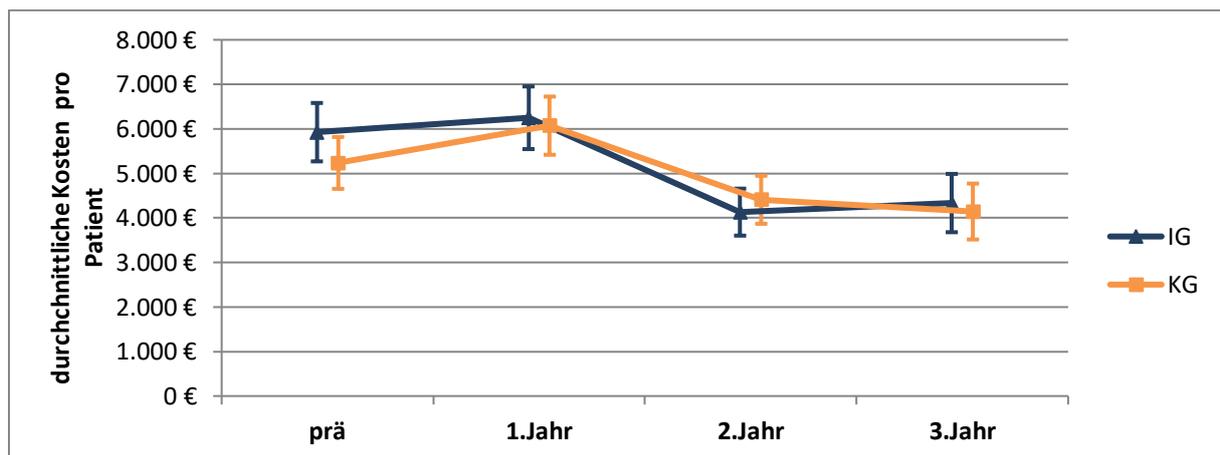
² N_{Inanspruchnahme} entspricht Versicherten mit Leistungsausgaben > 0 €.

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	591	597	553	528	595	598	557	540
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	5.925,56 €	6.248,98 €	4.129,87 €	4.333,69 €	5.235,73 €	6.071,69 €	4.407,65 €	4.143,85 €
Standardabweichung	8.179,35 €	8.769,96 €	6.454,48 €	7.893,33 €	7.271,35 €	8.156,28 €	6.599,33 €	7.627,69 €
Minimum	0,00 €	625,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.611,72 €	2.037,72 €	905,29 €	664,59 €	1.028,05 €	1.330,02 €	927,41 €	729,90 €
Median	3.008,60 €	3.111,87 €	2.449,24 €	2.178,68 €	2.467,99 €	2.762,97 €	1.947,75 €	1.643,04 €
75%-Perzentil	6.522,55 €	5.763,35 €	4.091,26 €	3.813,57 €	6.412,82 €	7.652,42 €	4.623,48 €	3.979,28 €
Maximum	61.021,96 €	63.862,54 €	63.393,94 €	75.268,84 €	69.928,49 €	69.143,62 €	40.827,54 €	67.475,44 €

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 ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (883,53 €) und KG (1128,68 €) hinsichtlich der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten: in der IG auf 5.652,95 € und in der KG auf 6.968,25 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ist ($p = 0,05$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die Werte in beiden Gruppen auf gleiche Niveaus (vgl. Tabelle 41).

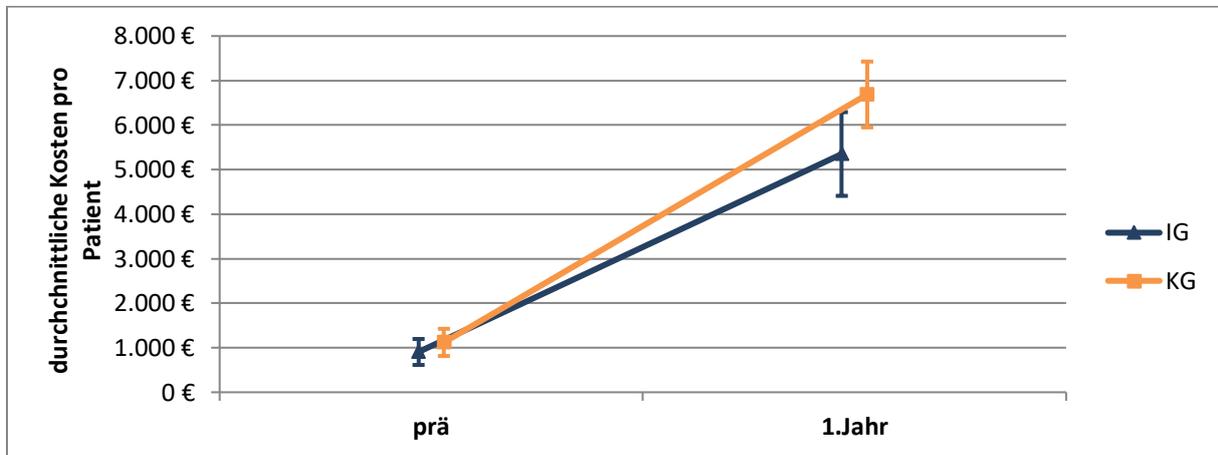
Bei den klinikbekannten Patienten ließ sich für keinen der vier Beobachtungszeiträume ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 42). Im Zeitverlauf fielen die Kosten hier (anders als bei den klinkneuen Patienten).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	357	398	356	398						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	905,21 €	5.350,59 €	1.119,81 €	6.687,84 €	-214,61 €	0,32	-1.337,26 €	0,029	-1.122,65 €	0,075
Standardabweichung	2.972,54 €	9.568,94 €	3.110,83 €	7.523,80 €						
Minimum	0,00 €	337,96 €	0,00 €	23,74 €						
25%-Perzentil	34,64 €	965,23 €	42,21 €	1.064,17 €						
Median	144,53 €	2.105,95 €	181,84 €	3.982,79 €						
75%-Perzentil	641,10 €	5.994,11 €	687,13 €	9.682,71 €						
Maximum	33.821,29 €	143.265,75 €	29.208,93 €	44.781,54 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 905,21 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 1119,81 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG auf 5350,59 € pro Patient, in der KG auf 6687,84 €. Dabei war die Differenz der Kosten zwischen IG und KG statistisch signifikant ($p = 0,029$). Im Anstieg zwischen der IG und KG konnten keine Unterschiede festgestellt werden ($p = 0,075$; vgl. Tabelle 43).

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.

Im Grundmodell ergibt sich eine um 1122,60 € höhere Kostensteigerung der IG gegenüber der KG, wobei sich keine Signifikanz feststellen ließ ($p = 0,08$).

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell vergleichbare Muster. In dem erweiterten Modell konnte vor allem die Variation im Prä-Zeitraum reduziert werden. Der Modelleffekt steigt in dem adjustierten Modell stärker als im Grundmodell an und es ergibt sich ein um 1410,46 € signifikant höherer Kostenanstieg der KG gegenüber dem Anstieg der IG.

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardfehler	p-Wert	Wert	Standardfehler	p-Wert	Wert	Standardfehler	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	905,20 €	323,60 €	0,01	-96,25 €	741,29 €	0,90	414,52 €	308,99 €	0,18
Differenz KG-IG	214,60 €	457,60 €	0,64	-9,63 €	429,13 €	0,98	12,26 €	429,62 €	0,98
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	4.445,40 €	457,60 €	< 0,001	1.982,49 €	994,37 €	0,05	1.697,06 €	562,21 €	< 0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der KG im Vergleich zur IG)	1.122,60 €	647,20 €	0,08	1.358,62 €	606,83 €	0,03	1.410,46 €	607,39 €	0,02
Alter bis 29 J.				-778,84 €	520,19 €	0,13			
30 J. bis 47 J.				290,24 €	475,80 €	0,54			
48 J. bis 64 J.				-324,05 €	462,68 €	0,48			
65 J. und älter									
Weiblich				345,81 €	314,49 €	0,27			
Erwerbstätig				2.235,22 €	488,69 €	< 0,001	2.013,38 €	448,06 €	< 0,001
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-2.608,41 €	1.127,21 €	0,02	-2.289,29 €	1.095,73 €	0,04
Referenzdiagnose F01				-1.339,58 €	2.837,17 €	0,64			
Referenzdiagnose F02				-371,21 €	1.523,58 €	0,81			
Referenzdiagnose F03				574,10 €	1.226,86 €	0,64			
Referenzdiagnose F07				3.853,13 €	3.699,67 €	0,30			
Referenzdiagnose F10				1.321,28 €	768,45 €	0,09			
Referenzdiagnose F2x				8.152,60 €	906,18 €	< 0,001	7.864,66 €	752,40 €	< 0,001
Referenzdiagnose F3x				2.830,74 €	619,69 €	< 0,001	2.788,95 €	456,80 €	< 0,001
Referenzdiagnose F4x				-276,16 €	759,33 €	0,72			
Referenzdiagnose F43				-955,66 €	703,79 €	0,17			
Referenzdiagnose F45				2.016,30 €	1.127,95 €	0,07			
Referenzdiagnose F50				-1.362,92 €	3.540,41 €	0,70			
Referenzdiagnose F60.31				3.769,51 €	1.533,62 €	0,01	3.287,76 €	1.458,19 €	0,02
Referenzdiagnose F7x				-9.875,95 €	6.088,89 €	0,11			
Referenzdiagnose F84				1.533,38 €	4.312,90 €	0,72			
Referenzdiagnose F9x				-2.443,97 €	4.318,18 €	0,57			
vollstat. Fall in Prä				4.694,83 €	724,99 €	< 0,001	4.697,72 €	725,09 €	< 0,001
teilstat. Fall in Prä				9.806,51 €	2.075,94 €	< 0,001	10.067,39 €	2.069,50 €	< 0,001
PIA-Fall in Prä				1.136,57 €	996,40 €	0,25			
vertragsärztl. Fall in Prä				499,08 €	646,73 €	0,44			
R ²			0,13			0,24			0,24

10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

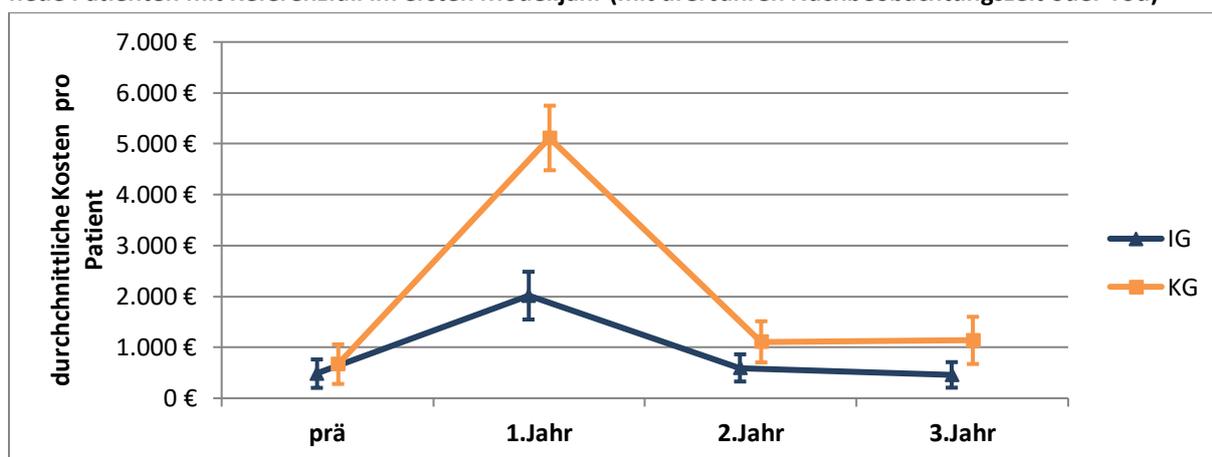
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	35	193	43	29	44	309	53	48
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	482,73 €	2.016,22 €	595,46 €	458,55 €	669,83 €	5.114,31 €	1.108,24 €	1.136,33 €
Standardabweichung	2.974,70 €	4.992,89 €	2.725,17 €	2.512,07 €	4.168,77 €	6.799,59 €	4.201,99 €	4.723,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.093,30 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.619,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.874,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	44.341,86 €	53.086,27 €	29.577,68 €	29.363,33 €	62.058,72 €	40.465,16 €	38.874,76 €	53.045,70 €

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



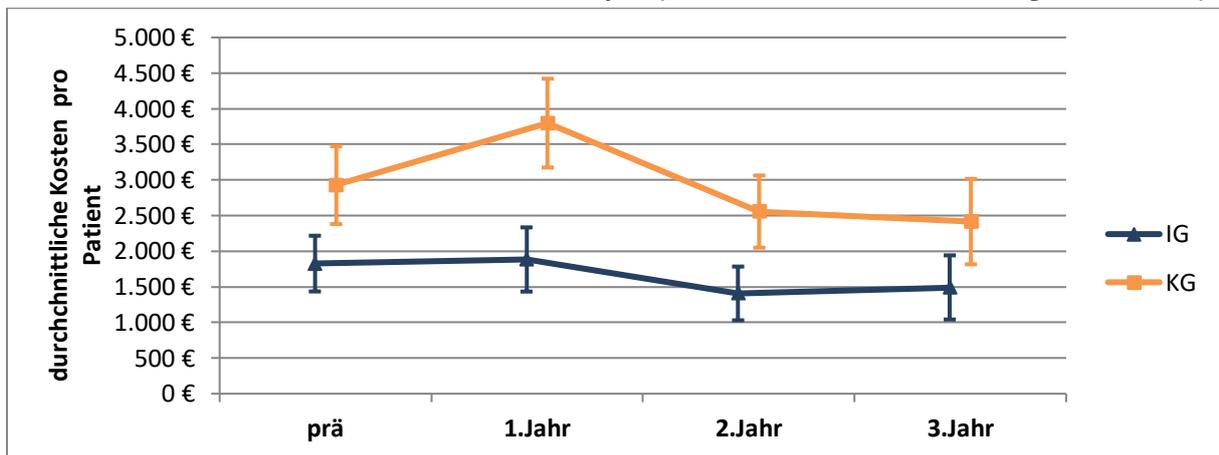
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	169	160	109	104	183	220	143	122
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	1.825,92 €	1.883,99 €	1.406,96 €	1.491,57 €	2.927,26 €	3.797,62 €	2.556,23 €	2.415,66 €
Standardabweichung	4.876,32 €	5.616,27 €	4.616,95 €	5.422,78 €	6.818,38 €	7.773,85 €	6.208,82 €	7.292,10 €
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	689,47 €	395,59 €	0,00 €	0,00 €	2.293,45 €	4.863,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	56.049,76 €	55.964,35 €	57.637,14 €	73.743,11 €	69.445,59 €	65.750,68 €	36.391,25 €	65.895,26 €

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 ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (483,73 €) und KG (669,83 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 2016,22 € und in der KG auf 5114,31 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ist ($p < 0,001$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen auf nahezu das Niveau des Prä-Zeitraumes ab, wobei die IG signifikant günstiger blieb (vgl. Tabelle 45).

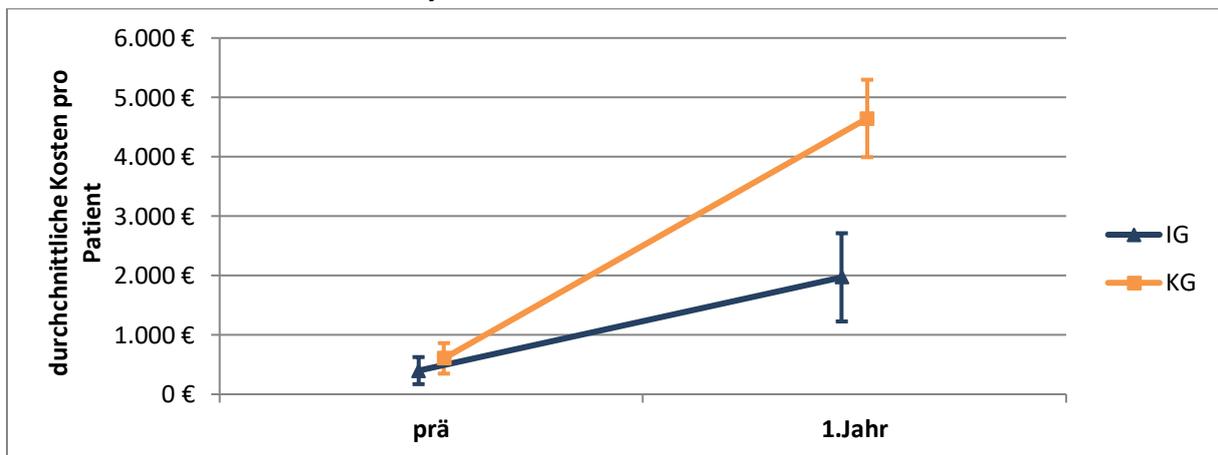
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Versorgungskosten in allen Beobachtungszeiträumen signifikant unter denen der KG (vgl. Tabelle 46). Während sich in der KG das „typische“ Muster eines Gipfels im ersten Jahr zeigte, verliefen die Kosten der IG leicht abfallend, aber ungefähr auf gleichem Niveau.

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	398	398	398	398						
N mit Fall	33	151	48	226						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	397,89 €	1.969,32 €	604,14 €	4.645,25 €	-206,25 €	0,239	-2.675,93 €	<0,001	-2.469,68 €	<0,001
Standardabweichung	2.319,82 €	7.561,57 €	2.614,81 €	6.637,79 €						
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 €	450,18 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.224,58 €	0,00 €	7.998,90 €						
Maximum	32.540,33 €	133.481,75 €	28.904,00 €	38.373,56 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 397,89 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 604,14 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG auf 1969,32 € pro Patient, in der KG auf 4645,25 €. Wie auch die Mittelwertdifferenz zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ist der um 2469,68 € geringere Anstieg der IG statistisch signifikant (vgl. Tabelle 47).

10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

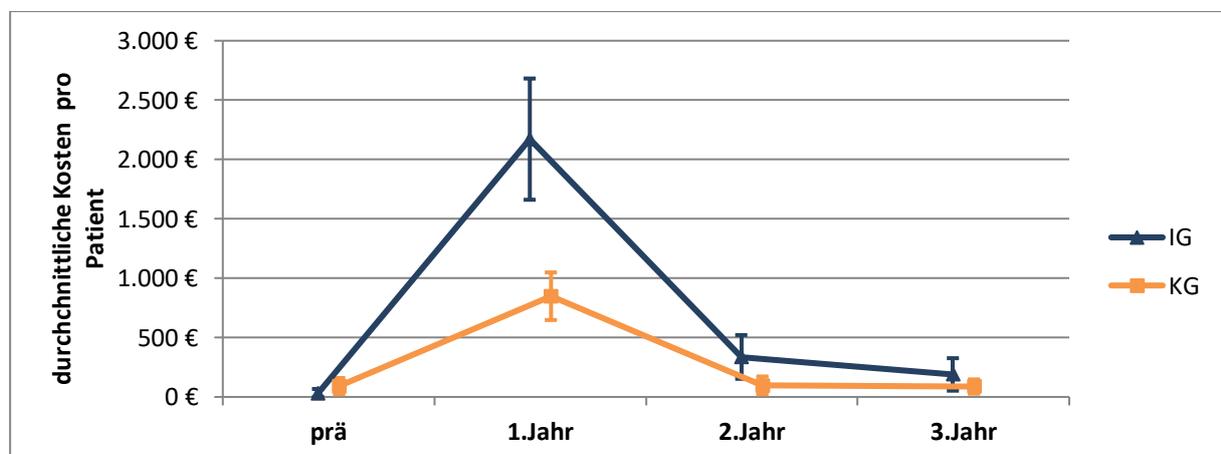
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N _{Insanspruchnahme}	3	121	21	14	8	76	9	9
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	30,68 €	2.171,11 €	336,98 €	189,56 €	90,65 €	848,16 €	97,34 €	87,54 €
Standardabweichung	388,66 €	5.433,17 €	1.879,09 €	1.367,59 €	732,66 €	2.147,77 €	779,70 €	613,97 €
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 €	1.197,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	6.529,07 €	44.920,10 €	20.560,88 €	17.533,34 €	9.654,92 €	11.944,22 €	9.972,67 €	5.201,02 €

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



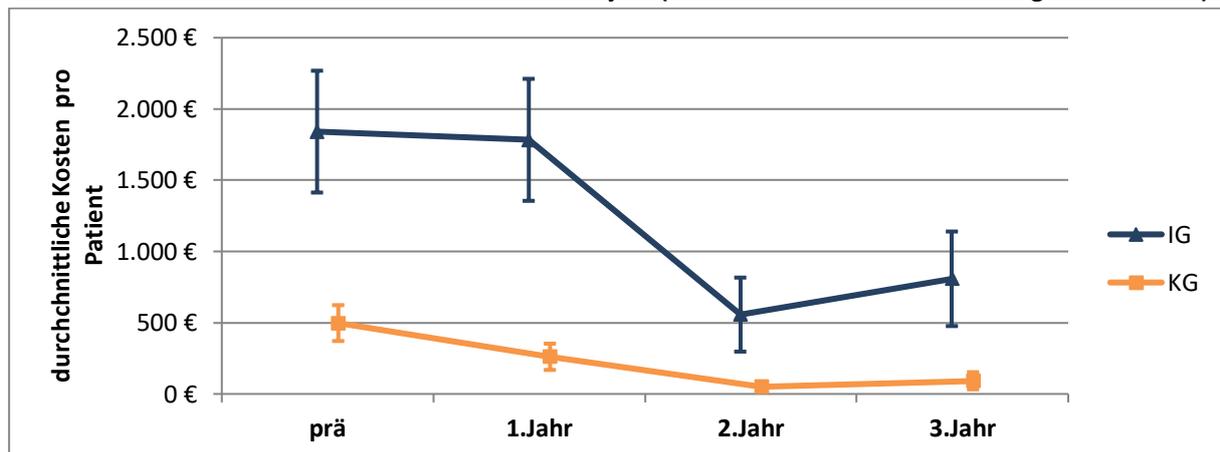
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	144	115	54	57	71	39	10	15
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	1.841,04 €	1.783,38 €	557,10 €	808,28 €	497,51 €	261,03 €	50,43 €	92,55 €
Standardabweichung	5.329,09 €	5.337,92 €	3.177,48 €	3.997,71 €	1.569,96 €	1.150,89 €	426,50 €	734,10 €
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	39.276,96 €	37.720,41 €	39.364,24 €	54.974,65 €	12.470,51 €	12.825,72 €	5.251,39 €	9.741,46 €

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 ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (30,68 €) und KG (90,65 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 2171,11 € und in der KG auf 848,16 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ($p < 0,001$) ist. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen auf nahezu das Niveau des Prä-Zeitraumes ab, wobei die IG im zweiten Jahr signifikant ($p = 0,05$) höhere Versorgungskosten je Patient aufweist (vgl. Tabelle 48).

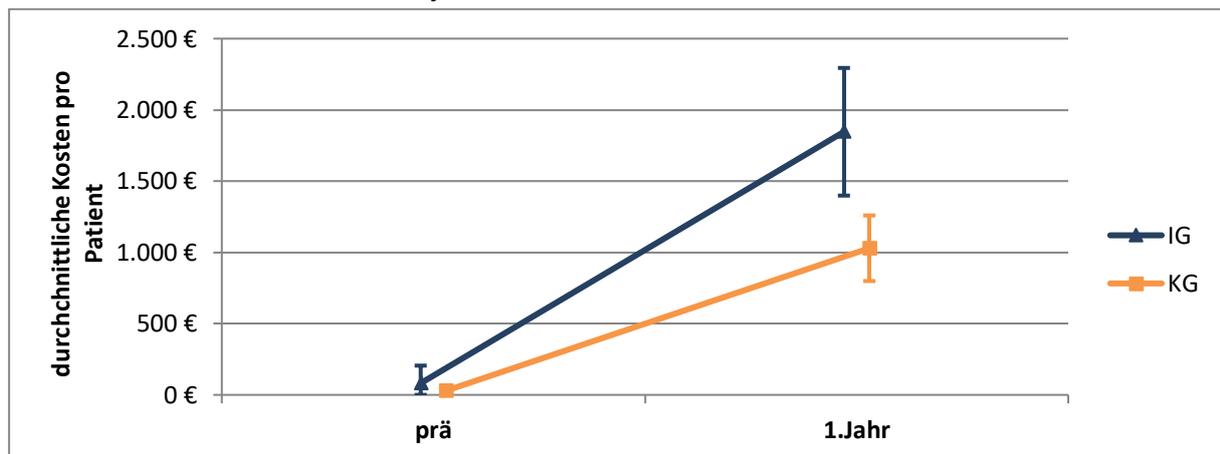
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Versorgungskosten in jedem Beobachtungsjahr signifikant über denen der KG (vgl. Tabelle 49). Während in der KG die Zahl der versorgten Patienten und somit der durchschnittlichen Kosten der Gruppe linear abnahm, zeigte sich in der IG ein starker „Einbruch“ der Zahl versorgter Patienten und somit auch der Kosten im zweiten Patientenjahr.

