

Zwischenbericht

Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH

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.....	20
2. Hintergrund.....	29
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	29
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten.....	29
5. Methoden	29
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	30
6.1 Patientenmatching	31
7. Darstellung Modellvorhaben Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH	34
8. Ergebnisse: Effektivität	35
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	36
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	45
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	47
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	61
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	76
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	104
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	106
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten	112
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	123
8.2.8 Komorbidität	127
8.2.9 Mortalität.....	131
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	135
8.2.11 Leitlinienadhärenz	145
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	153
9.1 Patientenmix	153
9.2 Leistungserbringung	157
10. Ergebnisse: Kosten	163
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	163
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	167
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	170
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	173

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen	176
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	179
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung	182
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	184
11.	Ergebnisse: Effizienz	188
12.	Diskussion	190
12.1	Hauptergebnisse.....	190
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	196
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	200
13.	Literatur	202
14.	Anhang.....	203
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	203
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	233
14.3	Ergebnisse Modellierung	253
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)	295
14.5	Ergebnisse Kosten.....	296
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	296
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	300
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	303
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	309
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	314
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive).....	315
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	316

Glossar

Berentung bezeichnet den Eintritt einer Person in den Rentenstatus aufgrund von Alter, **Verrentung** hingegen aufgrund psychischer Erkrankung. Es werden in den Evaluationsberichten die beiden Begriffe aufgeführt, da der Grund der Rente in den Daten nicht ersichtlich ist.

DiD – Schätzer bezeichnet hierbei die Interaktion der gleichzeitigen Betrachtung des Einflusses der Variablen *Gruppe* und *Zeit* auf einen Outcome. Er beschreibt also die Veränderung des Haupteffektes der Variable *Gruppe* unter Berücksichtigung des Effektes der Variable *Zeit* und bildet so den interessierenden Treatmenteffekt ab. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist der 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
BPfIV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg
kf	- kleine Fallzahl bzw. Fallzahl zu klein
KG	- Kontrollgruppe
KHEntgG	- Krankenhausentgeltgesetz
KJP	- Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	- Kassenärztliche Vereinigung
LDL	- Einzelleistungen
OPS	- Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	- Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	- Psychiatrische Institutsambulanz
QI	- Qualitätsindikator
RR	- Risk Ratio
SGB	- Sozialgesetzbuch
UV	- unabhängige Variable
WIG2	- WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
ZEGV	- Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	50
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	58
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.	65
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	73
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	89
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	101
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	104
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	104
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	109
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	110
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	115
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	121
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	123
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	125
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	128
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	130
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	132
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	138
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	143
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	145
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	151
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	153
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf.....	154
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	156
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	163

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	164
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	165
Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	167
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	168
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	169
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	172
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	173
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175
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)	176
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)	177
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	183

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	184
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	189
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	233
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	237
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	240
Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	243
Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	245
Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	246
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	247
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	248
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität	249
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	250
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	251
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	314

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	32
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken	32
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	33
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle.....	37
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle.....	39
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	48
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	57
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	62
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	72
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	77
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	96
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	104
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	104
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	107
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	110
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	113
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	120
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	123
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	124
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	129
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	131
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	136
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	142
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	146
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	147
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	148
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	150
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	153
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	154
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG).....	155
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)	157
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)	158

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)	158
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)	159
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)	159
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)	160
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)	160
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)	161
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	163
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	164
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	165
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	166
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	167
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	168
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	169
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	171
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	172
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	173
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	174
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	175

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)	176
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)	177
Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	178
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	180
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	181
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	183
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	184
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	185
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	186
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	187
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	188
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr	188
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	203
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	205
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	207
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	216
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	222
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	223
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	225
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	227
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	229
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	230
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	231
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	254

Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	256
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	258
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	260
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	261
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	263
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	265
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	267
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	268
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	269
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	271
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	272
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	273
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	274
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	275
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	276
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr...	277
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	278
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	279
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr	280
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	281
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	282
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	283
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	284
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	285
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	286
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	287
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	288
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt).....	289

Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	290
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	291
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt)	292
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	293
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	294
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	295
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	296
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	299
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	300
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	301
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	301
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	301

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	302
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	304
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311

Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	311
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	313
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting	314
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr	315
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ..	315
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	315
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	315
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	316

1. Zusammenfassung

Hintergrund

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG² GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach §64b sind (A) die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und –durchführung. Konkret sollen (B) Alternativen zur vollstationären Behandlung - mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter - gestärkt werden, (C) eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, (D) die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psycho-therapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine 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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH. 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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach §64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu drei Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet (bzw. bis zu 2 Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für die Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH 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, Patientenkiel 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 Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitver-

lauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

Für die Langzeitbetrachtung wurden getrennt für die Kohorte der klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr deskriptive Auswertungen in Zeitscheiben vorgenommen bis einschließlich zum Ende des dritten Modelljahres. Die Kennwerte hinsichtlich des jeweiligen Outcomes wurden für die Modell- und Kontrollpatienten gegenübergestellt. Die dabei entstandenen Zeitreihen mit aggregierten Kenngrößen des 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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.271 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 47 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. Der Peak war in der IG mit 11,5 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 21,1 vollstationären Tagen (Seite 48 ff.). Ab dem zweiten Jahr waren die Werte in beiden Gruppen auf gleichem Niveau. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen *teilstationären Behandlungsdauer* war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG deutlich höher als in der KG (IG: 17,6 teilstationäre Tage; KG: 4,6 teilstationäre Tage) (Seite 48 ff.).

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen in der IG eine weniger starke Zunahme als in der KG, aber bezüglich der teilstationären Behandlungsdauer eine stärkere Zunahme im Vergleich zur KG (Seite 57 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 fast identisch (Seite 113 ff.). Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe parallel, jedoch hatten Patienten der IG über die Zeit durchschnittlich 12 AU-Tage weniger als die KG (Seite 113 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 stärker an als in der KG (Seite 120 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 61 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. 1,5 bis 2 Kontakte unter dem Niveau der KG (Seite 62 ff.). Die Verläufe der Kontakte bei einem *anderen Vertragsarzt* mit Indexdiagnose entwickelten sich parallel zwischen IG und KG, jedoch hatte die IG in jedem untersuchten Jahr jeweils ca. 3 Kontakte mehr im Vergleich zur KG. Auch bei den klimbekannt Patienten zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit leichtem Rückgang der Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein fast identisches und gleichbleibendes Muster über die Zeit zwischen IG und KG (Seite 62 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine stärkere Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten aufgrund von Indexdiagnosen stieg hingegen in der IG weniger stark als in der KG an. Der Anstieg der Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG und der KG parallel an, jedoch hatten Patienten der IG sowohl in der Prä-Zeit als auch im ersten patientenindividuellen Jahr ca. 1 Kontakt mehr als in der KG (Seite 72 ff.).

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 123 ff.) war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG etwas geringer als in der KG. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG höher als in der KG.

Bei den Parametern *Behandlungskontinuität* (Seite 76 ff.), *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 106 ff.), *Komorbidität* (Seite 127 ff.), *Mortalität* (Seite 131 ff.), *Progressionsrate* (Seite 135 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 145 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

Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG bezogen auf die *gesamten psychiatrischen Versorgungskosten* (Seite 163 ff.). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Hier zeigten sich im dritten Jahr signifikant geringere Versorgungskosten in der IG. So wiesen im dritten Jahr zwar relativ mehr Patienten der IG (85%) psychiatrische Versorgungskosten auf (KG = 80%), allerdings ist der Anteil der Patienten ohne (teure) Krankenhausbehandlung in der IG im dritten Jahr geringer als in der KG (siehe Abschnitt 6.1).

Bei den klinikbekannten Patienten war in keinem der vier Beobachtungszeiträume ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellbar. In beiden Gruppen entsprach die Höhe der Kosten des ersten Jahres der des Prä-Zeitraums. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen ab, wobei in der KG ein leichter Anstieg vom zweiten zum dritten Jahr erkennbar war.

Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 1.023,55 € je Patient signifikant unter den Kosten der KG ($p = 0,032$). In der IG ergab sich somit ein um 976,17 € signifikant geringerer Kostenanstieg ($p = 0,046$).

Kosten-Effektivität

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 (Seite 188 ff.). In der IG war ein um 9,9 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage, jedoch ein um 3,1 Tage höherer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage fielen in der IG um 976,17 € weniger stark als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 869,74 € geringerer Anstieg der IG zu verzeichnen. Dabei waren bei der Betrachtung der vollstationären Tage sowohl die Anstiegsdifferenz der Tage als auch der Kosten signifikant ($p < 0,001$). Bei der AU-Betrachtung ergaben sich keine signifikanten Effekte.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei - 98,33 € und bezogen auf die AU-Tage bei 282,08 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag wurden demzufolge 98,93 € eingespart. Jeder zusätzlich verringerte AU-Tag je Patient der IG war mit geringeren Kosten von 282,08 € je Patient verbunden.

Diskussion

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

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

- (1) Es gibt Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. Patienten, die in der Modellklinik behandelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt.
- (2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht vollständig.
- (3) Stattdessen zeichnet sich in der Modellklinik eine Verlagerung in den teilstationären Bereich ab.
- (4) 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 in den Patientenanteilen mit voll- oder teilstationärem Aufenthalt sowie der Dauer der vollstationären Behandlung der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel. Der Referenzfall stellt bei dieser Patientengruppe überwiegend eine Initialbehandlung bezüglich der Indexdiagnose dar und begründet damit den Peak bezüglich der Patientenanteile. Initialbehandlungen sind mutmaßlich besonders aufwändig und zeitintensiv, was den Peak bezüglich der Aufenthaltsdauer erklären kann und im Einklang zum Verlauf der erbrachten Therapieeinheiten steht. Die kürzere durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat.

Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil der vollstationären Versorgung in den teilstationären Bereich verlagert.

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

Dass eine Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit auch in der KG festzustellen war, zeigt mutmaßlich die Wirksamkeit struktureller Veränderungen auch in der Regelversorgung. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen.

Bezüglich der Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten ließ sich ein Peak analog der vollstationären Behandlung bei klinikneuen Patienten erkennen, jedoch war die Ausprägung des Peaks im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG und der KG vergleichbar. Es lässt sich mutmaßen, dass neben dem Effekt der vollstationären Tage auch die Erhöhung der teilstationären Tage in der IG zu weiteren AU-Tagen führte. Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeits-

markt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster und Niveaus für die weiteren Outcomeparameter zwischen beiden Gruppen liefert ein Indiz dafür, dass hier die Einsparung von vollstationären Behandlungstagen in der IG nicht mit einer Verschlechterung bei anderen Outcomes (z.B. erhöhte stationäre Wiederaufnahmeraten oder geringere Behandlungskontinuität) verbunden war.