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	398	398	398	398						
N mit Fall	4	98	5	81						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	81,83 €	1.846,39 €	29,00 €	1.029,14 €	52,83 €	0,418	817,25 €	0,002	764,42 €	0,004
Standardabweichung	1.257,41 €	4.558,14 €	332,20 €	2.343,23 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	24.439,24 €	28.906,81 €	5.003,11 €	12.719,06 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 81,83 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 29,00 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG auf 1846,39 € pro Patient, in der KG auf 1029,14 €. Wie auch die Mittelwertdifferenz zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ist der um 764,42 € höhere Anstieg der IG statistisch signifikant (p jeweils 0,002 bzw. 0,004; vgl. Tabelle 50).

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

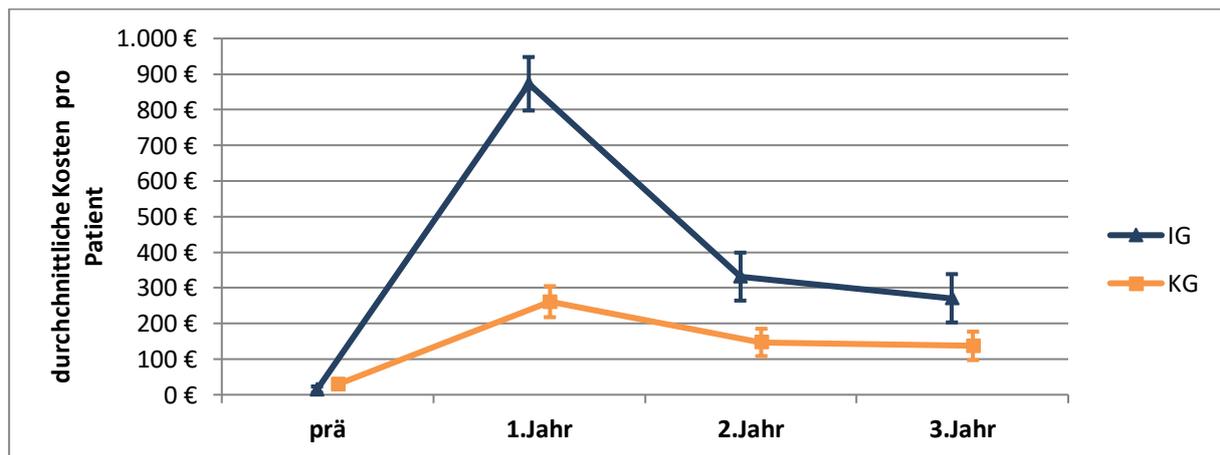
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbeobach- tungsjahr	2. Nach- beobach- tungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbeobach- tungsjahr	2. Nachbeobach- tungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	15	318	97	69	26	197	72	59
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	14,43 €	872,88 €	331,65 €	270,86 €	29,68 €	261,21 €	146,91 €	137,17 €
Standardabweichung	95,23 €	799,62 €	686,87 €	678,55 €	153,77 €	467,07 €	398,31 €	407,80 €
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 €	625,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.250,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	323,18 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.390,9 2 €	3.063,14 €	3.048,39 €	2.632,24 €	1.600,2 6 €	3.902,76 €	3.330,83 €	3.141,64 €

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



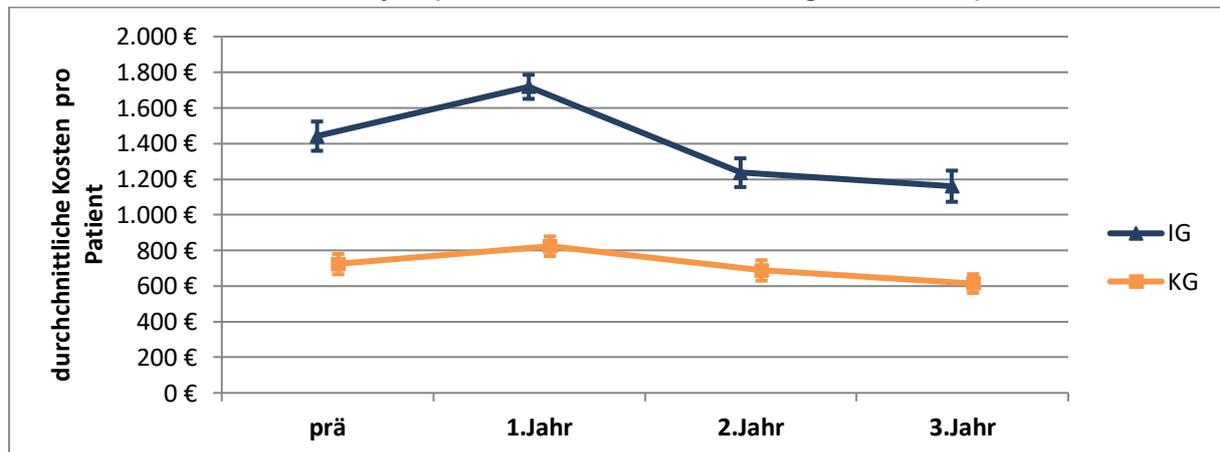
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	487	559	402	354	470	497	405	366
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	1.441,47 €	1.718,55 €	1.236,25 €	1.160,38 €	723,46 €	823,50 €	687,82 €	614,00 €
Standardabweichung	1.024,88 €	843,97 €	985,12 €	1.056,45 €	710,63 €	687,42 €	702,68 €	640,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	642,82 €	1.218,85 €	0,00 €	0,00 €	176,51 €	284,46 €	0,00 €	0,00 €
Median	1.285,64 €	1.876,32 €	1.186,82 €	1.239,61 €	635,03 €	771,99 €	657,74 €	589,21 €
75%-Perzentil	2.571,28 €	2.501,76 €	2.373,64 €	2.497,60 €	945,77 €	1.112,19 €	944,16 €	930,90 €
Maximum	3.214,10 €	4.080,12 €	3.048,39 €	3.156,89 €	4.610,20 €	3.285,52 €	3.676,20 €	3.403,01 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (14,43 €) und KG (29,68 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für PIA-Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 872,88 € und in der KG auf 261,21 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ist ($p < 0,001$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen wieder ab, bleiben aber jeweils signifikant voneinander verschieden ($p < 0,001$ bzw. $p = 0,001$; vgl. Tabelle 51).

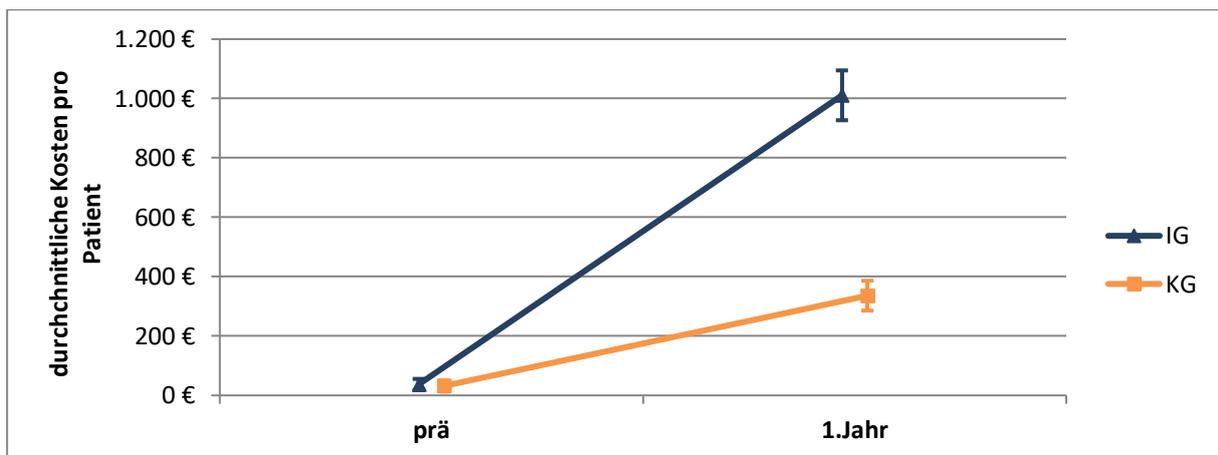
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die PIA-Kosten je Patient im Prä-Zeitraum trotz nahezu gleicher Anzahl versorgter Patienten um das Doppelte über den Kosten der KG (vgl. Tabelle 52). Dieses Verhältnis blieb über die Zeit weitestgehend erhalten.

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	398	398	398	398						
N mit Fall	21	321	18	224						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	37,00 €	1.010,76 €	31,77 €	335,77 €	5,23 €	0,695	674,99 €	<0,001	669,76 €	<0,001
Standardabweichung	188,48 €	853,73 €	187,82 €	511,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	612,77 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	636,03 €	0,00 €	176,44 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.272,06 €	0,00 €	477,63 €						
Maximum	1.818,95 €	3.528,13 €	2.108,84 €	3.798,59 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht hinsichtlich der Kosten für Leistungen der PIA von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 37,00 € zu verzeichnen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr betragen die durchschnittlichen Kosten der IG 1010,76 € und somit das Dreifache der KG, in der es 335,77 € waren. Sowohl diese Differenz als auch der höhere Anstieg der IG waren statistisch signifikant (jeweils $p < 0,001$; vgl. Tabelle 53).

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

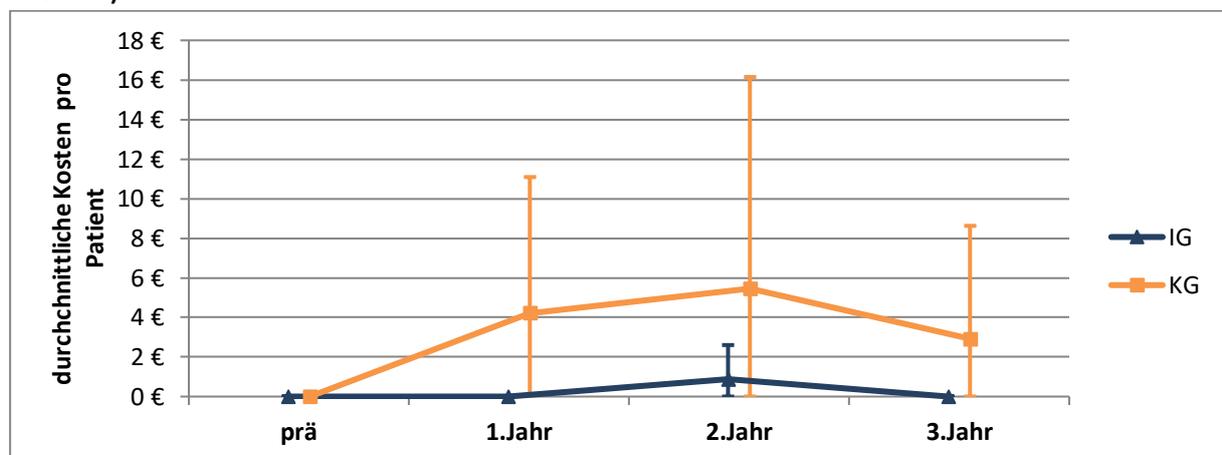
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	0	0	1	0	0	2	1	1
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,88 €	0,00 €	0,00 €	4,22 €	5,46 €	2,91 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	17,59 €	0,00 €	0,00 €	73,60 €	111,01 €	58,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	351,85 €	0,00 €	0,00 €	1.504,41 €	2.258,63 €	1.162,96 €

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



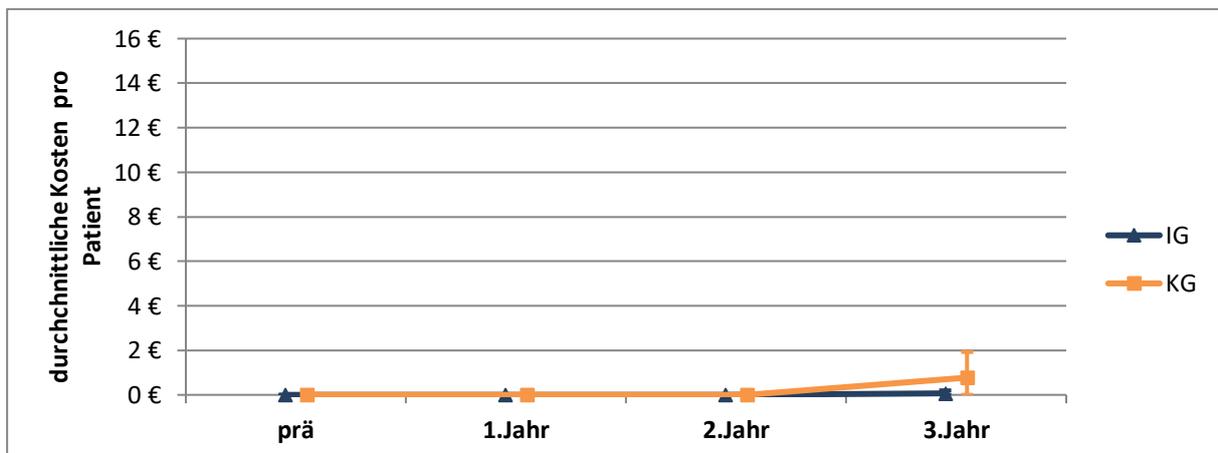
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	0	0	0	1	0	0	0	2
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,78 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	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 €	38,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	306,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

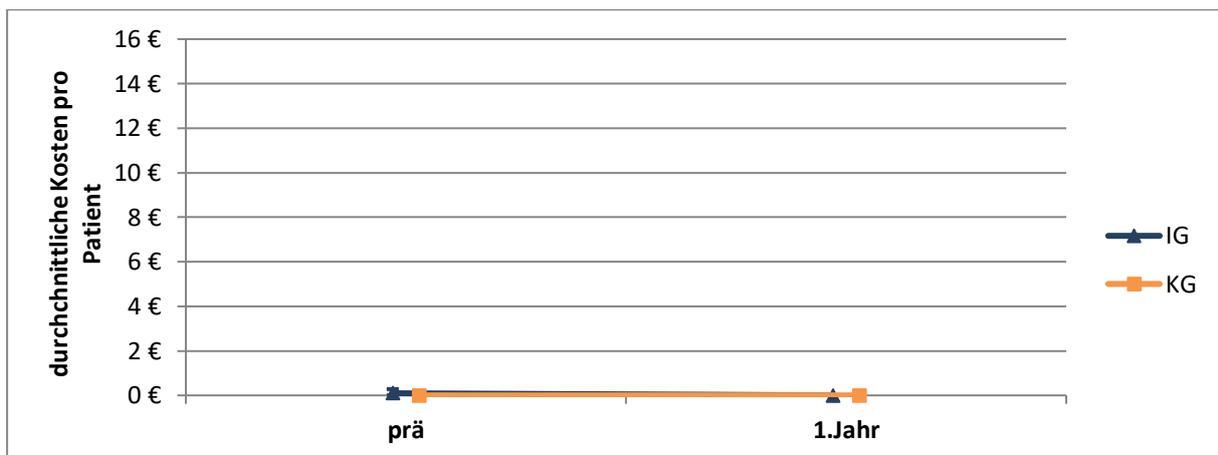
Die Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen sind sowohl für die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten in jedem Zeitraum verschwindend gering und zwischen den Gruppen nicht voneinander verschieden (vgl. Tabelle 54 und Tabelle 55).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	1	0	0	0						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,10 €	0,318	0,00 €		-0,10 €	0,318
Standardabweichung	1,90 €	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	38,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

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



Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sind (abgesehen von einem Patienten der IG) weder Kosten für psychiatrische Versorgung in Hochschulambulanzen noch in sozialpädiatrischen Zentren entstanden (vgl. Tabelle 56).

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

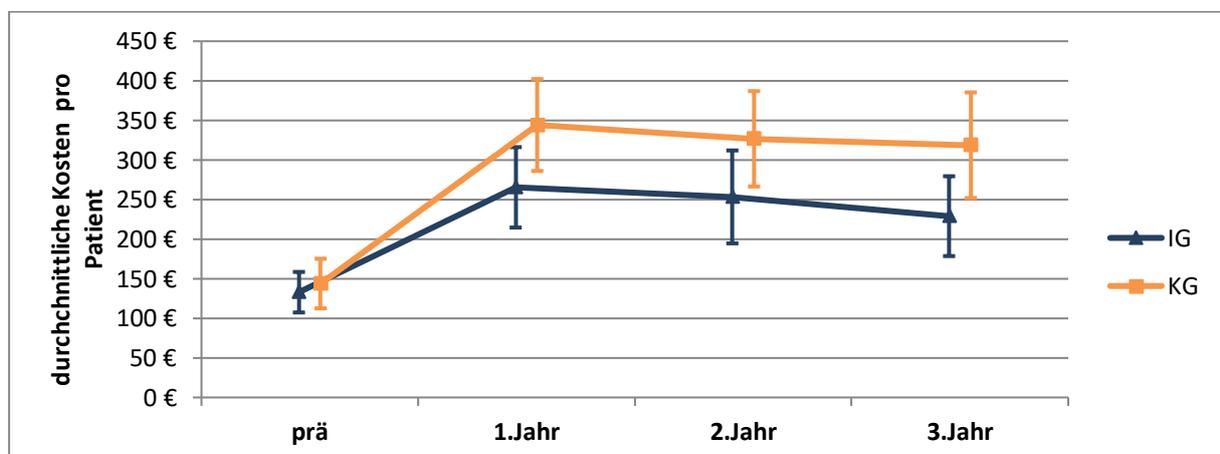
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	346	379	312	303	372	396	344	330
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	132,97 €	265,43 €	253,36 €	229,02 €	143,87 €	344,18 €	326,72 €	318,65 €
Standardabweichung	272,51 €	540,67 €	598,92 €	504,84 €	335,99 €	621,93 €	625,38 €	680,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,31 €	15,80 €	9,71 €	10,20 €	1,06 €	29,41 €	15,40 €	17,28 €
Median	25,32 €	71,81 €	58,78 €	50,64 €	32,38 €	116,08 €	74,83 €	85,48 €
75%-Perzentil	140,33 €	237,17 €	200,03 €	174,38 €	146,18 €	338,14 €	293,24 €	273,49 €
Maximum	2.025,57 €	4.604,75 €	6.481,29 €	3.502,18 €	3.269,92 €	3.338,16 €	3.583,57 €	5.810,75 €

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



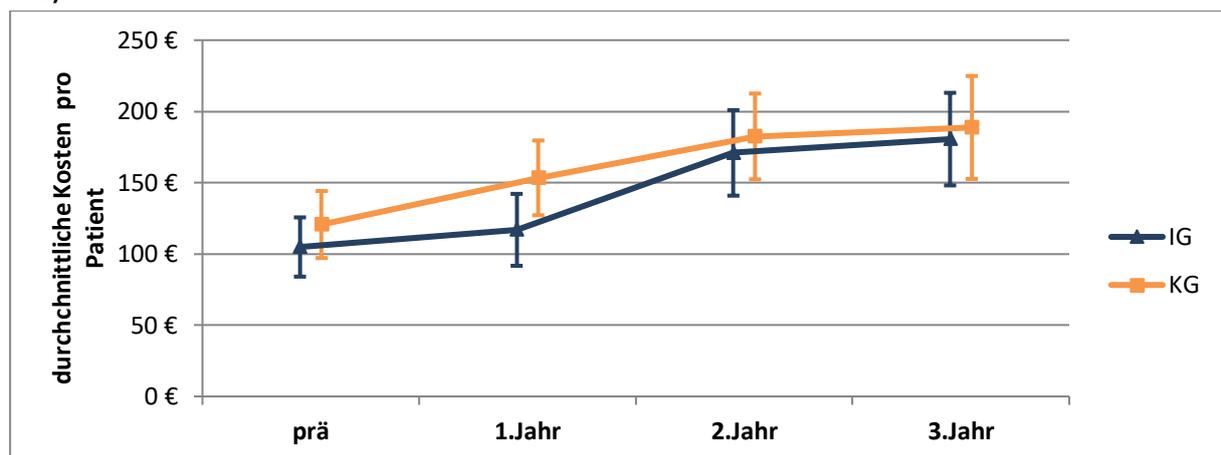
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

klimbekannte Patienten

Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinbekannte 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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	540	538	505	492	518	517	482	477
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	104,85 €	116,91 €	170,89 €	180,57 €	120,62 €	153,37 €	182,45 €	188,75 €
Standardabweichung	259,13 €	314,65 €	367,33 €	391,52 €	293,34 €	327,36 €	368,85 €	439,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1,75 €	9,09 €	24,77 €	22,06 €	1,60 €	12,04 €	24,05 €	21,24 €
Median	19,06 €	34,43 €	57,75 €	52,11 €	17,90 €	40,15 €	66,09 €	70,19 €
75%-Perzentil	96,71 €	99,92 €	151,54 €	161,31 €	99,84 €	128,07 €	160,64 €	155,61 €
Maximum	2.606,35 €	3.754,48 €	3.405,87 €	4.020,16 €	3.194,53 €	2.820,13 €	3.126,61 €	4.877,41 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 58 und Tabelle 55)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (132,97 €) und KG (143,87 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein Anstieg der Kosten in der IG auf 265,43 € und in der KG auf 34,18 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant war ($p = 0,05$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen leicht, verbleiben aber in etwa auf dem Niveau des ersten Nachbeobachtungsjahres (vgl. Tabelle 57). Der Unterschied im dritten Nachbeobachtungsjahr ist mit $p = 0,03$ statistisch signifikant.

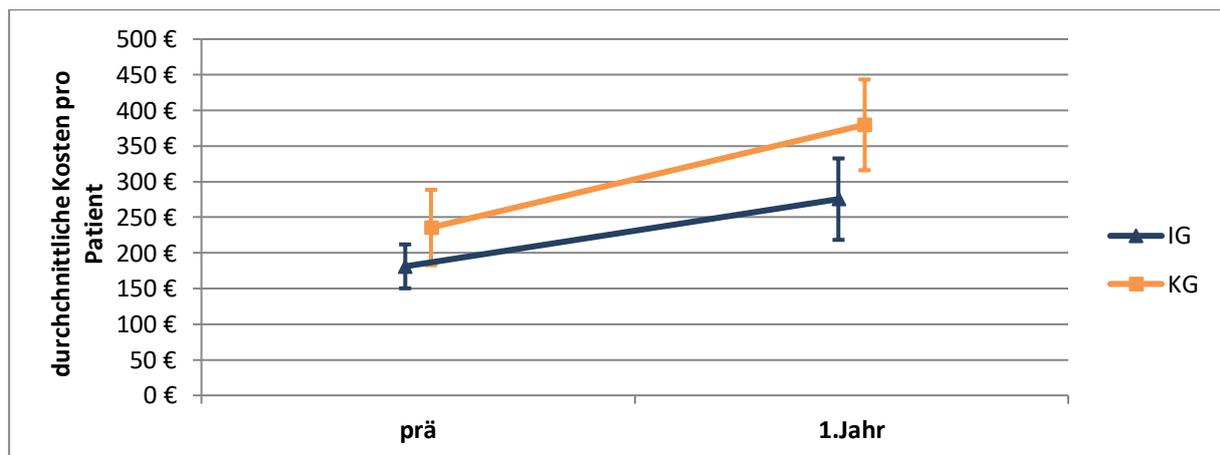
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in beiden Gruppen ein Kostenanstieg über die Zeit. Dabei unterschieden sich IG und KG nicht signifikant voneinander (vgl. Tabelle 58).

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	398	398	398	398						
N mit Fall	351	344	344	362						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	181,09 €	275,45 €	235,63 €	379,75 €	-54,54 €	0,082	-104,30 €	0,017	-49,75 €	0,271
Standardabweichung	313,79 €	582,06 €	539,33 €	648,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	22,00 €	25,18 €	26,34 €	45,36 €						
Median	71,26 €	89,24 €	83,13 €	140,02 €						
75%-Perzentil	203,48 €	243,03 €	216,30 €	370,53 €						
Maximum	2.321,67 €	4.922,26 €	5.377,36 €	3.987,97 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht hinsichtlich der Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Versorgung von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. In der IG steigen die Kosten von 181,09 € je Patient auf 275,45 €. In der KG stiegen die Kosten von 235,63 € auf 379,75 €. Die Differenz des ersten Jahres war auf 5%-Niveau nicht signifikant (vgl. Tabelle 59).