Dass sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr keine Kosteneinsparungen feststellen ließen, liegt darin begründet, dass zwar im vollstationären Setting und in der PIA geringere Kosten anfielen, diese Einsparungen jedoch durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich kompensiert wurden. Die Hypothese, dass die vollstationären Versorgungskosten sinken, kann somit bestätigt werden. Die Hypothese, dass im Zuge dessen auch die gesamten Kosten verringert werden, muss verworfen werden. Der Modelleffekt einer Umsteuerung der Patienten vom vollstationären Setting in niederschwelligere, in diesem Fall hauptsächlich tagesklinische Behandlungen lässt sich anhand der Kostenzusammensetzung und -verläufe jedoch ablesen.

Dies trifft auch auf die Gruppe der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zu. Hier kamen zusätzlich höhere Kosten in der Versorgung mit Psychopharmaka durch Apotheken hinzu. Die Hypothese, dass die Kosten in diesem Bereich steigen bzw. in der IG höher gegenüber der KG sind, lässt sich vorerst bestätigen, wobei hier auch durchaus ein gewünschter Modelleffekt vorliegen kann.

Sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten ist zu beachten, dass sich das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark verändert hat. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr 2012 um das 1,16-fache über dem der Kontrollkliniken, in den Jahren 2013 und 2014 stieg das Verhältnis auf das 1,6-fache bzw. 1,7-fache und fiel danach auf das 1,37-fache im Jahr 2015 und 0,97-fache im Jahr 2016. Inwieweit es sich um periodenfremde, im Sinne von ihren Ursprung vor Modellbeginn habende Effekte handelt, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

Für die Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist eine Einordnung der Ergebnis schwieriger, da hier zusätzlich Preiseffekte im Sinne einer Veränderung des Verhältnisses des Tagessatzes von Modellklinik zu Kontrollkliniken in den Jahren 2015 und 2016 wirkten. Allerdings lassen sich auch hier Umsteuerungseffekte in den tagesklinischen Bereich ablesen.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von 16 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 vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden und eine Verlagerung von vollstationären zu teilstationären Behandlungstagen stattfand, 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 Demag Krauss-Maffei (Fusion zum 01.01.2016 zur VBU)
- BKK Melitta Plus
- BKK VBU
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Deutsche BKK (Fusion zum 01.01.2017 mit der Barmer)
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- Barmer (Namensänderung zur BARMER per 01.01.2017)
- DAK Gesundheit
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016)

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 2.287 Versicherte ein, wobei für 2.271 Versicherte (99,3%) 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 3).

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

In allen Kohorten ist der Anteil vollstationärer Referenzfälle bei den klinikneuen Patienten der IG geringer als in der KG. Umgekehrt dazu ist der Anteil der Referenzfälle in der Tagesklinik in der IG stets höher in Bezug auf die klinikneuen Patienten. Der Anteil der PIA-Referenzfälle ist in der ersten und zweiten Kohorte der klinikneuen Patienten der IG geringe als in der KG. Es war dabei nicht das Ziel des Matching, diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	2.676	36.222	2.287 (85%)	30.985 (86%)	2.271 (85% ; 99,3%)	2.271 (6% ; 7%)
Kohorte 1	1.288	17.944	1.149 (89%)	15.720 (88%)	1.143 (89% ; 99,5%)	1.143 (6% ; 7%)
Kohorte 2	682	9.560	571 (84%)	8.042 (84%)	563 (83% ; 98,6%)	563 (6% ; 7%)
Kohorte 3	706	8.718	567 (80%)	7.223 (86%)	565 (80% ; 99,6%)	565 (6% ; 8%)

(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	24,3	267
2	25,1	676
3	28,3	373
4	32,3	382
5	34,0	523
6	35,0	16
7	36,1	14
8	38,5	8
9	39,3	11
10	51,9	1
11	58,7	—
12	66,7	—

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		
Anzahl Patienten	gesamt	2.271	2.271		1.143	1.143		563	563		565	565		IG	KG
	klinikneu	1.590	1.590		537	537		514	514		539	539			
	klimbekannt	681	681		606	606		49	49		26	26			
mittleres Alter	gesamt	48,7	48,2	1,000	49,0	47,7	0,432	47,6	48,6	1,000	49,4	48,8	1,000	1,000	0,313
	klinikneu	48,8	48,0	1,000	49,1	46,4	0,197	47,7	48,7	1,000					
	klimbekannt	48,6	48,7	1,000	49,0	48,8	1,000	46,4	46,7	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	57,5%	57,0%	1,000	57,0%	56,6%	1,000	59,7%	56,5%	1,000	56,3%	58,4%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	58,6%	57,5%	1,000	59,0%	57,7%	1,000	59,9%	56,2%	1,000					
	klimbekannt	55,1%	55,8%	1,000	55,3%	55,6%	1,000	57,1%	59,2%	1,000					
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	30,0%	30,0%	1,000	53,0%	53,0%	1,000	8,7%	8,7%	1,000	4,6%	4,6%	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					
	klimbekannt	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	45,9%	53,1%	<0,001	52,5%	58,0%	0,082	35,0%	46,7%	<0,001	43,5%	49,6%	0,392	<0,001	0,003
	klinikneu	34,5%	44,8%	<0,001	25,5%	38,5%	<0,001	34,2%	47,5%	<0,001					
	klimbekannt	72,7%	72,5%	1,000	76,4%	75,2%	1,000	42,9%	38,8%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	32,8%	44,3%	<0,001	28,9%	39,1%	<0,001	39,1%	51,0%	<0,001	34,3%	48,1%	0,000	0,030	0,005
	klinikneu	38,7%	52,9%	<0,001	43,0%	58,7%	<0,001	38,7%	50,6%	0,002					
	klimbekannt	18,9%	24,2%	0,169	16,3%	21,8%	0,154	42,9%	55,1%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	21,3%	2,6%	<0,001	18,6%	2,9%	<0,001	25,9%	2,3%	<0,001	22,1%	2,3%	0,000	0,005	1,000
	klinikneu	26,9%	2,3%	<0,001	31,5%	2,8%	<0,001	27,0%	1,9%	<0,001					
	klimbekannt	8,4%	3,2%	<0,001	7,3%	3,0%	0,012	14,3%	6,1%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
	klimbekannt	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	10,0%	12,2%	0,164	15,3%	19,5%	0,082	4,8%	5,2%	1,000	4,4%	4,2%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	3,3%	3,5%	1,000	3,9%	4,1%	1,000	3,1%	3,3%	1,000					
	klimbekannt	25,6%	32,3%	0,064	25,4%	33,2%	0,037	22,4%	24,5%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	7,2%	5,5%	0,164	12,4%	9,1%	0,088	2,1%	2,3%	1,000	1,6%	1,2%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,2%	0,6%	0,889	0,4%	0,6%	1,000	0,2%	0,8%	1,000					
	klimbekannt	23,5%	16,9%	0,030	23,1%	16,7%	0,056	22,4%	18,4%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	21,3%	22,0%	1,000	40,3%	39,5%	1,000	2,1%	4,6%	0,255	1,8%	4,1%	0,306	0,949	1,000
	klinikneu	1,4%	2,6%	0,176	2,0%	3,4%	1,000	1,6%	2,7%	1,000					
	klimbekannt	67,7%	67,4%	1,000	74,3%	71,5%	1,000	8,2%	24,5%	0,613					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	38,0%	39,1%	1,000	37,8%	38,6%	1,000	40,7%	38,5%	1,000	35,9%	40,9%	0,691	0,702	1,000
	klinikneu	36,4%	39,4%	0,601	35,0%	38,4%	1,000	39,5%	38,7%	1,000					
	klimbekannt	41,9%	38,5%	1,000	40,3%	38,8%	1,000	53,1%	36,7%	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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 75 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 33 in der Tagesklinik und 13 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, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%).

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Ausgeschlossene Fachabteilungen sind die KJP und psychosomatische Tagesklinik.

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2014 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement / Notfallbehandlung, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen und PIA/Gemeindepsychiatrisches Zentrum.

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 Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) wird in den Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH 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.

Im stationären Bereich erfolgte vor 2013 sowie 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 dieses Jahres verstorbene Patienten ebenfalls in die Betrachtung mit eingehen.

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Über 86% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
depressive Episoden (F32)
andere Angststörungen (F41)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
und Phobische Störungen (F40) (Tabelle 4).

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	537	537
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	86,6 %	87,0 %
• Zwei Diagnosen	11,4 %	10,1 %
• Drei Diagnosen	2,0 %	2,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	8	8
2. F32 & F43	6	6
3. F41 & F43	4	3

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)	606	606
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	87,6 %	88,6 %
• Zwei Diagnosen	11,4 %	9,6 %
• Drei Diagnosen	0,8 %	1,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	5	5
2. F10 & F43	4	4
3. F32 & F40	4	4

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	565	565
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	83,2 %	83,9 %
• Zwei Diagnosen	14,0 %	14,0 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	2,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	12	12
2. F32 & F41	6	7
3. F32 & F40	5	5

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 I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	465	467	537	537
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,7 %	1,7 %	1,5 %	1,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,2 %	5,8 %	5,8 %	6,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,2 %	17,3 %	18,4 %	19,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,8 %	5,8 %	5,6 %	5,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	33,8 %	33,6 %	35,4 %	35,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	21,9 %	22,1 %	25,3 %	24,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	1,5 %	3,4 %	3,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,7 %	9,6 %	13,6 %	13,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,9 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,5 %	2,6 %	3,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,2 %	1,3 %	1,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,2 %	0,4 %	0,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,3	46,8	49,1	46,4
• Median	49	46	49	45
• (Interquartilsabstand)	(37 - 63)	(29 - 58)	(34 - 61)	(29 - 58)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,5 %	56,5 %	59,0 %	57,7 %
• Männer	41,5 %	43,5 %	41,0 %	42,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	74,0 %	60,0 %	74,5 %	61,5 %
• PIA	26,0 %	40,0 %	25,5 %	38,5 %