10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

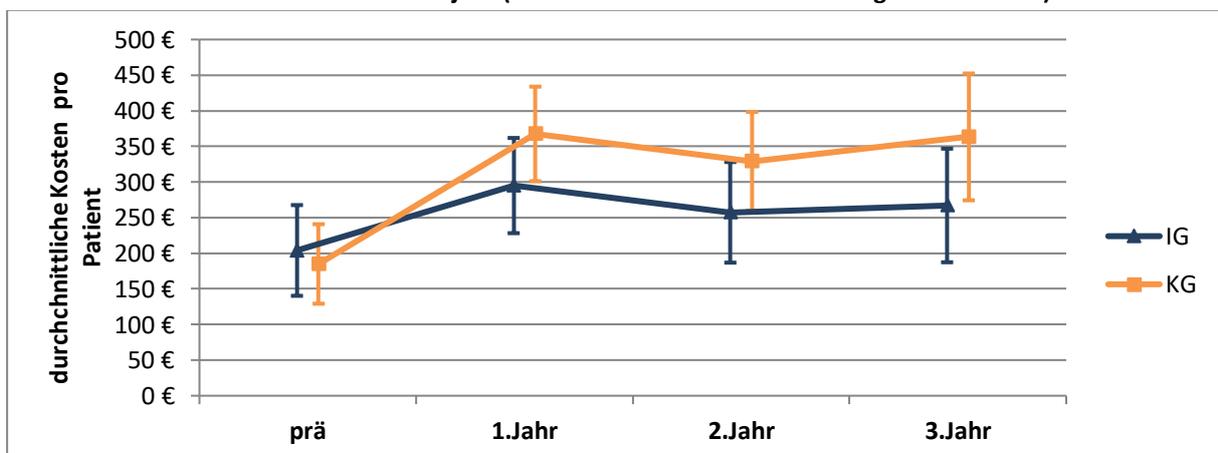
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	221	280	201	188	239	323	259	246
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	203,92 €	295,01 €	257,44 €	267,07 €	184,97 €	367,49 €	329,01 €	363,32 €
Standardabweichung	677,68 €	711,02 €	720,67 €	798,26 €	598,22 €	711,21 €	719,50 €	906,91 €
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	11,42 €	54,64 €	11,56 €	0,00 €	13,15 €	110,91 €	55,15 €	50,85 €
75%-Perzentil	101,86 €	235,68 €	185,40 €	164,64 €	117,48 €	363,77 €	304,34 €	251,30 €
Maximum	5.586,68 €	6.345,01 €	9.616,34 €	8.130,30 €	6.745,52 €	5.410,49 €	6.191,57 €	7.813,34 €

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

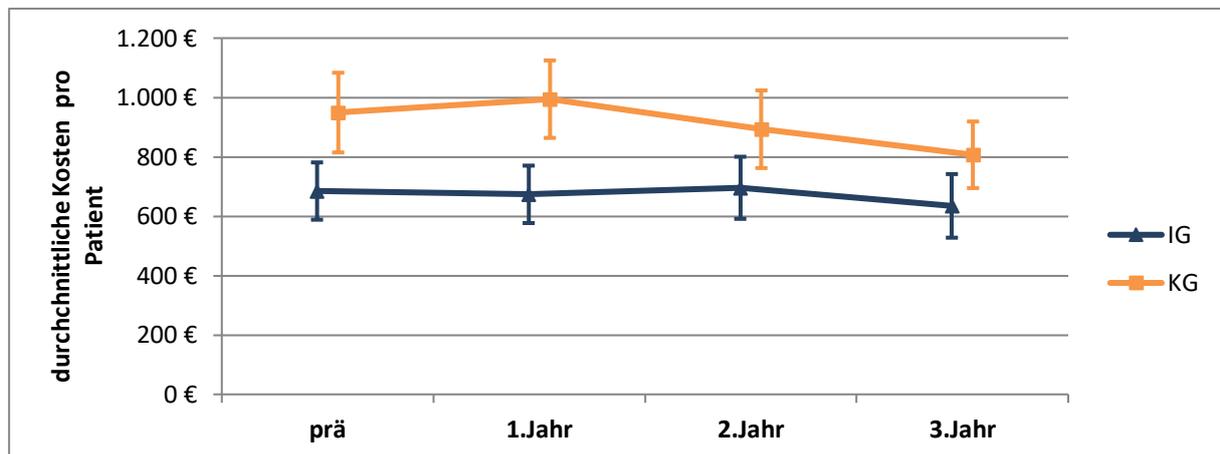


(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakerversorgung 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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	441	473	444	426	455	485	444	456
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	684,78 €	673,77 €	695,79 €	634,86 €	949,16 €	994,35 €	893,13 €	807,00 €
Standardabweichung	1.202,54 €	1.206,30 €	1.280,32 €	1.291,62 €	1.675,82 €	1.628,89 €	1.602,42 €	1.363,65 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	28,20 €	18,54 €	14,46 €	12,37 €	39,37 €	20,00 €	30,18 €
Median	180,02 €	214,32 €	213,23 €	218,69 €	241,80 €	314,61 €	297,66 €	274,91 €
75%-Perzentil	785,04 €	739,26 €	739,06 €	685,91 €	1.064,73 €	1.182,14 €	947,19 €	1.041,20 €
Maximum	8.302,44 €	10.390,23 €	11.793,67 €	16.979,26 €	10.176,82 €	12.060,90 €	17.020,07 €	11.540,81 €

Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakerversorgung 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 ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (203,92 €) und KG (184,97 €) hinsichtlich der Kosten für Psychopharmaka feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein Anstieg der Kosten in der IG auf 295,01 € und in der KG auf 367,49 €. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr verblieben die Werte in beiden Gruppen auf Höhe des ersten Jahres (vgl. Tabelle 60). In keinem der vier Zeiträume ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen.

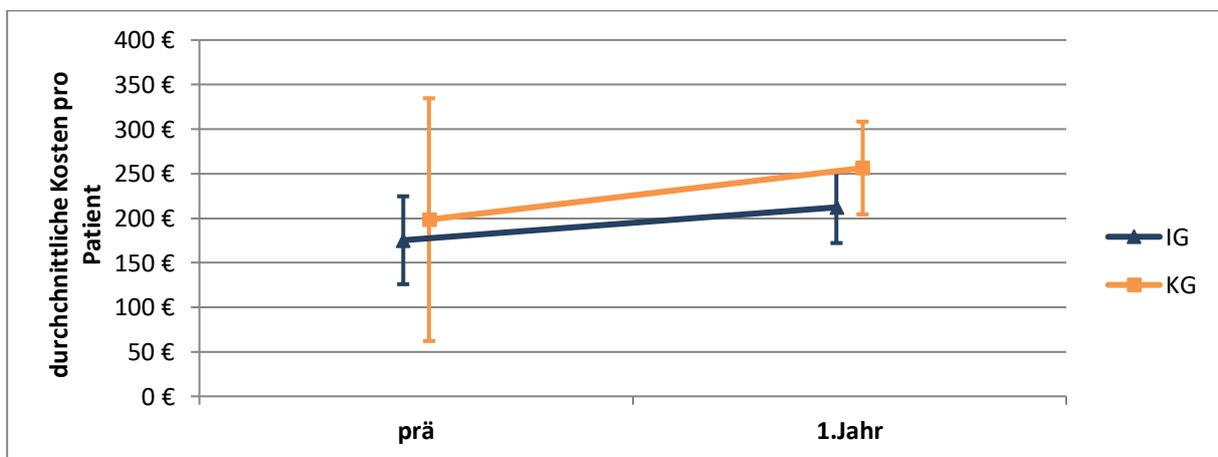
Bei den klinikbekannten Patienten der IG verbleiben die Kosten der Psychopharmakaversorgung über die Zeit auf gleichem Niveau und lagen in allen Beobachtungszeiträumen signifikant unter den Kosten der KG (vgl. Tabelle 61).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakosorgung 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	398	398	398	398						
N mit Fall	235	258	236	293						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	175,26 €	212,21 €	198,43 €	256,36 €	-23,17 €	0,754	-44,15 €	0,188	-20,98 €	0,712
Standardabweichung	502,35 €	408,22 €	1.386,93 €	530,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	17,13 €	47,10 €	15,69 €	88,94 €						
75%-Perzentil	101,26 €	210,14 €	96,73 €	308,57 €						
Maximum	6.767,52 €	2.779,97 €	26.873,19 €	7.597,88 €						

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



Die Kosten für Psychopharmaka unterschieden sich im Prä-Zeitraum sowie im ersten Nachbeobachtungsjahr lediglich numerisch, jedoch nicht statistisch signifikant voneinander (vgl. Tabelle 62). Die Kosten der IG waren im Prä-Zeitraum mit 175,26 € um 23,17 € je Patient höher als in der KG. In beiden Gruppen steigen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr und der Niveauunterschied zwischen IG und KG betrug 44,15 €. Weder dieser Unterschied noch der um 20,89 € geringere Anstieg der IG gegenüber der KG waren statistisch signifikant ($p = 0,712$).

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

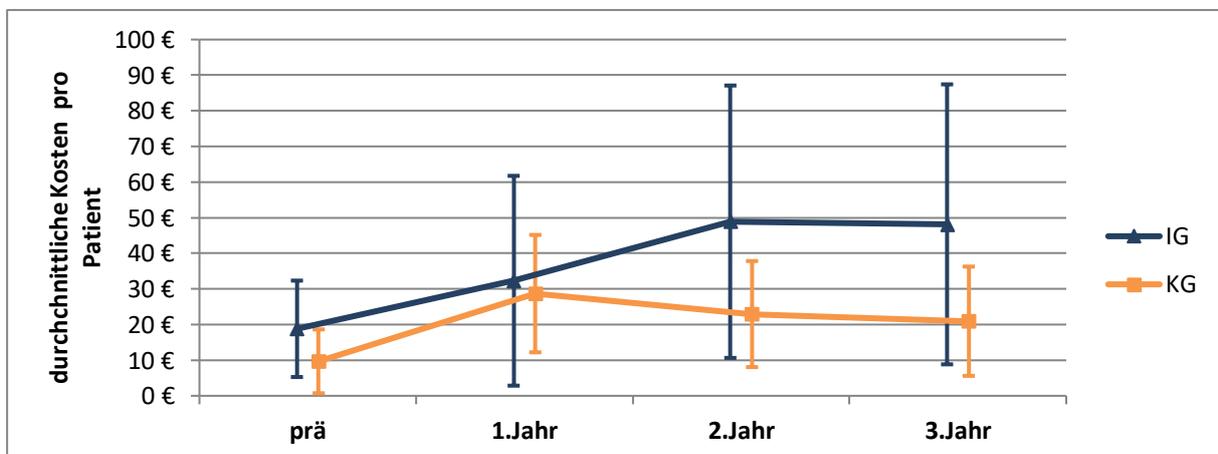
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	435	435	400	385	441	441	414	399
N Inanspruchnahme	11	13	10	13	7	18	12	10
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	18,81 €	32,30 €	48,87 €	48,13 €	9,68 €	28,69 €	22,95 €	20,94 €
Standardabweichung	143,98 €	313,42 €	390,16 €	393,46 €	96,05 €	176,54 €	154,49 €	156,30 €
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	1.790,80 €	5.753,52 €	5.201,82 €	5.657,91 €	1.445,96 €	1.747,97 €	1.691,78 €	1.748,92 €

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



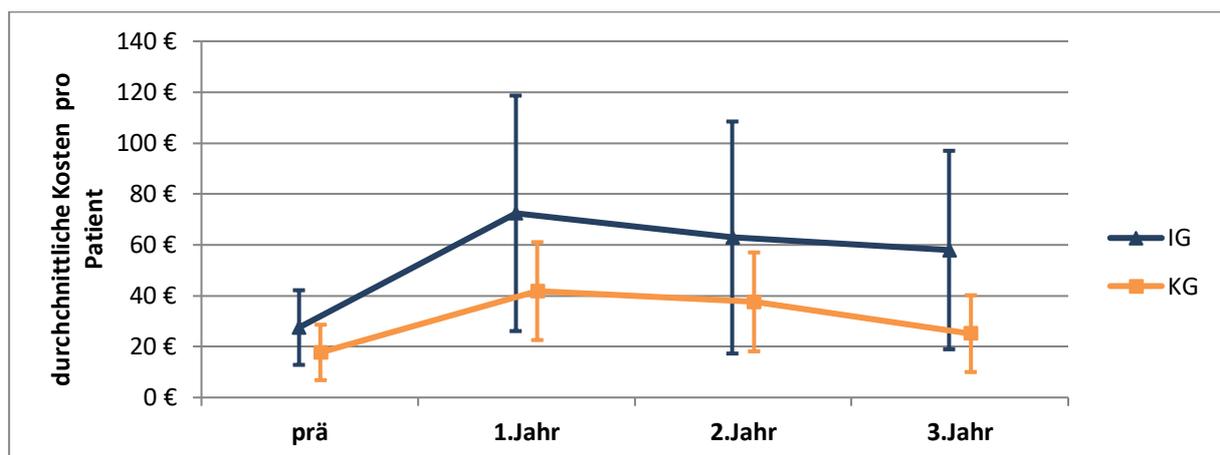
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	18	24	21	19	15	23	23	19
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	27,50 €	72,39 €	62,88 €	57,96 €	17,73 €	41,82 €	37,58 €	25,11 €
Standardabweichung	182,88 €	576,96 €	557,76 €	470,13 €	135,95 €	240,10 €	238,30 €	183,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.248,80 €	9.860,44 €	10.113,66 €	7.089,10 €	1.776,04 €	2.501,17 €	2.590,28 €	2.903,85 €

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)

Im Rahmen der Heilmittelversorgung ließen sich für klinikneue Patienten in den Nachbeobachtungsjahren signifikant geringere Kosten in der IG gegenüber der KG feststellen ($p_{1. \text{Jahr}} = 0,8$; $p_{2. \text{Jahr}} = 0,2$; $p_{3. \text{Jahr}} = 0,2$).

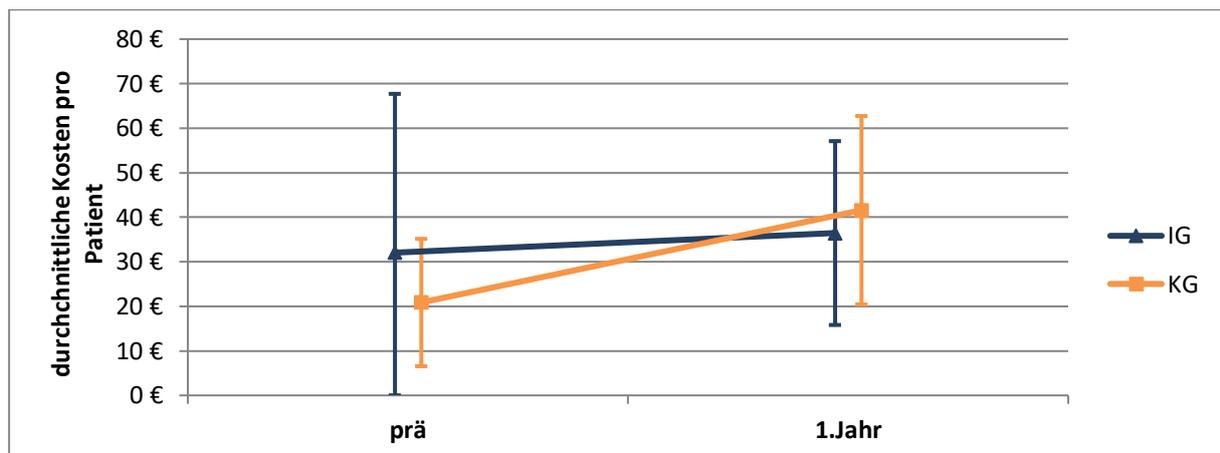
Die Kostenentwicklung der klinikbekannten Patienten verlief numerisch zwischen IG und KG voneinander verschieden, es ließ sich jedoch für keinen Zeitraum ein signifikanter Unterschied ausmachen.

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	398	398	398	398						
N mit Fall	7	21	12	20						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	32,05 €	36,45 €	20,85 €	41,58 €	11,21 €	0,568	-5,12 €	0,734	-16,33 €	0,408
Standardabweichung	362,96 €	210,12 €	145,64 €	215,30 €						
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	5.483,32 €	2.587,06 €	1.846,40 €	1.667,74 €						

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



Patienten der IG, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht im Prä-Zeitraum hinsichtlich der Kosten für Leistungen der PIA von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 32,05 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten für Heilmittel 20,85 €. In der IG war ein geringer Anstieg auf 36,45 € im ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. Der Anstieg der KG viel mit 41,58 € pro Patient stärker aus. Weder für die Differenzen der jeweiligen Zeiträume noch für die Differenz des Anstiegs ließen sich signifikante Unterschiede feststellen (p jeweils 0,734 bzw. 0,408; vgl. Tabelle 65).

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

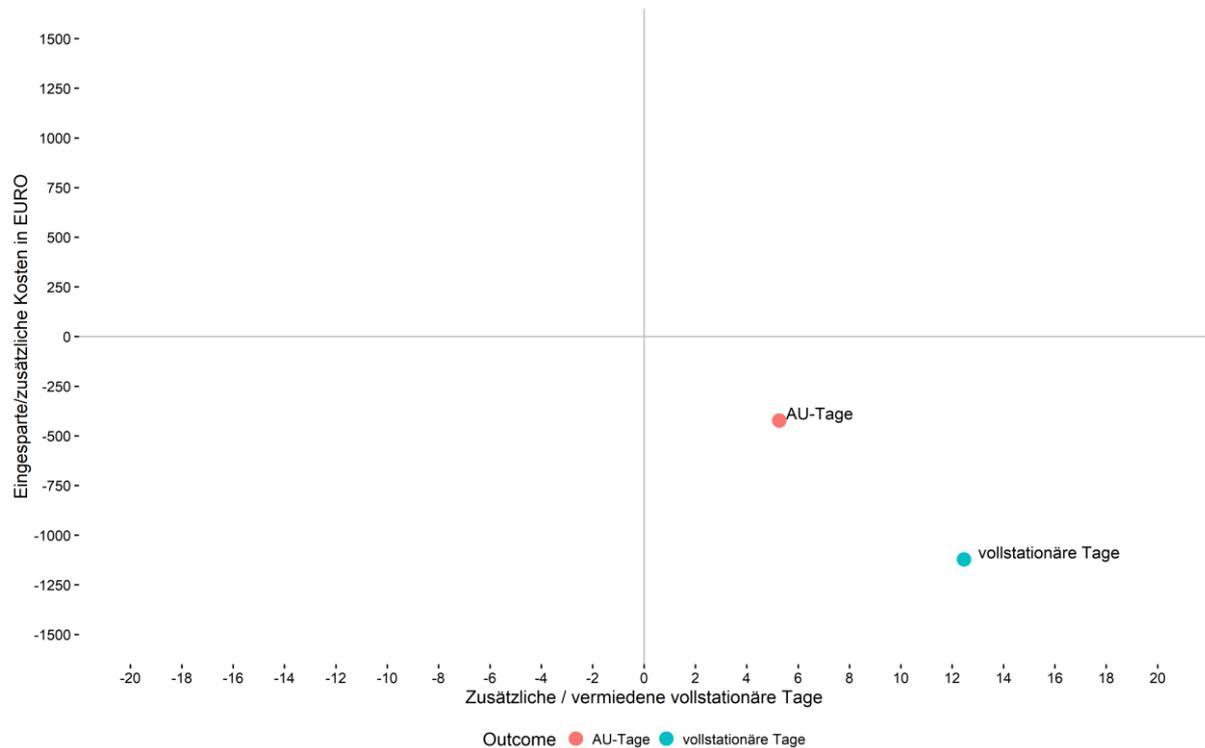
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	398	905,21 €	398	5.350,59 €		4.445,38 €
	KG	398	1.119,81 €	398	6.687,84 €		5.568,03 €
	Differenz IG-KG		-214,61 €		-1.337,26 €		-1.122,65 €
	p-Wert		0,32		0,03		0,08
(vermiedene) KH-Tage	IG	398	1,8	398	6,6		4,8
	KG	398	1,2	398	18,5		17,3
	Differenz IG-KG		0,6		-11,9		-12,5
	p-Wert		0,34		<0,001		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						-90,10 €

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	243	960,54 €	243	6.104,53 €		5.143,99 €
	KG	260	921,28 €	260	6.488,19 €		5.566,91 €
	Differenz IG-KG		39,25 €		-383,67 €		-422,92 €
	p-Wert		0,88		0,66		0,64
(vermiedene) AU-Tage	IG	243	30,7	243	82,7		52,1
	KG	260	27,7	260	85,1		57,3
	Differenz IG-KG		2,9		-2,4		-5,3
	p-Wert		0,61		0,82		0,66
	ICER						-80,32 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). Während sich für die AU-Tage keine Unterschiede im Nachbeobachtungszeitraum und in der Höhe der Anstiege zwischen den beiden Gruppen zeigte, verlief der Anstieg vollstationärer Behandlungstage in der KG deutlich steiler als in der IG und zeigte eine statistische Signifikanz ($p < 0,001$).

Die psychiatrischen Versorgungskosten stiegen in der IG sowohl bezogen auf die Gruppe aller Patienten als auch eingeschränkt auf die Gruppe der Mitglieder (Versichertenstatus 1 bei der AU-Betrachtung) hingegen deutlich weniger stark als in der KG an. Bei der AU-Betrachtung zeigte sich ein um 422,92 € geringerer Kostenanstieg der IG, bei der Betrachtung der vollstationären Behandlungstage ein um 1122,65 € geringerer Anstieg. Die Kostenergebnisse zeigten dabei keine statistische Signifikanz.³

³ Dass die letztgenannte Anstiegsdifferenz keine statistische Signifikanz aufweist, ist der hohen Streuung in der IG geschuldet: so existierte in der IG ein Kostenausreißer, der mit ca. 140.000 € psychiatrischen Versorgungskosten um ca. 100.000 € über dem Maximum der KG lag.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis liegt bezogen auf die vollstationären Tage bei -90,10 € und bezogen auf die AU-Tage bei -80,32 €, d.h. es wurde für jeden zusätzlich vermiedenen Tag der entsprechende Betrag eingespart.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Johanniter-Krankenhaus Geesthacht GmbH 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 passen⁴ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen⁵. 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 drei Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeits(AU)-Dauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.

⁴ 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.

⁵ 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 / Diagnostikombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

- 2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht vollständig.
- 3) Es gibt mutmaßlich Modelleffekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge.

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 Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 7,6 vollstationäre Tage; KG: 22,5 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen mit einem etwas geringeren Wert in der IG im Vergleich zur KG. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier gab es jedoch kaum Unterschiede zwischen der IG und der KG. Die Verläufe der Anteile mit mindestens einem Klinikaufenthalt waren zwischen IG und KG fast identisch. Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten insgesamt gleich häufig stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben. Das Muster für die Dauer teilstationärer Aufenthalte war ähnlich dem der vollstationären Aufenthalte, jedoch hat hier die IG eine höhere teilstationäre Behandlungsdauer im Vergleich zur KG. Der Unterschied im Peak des ersten Modelljahres war jedoch geringer als bei dem Peak der vollstationären Behandlungsdauer. Dies weist darauf hin, dass ein Teil der geringeren vollstationären Tage im ersten Modelljahr in teilstationäre Behandlungstage aufgefangen wurde, aber nicht vollständig.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten in der IG keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Über den gesamten Verlauf wies die IG weniger vollstationäre Tage pro Patient auf, mit einem deutlichen Unterschied im ersten Modelljahr (prä: -5,0 Tage; 1. Jahr: -10,0 Tage; 2. Jahr: -5,3 Tage; 3. Jahr: -4,8

Tage). Die geringere durchschnittliche Zahl vollstationärer Tage wird zu einem großen Teil durch mehr teilstationäre Tage in der IG im Vergleich zu KG aufgefangen (prä: +7,9; 1. Jahr: +9,6; 2. Jahr: +3,4; 3. Jahr: +5,1 teilstationäre Tage). Zudem weist das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären und teilstationären Behandlungstage mutmaßlich darauf hin, dass der Vorvertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere vollstationäre und eine höhere teilstationäre Behandlungsdauer wirkte.

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung ab dem zweiten Jahr eine Stabilisierung auf einem Plateau vollstationärer Behandlungstage erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist. Dabei lag das Plateau bei klinikneuen Patienten in der IG bei ca. 2 Tagen und in der KG bei 5 Tagen sowie bei klinikbekannten Patienten in der IG bei 5 Tagen und bei der KG bei 10 Tagen. Ob sich diese unterschiedlichen Plateaus im weiteren Verlauf stabilisieren, wird der folgende Bericht mit einem Jahr längerer Nachbeobachtung zeigen.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine deutlich geringere Steigung der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Bei den teilstationären Tagen verlief der Anstieg der Behandlungstage fast parallel. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an. Vergleicht man damit die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist ein ähnliches Bild zu beobachten.

Zu beachten ist, dass strukturelle Veränderungen auch in der Regelversorgung wirksam sind, welche sich auch in der KG in einer Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit zeigen können. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Vergleicht man zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG für die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im Durchschnitt 15 Tage weniger stationäre Behandlungsdauer aufwiesen und 14 Tage weniger

AU-Tage. Somit ergibt sich im Durchschnitt ein AU-Tag weniger im Vergleich zur durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer. Vergleichend kann man dazu beobachten, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr bereits große Unterschiede bezüglich vollstationärer Behandlungsdauer und Unterschiede bezüglich AU-Tagen zwischen IG und KG gefunden wurden. Hier konnten im Prä-Post-Vergleich für Patienten der Modellklinik 12 vollstationäre Behandlungstage und 5 AU-Tage gegenüber Patienten der Kontrollkliniken eingespart werden. Dies weist mutmaßlich darauf hin, dass im Verlauf der Modelllaufzeit, der Unterschied zwischen stationärer Behandlungsdauer und AU-Tage im ersten patientenindividuellen Jahr größer wird. Dies deutet insgesamt darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte gab, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Über die Natur dieser Effekte lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Antworten können hier möglicherweise durch das ergänzende Projekt PsychCare gefunden werden, welches weitere Datenquellen untersucht, besonders Primärdaten mittels Fragebogen und Befragungen.

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

Es lässt sich feststellen, dass bezüglich klinikneuer Patienten kein relevanter Unterschied in der Häufigkeit ambulanter Kontakte in der PIA, trotz Unterschieden in der stationären Behandlungsdauer, festzustellen ist. Zudem war die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei klinikneuen Patienten in der IG stets niedriger als in der KG. Diesen Unterschied gab es bei den klinikbekannten Patienten bei den Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten nicht. Jedoch war die Inanspruchnahme in der PIA von klinikbekannten Patienten bei der KG höher als in der IG. Wie oben erwähnt, wurde vermutlich ein Teil der kürzeren vollstationären Aufenthalte in teilstationäre Aufenthalte verlagert. Entgegengesetzt der gestellten Hypothese wurde weder die PIA noch Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG stärker in Anspruch genommen als in der KG. In welchen Bereichen die Patienten mit weniger vollstationären Behandlungstagen weiterhin aufgefangen wurden und über die Gründe kann zu diesem Zeitpunkt nur spekuliert werden. Ein mögliches Szenario wäre, dass in Krankenhäusern keine Termine für Behandlungen in der PIA oder im niedergelassenen Bereich verfügbar waren und es so einen Deckeneffekt für die Inanspruchnahme gab.

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich sowohl bei der IG als auch bei der KG erwartungsgemäß ein Anstieg der Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei der Anstieg der Inanspruchnahme in der IG größer als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiat-

rie oder einem Psychotherapeuten für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich fast parallel zwischen IG und KG.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität und Intensität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden. Somit wäre ein mögliches Szenario, dass die Häufigkeit der Kontakte in der PIA nicht wesentlich unterschiedlich zwischen IG und KG waren, jedoch die Intensität der PIA-Kontakte in der IG höher und somit konnten möglich vollstationäre Tage vermieden werden. Diese Vermutung lässt sich jedoch mit den vorhandenen Daten nicht überprüfen.

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

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

Kosten

Bei der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gleiche Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So lagen im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang – die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende – stationäre Behandlungen vor. Durch den Eintritt in ein Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 4769,42 € und in der KG um 5839,57 €. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 4.445,38 € und in der KG derselben Kohorte um 5.568,03 €. Für den Kostenanstieg der IG-Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr, der deutlich über den Anstie-

gen der anderen Gruppen liegt, war vor allem dem deutlich geringeren Anteil vollstationär behandelter Patienten in der IG gegenüber der KG (44% in der IG vs. 70% in der KG) verantwortlich. Dass die Gesamtkostendifferenz des ersten Jahres dieser Kohorte nicht ganz der deutlich geringeren vollstationär psychiatrischen Kosten der IG entspricht, liegt daran, dass in der IG wesentlich mehr Personen tagesklinisch (IG=28% vs. KG=17%) oder in der PIA (IG=73% vs. KG=45%) behandelt wurden und somit in diesen Settings höhere Kosten in der IG anfielen.

Bei den klambekanntem Patienten zeigten sich keine signifikanten Kostenunterschiede. Hier zeigte sich, dass die deutlich geringeren Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen durch höhere Kosten der tagesklinischen und PIA-Versorgung kompensiert wurden.

Fazit

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von 14 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen Großteil der in den Modell- und Kontrollkliniken behandelten Patienten ab und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

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

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil

der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Parameters verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Zielparametern strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Prä-Zeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

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

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018, die für diesen Bericht noch nicht berücksichtigt werden konnte, 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 Res-sourcenaufwand 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 werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr 2012 bei dem 1,31-fachen gegenüber dem durchschnittlichen Tagessatz aller zehn Kontrollkliniken. Im Jahr 2013 betrug der Tagessatz in der Modellklinik das 1,36-fache gegenüber dem der Kontrollkliniken. Vor allem in die Pflegesätze eingepreiste Ausgleichszahlungen aus dem Zeitraum vor Modellbeginn führten zu diesem deutlichen Preisanstieg. In den Jahren 2014 und 2015 sank der Faktor auf 1,25 bzw. 1,16. Vor allem diese periodenfremden Preiseffekte im Jahr 2013 verzerren die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr der Kohorte mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Die Auswirkungen sind vor allem dann sichtbar, wenn bei einer verringerten Anzahl vollstationärer Behandlungstage dennoch gleich hohe oder gar höhere Kosten anfallen. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann:

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

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

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

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

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (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, auch retrospektiv, ist erst mit der Datenlieferung im Herbst 2018 zu erwarten.
- 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 Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

13. Literatur

1. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern. 2010.
2. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
3. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
4. Salize HJ, Kilian R. *Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie - Konzepte, Methoden, Analysen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2010.
5. Kilian R, Matschionger H, Löffler W, Roick C, Angermeyer MC. Regressionsanalytische Kostenfunktionen in der Versorgungsforschung: Ein Methodenvergleich am Beispiel der Schizophreniebehandlung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*. 2002;7:36-42.
6. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
7. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	462	462	462	462
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,0 %	38,3 %	8,9 %	37,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	2,2 %	2,4 %	3,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,3 %	16,9 %	12,6 %	13,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,9	7,7	2,5	22,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	14,1	0,7	7,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,2	21,8	3,2	29,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	2,0	0,3	0,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,6	0,3	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,3	1,3	2,0

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	618	618	618	618
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) 	37,1 %	31,2 %	34,5 %	29,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	2,8 %	2,1 %	4,5 %	1,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	16,3 %	17,3 %	13,3 %	15,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	6,5	7,4	11,8	16,8
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	12,2	11,8	4,7	2,3
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	18,8	19,2	16,5	19,1
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	0,4	0,3	1,6	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	0,2	0,1	1,4	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,3	1,7	1,5	2,3

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	368	368	376	376
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	357	358	367	368
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	3,2	—*	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,8	2,9	2,6	4,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,3	12,5	10,1	12,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	—*	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,6	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,4	0,0	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,6	8,6	8,5	8,5

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	465	465	487	487
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	446	449	480	476
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	7,1	—*	9,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,1	0,9	1,4	1,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,0	12,7	13,0	13,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	—*	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,3	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,7	1,1	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,4	0,1	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,2	12,8	8,9	7,3

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	30	322	42	404
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	14,9 %	—	9,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,3 %	—	8,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	41,0 %	—	48,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,2 %	—	15,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,9 %	—	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,9 %	—	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,5 %	—	18,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	43,2 %	—	33,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	24	160	34	181
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	14,4 %	—	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	7,5 %	—	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	38,1 %	—	48,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	13,8 %	—	17,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,8 %	—	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,9 %	—	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	23,1 %	—	22,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	39,4 %	—	32,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	59	25	83
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	22,0 %	—	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,6 %	—	12,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	45,8 %	—	47,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	20,3 %	—	13,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,7 %	—	2,4 %

• Keine Fachgruppe (F)	–	0,0 %	–	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	32,2 %	–	24,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	–	23,7 %	–	33,7 %

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	23	279	27	369
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	–	28,7 %	–	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	10,8 %	–	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	63,1 %	–	71,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	28,0 %	–	35,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	4,7 %	–	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	2,9 %	–	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	38,7 %	–	34,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	21,9 %	–	13,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	17	137	22	165
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	–	29,2 %	–	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	13,9 %	–	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	67,9 %	–	71,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	35,0 %	–	39,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	8,8 %	–	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	2,2 %	–	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	43,1 %	–	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	16,8 %	–	10,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	50	16	76
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	38,0 %	—	18,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	20,0 %	—	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	78,0 %	—	69,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	46,0 %	—	32,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,0 %	—	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,0 %	—	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	50,0 %	—	42,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	4,0 %	—	10,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	16	238	16	327
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	36,6 %	—	19,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	19,3 %	—	23,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	81,1 %	—	86,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	50,4 %	—	57,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	10,9 %	—	10,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,0 %	—	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	52,9 %	—	42,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	8,8 %	—	5,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	12	115	11	146
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	39,1 %	—	22,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	25,2 %	—	32,2 %
<ul style="list-style-type: none"> - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	—	60,9 %	—	53,4 %
	—	7,0 %	—	2,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	37	<10	65
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	48,6 %	—	24,6 %
	—	37,8 %	—	36,9 %
	—	91,9 %	—	89,2 %
	—	67,6 %	—	60,0 %
	—	10,8 %	—	12,3 %
	—	13,5 %	—	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	73,0 %	—	53,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,7 %	—	1,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	290	297	242	338
Alle				
- 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 	—	18,2 %	—	17,2 %
	—	1,7 %	—	5,0 %
	—	30,0 %	—	44,4 %
	—	7,4 %	—	9,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 7 Tagen 	—	0,0 %	—	1,2 %
	—	3,4 %	—	0,9 %
	—	19,9 %	—	22,8 %
	—	53,2 %	—	42,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	255	223	200	254
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	19,3 %	—	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	0,9 %	—	5,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	30,5 %	—	47,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	7,6 %	—	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	—	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,7 %	—	0,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,2 %	—	26,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	52,5 %	—	38,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	136	119	120	157
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	21,8 %	—	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	0,8 %	—	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	28,6 %	—	48,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	7,6 %	—	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	—	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,4 %	—	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	22,7 %	—	33,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	52,1 %	—	34,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr

Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	210	235	219	291
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	35,3 %	—	29,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,5 %	—	13,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	51,5 %	—	67,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	22,6 %	—	22,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	—	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,5 %	—	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	40,0 %	—	43,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	24,7 %	—	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	184	176	183	218
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	38,1 %	—	35,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	4,5 %	—	12,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	52,8 %	—	70,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	23,3 %	—	22,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	—	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,0 %	—	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	42,0 %	—	48,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	22,7 %	—	14,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	102	87	111	125
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	39,1 %	—	42,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	—	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	54,0 %	—	73,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	26,4 %	—	22,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,0 %	—	7,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,6 %	—	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,4 %	—	58,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	21,8 %	—	9,6 %

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

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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	154	181	163	211
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	46,4 %	—	39,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,3 %	—	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	75,1 %	—	80,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	42,5 %	—	46,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,3 %	—	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	10,5 %	—	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	59,1 %	—	57,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	7,2 %	—	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	138	136	139	155
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	48,5 %	—	47,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	14,7 %	—	16,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	79,4 %	—	86,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	44,9 %	—	45,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,2 %	—	6,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,0 %	—	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	61,8 %	—	63,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,7 %	—	3,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	72	69	85	81
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	53,6 %	—	54,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	14,5 %	—	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	81,2 %	—	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	47,8 %	—	50,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,4 %	—	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	13,0 %	—	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	65,2 %	—	72,8 %

-	kein Kontakt in 90 Tagen	-	2,9 %	-	2,5 %
---	--------------------------	---	-------	---	-------

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	322	322	338	338	322	322	338	338
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	33	170	49	208	33	170	49	208
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	11	76	22	79	11	76	22	79
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	27	<10	21	<10	27	<10	21
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	13	54	35	92	13	54	35	92
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	24	19	40	<10	24	19	40
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	10	<10	<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						
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	–	14,7 %	–	23,6 %	–	15,9 %	–	22,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	–	7,4 %	–	15,2 %	–	7,4 %	–	14,1 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	–	14,5 %	–	12,7 %	–	5,3 %	–	7,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	–	8,3 %	–	20,0 %	–	0,0 %	–	12,5 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	–	7,4 %	–	9,5 %	–	0,0 %	–	4,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	–	0,0 %	–	10,0 %	–	0,0 %	–	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	–	624,2	–	961,5	–	666,1	–	1051,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	–	633,0	–	703,1	–	711,0	–	926,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	–	343,4	–	464,9	–	516,6	–	513,5

• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	—	205,8	—	477,9	—	0,0	—	491,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	—	204,5	—	299,7	—	0,0	—	345,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	—	0,0	—	254,3	—	0,0	—	0,0

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

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	430	430	460	460	430	430	460	460
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	370	274	347	313	370	274	347	313
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	184	137	161	159	184	137	161	159
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	68	56	54	58	68	56	54	58
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	192	143	223	182	192	143	223	182
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	97	73	113	99	97	73	113	99
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	34	30	40	39	34	30	40	39

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr

Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	–	17,5 %	–	10,9 %	–	10,9 %	–	10,2 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	–	14,0 %	–	6,6 %	–	7,0 %	–	6,6 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	–	6,6 %	–	8,8 %	–	2,2 %	–	6,3 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	–	2,7 %	–	5,1 %	–	2,7 %	–	3,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	–	5,4 %	–	12,1 %	–	0,0 %	–	1,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	–	6,7 %	–	10,3 %	–	0,0 %	–	2,6 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	–	351,5	–	558,0	–	565,1	–	615,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	–	345,3	–	464,7	–	644,4	–	516,6
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	–	246,6	–	325,9	–	320,5	–	483,1
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	–	321,8	–	251,3	–	306,0	–	372,0

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	—	233,9	—	274,1	—	0,0	—	433,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	—	228,7	—	269,2	—	0,0	—	433,7

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)	368	368	376	376
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	357	358	367	368
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,3%	0,8%	1,3%	3,7%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
• 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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	302	302	312	312
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	297	294	300	306
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,3%	0,7%	0,0%	1,9%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%

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

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)	247	247	249	249
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) 	77 1,4 20,4 11,3%	185 1,6 64,7 14,2%	107 1,5 21,6 21,3%	214 1,5 78,8 11,6%
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 3,0 0,2 0,0%	<10 1,3 0,2 0,0%	<10 1,0 0,8 0,0%	<10 1,3 1,2 0,4%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	262	262	270	270
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) 	126 2,1 38,6 8,8%	132 2,2 34,2 4,6%	131 1,9 42,2 14,8%	138 2,1 41,5 7,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	10 1,1 0,6 0,0%	<10 1,2 0,6 0,0%	10 1,4 1,4 0,0%	<10 1,3 0,5 0,0%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich 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)	265	349
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	32,8% 81,6	32,1% 82,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	118	158
<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) 	18,5% 88,5	17,8% 83,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	41	65
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	6,8% 67,9	8,9% 101,1

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	247	270
<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) 	53,8% 90,0	53,0% 110,7
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	199	212
<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) 	43,3% 86,1	43,3% 113,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	110	122
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	24,7% 71,2	29,6% 101,7

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	618	618
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,3 3 2 - 4	3,3 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,5 2 1 - 3	2,5 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,8 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	462	462
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	7,6 %	5,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	618	618
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,6 %	3,4 %

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	427	435
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	139 250 327	107 248 307
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) 	11,5 % 4,0 % 20,2 %	15,9 % 4,4 % 20,2 %

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
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	596	597
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	119 246 342	76 245 351
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	10,1 % 2,8 % 5,6 %	10,5 % 2,9 % 6,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	36	58
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	5,6 %	5,2 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	96	94
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	1,1 %

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 	102	86
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	2,0 %	5,8 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ 	23	10
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	17,4 %	40,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ 	57	39
<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	40,4 %	41,0 %

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 	358 35,5 %	371 52,3 %
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 	206 9,7 %	223 8,5 %

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

² ACT Code: N06A

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	191 89,5 %	201 84,6 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	79 86,1 %	72 90,3 %
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 	10 50,0 %	14 42,9 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

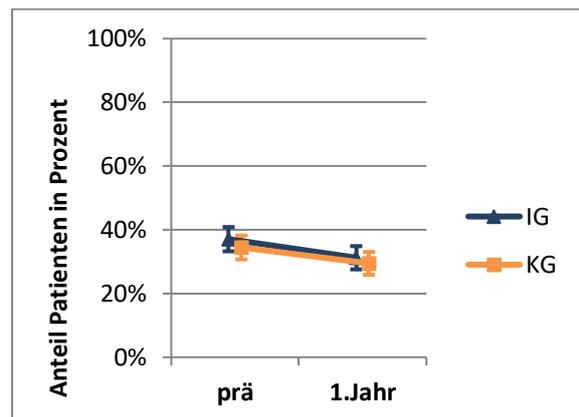
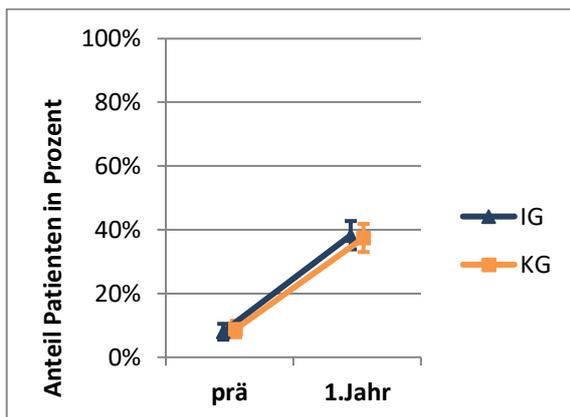
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

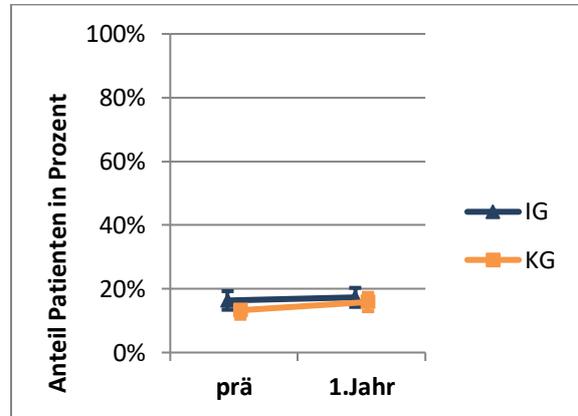
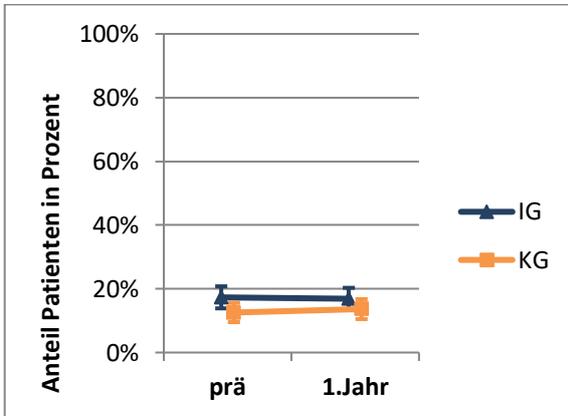


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

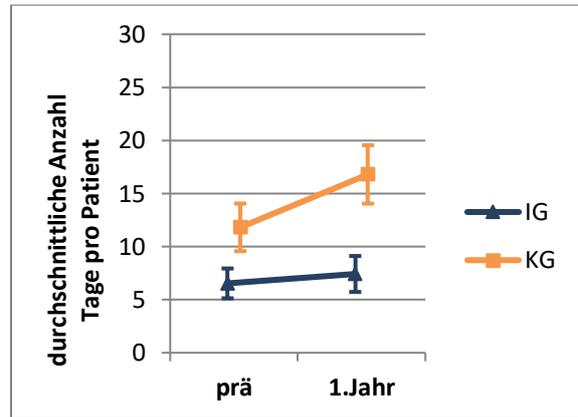
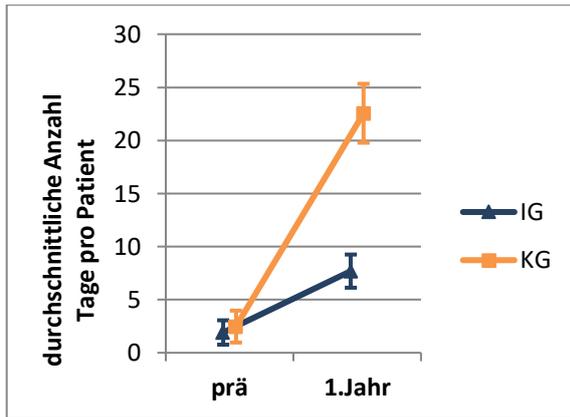


Klinikneue Patienten

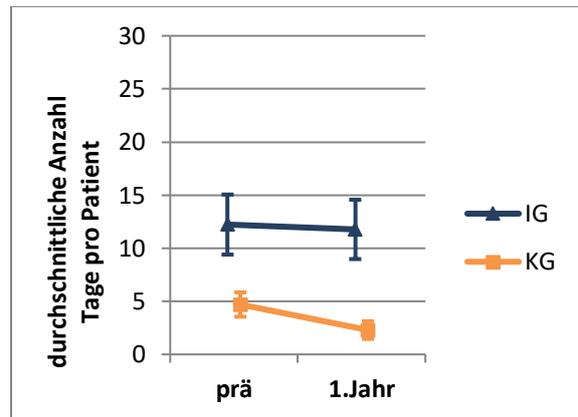
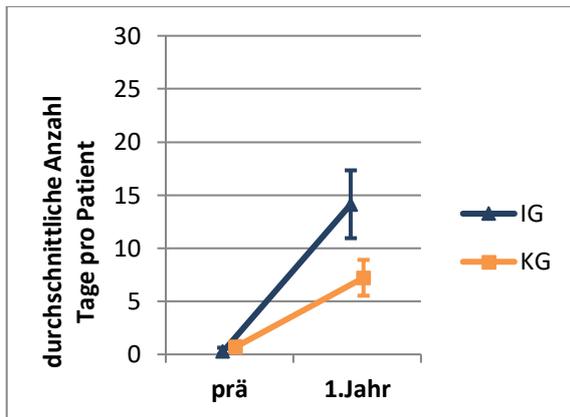
Klinikbekannte Patienten

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

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



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



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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

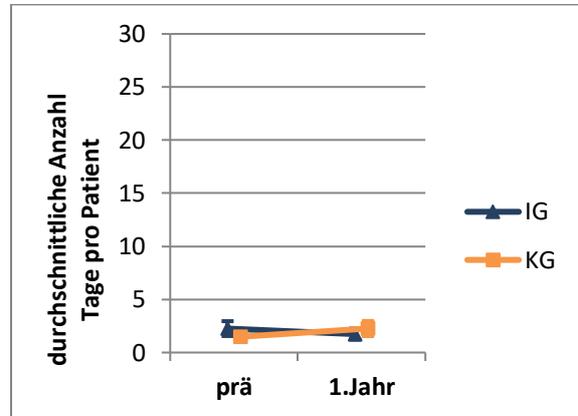
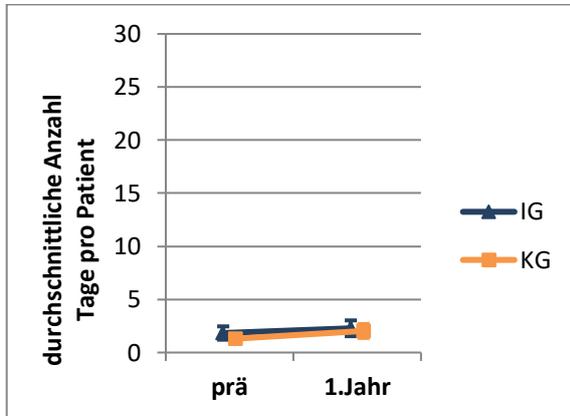