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	1,3 %	1,5 %	2,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,5 %	6,6 %	9,7 %	6,5 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	10,1 %	9,6 %	8,9 %	9,9 %
• Abitur/Fachabitur	4,3 %	6,0 %	4,7 %	5,4 %
• Abschluss unbekannt	10,1 %	14,6 %	10,1 %	13,6 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	61,9 %	65,2 %	62,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,9 %	4,7 %	7,3 %	5,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,1 %	22,9 %	17,9 %	22,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,4 %	1,5 %	0,7 %	1,3 %
• Bachelor	0,6 %	0,2 %	0,6 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	1,1 %	0,6 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	7,7 %	7,5 %	7,8 %	6,7 %
• Fehlende Angabe	64,5 %	61,9 %	65,2 %	62,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,9 %	8,6 %	9,9 %	8,2 %
• Nein	74,6 %	74,9 %	74,3 %	74,9 %
• Fehlende Angabe	15,5 %	16,5 %	15,8 %	16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,2 %	24,0 %	25,1 %	25,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	12,9 %	11,6 %	14,2 %	13,0 %
• Weder A noch B	63,9 %	64,5 %	60,7 %	61,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	56,3 %	60,8 %	57,2 %	62,0 %
• Familienversicherter	2,6 %	6,0 %	2,8 %	5,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,8 %	25,7 %	33,1 %	25,5 %
• Fehlende Angabe	7,3 %	7,5 %	6,9 %	7,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	531	537	606	606
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,5 %	1,5 %	1,3 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,6 %	0,3 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	12,4 %	12,5 %	14,4 %	14,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	32,6 %	32,4 %	30,9 %	30,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,8 %	31,8 %	33,8 %	33,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,1 %	8,0 %	10,9 %	11,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	1,8 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,3 %	7,4 %	10,2 %	10,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,8 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,9 %	2,8 %	3,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,7 %	1,9 %	3,1 %	2,8 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,8 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,5	49,2	49,0	48,8
• Median	50	49	49	49
• (Interquartilsabstand)	(40 - 58)	(38 - 59)	(39 - 58)	(37 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,0 %	55,3 %	55,3 %	55,6 %
• Männer	45,0 %	44,7 %	44,7 %	44,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	22,8 %	24,6 %	23,6 %	24,8 %
• PIA	77,2 %	75,4 %	76,4 %	75,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	1,5 %	0,3 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	11,5 %	6,1 %	11,7 %	6,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	5,5 %	3,9 %	5,3 %	4,3 %
• Abitur/Fachabitur	3,0 %	3,4 %	3,0 %	3,3 %
• Abschluss unbekannt	6,2 %	7,6 %	5,8 %	7,6 %
• Fehlende Angabe	73,4 %	77,5 %	73,9 %	77,4 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,7 %	4,1 %	7,9 %	4,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	13,6 %	10,1 %	13,0 %	9,9 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %
• Bachelor	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,3 %	0,9 %	1,3 %	0,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,8 %	6,7 %	3,5 %	6,8 %
• Fehlende Angabe	73,4 %	77,5 %	73,9 %	77,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,8 %	14,3 %	10,2 %	13,4 %
• Nein	75,7 %	72,8 %	74,1 %	73,1 %
• Fehlende Angabe	14,5 %	12,8 %	15,7 %	13,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	36,2 %	41,7 %	36,1 %	42,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	39,4 %	34,8 %	40,3 %	35,3 %
• Weder A noch B	24,5 %	23,5 %	23,6 %	22,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	49,7 %	45,6 %	51,2 %	46,0 %
• Familienversicherter	4,5 %	5,4 %	4,6 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	41,4 %	43,8 %	40,3 %	42,9 %
• Fehlende Angabe	4,3 %	5,2 %	4,0 %	5,8 %

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)	470	474	565	565
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,1 %	2,1 %	1,9 %	2,3 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	6,2 %	6,3 %	5,7 %	6,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,9 %	0,8 %	1,1 %	1,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,4 %	17,5 %	18,4 %	18,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,2 %	6,3 %	6,4 %	6,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	33,4 %	33,3 %	39,1 %	39,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	20,0 %	20,0 %	22,8 %	22,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	3,0 %	2,7 %	5,0 %	4,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,6 %	6,8 %	11,3 %	11,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	1,5 %	3,2 %	3,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,3 %	1,1 %	1,6 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,6 %	1,6 %	0,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,4	49,5	49,4	48,8
• Median	50	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(36 - 62)	(35 - 61)	(34 - 60)	(33 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,7 %	57,2 %	56,3 %	58,4 %
• Männer	45,3 %	42,8 %	43,7 %	41,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	59,4 %	48,3 %	56,5 %	50,4 %
• PIA	40,6 %	51,7 %	43,5 %	49,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,4 %	0,9 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,4 %	8,2 %	9,0 %	8,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	9,3 %	9,2 %	9,4 %
• Abitur/Fachabitur	2,3 %	6,1 %	2,5 %	5,3 %
• Abschluss unbekannt	13,6 %	12,4 %	13,1 %	12,7 %
• Fehlende Angabe	64,7 %	63,5 %	65,3 %	63,2 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,4 %	4,9 %	6,2 %	5,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,2 %	22,4 %	19,6 %	22,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,6 %	0,2 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,5 %	1,5 %	1,4 %	1,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,0 %	6,8 %	7,1 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	64,7 %	63,5 %	65,3 %	63,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	14,0 %	9,7 %	12,6 %	8,8 %
• Nein	68,9 %	73,0 %	69,7 %	72,6 %
• Fehlende Angabe	17,0 %	17,3 %	17,7 %	18,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,2 %	23,6 %	24,2 %	24,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	15,7 %	14,1 %	15,9 %	15,0 %
• Weder A noch B	61,1 %	62,2 %	59,8 %	60,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,7 %	61,2 %	60,0 %	60,9 %
• Familienversicherter	5,1 %	7,8 %	5,3 %	7,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,5 %	26,6 %	29,9 %	27,1 %
• Fehlende Angabe	4,7 %	4,4 %	4,8 %	4,6 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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)	512	512	486	470	512	512	483	468
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	6,1 %	46,3 %	10,1 %	7,9 %	7,2 %	36,3 %	11,6 %	10,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	2,1 %	0,6 %	1,1 %	1,2 %	2,0 %	2,5 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,1 %	13,9 %	10,9 %	8,1 %	11,1 %	13,7 %	8,5 %	7,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,4	11,5	2,3	0,9	1,8	21,1	3,0	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	17,6	1,0	1,4	0,1	4,6	1,4	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,5	29,1	3,3	2,3	1,9	25,6	4,4	3,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,2	0,5	0,3	0,5	0,6	0,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,5	0,2	0,3	0,3	0,5	0,5	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,7	1,2	1,1	1,3	1,9	1,3	0,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	588	588	582	571	584	584	569	551
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) 	36,4 %	26,0 %	16,3 %	13,1 %	38,9 %	30,8 %	20,0 %	19,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	7,1 %	3,9 %	2,2 %	1,8 %	5,1 %	2,4 %	1,9 %	1,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	15,1 %	11,7 %	11,5 %	11,0 %	13,5 %	13,9 %	14,9 %	10,9 %
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) 	8,2	7,4	4,8	4,8	13,5	15,0	7,7	8,8
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	8,6	4,9	1,4	1,6	6,7	4,5	0,8	1,1
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	16,8	12,2	6,2	6,4	20,1	19,5	8,5	9,9
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	2,7	0,9	0,7	0,5	1,7	0,7	0,5	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	0,9	0,6	0,6	0,4	1,2	0,7	0,5	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,5	1,2	1,3	1,6	1,8	2,0	1,9	1,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

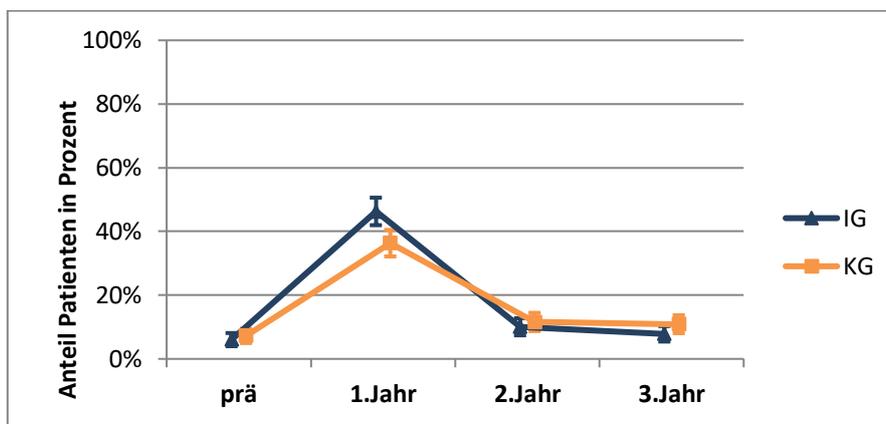
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

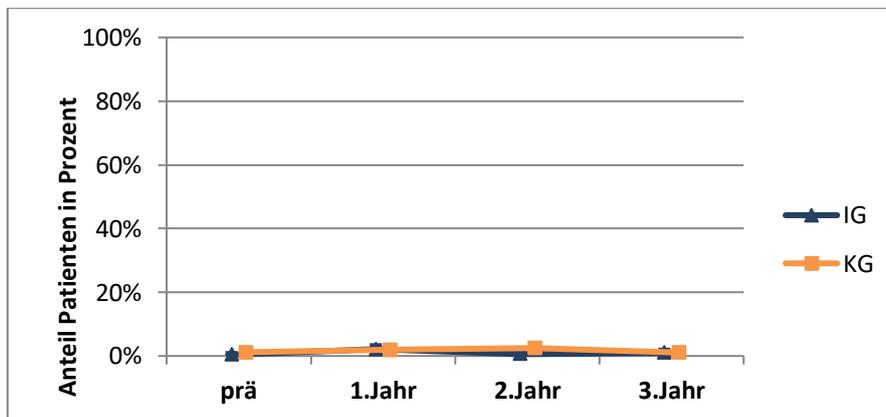
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

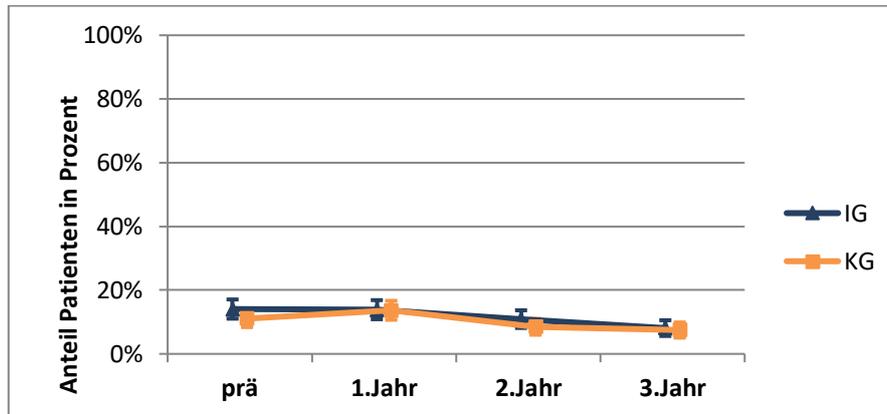
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

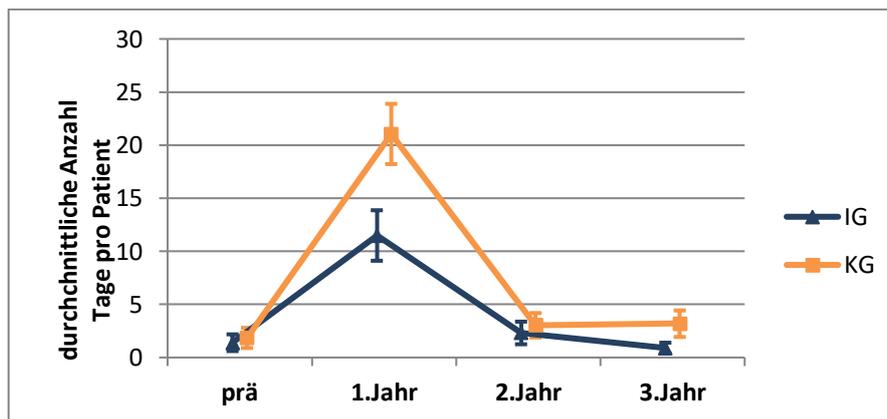


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

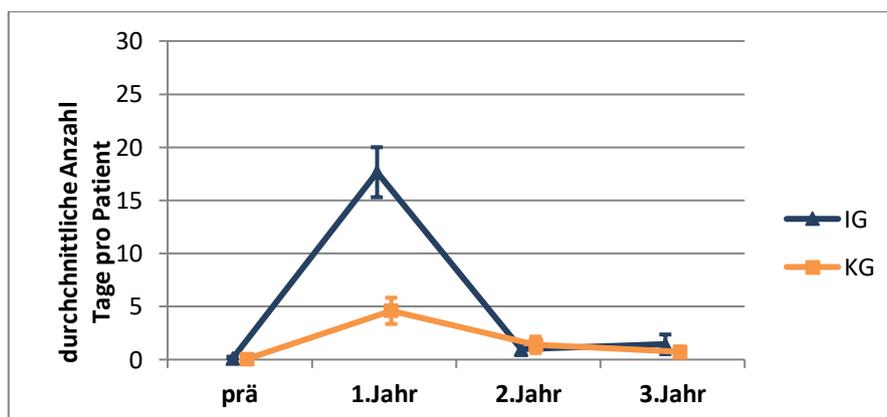


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

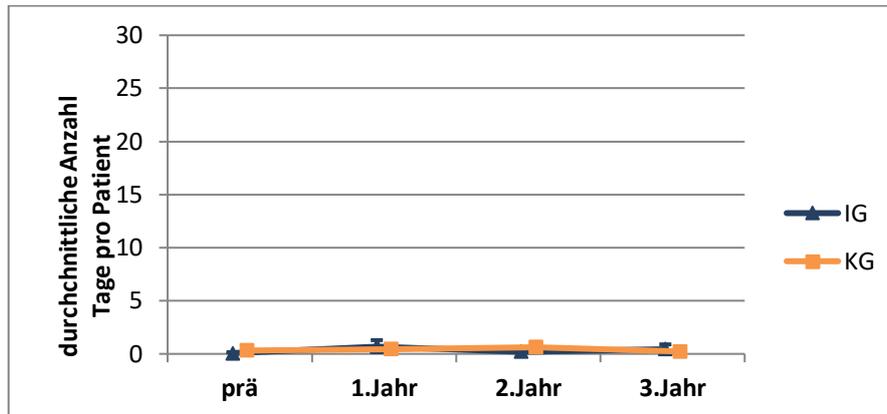
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



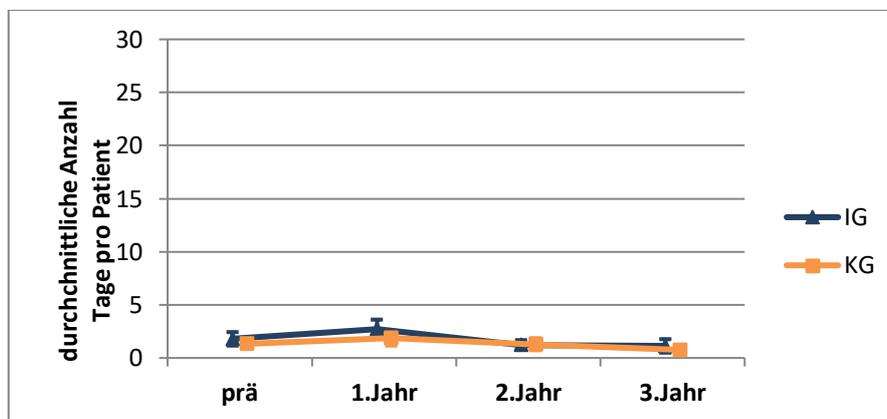
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



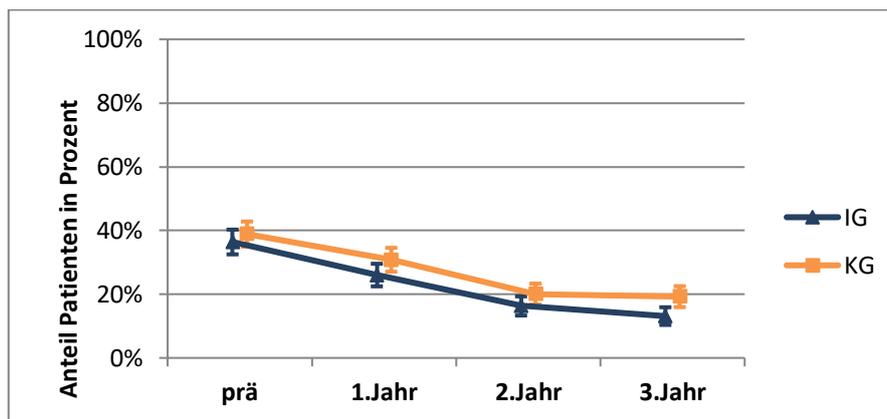
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

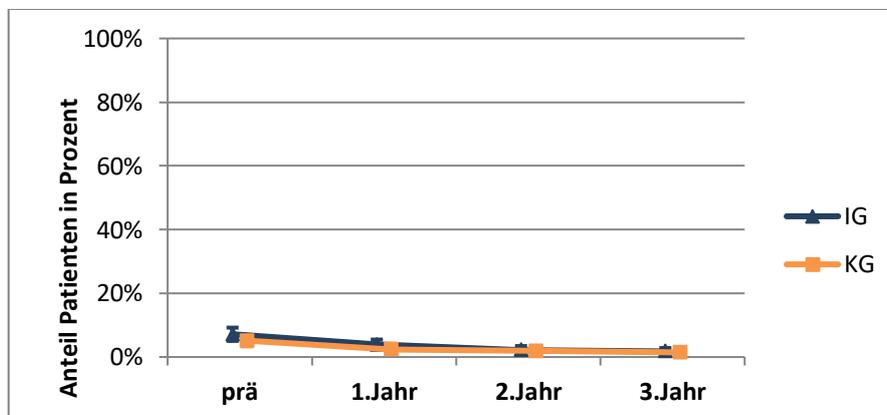
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

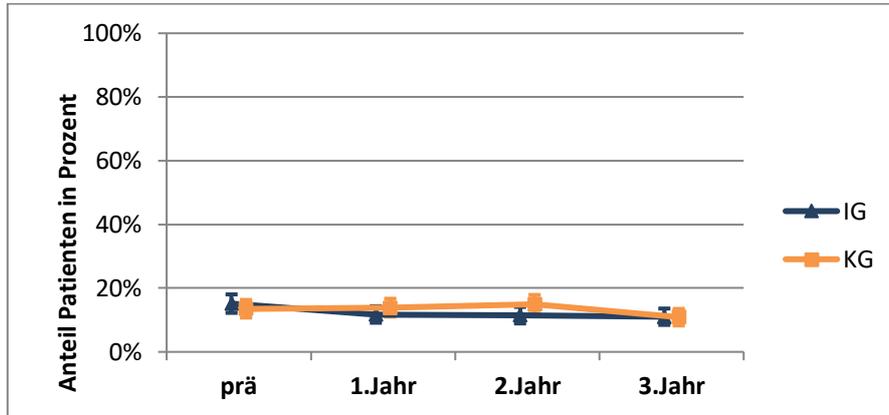
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

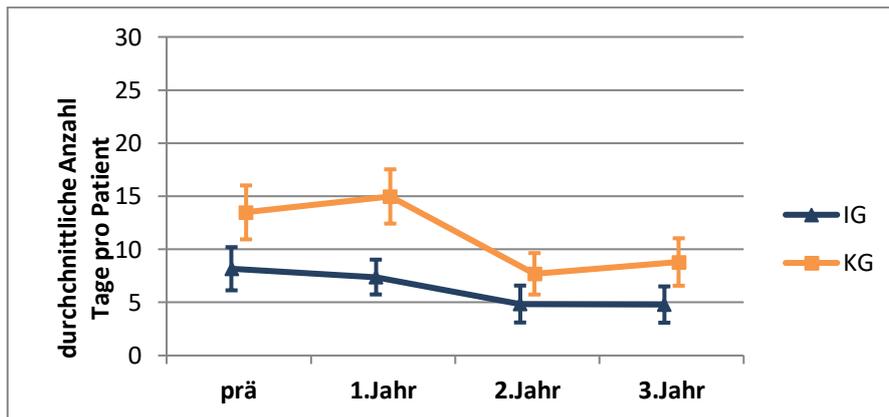


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

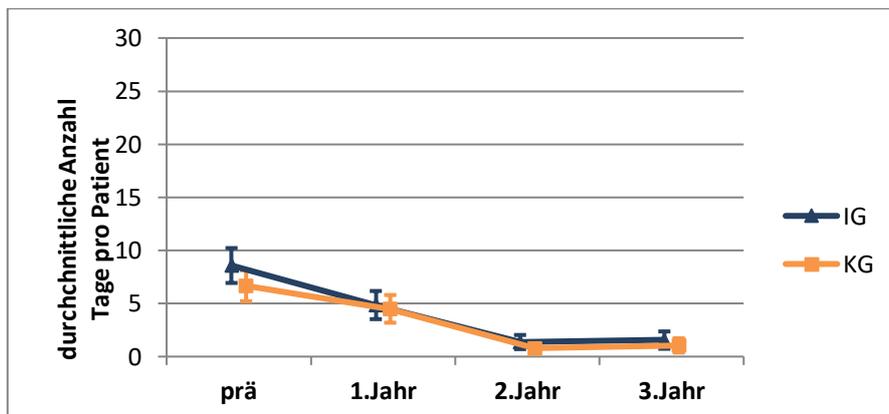


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

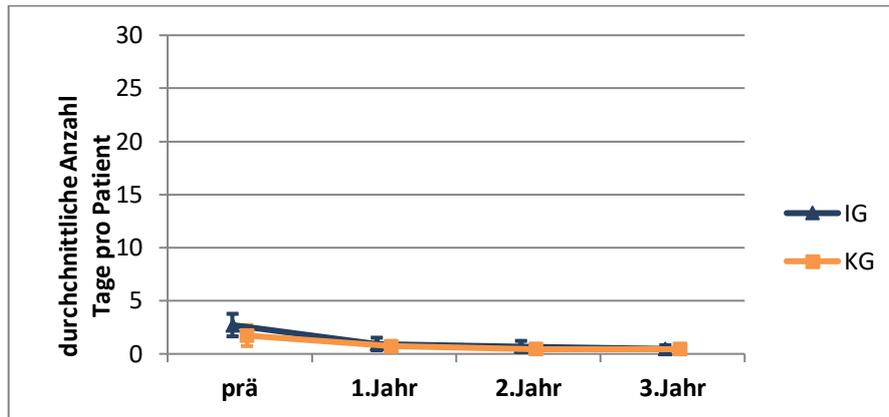
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



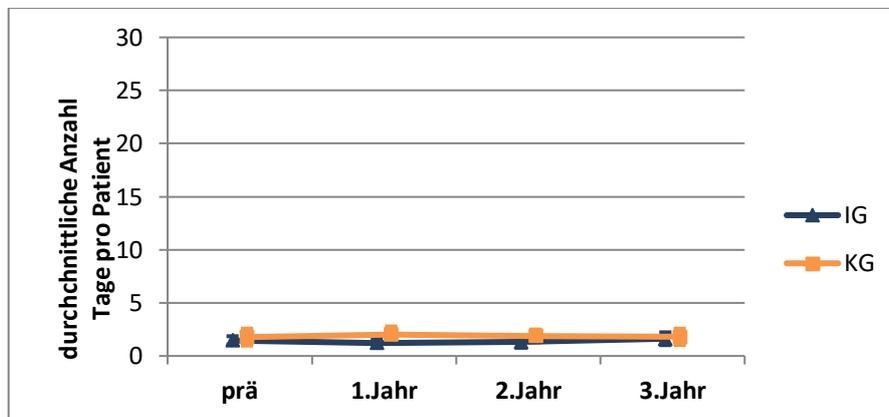
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- 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=512, KG=512; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=588, KG=584).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klirikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 1,4; KG: 1,8 vollstationäre Tage), Peak im patientenindividuellen ersten Jahr (IG: 11,5; KG: 21,1 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,3 und 0,9 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,0 und 3,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Peak war in der IG mit 11,5 vollstationären Tagen wesentlich geringer als in der KG mit 21,1 vollstationären Tagen (-9,6 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG deutlich höher als in der KG (IG: 17,6 teilstationäre Tage; KG: 4,6 teilstationäre Tage).