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

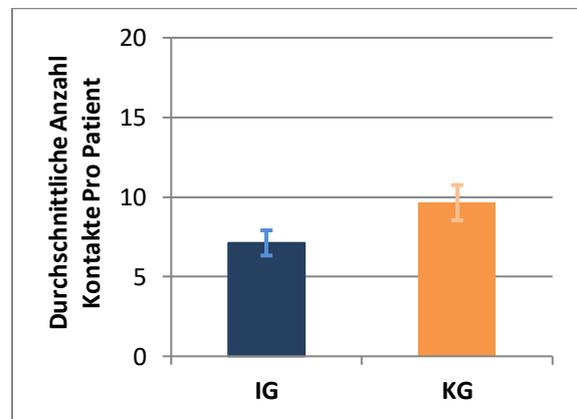
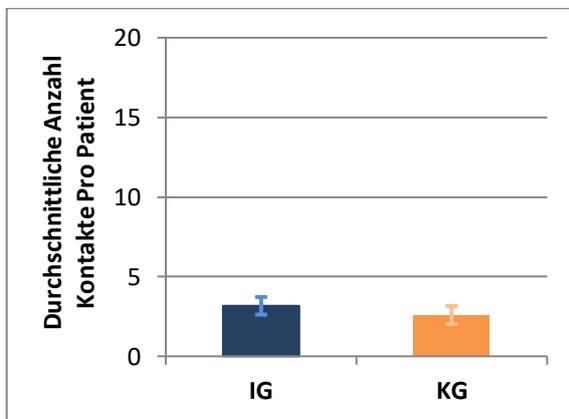
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

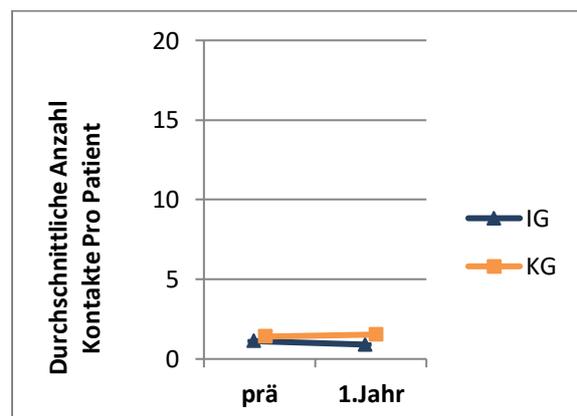
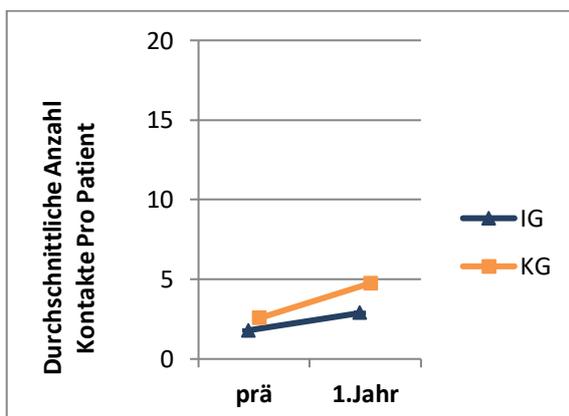
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

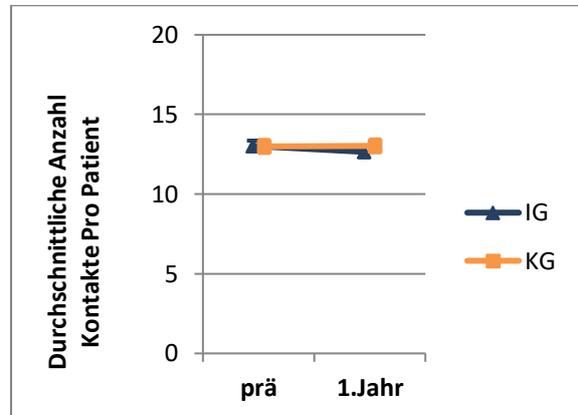
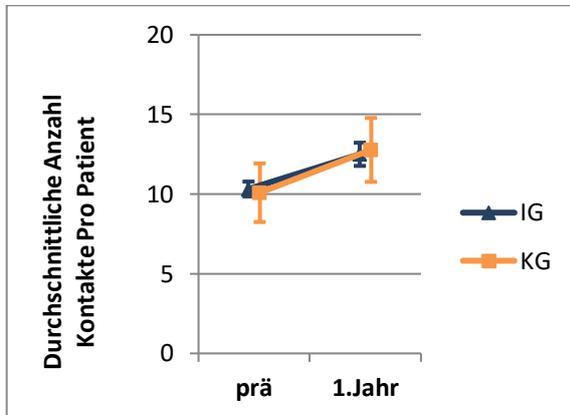


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

- **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

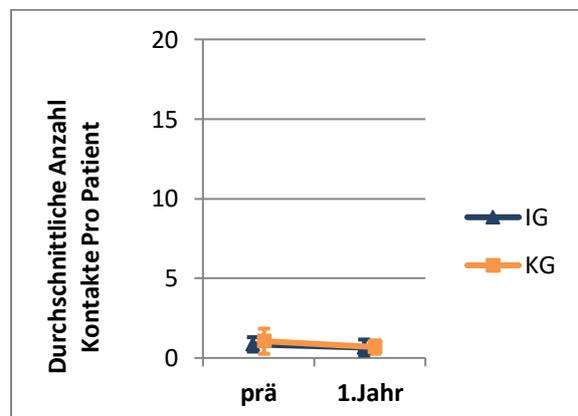
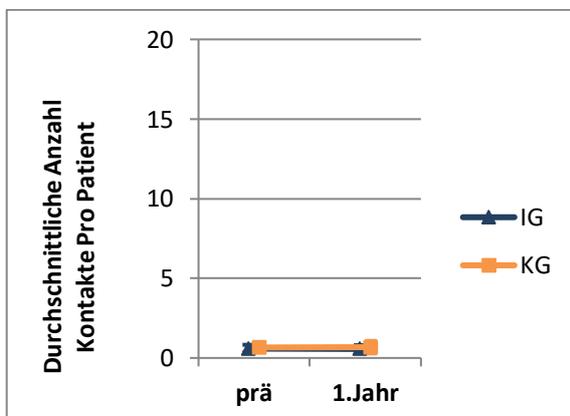
* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

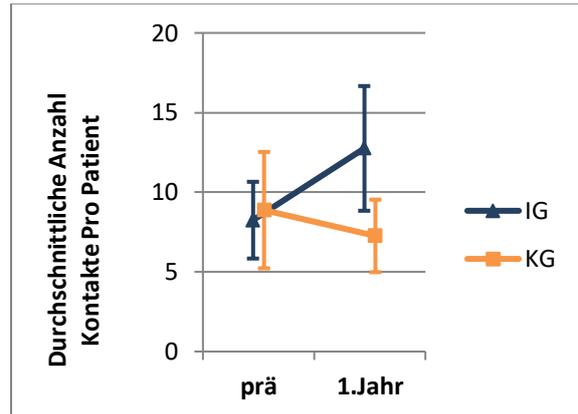
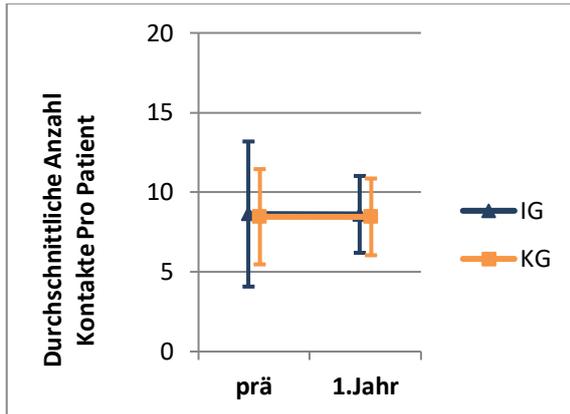


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

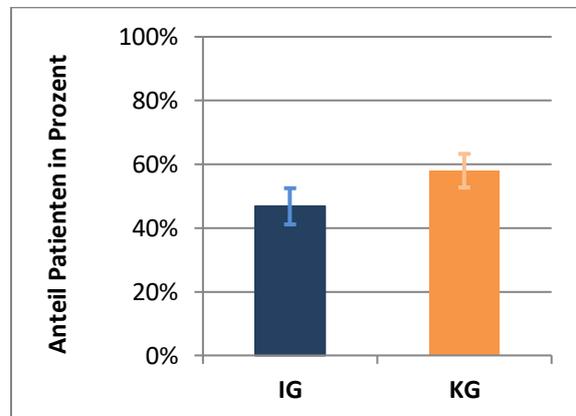
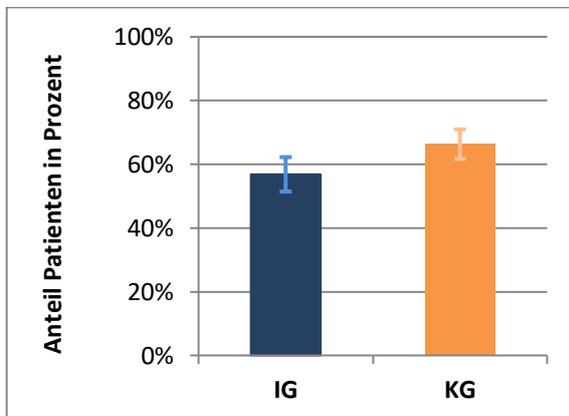
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

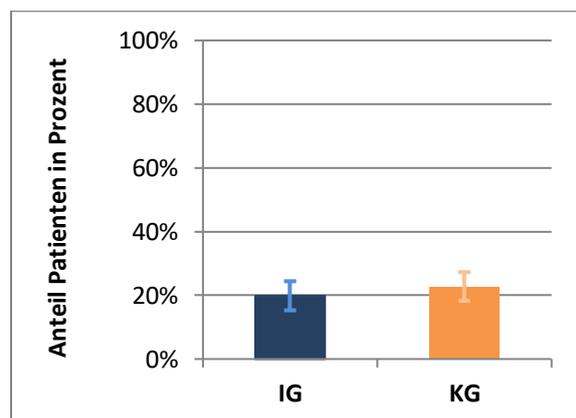
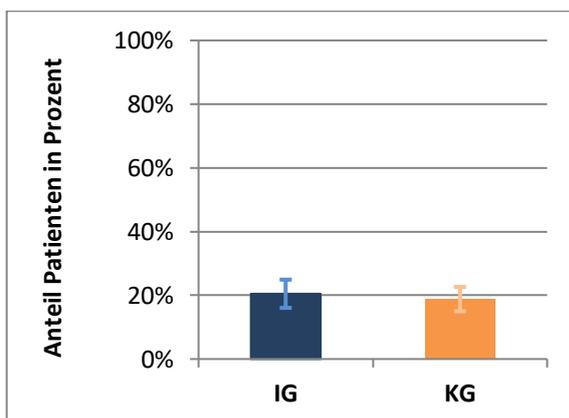
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

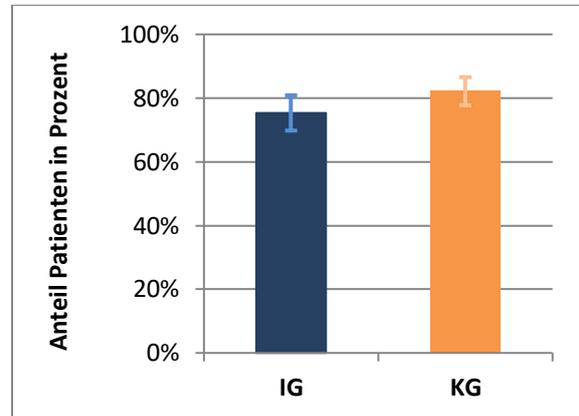
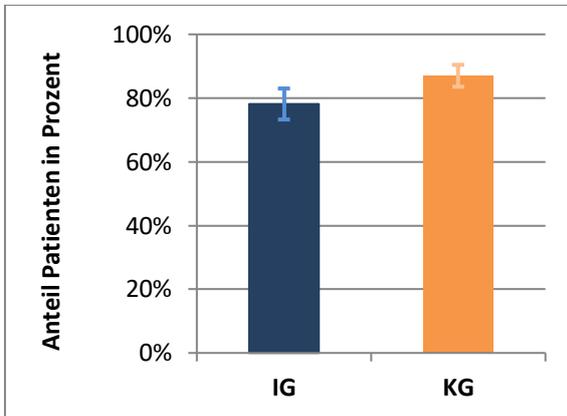


Klinikneue Patienten

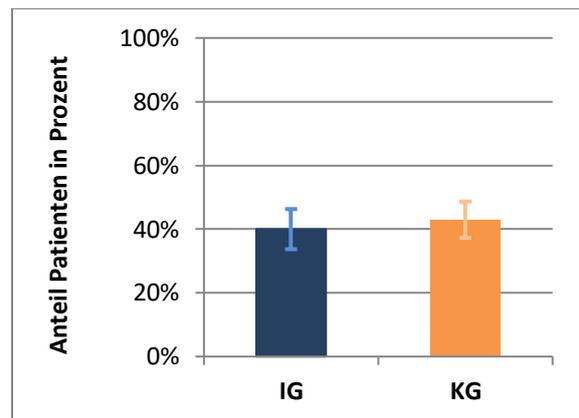
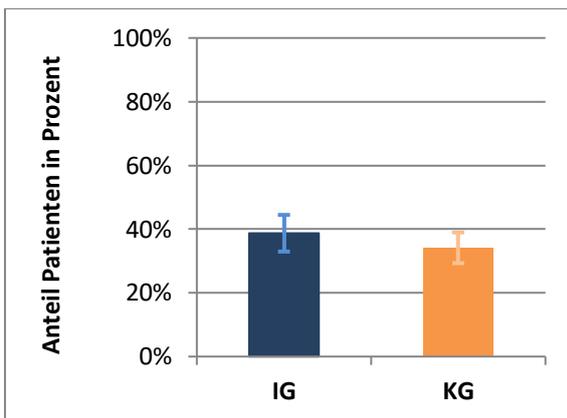
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

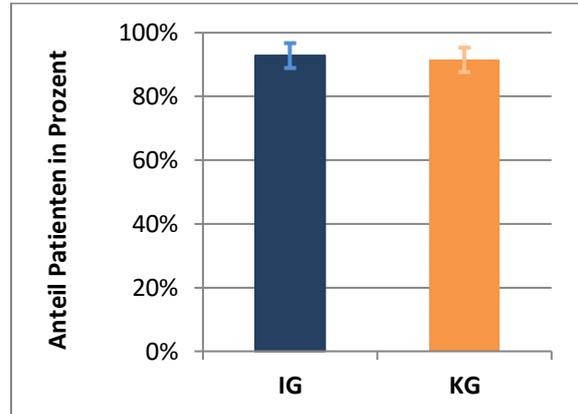
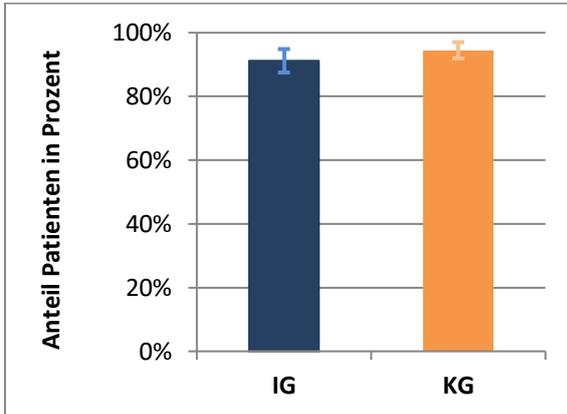


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

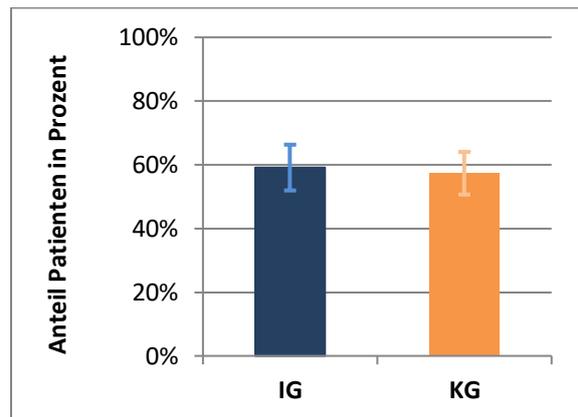
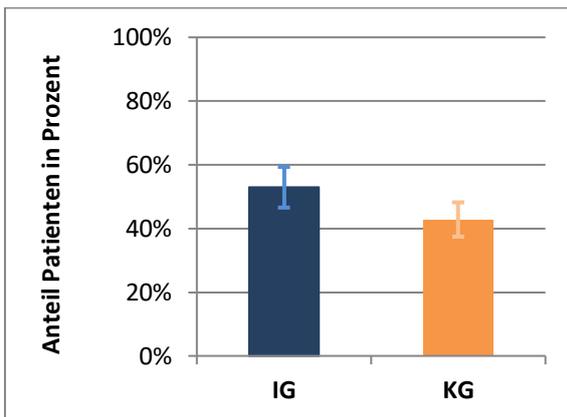


Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

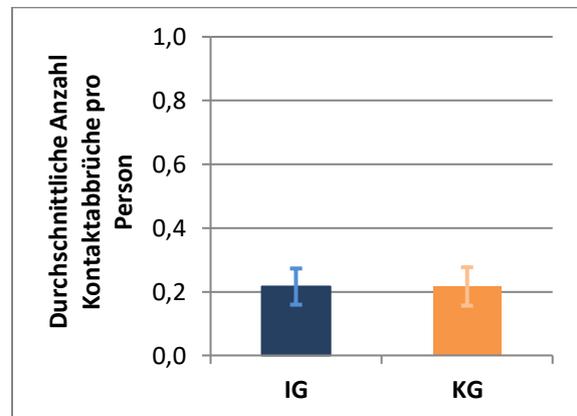
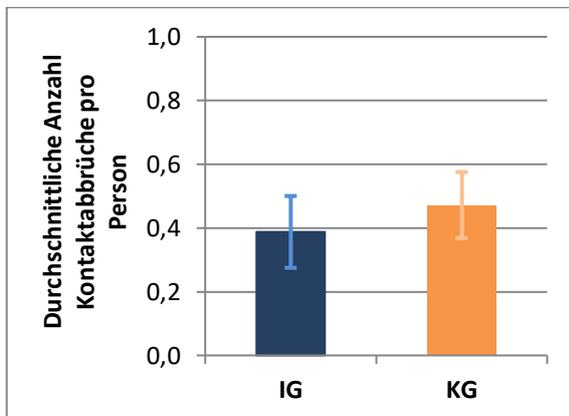
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

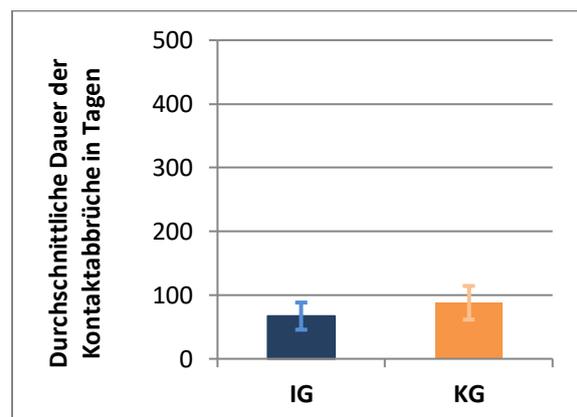
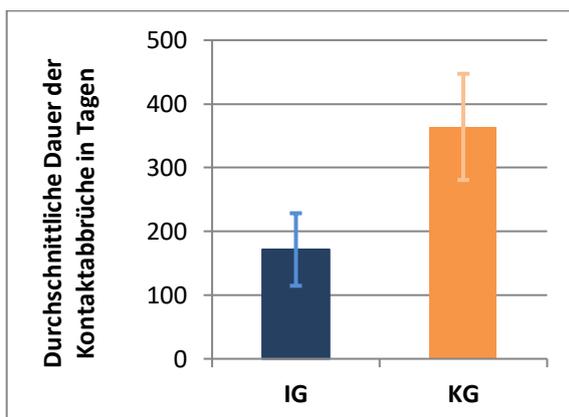


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

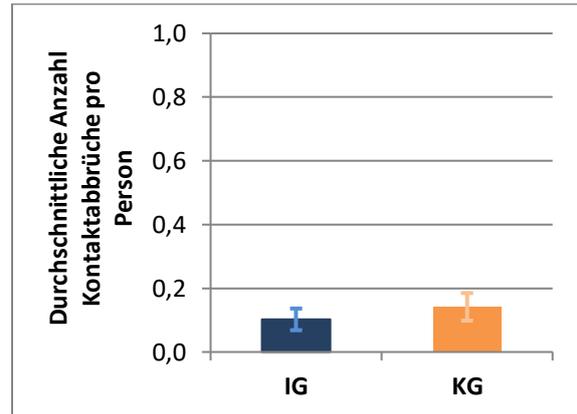
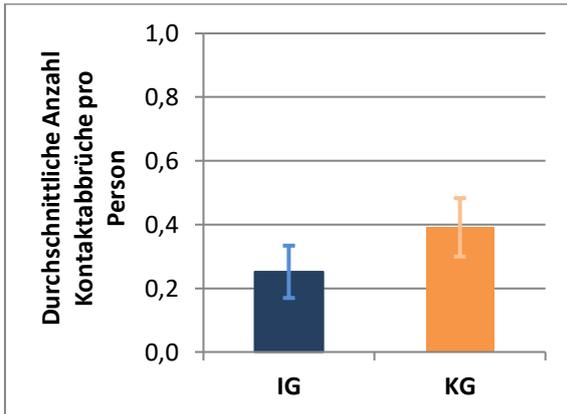


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

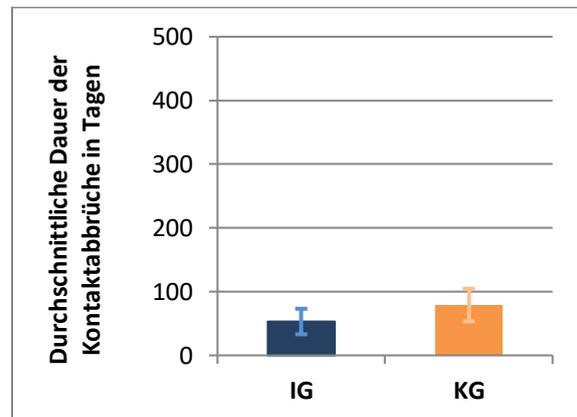
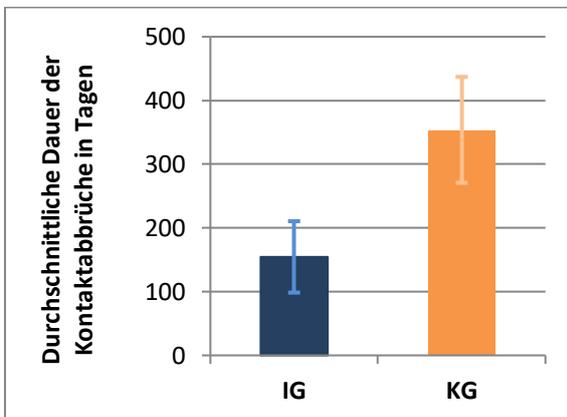


Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

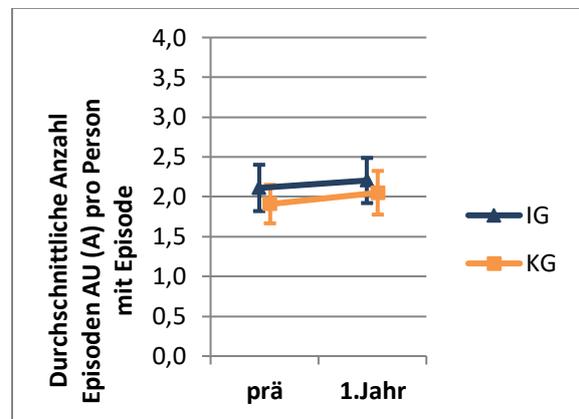
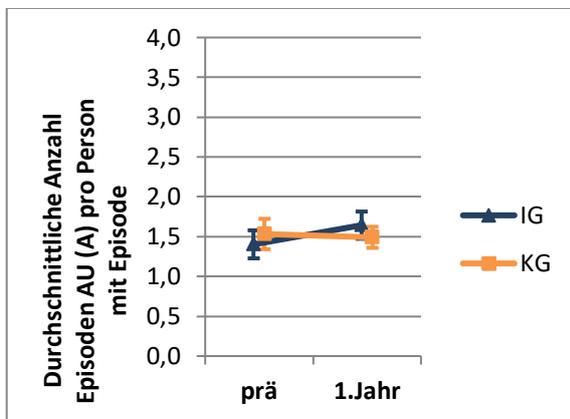
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