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 im ersten Jahr einen erheblich höheren Anteil an Patienten mit voll- oder teilstationärem Aufenthalt in der IG im Vergleich zur KG (IG: 46,3%; KG: 36,3%).

Auch bei den klirikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem kleinen Peak in der KG im ersten patientenindividuellen Jahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -5,3; 1. Jahr: -7,6; 2. Jahr: -2,8; 3. Jahr: -4,0 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG vergleichbar.

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)	565	565	565	565
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)	5,5 %	38,8 %	8,1 %	31,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,7 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,4 %	12,0 %	11,5 %	13,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,8	9,5	0,9	19,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	16,5	0,4	5,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,1	26,0	1,2	24,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	0,7	0,6	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,2	0,6	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	1,6	1,2	1,6

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

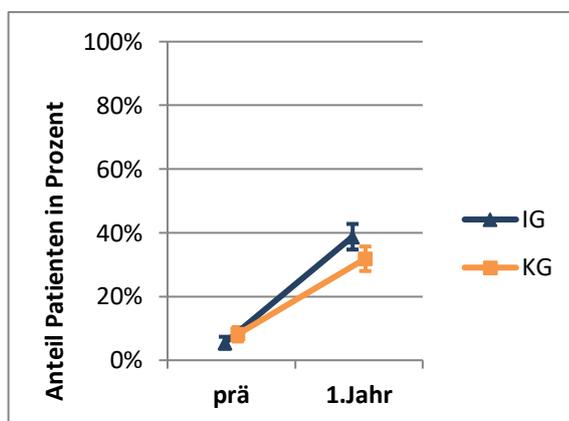
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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)

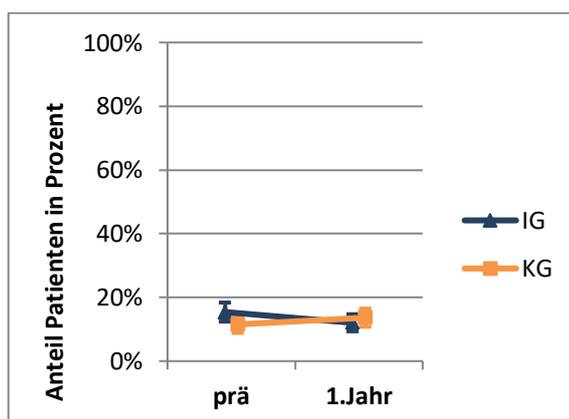
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

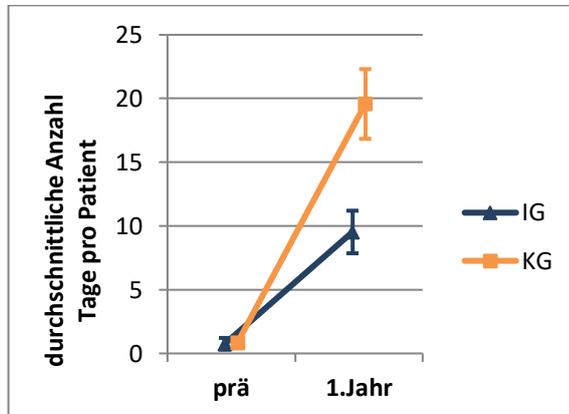
Fallzahl zu klein

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

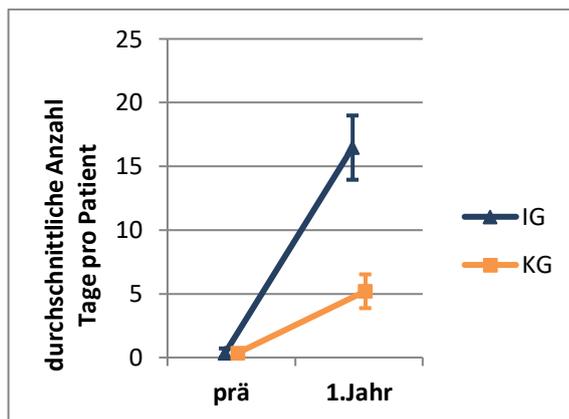


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- **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)**

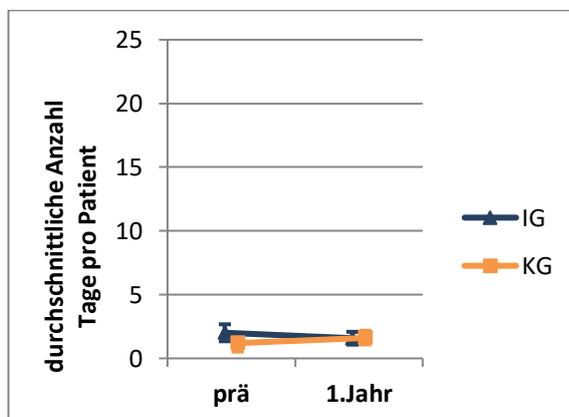


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 233ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=565 pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der Anteile der Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose, dass dieser Anteil in der Modellklinik (IG) im Vergleich zu dem Jahr vor und dem Jahr nach Einschluss in die Evaluation stärker anstieg als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: prä: 5,5%, 1. Jahr: 38,8%; KG: prä: 8,1%, 1. Jahr: 31,9%).

Die vollstationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnose stieg in der IG weniger stark und die teilstationäre Behandlungsdauer in der IG stärker an im Vergleich zur KG (IG: von 0,8 auf 9,5 vollstationäre Tage; KG: von 0,9 auf 19,6 vollstationäre Tage; IG: von 0,3 auf 16,5 teilstationäre Tage; KG: von 0,4 auf 5,2 teilstationäre Tage).

Die geschätzten Parameter für sowohl die Anteile voll- oder teilstationärer als auch die Dauer vollstationärer Behandlungen waren statistisch signifikant. 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.

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in den Kohorten der Patienten mit Referenzfall allen drei Jahren in der IG signifikant geringer als in der KG. Die IG wies, unabhängig vom Zeitfaktor, signifikant geringere vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf (Haupteffekt *Gruppe*).

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

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 295ff.).

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)	452	452	426	411	431	431	405	391
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	439	449	415	395	405	421	384	366
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	3,9	2,5	1,4	—*	3,5	1,8	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,1	1,6	1,9	1,4	1,9	3,6	3,4	2,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,9	15,4	13,2	12,9	8,2	12,1	10,8	10,4
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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,5	0,5	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,9	6,8	8,3	8,2	4,5	5,8	5,4	4,9

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

* 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)	500	500	496	485	492	492	481	466
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	492	495	488	476	478	479	460	448
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	11,2	8,3	7,0	—*	9,1	8,5	6,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,6	1,0	1,6	1,9	1,3	1,3	1,2	1,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,9	15,4	15,6	15,7	14,7	13,8	14,0	13,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	0,0	0,0	—*	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	0,5	0,4	0,9	0,5	0,4	0,7

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,8	6,2	7,6	10,6	6,0	5,6	8,2	6,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

* 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

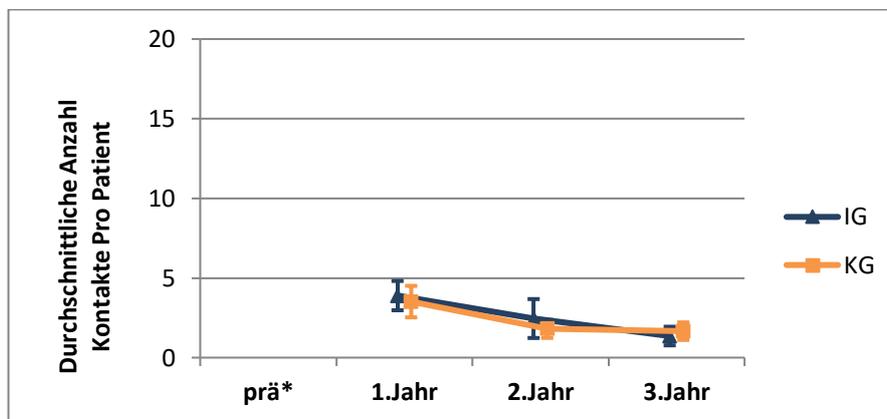
Klinikneue Patienten

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.

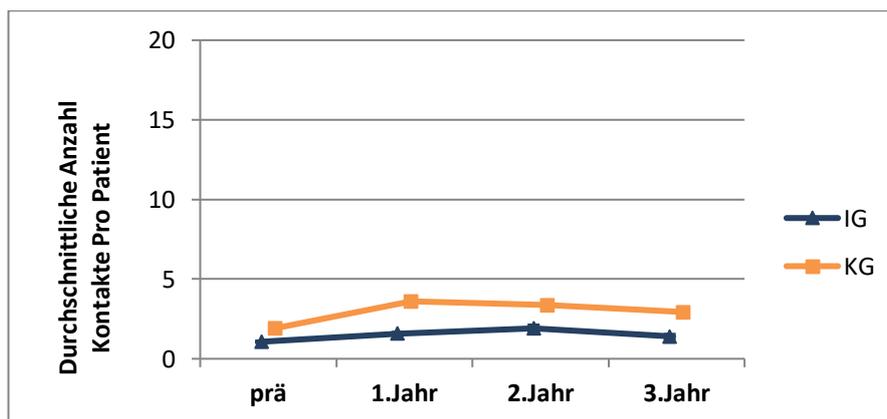
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

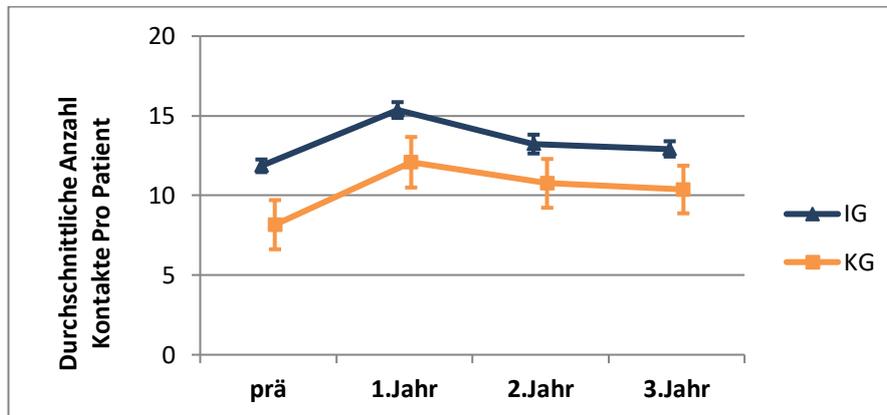


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

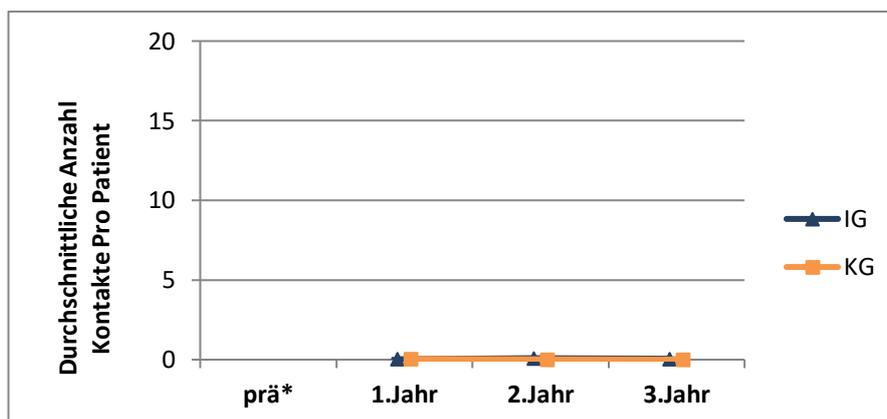


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



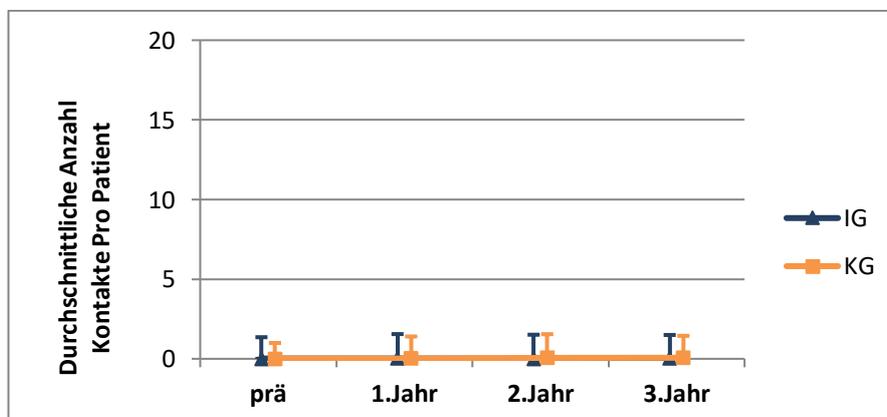
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

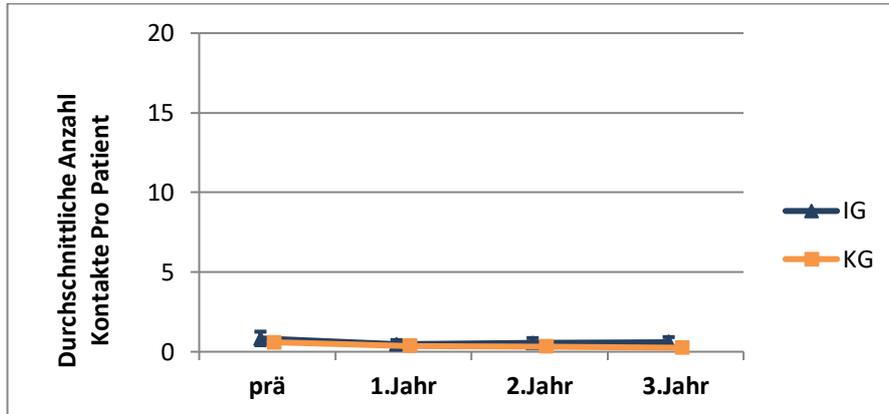


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

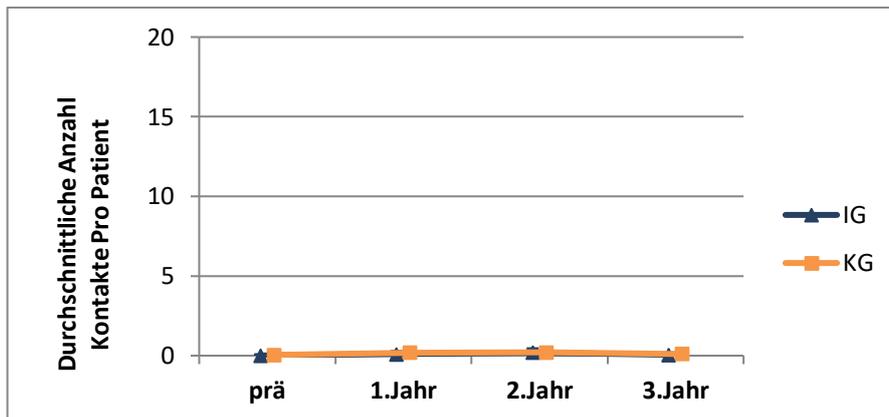


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

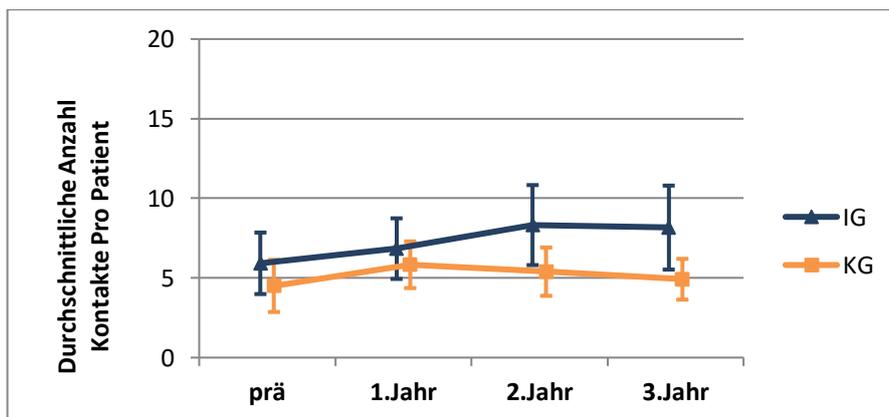


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



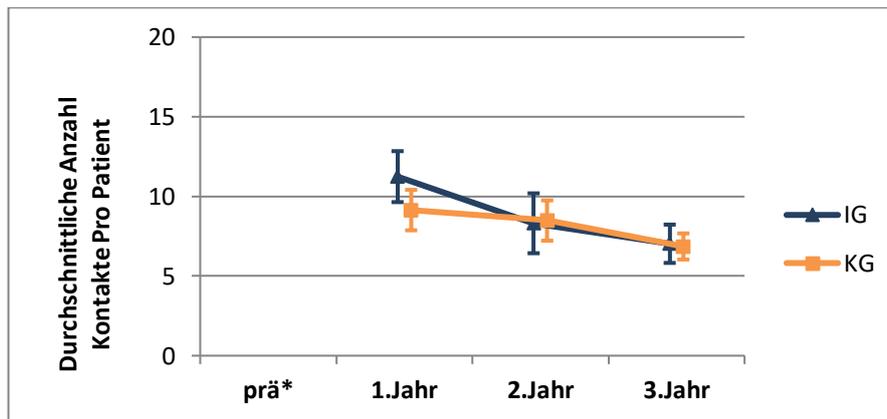
Klinikbekannte Patienten

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.

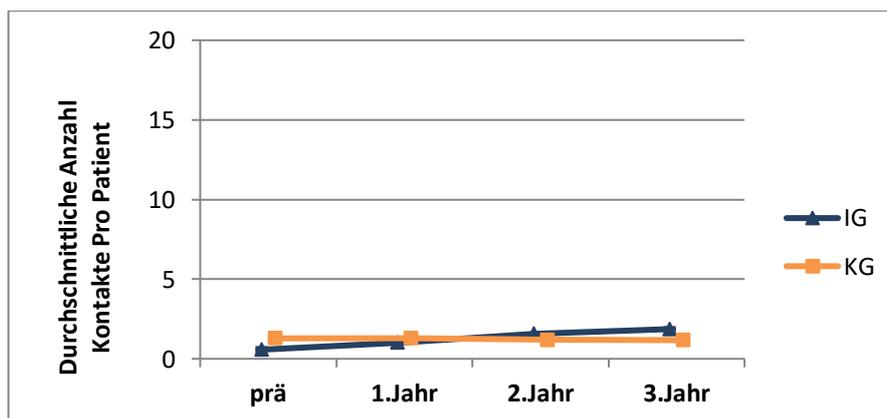
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*

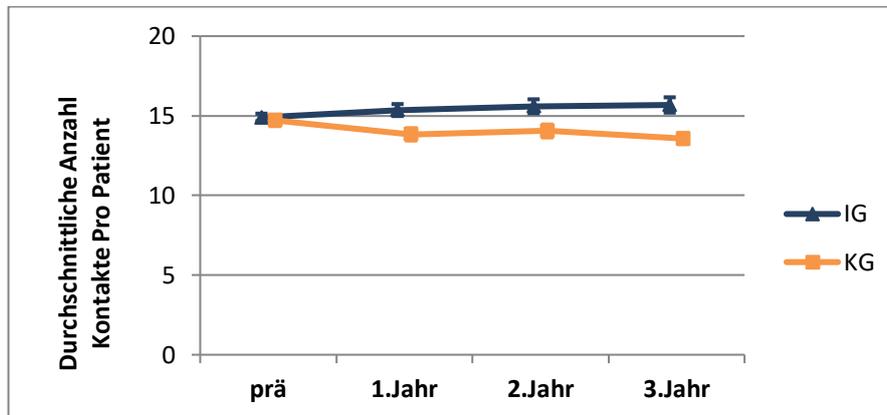


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

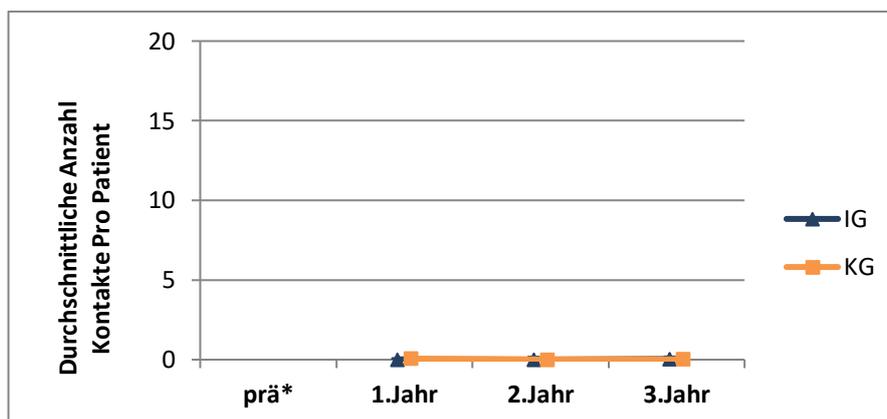


- bei anderen Vertragsärzten (E)