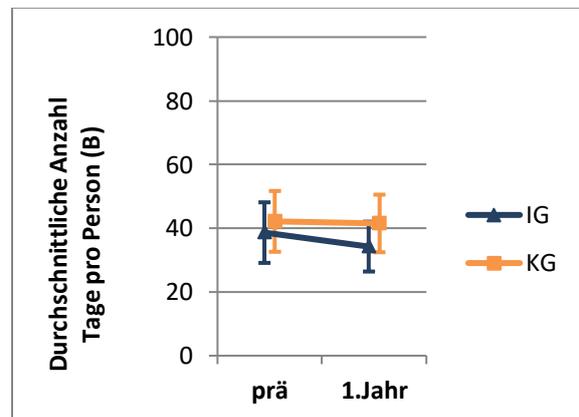
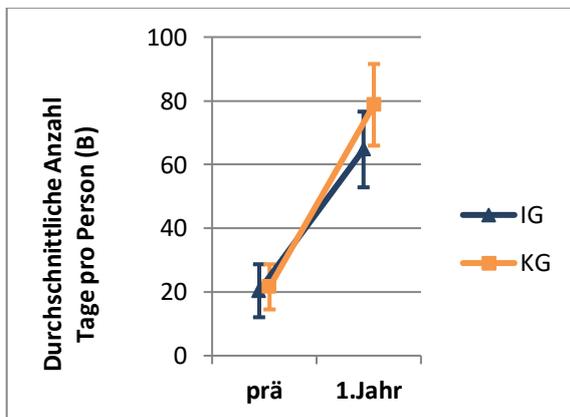
Klinikbekannte Patienten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



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



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

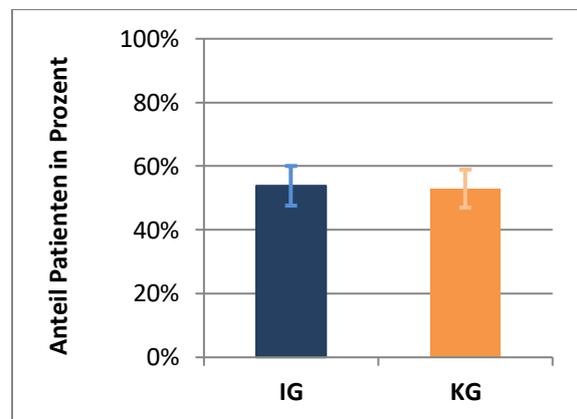
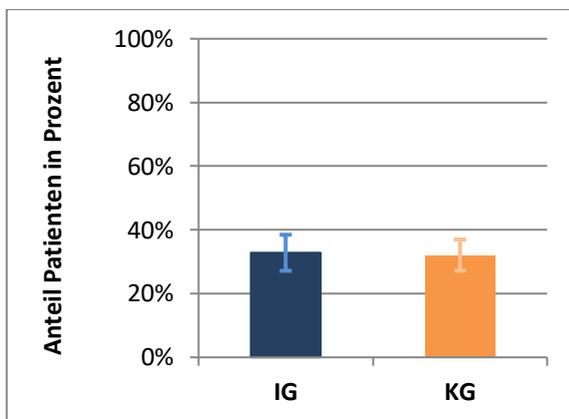
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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



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

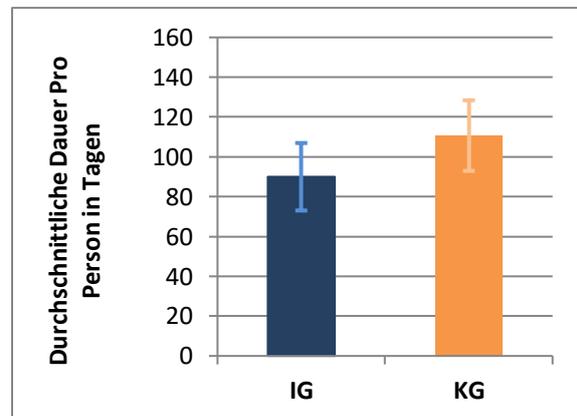
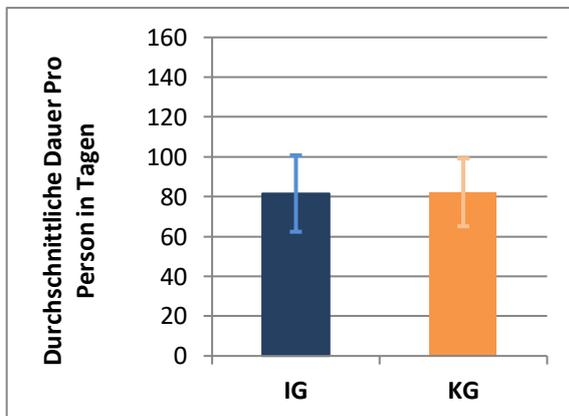


Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Mittlerer Elixhauser Score

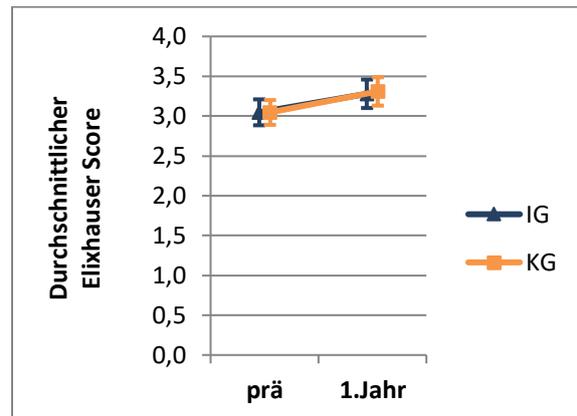
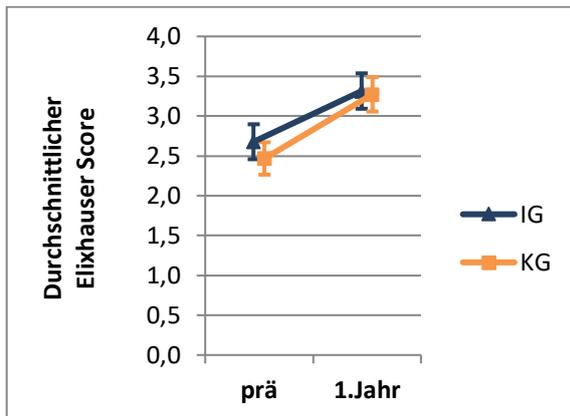


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

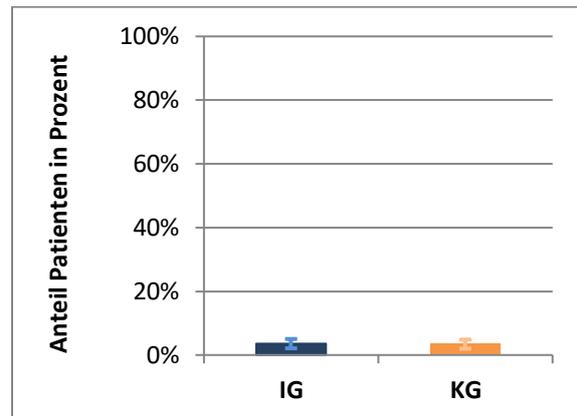
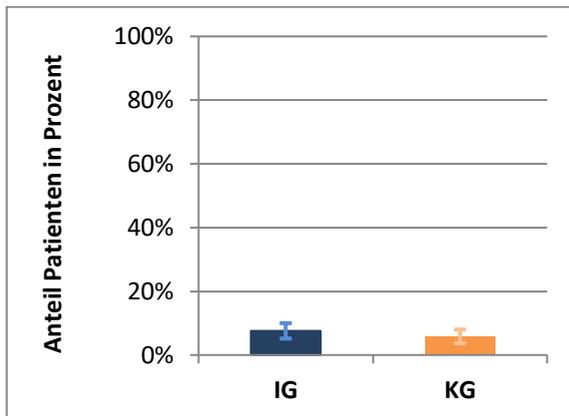


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

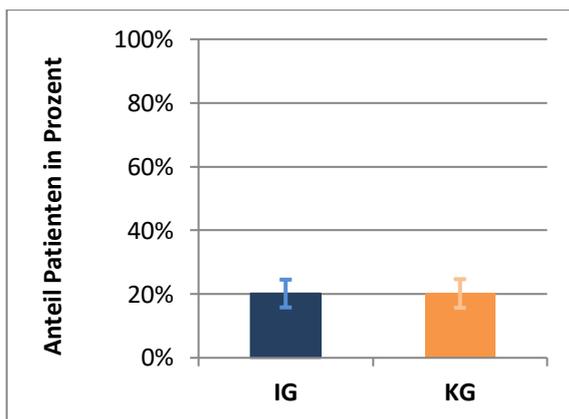
Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)



Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

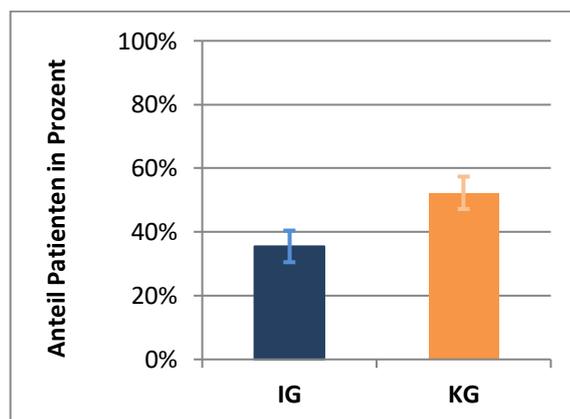
Demenz E

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.

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-14,31*** -14,84...-13,77	kf	-0,28* -0,53...-0,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,44*** 0,40...0,48	kf	0,80** 0,70...0,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,15 0,64-2,05	kf	0,85 0,47-1,56	0,44*** 0,40-0,48	kf	0,81** 0,70-0,92
Gruppe	1,16 0,70-1,93	kf	1,77* 1,10-2,83	0,72 0,52-1,00	kf	2,03* 1,13-3,63
Zeit	8,55*** 5,53-13,23	kf	1,12 0,72-1,75	9,16*** 8,62-9,74	kf	1,52*** 1,37-1,68
Indexgruppe 6 (F10)	1,32 0,90-1,94	kf	0,91 0,55-1,48	1,24 0,80-1,94	kf	0,60 0,26-1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,85 0,63-1,15	kf	0,64* 0,44-0,95	0,84 0,59-1,19	kf	0,45* 0,24-0,84
Indexgruppe 9 (F43)	0,55** 0,39-0,79	kf	0,54* 0,33-0,88	0,54** 0,36-0,80	kf	0,38* 0,18-0,81
Psy A ¹	1,57** 1,13-2,17	kf	1,00 0,65-1,55	0,93 0,63-1,37	kf	0,74 0,37-1,49
Psy B ²	1,32 0,87-2,00	kf	1,55 0,91-2,64	1,87* 1,13-3,10	kf	2,34 0,97-5,61
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,04*** 1,03-1,05	1,00 0,99-1,01	kf	1,06*** 1,05-1,08
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,76-1,33	kf	0,83 0,58-1,20	0,96 0,68-1,34	kf	0,66 0,37-1,20
Komorbidität ³	1,00 0,93-1,07	kf	1,17*** 1,07-1,27	0,99 0,91-1,08	kf	1,35*** 1,18-1,55
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,68-1,63	kf	2,01** 1,26-3,21	1,26 0,75-2,10	kf	2,15 0,96-4,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,91*** 1,43-2,54	kf	1,94** 1,34-2,82	1,81*** 1,30-2,52	kf	2,35** 1,30-4,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,52*** 0,38-0,70	kf	0,46*** 0,31-0,68	0,04*** 0,02-0,05	kf	0,36** 0,19-0,67

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,10*** -4,61...-3,58	kf	-1,29*** -1,51...-1,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,80*** 0,76...0,84	kf	0,51*** 0,45...0,57
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,97 0,65-1,45	kf	0,81 0,49-1,35	0,79*** 0,75-0,83	kf	0,50*** 0,45-0,56
Gruppe	1,52** 1,14-2,02	kf	1,41 0,94-2,13	0,88 0,58-1,32	kf	2,10** 1,21-3,66
Zeit	0,72* 0,54-0,96	kf	1,35 0,93-1,95	1,43*** 1,39-1,48	kf	1,52*** 1,40-1,65
Indexgruppe 6 (F10)	1,18 0,87-1,59	kf	0,58* 0,38-0,90	0,97 0,55-1,71	kf	0,43* 0,20-0,95
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,81 0,62-1,05	kf	0,63* 0,43-0,92	0,53* 0,32-0,88	kf	0,56 0,28-1,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,56 0,12-2,61	kf	3,06 0,44-21,35	0,14 0,01-3,54	kf	4,36 0,10-198,74
Psy A ¹	1,31 0,95-1,81	kf	1,27 0,80-2,02	1,48 0,79-2,74	kf	1,01 0,44-2,33
Psy B ²	1,24 0,97-1,58	kf	1,10 0,78-1,56	1,59 1,00-2,53	kf	1,42 0,76-2,65
Alter	0,99** 0,98-1,00	kf	1,03*** 1,02-1,04	0,98** 0,96-0,99	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,77-1,19	kf	0,91 0,66-1,25	1,03 0,67-1,57	kf	1,07 0,60-1,90
Komorbidität ³	0,95 0,90-1,01	kf	1,24*** 1,15-1,35	0,95 0,85-1,06	kf	1,45*** 1,25-1,67
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,20 0,88-1,63	kf	2,08*** 1,41-3,09	1,99* 1,12-3,55	kf	4,73*** 2,24-9,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	9,08*** 6,95-11,87	kf	3,15*** 2,23-4,44	23,85*** 15,32-37,15	kf	6,24*** 3,45-11,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25*** 0,19-0,34	kf	0,73 0,50-1,08	0,02*** 0,01-0,04	kf	0,73 0,35-1,50

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-12,46*** -12,98...-11,94	kf	-0,54*** -0,78...-0,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,24*** 0,21...0,27	kf	0,65*** 0,55...0,77
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,21 0,65-2,25	kf	0,76 0,37-1,56	0,23*** 0,21-0,27	kf	0,65*** 0,55-0,77
Gruppe	0,85 0,50-1,46	kf	1,43 0,79-2,57	1,12 0,73-1,71	kf	1,70 0,90-3,22
Zeit	6,10*** 3,92-9,48	kf	1,27 0,76-2,14	15,91*** 14,48-17,47	kf	1,99*** 1,76-2,25
Indexgruppe 6 (F10)	1,47 0,99-2,18	kf	1,08 0,56-2,07	1,34 0,76-2,38	kf	1,55 0,63-3,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,83-1,49	kf	0,49** 0,30-0,80	0,68 0,44-1,04	kf	0,41** 0,21-0,81
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,66-1,44	kf	0,59 0,30-1,18	0,47* 0,26-0,83	kf	0,60 0,24-1,50
Psy A ¹	1,02 0,74-1,42	kf	1,41 0,82-2,42	0,99 0,61-1,61	kf	1,69 0,81-3,55
Psy B ²	1,35 0,88-2,07	kf	0,60 0,30-1,19	1,59 0,84-2,99	kf	0,41 0,16-1,05
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,03** 1,01-1,04	1,00 0,99-1,02	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,35* 1,01-1,80	kf	1,35 0,84-2,17	0,94 0,62-1,42	kf	1,65 0,86-3,16
Komorbidität ³	1,06 0,99-1,13	kf	1,33*** 1,20-1,48	1,01 0,92-1,12	kf	1,43*** 1,25-1,64
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,80 0,47-1,35	kf	2,19* 1,11-4,33	1,16 0,56-2,41	kf	3,62* 1,35-9,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,93*** 1,44-2,58	kf	2,08** 1,31-3,31	1,53* 1,01-2,31	kf	2,75** 1,45-5,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,41*** 0,30-0,55	kf	0,37*** 0,23-0,61	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,41** 0,21-0,79

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-14,31*** -14,84...-13,77
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-13,61*** -14,20...-13,02
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-12,01*** -12,55...-11,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,44*** 0,40...0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,24*** 0,21...0,27
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,26*** 0,23...0,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,43*** 0,39-0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,23*** 0,21-0,27
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,25*** 0,22-0,28

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,79 0,56-1,12
Zeit	9,26*** 8,70-9,84
Indexgruppe 6 (F10)	1,55** 1,15-2,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,92 0,74-1,16
Indexgruppe 9 (F43)	0,60*** 0,46-0,79
Psy A ¹	1,28 0,99-1,65
Psy B ²	1,64** 1,18-2,27
Alter	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,90-1,39
Komorbidität ³	0,99 0,94-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,81-1,67
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,56*** 1,26-1,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,02-0,04
2. vs. 1.Jahr	0,54** 0,37-0,77
3. vs. 1.Jahr	0,59** 0,41-0,84

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	-1,11*** -1,46...-0,76	-0,51 -1,20...0,18	—	kf	-0,05 -0,21...0,11	kf	-0,01 -0,61...0,58
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,86* 0,76...0,98	0,96 0,90...1,02	—	kf	0,93 0,72...1,20	kf	1,00 0,93...1,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,87* 0,76-0,98	0,96 0,90-1,02	—	kf	0,80 0,62-1,04	kf	1,00 0,93-1,07
Gruppe	1,03 0,94-1,12	1,01 0,64-1,61	0,95 0,82-1,11	kf	kf	0,80 0,36-1,76	kf	0,82 0,41-1,63
Zeit	—	1,85*** 1,71-2,00	1,27*** 1,21-1,32	—	kf	1,14 0,96-1,36	kf	1,00 0,95-1,05
Indexgruppe 6 (F10)	0,41*** 0,33-0,50	0,31** 0,15-0,63	0,73** 0,59-0,90	kf	kf	0,83 0,26-2,58	kf	0,36 0,13-1,00
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,98-1,18	2,03** 1,25-3,30	1,11 0,95-1,29	kf	kf	1,02 0,44-2,37	kf	2,25* 1,08-4,67
Indexgruppe 9 (F43)	0,76*** 0,68-0,85	0,98 0,56-1,72	0,80* 0,67-0,96	kf	kf	0,53 0,19-1,44	kf	2,11 0,91-4,87
Psy A ¹	1,01 0,91-1,12	3,94*** 2,31-6,72	1,73*** 1,46-2,05	kf	kf	0,45 0,17-1,18	kf	3,26** 1,47-7,27
Psy B ²	1,27*** 1,12-1,45	2,39* 1,23-4,64	1,26* 1,01-1,57	kf	kf	1,07 0,30-3,81	kf	1,32 0,46-3,82
Alter	1,00** 0,99-1,00	1,00 0,99-1,02	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97* 0,95-0,99	kf	1,03** 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,90-1,07	1,53 0,96-2,43	1,10 0,95-1,28	kf	kf	1,32 0,58-2,98	kf	2,97** 1,48-5,96
Komorbidität ³	1,00 0,97-1,02	0,90 0,80-1,02	1,15*** 1,11-1,20	kf	kf	1,23 1,00-1,51	kf	1,43*** 1,20-1,70
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,75-1,03	1,19 0,56-2,50	1,38** 1,09-1,75	kf	kf	0,80 0,20-3,14	kf	1,41 0,46-4,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,98-1,17	1,30 0,82-2,07	1,08 0,94-1,26	kf	kf	1,08 0,48-2,42	kf	1,75 0,87-3,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,06*** 2,77-3,38	0,79 0,49-1,27	1,01 0,86-1,17	kf	kf	0,58 0,25-1,34	kf	1,14 0,55-2,35

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	-0,35** -0,55...-0,15	-0,40 -1,05...0,24	—	kf	0,17* 0,01...0,33	kf	6,12*** 5,58...6,67
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,74*** 0,63...0,87	0,97 0,92...1,02	—	kf	1,18 0,97...1,45	kf	1,89*** 1,78...2,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,73*** 0,62-0,86	0,97 0,92-1,02	—	kf	1,10 0,90-1,36	kf	1,86*** 1,75-1,98
Gruppe	0,68*** 0,65-0,71	1,44 0,78-2,63	1,03 0,90-1,18	kf	kf	2,65 0,55-12,78	kf	1,45 0,74-2,83
Zeit	—	1,08 0,97-1,20	1,00 0,97-1,04	—	kf	0,69*** 0,60-0,80	kf	0,82*** 0,78-0,85
Indexgruppe 6 (F10)	1,09** 1,03-1,17	0,20*** 0,08-0,47	0,86 0,71-1,04	kf	kf	0,87 0,10-7,62	kf	0,23** 0,09-0,61
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,21*** 1,14-1,29	0,41* 0,20-0,87	1,15 0,98-1,36	kf	kf	0,95 0,14-6,51	kf	2,18 0,95-5,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,37*** 0,22-0,62	0,07 0,00-23,11	0,59 0,18-1,89	kf	kf	kf	kf	0,04 0,00-31,24
Psy A ¹	1,00 0,93-1,08	3,63** 1,44-9,13	1,00 0,82-1,21	kf	kf	1,19 0,12-12,28	kf	1,15 0,43-3,06
Psy B ²	1,43*** 1,37-1,51	2,24* 1,14-4,42	1,87*** 1,61-2,18	kf	kf	1,39 0,24-7,92	kf	1,94 0,90-4,21
Alter	1,00** 1,00-1,00	0,99 0,97-1,01	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,93-1,04	kf	1,05*** 1,02-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,94-1,03	1,62 0,87-3,00	1,30*** 1,14-1,49	kf	kf	0,55 0,11-2,63	kf	2,38* 1,20-4,73
Komorbidität ³	0,98** 0,97-0,99	1,06 0,90-1,25	1,21*** 1,17-1,25	kf	kf	0,93 0,61-1,43	kf	1,17 0,96-1,42
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21*** 1,13-1,29	0,54 0,22-1,36	0,98 0,81-1,19	kf	kf	0,55 0,04-6,79	kf	3,97** 1,48-10,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,99-1,09	1,75 0,94-3,28	1,13 0,98-1,29	kf	kf	1,44 0,26-7,87	kf	1,83 0,90-3,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,04*** 4,54-5,61	0,14*** 0,07-0,32	1,04 0,88-1,25	kf	kf	0,58 0,09-3,87	kf	1,24 0,51-3,01

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,78*** 1,46...2,11	-0,76*** -1,09...-0,43	-0,41 -1,13...0,31	kf	kf	0,45*** 0,24...0,65	kf	-0,02 -0,61...0,56
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,67*** 1,73...4,14	0,92 0,79...1,07	0,95 0,89...1,02	kf	kf	1,31* 1,03...1,67	kf	0,96 0,88...1,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,67*** 1,72-4,14	0,91 0,78-1,06	0,95 0,89-1,02	kf	kf	1,29* 1,01-1,65	kf	0,96 0,88-1,04
Gruppe	0,65 0,39-1,07	0,65 0,40-1,06	0,99 0,84-1,16	kf	kf	0,67 0,32-1,41	kf	0,89 0,44-1,77
Zeit	19,50*** 14,99-25,35	1,88*** 1,71-2,07	1,28*** 1,22-1,34	kf	kf	0,51*** 0,44-0,59	kf	1,13*** 1,06-1,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,64* 0,42-0,99	0,36** 0,17-0,77	1,00 0,78-1,28	kf	kf	1,00 0,33-3,06	kf	0,25* 0,09-0,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,43** 1,10-1,86	1,12 0,69-1,82	0,98 0,83-1,15	kf	kf	0,47 0,22-1,02	kf	1,18 0,58-2,39
Indexgruppe 9 (F43)	1,07 0,78-1,48	0,51* 0,27-0,94	0,86 0,70-1,06	kf	kf	0,58 0,22-1,52	kf	0,43 0,18-1,06
Psy A ¹	1,22 0,91-1,64	2,95*** 1,71-5,09	1,43*** 1,19-1,72	kf	kf	1,42 0,63-3,24	kf	0,93 0,42-2,06
Psy B ²	1,34 0,90-2,01	2,48* 1,21-5,07	1,19 0,93-1,53	kf	kf	0,27* 0,08-0,91	kf	1,21 0,41-3,55
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,99 0,97-1,01	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,97* 0,95-0,99	kf	1,02 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,76-1,27	1,23 0,76-1,97	1,46*** 1,24-1,71	kf	kf	0,98 0,47-2,03	kf	2,87** 1,44-5,71
Komorbidität ³	1,05 0,98-1,12	1,02 0,90-1,15	1,15*** 1,10-1,20	kf	kf	1,57*** 1,30-1,90	kf	1,41*** 1,19-1,68
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,40-1,19	1,20 0,47-3,07	1,23 0,91-1,68	kf	kf	0,33 0,06-1,73	kf	4,68* 1,26-17,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,83-1,38	1,58 0,98-2,54	1,36*** 1,16-1,60	kf	kf	0,87 0,42-1,80	kf	5,02*** 2,53-9,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,58*** 3,43-6,10	0,69 0,42-1,13	0,89 0,75-1,05	kf	kf	0,99 0,46-2,14	kf	1,88 0,91-3,86