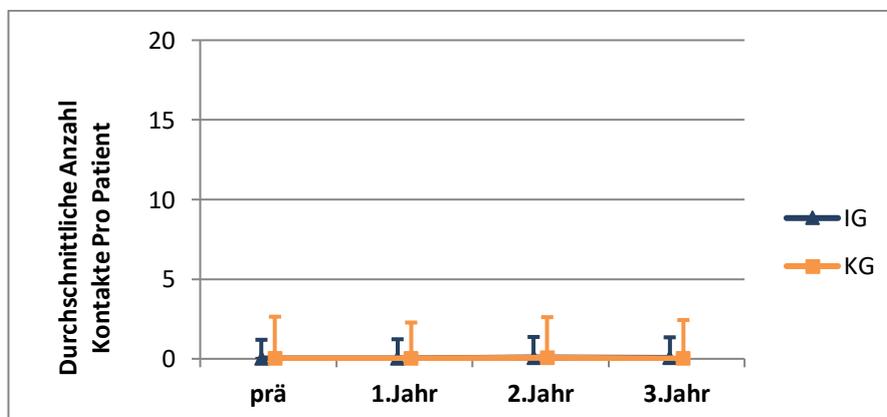
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*

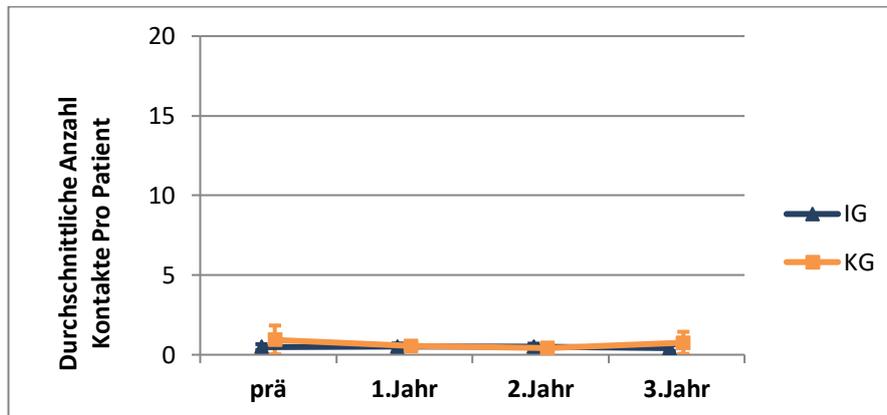


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

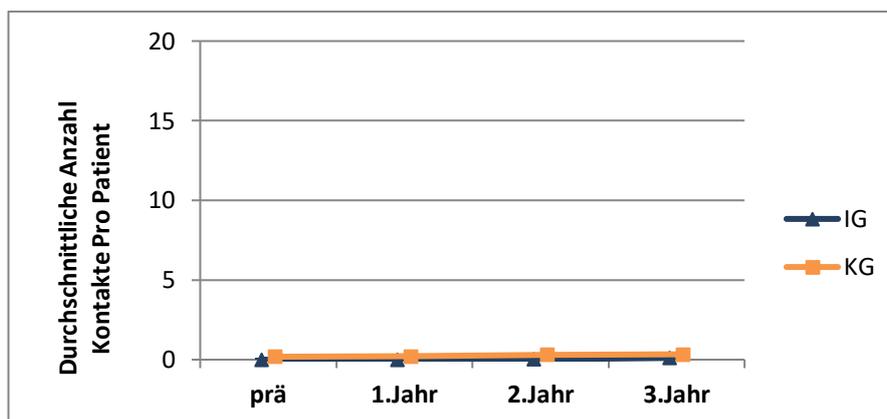


- bei anderen Vertragsärzten (F)

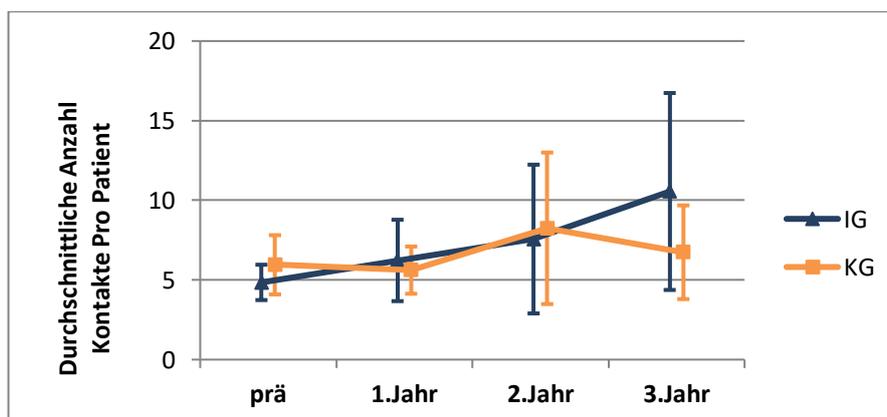


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=449, KG=421; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=495, KG=479). 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.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* aufgrund von Indexdiagnose war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar. Dabei lag die IG hier ab dem ersten Modelljahr im Durchschnitt aller Patienten ca. 1,5 bis 2 Kontakte unter dem Niveau der KG.

Die Muster der Kontakte bei einem *anderen Vertragsarzt* mit Indexdiagnose entwickelten sich parallel zwischen IG und KG, jedoch hatte die IG in jedem untersuchten Jahr pro Patient jeweils ca. 3 Kontakte mehr im Vergleich zur KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit leichtem Rückgang der PIA-Kontakte über die Zeit.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* aufgrund von Indexdiagnosen zeigte sich ein fast identisches und relativ gleichbleibendes 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)	466	466	460	460
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	455	458	445	445
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,7	0,1	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,2	1,7	1,1	2,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,1	14,6	11,1	13,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,6	0,9	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,4	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,5	6,7	10,7	10,5

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

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

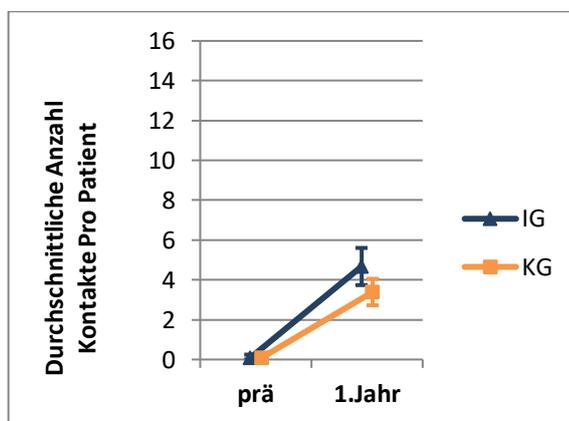
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

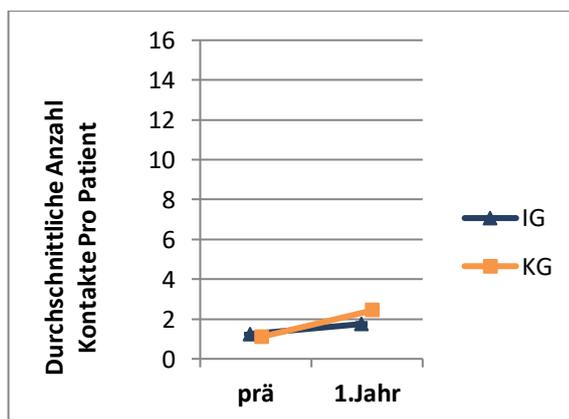
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

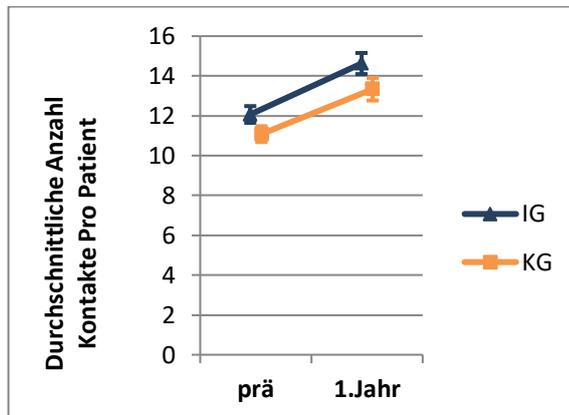
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

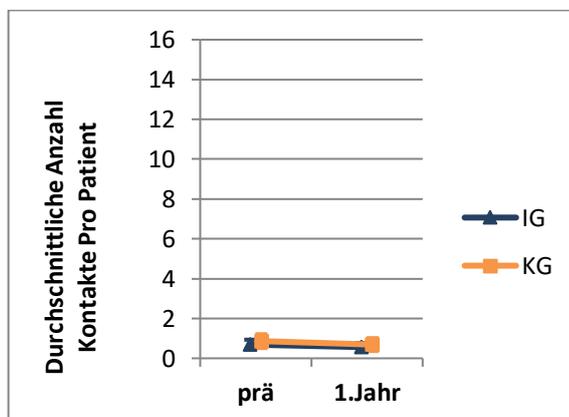
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

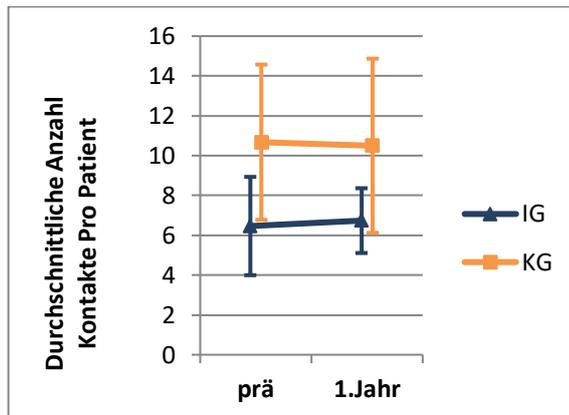


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 233ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 458 und 445) zeigte sich eine stärkere Zunahme der Inanspruchnahme der *Psychiatrischen Institutsambulanzen* (PIA) bei Indexdiagnosen vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) (IG: von 0,1 auf 4,7 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,1 auf 3,4 Kontakte im 1. Jahr). Die Inanspruchnahme bei einem *Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* aufgrund von Indexdiagnose stieg hingegen in der IG weniger stark als in der KG an (IG: von 1,2 auf 1,7 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 1,1 auf 2,4 Kontakte im 1. Jahr). Der Anstieg der Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG und der KG parallel an, jedoch hatte die IG sowohl in der Prä-Zeit als auch im ersten patientenindividuellen Jahr ca. 1 Kontakt mehr pro Patient als die KG.