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,92 0,76-1,12	0,91 0,76-1,09	0,94 0,79-1,13
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,80-1,34	0,91 0,72-1,16	1,07 0,84-1,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,80-1,21	0,94 0,78-1,14	1,02 0,84-1,24
Indexgruppe 9 (F43)	0,93 0,73-1,18	0,85 0,68-1,06	0,94 0,75-1,18
Psy A ¹	0,99 0,79-1,26	0,97 0,78-1,20	1,05 0,85-1,30
Psy B ²	1,35* 1,03-1,76	1,34* 1,05-1,72	1,15 0,89-1,49
Alter	1,00 0,99-1,01	0,99 0,99-1,00	0,99* 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,81-1,21	1,03 0,86-1,24	1,03 0,86-1,24
Komorbidität ³	1,01 0,96-1,06	1,02 0,98-1,07	1,01 0,97-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,78-1,43	1,14 0,87-1,50	1,20 0,91-1,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,95-1,41	1,17 0,97-1,40	1,09 0,91-1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,35*** 0,27-0,44	0,30*** 0,24-0,38	0,28*** 0,22-0,36

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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
Gruppe	1,00 0,80-1,25	1,03 0,84-1,26	1,22 0,98-1,51
Indexgruppe 6 (F10)	0,90 0,67-1,21	1,03 0,79-1,34	1,03 0,77-1,37
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,87 0,67-1,13	0,89 0,70-1,12	1,02 0,79-1,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF
Psy A ¹	0,98 0,71-1,35	1,05 0,80-1,39	1,12 0,83-1,50
Psy B ²	1,48** 1,14-1,93	1,20 0,95-1,52	1,10 0,86-1,41
Alter	0,98*** 0,98-0,99	0,99** 0,98-1,00	0,99** 0,98-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,79-1,24	1,01 0,82-1,23	1,03 0,83-1,27
Komorbidität ³	1,06* 1,01-1,12	1,04 0,99-1,09	1,02 0,96-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,74*** 1,30-2,34	1,48** 1,13-1,94	1,26 0,93-1,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,59*** 1,23-2,05	1,74*** 1,38-2,19	1,45** 1,14-1,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,26*** 0,20-0,33	0,25*** 0,20-0,31	0,21*** 0,17-0,27

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,16 -0,88...0,55	0,15 -0,70...0,99	0,11 -1,01...1,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,84 0,39...1,80	1,15 0,51...2,59	1,12 0,37...3,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,69 0,32-1,50	1,14 0,50-2,58	2,47 0,81-7,51
Gruppe	1,36 0,65-2,84	0,87 0,39-1,92	0,42 0,14-1,25
Zeit	1,26 0,76-2,08	1,33 0,83-2,14	1,33 0,79-2,21
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,66-1,19	1,15 0,89-1,49	1,06 0,81-1,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,74-1,17	0,99 0,80-1,22	1,04 0,84-1,29
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,80-1,41	1,08 0,83-1,41	1,03 0,79-1,36
Psy A ¹	0,97 0,75-1,27	1,05 0,83-1,33	1,09 0,85-1,39
Psy B ²	1,06 0,77-1,47	1,03 0,77-1,39	1,00 0,74-1,36
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,91-1,41	1,06 0,87-1,30	1,05 0,85-1,29
Komorbidität ³	1,02 0,97-1,08	1,02 0,97-1,07	1,01 0,96-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,65-1,51	1,06 0,72-1,56	1,18 0,81-1,74
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,92-1,46	1,11 0,90-1,36	0,95 0,77-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,75-1,25	1,09 0,86-1,37	1,04 0,82-1,32

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)
Gruppe	0,93 0,66-1,33	0,52*** 0,51-0,53	0,72 0,47-1,09	0,48*** 0,47-0,49
Indexgruppe 6 (F10)	1,98** 1,25-3,15	1,54*** 1,51-1,57	1,98* 1,14-3,44	1,52*** 1,49-1,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,60-1,31	1,04*** 1,03-1,06	1,00 0,64-1,57	1,07*** 1,05-1,09
Indexgruppe 9 (F43)	0,79 0,46-1,34	1,01 0,99-1,03	0,80 0,43-1,47	1,03** 1,01-1,05
Psy B ²	0,91 0,63-1,32	0,61*** 0,60-0,62	0,71 0,45-1,11	0,57*** 0,56-0,58
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,00*** 0,99-1,00	0,99* 0,97-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,58-1,20	0,61*** 0,60-0,62	0,79 0,52-1,21	0,60*** 0,59-0,61
Komorbidität ³	1,08 0,99-1,19	1,09*** 1,08-1,09	1,08 0,97-1,20	1,08*** 1,08-1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,82* 1,11-2,99	1,19*** 1,17-1,22	1,70 0,94-3,06	1,15*** 1,13-1,18
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	0,96 0,66-1,39	0,84*** 0,83-0,85	0,89 0,58-1,36	0,83*** 0,81-0,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,24*** 0,14-0,41	0,16*** 0,15-0,16	0,20*** 0,10-0,39	0,15*** 0,14-0,15

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 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)
Gruppe	1,38* 1,00-1,90	1,14*** 1,12-1,16	1,10 0,71-1,70	1,05*** 1,03-1,07
Indexgruppe 6 (F10)	0,70 0,45-1,08	0,72*** 0,70-0,74	0,73 0,40-1,34	0,74*** 0,72-0,76
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,13 0,79-1,63	1,66*** 1,63-1,70	1,49 0,92-2,42	1,91*** 1,87-1,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF
Psy B ²	0,81 0,58-1,13	0,73*** 0,72-0,75	0,78 0,49-1,23	0,71*** 0,70-0,73
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,99*** 0,99-0,99	0,99 0,97-1,00	0,99*** 0,98-0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,65-1,24	0,98** 0,96-0,99	1,01 0,66-1,55	1,01 0,99-1,03
Komorbidität ³	1,03 0,96-1,11	1,03*** 1,02-1,03	1,03 0,94-1,14	1,02*** 1,02-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18 0,73-1,91	1,09*** 1,06-1,12	0,96 0,48-1,91	1,03 1,00-1,06
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	1,11 0,78-1,58	0,75*** 0,74-0,77	0,88 0,56-1,38	0,68*** 0,67-0,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,11*** 0,08-0,15	0,09*** 0,09-0,09	0,08*** 0,05-0,13	0,09*** 0,08-0,09

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 Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Psy A ¹	kf	kf
Psy B ²	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, 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)	0,17 -0,07...0,41	-12,81*** -14,50...-11,11	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	1,45* 1,08...1,93	0,87*** 0,83...0,91	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,45* 1,08-1,93	0,87*** 0,83-0,91	kf	kf
Gruppe	0,72** 0,56-0,92	0,64* 0,42-0,96	kf	kf
Zeit	1,95*** 1,61-2,35	3,64*** 3,54-3,76	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,14 0,94-1,39	0,62 0,33-1,13	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,91-1,24	2,25** 1,42-3,58	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,82-1,14	0,53* 0,33-0,87	kf	kf
Psy A ¹	1,35*** 1,15-1,59	2,01** 1,23-3,29	kf	kf
Psy B ²	1,28* 1,04-1,59	1,06 0,50-2,25	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,02 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,82-1,09	1,05 0,69-1,59	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,97-1,06	0,92 0,80-1,05	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,85-1,60	0,61 0,22-1,70	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75*** 0,65-0,88	0,31*** 0,20-0,49	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	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 -0,27...0,22	-3,75*** -5,26...-2,25	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	0,97 0,76...1,23	0,90*** 0,87...0,94	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,97 0,76-1,23	0,90*** 0,86-0,93	kf	kf
Gruppe	1,43** 1,11-1,83	1,98* 1,12-3,51	kf	kf
Zeit	1,13 0,96-1,34	0,99 0,96-1,01	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,15 0,86-1,53	1,14 0,52-2,50	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,01 0,78-1,30	1,91 0,96-3,82	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,64 0,15-2,77	3,02 0,11-80,29	kf	kf
Psy A ¹	1,22 0,91-1,64	2,18 0,99-4,78	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,75-1,22	0,73 0,38-1,42	kf	kf
Alter	0,98*** 0,97-0,99	0,96** 0,94-0,99	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,11 0,90-1,38	2,31** 1,30-4,09	kf	kf
Komorbidität ³	1,13*** 1,06-1,20	1,28** 1,07-1,52	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,60-1,33	0,30* 0,10-0,88	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,32*** 0,25-0,41	0,04*** 0,02-0,09	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniken 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)	-0,07 -0,30...0,15	-5,27*** -7,13...-3,41	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	0,89 0,67...1,18	0,88*** 0,85...0,91	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89 0,67-1,18	0,88*** 0,84-0,91	kf	kf
Gruppe	1,25 1,00-1,58	1,32 0,80-2,18	kf	kf
Zeit	1,76*** 1,44-2,14	3,07*** 2,99-3,16	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,20 0,98-1,48	0,88 0,42-1,84	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,90-1,23	1,70* 1,01-2,86	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,92 0,76-1,13	0,65 0,34-1,25	kf	kf
Psy A ¹	1,24* 1,05-1,46	2,17** 1,23-3,82	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,76-1,22	0,53 0,23-1,21	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,04** 1,01-1,06	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,91-1,23	0,94 0,57-1,56	kf	kf
Komorbidität ³	1,02 0,97-1,06	0,97 0,83-1,13	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,37-1,42	0,30 0,04-2,25	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61*** 0,52-0,71	0,10*** 0,06-0,17	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-12,81*** -14,50...-11,11
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-2,70** -4,54...-0,87
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-5,76*** -7,70...-3,82
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,87*** 0,83...0,91
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,01 0,96...1,06
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,89*** 0,85...0,92
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,87*** 0,83-0,91
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,01 0,96-1,06
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,89*** 0,85-0,92

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	0,63* 0,41-0,97
Zeit	3,65*** 3,54-3,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,58** 0,40-0,86
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,86*** 1,40-2,47
Indexgruppe 9 (F43)	0,66* 0,48-0,91
Psy A ¹	1,96*** 1,44-2,66
Psy B ²	0,72 0,46-1,12
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,81-1,38
Komorbidität ³	1,02 0,94-1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,43* 0,19-0,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,16-0,29
2. vs. 1.Jahr	0,78 0,50-1,22
3. vs. 1.Jahr	0,93 0,60-1,43

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,15 0,79-1,66	0,96** 0,93-0,99
Indexgruppe 6 (F10)	1,09 0,66-1,80	1,53*** 1,47-1,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,63-1,42	0,89*** 0,86-0,93
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,65-1,61	1,18*** 1,14-1,23
Psy A ¹	1,77* 1,13-2,77	1,32*** 1,27-1,38
Psy B ²	1,49 0,87-2,54	1,07** 1,03-1,11
Alter	0,99 0,98-1,01	1,00*** 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,65* 0,44-0,96	0,99 0,95-1,02
Komorbidität ³	0,92 0,84-1,02	0,99 0,98-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,60 0,85-3,00	1,36*** 1,29-1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,40 0,95-2,05	0,85*** 0,83-0,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,55-1,41	1,25*** 1,20-1,30

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,20 0,82-1,76	0,81*** 0,79-0,83
Indexgruppe 6 (F10)	0,74 0,43-1,25	1,30*** 1,26-1,35
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,54** 0,34-0,86	1,06*** 1,03-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,39 0,02-7,63	0,02*** 0,00-0,11
Psy A ¹	1,11 0,65-1,92	1,23*** 1,19-1,28
Psy B ²	1,94** 1,25-3,02	0,70*** 0,68-0,72
Alter	0,98* 0,97-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,59-1,27	0,91*** 0,89-0,94
Komorbidität ³	1,02 0,92-1,13	1,00 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47 0,85-2,54	0,70*** 0,68-0,73
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,71** 1,16-2,51	0,79*** 0,77-0,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64* 0,42-0,96	0,97* 0,94-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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	1,13 0,72-1,79	0,94*** 0,93-0,95
Indexgruppe 6 (F10)	0,96 0,54-1,73	1,07*** 1,05-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,71-1,89	0,94*** 0,93-0,95
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,42-1,61	1,07*** 1,06-1,09
Psy A ¹	0,84 0,48-1,48	1,07*** 1,05-1,09
Psy B ²	2,05* 1,04-4,06	0,85*** 0,83-0,86
Alter	0,99 0,98-1,01	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,22 0,76-1,94	0,96*** 0,95-0,97
Komorbidität ³	1,08 0,97-1,20	0,99*** 0,99-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,95 0,43-2,14	1,07*** 1,05-1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,31 0,83-2,07	0,91*** 0,90-0,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85 0,48-1,53	1,07*** 1,05-1,08

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,93 0,84-1,04
Gruppe	1,09 0,99-1,20
Zeit	1,33*** 1,23-1,43
Indexgruppe 6 (F10)	1,19** 1,07-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,98-1,15
Indexgruppe 9 (F43)	0,89* 0,81-0,98
Psy A ¹	1,24*** 1,14-1,36
Psy B ²	1,13* 1,01-1,27
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,90-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17** 1,05-1,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26*** 1,17-1,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,90-1,06

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,99*** 0,99-0,99
Gruppe	1,01*** 1,00-1,01
Zeit	1,09*** 1,09-1,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,86*** 0,86-0,86
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,98*** 0,98-0,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,72*** 0,72-0,72
Psy A ¹	1,15*** 1,15-1,15
Psy B ²	1,13*** 1,13-1,13
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95*** 0,95-0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,14*** 1,14-1,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28*** 1,28-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90*** 0,90-0,90

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,96 0,85-1,07
Gruppe	1,09 0,98-1,21
Zeit	1,26*** 1,16-1,36
Indexgruppe 6 (F10)	1,21** 1,06-1,37
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,95-1,14
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,94-1,20
Psy A ¹	1,16** 1,05-1,28
Psy B ²	1,24** 1,08-1,41
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,92-1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19* 1,03-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16** 1,07-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,86-1,04

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,18 0,69-2,02
Psy A ¹	0,75 0,38-1,49
Psy B ²	1,43 0,58-3,54
Alter	1,11*** 1,09-1,14
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,48-1,40
Komorbidität ³	1,00 0,89-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48* 0,26-0,88
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	0,99 0,57-1,74
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,06 0,61-1,84

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,07 0,58-1,99
Psy A ¹	0,90 0,42-1,93
Psy B ²	1,43 0,68-2,99
Alter	1,10*** 1,07-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,51* 0,27-0,99
Komorbidität ³	1,12 0,98-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44* 0,21-0,91
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	0,91 0,46-1,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60 0,28-1,32

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,39 0,66-2,92
Psy A ¹	0,50 0,19-1,29
Psy B ²	0,53 0,10-2,73
Alter	1,11*** 1,07-1,15
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,44-2,14
Komorbidität ³	1,11 0,98-1,26
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,19** 0,07-0,55
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,67 0,79-3,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,56 0,24-1,27

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	1,21 0,82-1,80
Psy A ¹	kf	kf	1,10 0,69-1,76
Psy B ²	kf	kf	0,89 0,45-1,78
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,75 0,51-1,11
Komorbidität ³	kf	kf	0,74*** 0,64-0,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,98 0,47-2,02
Anzahl AU Prä- zeitraum (Median split)	kf	kf	0,76 0,51-1,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,54** 0,35-0,82

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	0,91 0,58-1,43
Psy A ¹	kf	kf	0,49* 0,28-0,88
Psy B ²	kf	kf	2,27* 1,06-4,85
Alter	kf	kf	0,99 0,97-1,00
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,88 0,56-1,38
Komorbidität ³	kf	kf	0,81** 0,70-0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,29 0,06-1,29
Anzahl AU Prä- zeitraum (Median split)	kf	kf	1,03 0,66-1,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,49** 0,31-0,78

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,71* 0,51-0,99	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,63** 1,16-2,29	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,05 0,96-1,14	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,46* 0,25-0,85	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,07 0,77-1,50	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,50* 1,05-2,13	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,55*** 0,40-0,76	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	1,32 0,96-1,82	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,08 1,00-1,17	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,69 0,42-1,14	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,17 0,85-1,61	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,67** 1,19-2,33	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2015	2015
Alle Patienten (n)	1.185	21.633
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) 	39,9 %	48,4 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	3,5	14,3
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	634	12.201
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	397 55,3	7.498 54,0

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)

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	424	421	383	359	434	435	397	387
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.485,75 €	2.947,43 €	2.811,37 €	2.877,49 €	2.593,63 €	2.362,09 €	2.379,41 €	2.225,83 €
Standardabweichung	4.786,41 €	5.783,91 €	6.752,67 €	8.523,49 €	5.112,36 €	4.443,96 €	5.246,86 €	5.290,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	279,78 €	329,12 €	308,91 €	232,33 €	275,44 €	309,73 €	280,39 €	279,93 €
Median	848,59 €	879,43 €	795,79 €	738,46 €	721,30 €	746,37 €	680,54 €	715,95 €
75%-Perzentil	2.657,91 €	2.823,96 €	2.553,77 €	1.885,67 €	2.779,04 €	2.280,31 €	2.327,42 €	2.479,08 €
Maximum	55.826,42 €	47.174,13 €	74.345,15 €	128.757,43 €	42.754,92 €	38.048,45 €	56.927,12 €	87.004,72 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	580	582	544	534	590	585	562	547
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.752,27 €	3.043,66 €	3.037,41 €	2.717,28 €	2.308,82 €	2.740,26 €	2.483,74 €	3.052,22 €
Standardabweichung	7.010,16 €	9.722,64 €	7.687,81 €	6.698,06 €	5.682,07 €	6.879,97 €	8.298,70 €	10.133,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	269,67 €	280,39 €	267,69 €	283,31 €	283,64 €	255,79 €	255,66 €	251,08 €
Median	734,34 €	783,52 €	708,31 €	766,90 €	717,71 €	742,30 €	668,32 €	746,84 €
75%-Perzentil	2.256,83 €	2.305,38 €	2.498,57 €	2.395,41 €	2.106,24 €	2.317,17 €	1.963,59 €	2.135,53 €
Maximum	79.533,74 €	144.218,89 €	117.430,07 €	83.605,23 €	91.897,85 €	81.217,15 €	139.455,34 €	144.277,48 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	143	131	100	78	140	112	91	90
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.415,87 €	1.655,77 €	1.627,34 €	1.700,40 €	1.443,29 €	1.233,59 €	1.256,02 €	1.042,14 €
Standardabweichung	3.356,25 €	4.365,37 €	5.419,38 €	7.913,46 €	3.767,62 €	3.389,84 €	4.265,46 €	4.679,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.442,93 €	1.040,98 €	125,24 €	0,00 €	1.343,86 €	594,37 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	27.809,59 €	42.885,88 €	70.017,36 €	128.098,03 €	31.694,24 €	25.260,06 €	46.759,45 €	85.485,63 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	155	147	134	125	138	150	110	113
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.675,17 €	1.780,15 €	1.683,38 €	1.380,01 €	1.213,16 €	1.527,04 €	1.338,58 €	1.821,99 €
Standardabweichung	6.333,00 €	8.661,49 €	6.462,47 €	5.459,80 €	4.954,73 €	5.407,93 €	7.736,52 €	9.464,71 €
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	650,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	420,83 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	77.583,88 €	128.992,76 €	116.232,45 €	83.216,63 €	90.955,14 €	69.717,69 €	135.308,88 €	139.451,86 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	1	1	3	3	2	1	5	2
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	3,38 €	15,29 €	9,68 €	18,18 €	2,61 €	2,57 €	25,63 €	8,28 €
Standardabweichung	70,49 €	318,88 €	122,57 €	249,22 €	50,45 €	54,06 €	236,54 €	117,66 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.470,14 €	6.650,74 €	1.709,45 €	4.152,08 €	1.055,38 €	1.135,22 €	2.797,53 €	1.853,12 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	2	3	3	7	2	3	1	4
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	5,62 €	20,17 €	14,26 €	21,60 €	1,28 €	16,96 €	6,81 €	18,76 €
Standardabweichung	97,09 €	316,28 €	234,44 €	216,02 €	26,73 €	313,33 €	163,67 €	224,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.679,74 €	6.500,00 €	5.212,40 €	2.607,77 €	642,76 €	7.395,10 €	3.931,59 €	2.926,37 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	27	33	26	29	34	29	38	22
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	17,29 €	20,85 €	22,91 €	19,54 €	27,02 €	21,95 €	45,79 €	25,73 €
Standardabweichung	96,74 €	119,37 €	117,95 €	87,08 €	138,92 €	112,67 €	501,90 €	157,58 €
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	1.078,24 €	1.750,00 €	1.143,60 €	724,00 €	1.747,88 €	1.410,17 €	9.949,74 €	2.534,55 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	41	35	25	30	32	28	26	29
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	26,71 €	15,67 €	10,77 €	17,66 €	16,48 €	23,29 €	10,89 €	16,98 €
Standardabweichung	199,48 €	80,89 €	64,18 €	104,58 €	90,49 €	220,18 €	65,61 €	103,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.185,18 €	862,50 €	773,36 €	1.453,96 €	1.023,48 €	4.541,21 €	826,56 €	1.618,69 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	422	416	379	358	430	432	394	386
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	452,52 €	479,45 €	471,41 €	517,14 €	561,62 €	512,37 €	496,98 €	549,49 €
Standardabweichung	443,69 €	478,08 €	436,34 €	713,55 €	1.500,80 €	671,65 €	520,79 €	669,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	171,96 €	170,49 €	161,84 €	145,87 €	200,94 €	186,98 €	189,97 €	199,26 €
Median	354,60 €	372,48 €	347,59 €	360,00 €	372,35 €	364,83 €	358,35 €	374,11 €
75%-Perzentil	595,93 €	646,03 €	628,87 €	640,42 €	668,80 €	674,41 €	635,44 €	701,42 €
Maximum	4.303,27 €	4.087,64 €	2.903,14 €	9.366,98 €	30.758,27 €	10.600,78 €	4.789,22 €	8.986,67 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	571	576	540	529	589	581	558	543
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	478,28 €	449,60 €	431,79 €	424,23 €	485,99 €	477,79 €	456,00 €	462,26 €
Standardabweichung	1.314,62 €	824,86 €	469,11 €	386,30 €	680,05 €	580,50 €	481,66 €	562,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	158,70 €	162,88 €	144,80 €	153,71 €	202,38 €	159,60 €	152,90 €	153,95 €
Median	322,60 €	318,07 €	317,44 €	330,45 €	363,19 €	322,80 €	338,01 €	321,56 €
75%-Perzentil	563,81 €	573,08 €	576,43 €	600,33 €	607,53 €	606,80 €	618,13 €	603,31 €
Maximum	31.059,99 €	18.381,19 €	5.169,31 €	2.498,81 €	13.809,73 €	7.410,31 €	4.819,28 €	8.933,64 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	350	367	336	310	355	376	344	337
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	516,66 €	658,47 €	556,11 €	490,34 €	457,35 €	496,03 €	466,85 €	482,01 €
Standardabweichung	2.555,53 €	2.794,88 €	1.942,77 €	1.338,23 €	1.909,64 €	1.919,88 €	1.724,63 €	1.521,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,89 €	31,86 €	28,58 €	24,69 €	15,99 €	26,70 €	26,80 €	27,54 €
Median	119,99 €	129,72 €	117,44 €	134,95 €	93,31 €	101,68 €	101,16 €	105,97 €
75%-Perzentil	415,50 €	561,36 €	473,99 €	474,84 €	341,43 €	390,29 €	316,60 €	404,05 €
Maximum	50.574,04 €	43.300,92 €	32.099,56 €	21.555,05 €	37.131,20 €	36.535,02 €	31.431,40 €	25.442,93 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	490	500	474	473	479	476	463	476
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	488,23 €	624,92 €	739,49 €	727,24 €	516,79 €	596,15 €	587,48 €	625,28 €
Standardabweichung	1.061,66 €	1.853,82 €	2.937,19 €	3.209,64 €	1.568,01 €	2.539,05 €	1.980,57 €	1.964,36 €

Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,23 €	28,74 €	28,11 €	36,39 €	14,54 €	16,46 €	15,49 €	29,75 €
Median	144,54 €	141,75 €	150,42 €	147,42 €	111,57 €	126,02 €	141,80 €	183,88 €
75%-Perzentil	458,80 €	522,46 €	499,05 €	480,93 €	416,54 €	411,50 €	472,51 €	487,42 €
Maximum	13.633,62 €	21.943,33 €	52.973,67 €	62.377,63 €	20.497,47 €	46.550,10 €	33.995,96 €	33.625,39 €

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	435	435	400	385	441	441	414	399
N mit Fall	91	123	107	96	108	102	96	95
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	80,03 €	117,60 €	123,91 €	131,88 €	101,75 €	95,58 €	88,14 €	118,18 €
Standardabweichung	227,93 €	322,88 €	412,36 €	448,10 €	417,62 €	308,36 €	345,49 €	451,98 €
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 €	82,56 €	79,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.945,46 €	2.474,56 €	4.829,55 €	5.268,58 €	5.987,35 €	3.091,25 €	3.816,87 €	6.484,72 €

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	597	597	575	558	598	598	577	568
N mit Fall	108	152	147	124	109	122	129	113
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	78,25 €	153,16 €	157,72 €	146,53 €	75,13 €	99,03 €	83,98 €	106,94 €
Standardabweichung	297,40 €	490,76 €	512,65 €	530,58 €	302,26 €	476,10 €	326,21 €	427,03 €
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 €	66,75 €	56,97 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.065,54 €	4.258,10 €	4.494,02 €	5.220,78 €	3.126,06 €	6.719,53 €	4.626,02 €	4.805,80 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	388	391	387	388						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.694,47 €	3.210,93 €	2.253,08 €	2.614,74 €	441,39 €	0,2	596,19 €	0,252	154,81 €	0,748
Standardabweichung	5.131,12 €	8.660,42 €	4.563,89 €	5.729,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	313,70 €	268,08 €	276,08 €	228,32 €						
Median	883,84 €	835,46 €	753,64 €	774,50 €						
75%-Perzentil	2.817,65 €	2.832,49 €	1.903,46 €	1.999,44 €						
Maximum	44.359,49 €	111.658,01 €	40.668,35 €	41.919,87 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	119	105	100	94						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.515,61 €	1.744,88 €	1.136,82 €	1.475,56 €	378,79 €	0,149	269,31 €	0,457	-109,48 €	0,757
Standardabweichung	3.989,24 €	5.510,71 €	3.389,01 €	4.673,82 €						
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	1.069,57 €	1.015,08 €	334,43 €	0,00 €						
Maximum	36.128,26 €	65.036,48 €	32.603,65 €	38.660,54 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	5	7	1	4						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	13,54 €	32,64 €	6,06 €	50,32 €	7,49 €	0,433	-17,68 €	0,683	-25,17 €	0,569
Standardabweichung	147,12 €	329,28 €	120,83 €	797,36 €						
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	2.517,25 €	5.099,13 €	2.410,59 €	15.581,51 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	34	27	20	19						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	21,63 €	23,51 €	16,36 €	22,48 €	5,26 €	0,439	1,03 €	0,939	-4,24 €	0,773
Standardabweichung	95,25 €	117,42 €	96,45 €	241,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	870,60 €	1.346,78 €	1.168,92 €	4.605,02 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	387	387	382	386						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	543,67 €	543,83 €	538,64 €	497,91 €	5,03 €	0,901	45,92 €	0,268	40,89 €	0,305
Standardabweichung	541,56 €	614,91 €	592,23 €	553,10 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	184,62 €	160,17 €	192,19 €	170,52 €						
Median	406,72 €	392,07 €	403,10 €	357,65 €						
75%-Perzentil	739,17 €	736,77 €	728,68 €	696,23 €						
Maximum	5.111,41 €	5.333,24 €	7.090,69 €	5.858,54 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	398	398	398	398						
N mit Fall	336	349	332	318						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	506,72 €	775,08 €	480,81 €	483,66 €	25,91 €	0,853	291,42 €	0,311	265,51 €	0,350
Standardabweichung	1.832,73 €	5.439,22 €	2.093,62 €	1.805,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	28,03 €	26,64 €	18,14 €	15,27 €						
Median	122,85 €	118,37 €	95,87 €	109,20 €						
75%-Perzentil	481,29 €	488,78 €	365,16 €	384,14 €						
Maximum	33.722,23 €	106.194,29 €	37.793,32 €	32.440,86 €						

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	398	398	398	398						
N mit Fall	110	94	92	105						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	93,30 €	91,00 €	74,39 €	84,81 €	18,91 €	0,292	6,19 €	0,72	-12,72 €	0,471
Standardabweichung	291,34 €	267,00 €	207,13 €	217,98 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	78,12 €	0,00 €	0,00 €	65,57 €						
Maximum	3.024,61 €	1.837,20 €	1.326,60 €	1.425,94 €						

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

Klinikneue Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	381	462	400	462						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	846,78 €	5.636,39 €	1.084,88 €	7.008,10 €	-238,10 €	0,356	-1.371,72 €	0,008	-1.133,62 €	0,034
Standardabweichung	3.240,18 €	7.647,80 €	4.502,13 €	7.946,83 €						
Minimum	0,00 €	395,59 €	0,00 €	161,57 €						
25%-Perzentil	1,14 €	1.043,10 €	15,21 €	1.134,82 €						
Median	74,99 €	2.548,89 €	103,26 €	4.401,14 €						
75%-Perzentil	466,47 €	7.436,95 €	464,54 €	9.643,98 €						
Maximum	50.258,93 €	54.181,57 €	62.994,81 €	59.324,53 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	38	205	44	322						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	463,48 €	2.047,69 €	639,39 €	5.122,55 €	-175,90 €	0,449	-3.074,86 €	<0,001	-2.898,96 €	<0,001
Standardabweichung	2.889,44 €	4.974,39 €	4.075,11 €	7.155,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.042,01 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.626,05 €	0,00 €	7.753,93 €						
Maximum	44.341,86 €	53.086,27 €	62.058,72 €	58.430,02 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	3	129	8	81						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	28,89 €	2.135,94 €	86,53 €	876,01 €	-57,64 €	0,126	1.259,92 €	<0,001	1.317,56 €	<0,001
Standardabweichung	377,17 €	5.312,27 €	716,03 €	2.185,72 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.326,86 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	6.529,07 €	44.920,10 €	9.654,92 €	11.944,22 €						

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	462	462	462	462						
N mit Fall	15	342	26	210						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	13,58 €	870,45 €	28,33 €	262,69 €	-14,75 €	0,073	607,76 €	<0,001	622,51 €	<0,001
Standardabweichung	92,46 €	788,03 €	150,35 €	463,25 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	625,44 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.250,88 €	0,00 €	323,59 €						
Maximum	1.390,92 €	3.063,14 €	1.600,26 €	3.902,76 €						

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	462	462	462	462						
N mit Fall	0	0	0	3						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4,16 €	0,00 €		-4,16 €	0,215	-4,16 €	0,215
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	71,95 €						
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 €	1.504,41 €						

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	462	462	462	462						
N mit Fall	367	401	387	413						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	129,07 €	265,07 €	140,07 €	339,03 €	-11,01 €	0,576	-73,96 €	0,054	-62,95 €	0,084
Standardabweichung	266,43 €	544,53 €	329,06 €	619,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,27 €	15,62 €	1,06 €	28,03 €						
Median	25,50 €	71,41 €	33,23 €	112,45 €						
75%-Perzentil	137,00 €	234,25 €	141,29 €	330,91 €						
Maximum	2.025,57 €	4.604,75 €	3.269,92 €	3.338,16 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	229	294	249	335						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	194,06 €	286,83 €	181,33 €	371,79 €	12,73 €	0,757	-84,96 €	0,07	-97,69 €	0,011
Standardabweichung	659,69 €	695,14 €	587,15 €	730,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	50,77 €	13,15 €	110,55 €						
75%-Perzentil	94,35 €	228,98 €	109,35 €	357,24 €						
Maximum	5.586,68 €	6.345,01 €	6.745,52 €	5.410,49 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	11	13	7	19						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	17,71 €	30,41 €	9,24 €	31,86 €	8,47 €	0,28	-1,45 €	0,931	-9,92 €	0,555
Standardabweichung	139,77 €	304,20 €	93,85 €	197,03 €						
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	1.790,80 €	5.753,52 €	1.445,96 €	2.070,96 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	611	618	615	618						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	5.861,67 €	6.226,64 €	5.242,61 €	5.962,05 €	619,06 €	0,156	264,58 €	0,578	-354,48 €	0,46
Standardabweichung	8.090,77 €	8.653,10 €	7.235,28 €	8.053,76 €						
Minimum	0,00 €	625,44 €	0,00 €	161,61 €						
25%-Perzentil	1.576,71 €	2.050,57 €	1.023,37 €	1.322,21 €						
Median	2.984,57 €	3.117,77 €	2.454,86 €	2.687,67 €						
75%-Perzentil	6.402,42 €	5.897,61 €	6.435,24 €	7.473,25 €						
Maximum	61.021,96 €	63.862,54 €	69.928,49 €	69.143,62 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	172	168	189	224						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	1.776,07 €	1.896,40 €	2.932,38 €	3.700,98 €	-1.156,31 €	<0,001	-1.804,59 €	<0,001	-648,28 €	0,093
Standardabweichung	4.802,73 €	5.563,36 €	6.776,34 €	7.674,16 €						
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	610,05 €	403,21 €	2.293,45 €	4.682,06 €						
Maximum	56.049,76 €	55.964,35 €	69.445,59 €	65.750,68 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	149	121	78	41						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	1.823,05 €	1.757,99 €	522,78 €	260,55 €	1.300,27 €	<0,001	1.497,44 €	<0,001	197,17 €	0,469
Standardabweichung	5.263,25 €	5.263,74 €	1.587,05 €	1.140,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	39.276,96 €	37.720,41 €	12.470,51 €	12.825,72 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	505	577	487	515						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	1.436,94 €	1.704,12 €	718,66 €	823,16 €	718,29 €	<0,001	880,96 €	<0,001	162,67 €	<0,001
Standardabweichung	1.022,75 €	848,09 €	702,45 €	681,79 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	642,82 €	1.218,85 €	183,17 €	301,75 €						
Median	1.285,64 €	1.876,32 €	635,03 €	771,99 €						
75%-Perzentil	2.571,28 €	2.501,76 €	943,91 €	1.115,95 €						
Maximum	3.214,10 €	4.080,12 €	4.610,20 €	3.285,52 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	0	0	0	0						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €		0,00 €	
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	560	557	538	536						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	111,01 €	119,10 €	124,75 €	161,29 €	-13,75 €	0,403	-42,20 €	0,025	-28,45 €	0,106
Standardabweichung	277,63 €	319,38 €	299,07 €	343,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	1,76 €	9,24 €	1,59 €	12,04 €						
Median	20,10 €	34,96 €	17,90 €	40,70 €						
75%-Perzentil	99,92 €	102,59 €	105,57 €	130,61 €						
Maximum	2.606,35 €	3.754,48 €	3.194,53 €	2.820,13 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	454	490	471	500						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	686,57 €	678,20 €	926,66 €	975,59 €	-240,09 €	0,004	-297,40 €	<0,001	-57,31 €	0,227
Standardabweichung	1.212,80 €	1.215,41 €	1.653,86 €	1.609,42 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	28,46 €	12,48 €	39,37 €						
Median	179,60 €	213,24 €	237,38 €	310,78 €						
75%-Perzentil	742,38 €	738,19 €	1.022,97 €	1.123,46 €						
Maximum	8.302,44 €	10.390,23 €	10.176,82 €	12.060,90 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p- Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p- Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p- Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	19	25	16	23						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	28,03 €	70,84 €	17,38 €	40,47 €	10,65 €	0,244	30,37 €	0,22	19,72 €	0,369
Standardabweichung	183,25 €	567,55 €	133,86 €	236,29 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.248,80 €	9.860,44 €	1.776,04 €	2.501,17 €						

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

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	451	447	453	456						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.412,14 €	2.846,58 €	2.565,37 €	2.352,77 €	-153,23 €	0,634	493,82 €	0,14	647,05 €	0,075
Standardabweichung	4.672,19 €	5.673,43 €	5.086,99 €	4.411,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	276,16 €	328,79 €	265,18 €	303,62 €						
Median	832,15 €	830,81 €	699,37 €	739,91 €						
75%-Perzentil	2.507,82 €	2.623,38 €	2.585,54 €	2.286,56 €						
Maximum	55.826,42 €	47.174,13 €	42.754,92 €	38.048,45 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	149	133	144	115						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.370,15 €	1.598,22 €	1.386,70 €	1.207,25 €	-16,56 €	0,943	390,97 €	0,123	407,53 €	0,199
Standardabweichung	3.283,26 €	4.302,68 €	3.691,07 €	3.331,69 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.414,43 €	905,30 €	1.163,58 €	0,00 €						
Maximum	27.809,59 €	42.885,88 €	31.694,24 €	25.260,06 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	1	1	2	1						
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	3,18 €	14,40 €	2,49 €	2,46 €	0,69 €	0,86	11,94 €	0,414	11,25 €	0,458
Standardabweichung	68,40 €	309,42 €	49,29 €	52,82 €						
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	1.470,14 €	6.650,74 €	1.055,38 €	1.135,22 €						

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

IG		KG		Differenz	p-	Differenz	p-	Differenz	p-
Prä-	1. Jahr	Prä-	1. Jahr						

	Zeitraum		Zeitraum		IG - KG prä	Wert	IG - KG 1. Jahr	Wert	der Differenzen (Effekt)	Wert
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	30	33	34	29						
durchschnittliche Kosten für onstige KH-Leistungen	18,21 €	19,63 €	25,79 €	20,95 €	-7,59 €	0,332	-1,32 €	0,859	6,27 €	0,412
Standardabweichung	98,98 €	115,93 €	135,83 €	110,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.078,24 €	1.750,00 €	1.747,88 €	1.410,17 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	449	442	449	453						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	447,92 €	476,11 €	558,78 €	516,15 €	-110,86 €	0,121	-40,05 €	0,296	70,81 €	0,186
Standardabweichung	436,89 €	471,59 €	1.469,86 €	674,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	171,01 €	170,79 €	196,98 €	187,01 €						
Median	344,35 €	370,26 €	371,53 €	364,71 €						
75%-Perzentil	595,02 €	641,15 €	678,32 €	673,68 €						
Maximum	4.303,27 €	4.087,64 €	30.758,27 €	10.600,78 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	367	388	369	394						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	492,46 €	624,83 €	494,02 €	514,01 €	-1,56 €	0,992	110,81 €	0,479	112,37 €	0,193
Standardabweichung	2.481,66 €	2.715,27 €	2.082,61 €	1.990,64 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,57 €	29,57 €	15,85 €	26,77 €						
Median	114,97 €	120,32 €	90,69 €	98,40 €						
75%-Perzentil	362,94 €	511,34 €	331,80 €	389,88 €						
Maximum	50.574,04 €	43.300,92 €	37.131,20 €	36.535,02 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						

										(Effekt)
N gesamt	462	462	462	462						
N mit Fall	100	128	110	105						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	80,22 €	113,40 €	97,59 €	91,94 €	-17,37 €	0,425	21,45 €	0,291	38,82 €	0,032
Standardabweichung	227,36 €	315,53 €	408,50 €	301,83 €						
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 €	80,60 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.945,46 €	2.474,56 €	5.987,35 €	3.091,25 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	601	603	610	605						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.742,89 €	2.983,09 €	2.274,51 €	2.677,40 €	468,38 €	0,193	305,69 €	0,517	-162,69 €	0,757
Standardabweichung	6.972,50 €	9.564,79 €	5.603,09 €	6.777,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	267,74 €	280,38 €	286,54 €	258,45 €						
Median	724,95 €	782,43 €	712,70 €	732,24 €						
75%-Perzentil	2.254,76 €	2.298,89 €	2.046,59 €	2.151,72 €						
Maximum	79.533,74 €	144.218,89 €	91.897,85 €	81.217,15 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	160	150	141	151						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.674,15 €	1.727,53 €	1.190,66 €	1.480,66 €	483,49 €	0,132	246,86 €	0,541	-236,63 €	0,626
Standardabweichung	6.312,78 €	8.518,14 €	4.881,84 €	5.326,12 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	649,09 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	77.583,88 €	128.992,76 €	90.955,14 €	69.717,69 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	2	3	2	3						

durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	5,43 €	19,48 €	1,23 €	16,41 €	4,20 €	0,292	3,07 €	0,862	-1,13 €	0,947
Standardabweichung	95,43 €	310,87 €	26,29 €	308,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.679,74 €	6.500,00 €	642,76 €	7.395,10 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	41	36	34	31						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	25,81 €	15,25 €	16,95 €	23,86 €	8,86 €	0,309	-8,61 €	0,356	-17,47 €	0,16
Standardabweichung	196,11 €	79,57 €	91,66 €	217,75 €						
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	4.185,18 €	862,50 €	1.023,48 €	4.541,21 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	592	595	609	601						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	477,46 €	450,64 €	485,81 €	476,89 €	-8,35 €	0,887	-26,26 €	0,513	-17,91 €	0,587
Standardabweichung	1.294,20 €	815,76 €	672,93 €	573,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	159,52 €	163,06 €	203,59 €	162,99 €						
Median	321,41 €	325,89 €	361,90 €	321,69 €						
75%-Perzentil	564,10 €	572,68 €	606,64 €	606,80 €						
Maximum	31.059,99 €	18.381,19 €	13.809,73 €	7.410,31 €						

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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	506	520	495	492						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	482,36 €	614,73 €	506,40 €	583,31 €	-24,05 €	0,749	31,42 €	0,801	55,47 €	0,6
Standardabweichung	1.048,50 €	1.826,66 €	1.544,39 €	2.498,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	23,90 €	29,11 €	14,39 €	16,72 €						

Median	144,66 €	138,00 €	110,65 €	125,11 €		
75%-Perzentil	450,67 €	514,98 €	414,48 €	411,50 €		
Maximum	13.633,62 €	21.943,33 €	20.497,47 €	46.550,10 €		

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

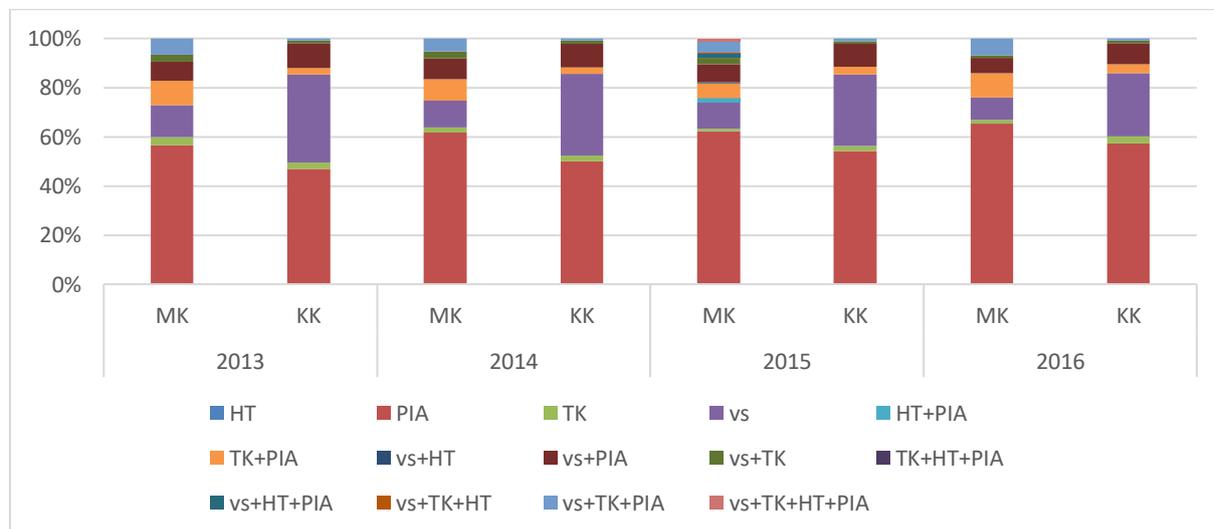
	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p- Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p- Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p- Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	618	618	618	618						
N mit Fall	113	160	111	126						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	77,67 €	155,47 €	73,46 €	96,26 €	4,22 €	0,802	59,21 €	0,032	54,99 €	0,012
Standardabweichung	294,58 €	497,96 €	297,84 €	468,59 €						
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 €	89,46 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.065,54 €	4.258,10 €	3.126,06 €	6.719,53 €						

14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+HT+PIA					13			
vs+TK+PIA	84	179	62	193	56	234	85	217
vs+TK+HT					2			
vs+HT+PIA					18			
TK+HT+PIA					3			
vs+TK	36	202	34	251	30	252	14	192
vs+PIA	100	1.942	96	2.026	87	2.035	79	1.892
vs+HT			1		5			
TK+PIA	125	508	103	532	72	687	121	824
HT+PIA					21			
vs	168	6.962	128	6.929	124	6.285	114	5.743
TK	40	483	24	499	14	491	21	593
PIA	722	9.075	724	10.421	728	11.755	814	12.726
HT					2			
Gesamtergebnis	1.275	19.351	1.172	20.851	1.175	21.739	1.248	22.187

 (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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	388	929	321	940	335	881
Anzahl Fälle	662	1338	591	1347	486	1269
Ausgaben	1.509.469 €	7.301.910 €	1.178.044 €	7.831.356 €	1.256.449 €	7.740.109 €
Ausgaben je vs Patient	3.890 €	7.864 €	3.670 €	8.332 €	3.751 €	8.790 €
Ausgaben je Fall	2.280 €	5.456 €	1.993 €	5.816 €	2.585 €	6.097 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	388	929	321	940	335	881
Anzahl Fälle	662	1338	591	1347	486	1269
Ausgaben	1.509.469 €	7.301.910 €	1.178.044 €	7.831.356 €	1.256.449 €	7.740.109 €
Ausgaben je vs Patient	3.890 €	7.864 €	3.670 €	8.332 €	3.751 €	8.790 €
Ausgaben je Fall	2.280 €	5.456 €	1.993 €	5.816 €	2.585 €	6.097 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	285	172	223	164	190	185
Anzahl Fälle	439	196	309	185	235	220
Ausgaben	2.373.622 €	722.924 €	1.327.494 €	736.107 €	1.351.235 €	905.591 €
Ausgaben je TK-Patient	8.328 €	4.215 €	5.953 €	4.491 €	7.112 €	4.898 €
Ausgaben je Fall	5.407 €	3.693 €	4.296 €	3.979 €	5.750 €	4.114 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1031	1170	985	1317	998	1471
Anzahl Fälle	2320	3090	2186	3445	2235	3837
Ausgaben	1.449.770 €	972.340 €	1.294.821 €	1.149.454 €	1.394.320 €	1.223.028 €
Ausgaben je PIA-Patient	1.406 €	831 €	1.315 €	873 €	1.397 €	831 €
Ausgaben je Fall	625 €	315 €	592 €	334 €	624 €	319 €

Tabelle 170: Anzahl HT-Patienten, HT-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten			1		64	
Anzahl Fälle			1		81	
Ausgaben			2.862 €		395.910 €	
Ausgaben je HT-Patient			2.862 €		6.186 €	
Ausgaben je Fall			2.862 €		4.888 €	

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

Tabelle 171: 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	462	846,78 €	462	5.636,39 €		4.789,60 €
	KG	462	1.084,88 €	462	7.008,10 €		5.923,22 €
	Differenz IG-KG		-238,10 €		-1.371,72 €		-1.133,62 €
	p-Wert		0,36		0,008		0,049
(eingesparte) KH-Tage	IG	462	1,9	462	7,7		5,8
	KG	462	2,5	462	22,6		20,1
	Differenz IG-KG		-0,6		-14,9		-14,3
	p-Wert		0,56		<0,001		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						-79,23 €

Tabelle 172: 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	247	612,53 €	247	5.472,24 €		4.859,71 €
	KG	249	954,21 €	249	7.083,05 €		6.128,85 €
	Differenz IG-KG		-341,68 €		-1.610,81 €		-1.269,14 €
	p-Wert		0,32		0,02		0,104
(eingesparte) AU-Tage	IG	247	20,4	247	64,7		44,3
	KG	249	21,6	249	78,8		57,1
	Differenz IG-KG		-1,2		-14,0		-12,8
	p-Wert		0,83		0,12		0,22
	ICER						-99,09 €