Der DiD-Parameter für Inanspruchnahme bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten 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	30	482	47	31	32	427	69	64
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	11,2 %	10,6 %	12,9 %	—	5,9 %	17,4 %	12,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	0,0 %	3,2 %	—	6,1 %	10,1 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	51,5 %	44,7 %	38,7 %	—	48,5 %	44,9 %	51,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	8,9 %	14,9 %	6,5 %	—	12,9 %	11,6 %	15,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,5 %	0,0 %	6,5 %	—	2,1 %	4,3 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,4 %	0,0 %	0,0 %	—	1,9 %	1,4 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	14,7 %	10,6 %	19,4 %	—	13,3 %	30,4 %	23,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	39,2 %	48,9 %	48,4 %	—	39,8 %	37,7 %	35,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	21	197	23	18	20	169	37	31
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	10,2 %	0,0 %	16,7 %	—	7,1 %	24,3 %	16,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,1 %	0,0 %	5,6 %	—	11,8 %	10,8 %	19,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	50,8 %	43,5 %	50,0 %	–	53,3 %	45,9 %	58,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	11,2 %	13,0 %	5,6 %	–	17,8 %	16,2 %	29,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	3,0 %	0,0 %	11,1 %	–	0,6 %	2,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	1,0 %	0,0 %	0,0 %	–	2,4 %	2,7 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	17,8 %	0,0 %	27,8 %	–	18,9 %	35,1 %	32,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	–	38,1 %	56,5 %	33,3 %	–	29,6 %	29,7 %	22,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	93	<10	<10	<10	66	16	11
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	7,5 %	0,0 %	11,1 %	–	7,6 %	18,8 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	7,5 %	0,0 %	11,1 %	–	13,6 %	18,8 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	50,5 %	33,3 %	44,4 %	–	57,6 %	50,0 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	11,8 %	11,1 %	11,1 %	–	21,2 %	18,8 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	3,2 %	0,0 %	22,2 %	–	0,0 %	6,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	0,0 %	0,0 %	0,0 %	–	1,5 %	0,0 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	18,3 %	0,0 %	33,3 %	–	21,2 %	37,5 %	27,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	–	34,4 %	66,7 %	33,3 %	–	24,2 %	25,0 %	27,3 %

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.

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	25	441	44	31	30	379	63	54
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	23,4 %	18,2 %	19,4 %	—	13,7 %	23,8 %	20,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	4,3 %	6,8 %	3,2 %	—	14,5 %	17,5 %	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,4 %	65,9 %	74,2 %	—	68,3 %	66,7 %	68,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	31,1 %	29,5 %	35,5 %	—	30,1 %	39,7 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,6 %	0,0 %	6,5 %	—	4,2 %	6,3 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,7 %	2,3 %	0,0 %	—	4,5 %	9,5 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	29,5 %	22,7 %	25,8 %	—	30,1 %	44,4 %	38,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	15,2 %	25,0 %	19,4 %	—	19,3 %	14,3 %	18,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	17	178	21	18	19	142	36	28
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	25,8 %	9,5 %	22,2 %	—	16,2 %	33,3 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,4 %	9,5 %	5,6 %	—	20,4 %	16,7 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	75,8 %	61,9 %	72,2 %	—	75,4 %	66,7 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	33,1 %	23,8 %	38,9 %	—	35,9 %	44,4 %	42,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	5,6 %	0,0 %	11,1 %	—	3,5 %	5,6 %	3,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	—	3,4 %	0,0 %	0,0 %	—	5,6 %	11,1 %	10,7 %
	—	36,5 %	19,0 %	33,3 %	—	38,0 %	50,0 %	46,4 %
	—	14,0 %	28,6 %	16,7 %	—	11,3 %	11,1 %	10,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	81	<10	<10	<10	53	16	10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	29,6 %	11,1 %	22,2 %	—	20,8 %	18,8 %	10,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	12,3 %	11,1 %	11,1 %	—	24,5 %	31,3 %	40,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	76,5 %	66,7 %	88,9 %	—	75,5 %	81,3 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	39,5 %	11,1 %	44,4 %	—	37,7 %	43,8 %	30,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	6,2 %	0,0 %	22,2 %	—	0,0 %	12,5 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,5 %	0,0 %	0,0 %	—	7,5 %	18,8 %	30,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,4 %	22,2 %	44,4 %	—	43,4 %	50,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	7,4 %	22,2 %	11,1 %	—	9,4 %	0,0 %	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.

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	15	404	39	29	21	332	54	45
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	29,2 %	28,2 %	24,1 %	—	16,6 %	35,2 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,4 %	12,8 %	10,3 %	—	20,8 %	29,6 %	35,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	86,6 %	76,9 %	93,1 %	—	81,6 %	77,8 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	53,0 %	48,7 %	65,5 %	—	51,8 %	55,6 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	5,2 %	2,6 %	6,9 %	—	8,1 %	13,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,4 %	7,7 %	3,4 %	—	7,8 %	22,2 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	38,9 %	38,5 %	34,5 %	—	41,3 %	66,7 %	55,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,9 %	17,9 %	6,9 %	—	8,4 %	5,6 %	8,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	10	160	21	16	12	121	28	22
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	34,4 %	19,0 %	31,3 %	—	20,7 %	42,9 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,8 %	14,3 %	12,5 %	—	31,4 %	28,6 %	45,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	90,0 %	76,2 %	93,8 %	—	88,4 %	85,7 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	59,4 %	47,6 %	62,5 %	—	53,7 %	57,1 %	68,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	7,5 %	0,0 %	12,5 %	—	10,7 %	17,9 %	9,1 %

• Keine Fachgruppe (F)	–	5,6 %	9,5 %	6,3 %	–	8,3 %	28,6 %	22,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	48,1 %	28,6 %	43,8 %	–	56,2 %	71,4 %	68,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	–	5,0 %	14,3 %	6,3 %	–	5,0 %	3,6 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	71	<10	<10	<10	45	14	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	35,2 %	22,2 %	37,5 %	–	26,7 %	21,4 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	–	15,5 %	11,1 %	25,0 %	–	40,0 %	42,9 %	62,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	–	91,5 %	100,0 %	100,0 %	–	86,7 %	92,9 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	–	60,6 %	55,6 %	75,0 %	–	53,3 %	71,4 %	75,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	–	8,5 %	0,0 %	25,0 %	–	2,2 %	28,6 %	25,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	5,6 %	11,1 %	12,5 %	–	13,3 %	28,6 %	37,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	52,1 %	33,3 %	62,5 %	–	66,7 %	78,6 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	–	5,6 %	0,0 %	0,0 %	–	4,4 %	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	251	301	142	108	275	379	166	160
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	18,9 %	23,2 %	27,8 %	—	19,8 %	24,7 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,0 %	0,7 %	2,8 %	—	4,7 %	6,0 %	2,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	43,9 %	49,3 %	53,7 %	—	40,1 %	39,8 %	35,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	8,6 %	12,7 %	13,9 %	—	9,8 %	7,8 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,7 %	2,1 %	1,9 %	—	1,3 %	3,6 %	0,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,0 %	2,1 %	5,6 %	—	1,1 %	1,2 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,6 %	25,4 %	32,4 %	—	24,3 %	31,3 %	18,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	43,9 %	35,2 %	29,6 %	—	44,3 %	42,2 %	48,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	195	201	115	87	227	251	134	125
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	23,4 %	27,8 %	31,0 %	—	25,1 %	29,1 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,0 %	0,9 %	3,4 %	—	6,4 %	7,5 %	3,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	47,3 %	51,3 %	49,4 %	—	41,0 %	44,0 %	32,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	9,0 %	13,9 %	13,8 %	—	10,8 %	6,7 %	7,2 %

<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 	—	1,0 %	2,6 %	2,3 %	—	2,0 %	4,5 %	0,8 %
	—	0,5 %	2,6 %	5,7 %	—	0,8 %	1,5 %	2,4 %
	—	25,4 %	30,4 %	36,8 %	—	31,1 %	37,3 %	23,2 %
	—	40,3 %	30,4 %	31,0 %	—	39,4 %	35,1 %	48,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	95	103	72	50	117	142	68	74
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) 	—	19,4 %	27,8 %	26,0 %	—	33,1 %	38,2 %	27,0 %
	—	1,0 %	1,4 %	4,0 %	—	8,5 %	8,8 %	1,4 %
	—	48,5 %	54,2 %	48,0 %	—	45,1 %	50,0 %	39,2 %
	—	12,6 %	15,3 %	18,0 %	—	11,3 %	8,8 %	5,4 %
	—	1,0 %	2,8 %	0,0 %	—	3,5 %	7,4 %	1,4 %
	—	0,0 %	1,4 %	4,0 %	—	1,4 %	2,9 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	21,4 %	30,6 %	30,0 %	—	40,8 %	48,5 %	28,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	34,0 %	27,8 %	30,0 %	—	33,1 %	23,5 %	44,6 %

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.

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	216	257	109	89	236	319	138	136
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	32,3 %	35,8 %	42,7 %	—	30,4 %	39,9 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	6,4 %	6,7 %	—	10,7 %	8,7 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	71,6 %	76,1 %	84,3 %	—	66,8 %	64,5 %	64,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	25,3 %	27,5 %	39,3 %	—	27,9 %	23,2 %	23,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,6 %	2,8 %	3,4 %	—	3,4 %	3,6 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,5 %	3,7 %	7,9 %	—	2,8 %	4,3 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	34,6 %	41,3 %	49,4 %	—	39,5 %	49,3 %	47,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	15,2 %	12,8 %	5,6 %	—	18,8 %	20,3 %	17,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	166	174	87	71	198	210	114	105
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	39,7 %	43,7 %	47,9 %	—	39,0 %	45,6 %	47,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	8,0 %	7,0 %	—	13,3 %	10,5 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,1 %	77,0 %	81,7 %	—	69,5 %	68,4 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	27,0 %	29,9 %	39,4 %	—	28,6 %	22,8 %	25,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,3 %	3,4 %	4,2 %	—	4,3 %	4,4 %	2,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	—	4,6 %	3,4 %	9,9 %	—	3,8 %	4,4 %	4,8 %
	—	42,0 %	50,6 %	54,9 %	—	49,0 %	57,0 %	59,0 %
	—	12,6 %	10,3 %	5,6 %	—	13,8 %	15,8 %	15,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	79	86	51	41	101	111	55	63
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	34,9 %	51,0 %	41,5 %	—	49,5 %	54,5 %	61,9 %
	—	3,5 %	5,9 %	9,8 %	—	19,8 %	10,9 %	7,9 %
	—	76,7 %	78,4 %	85,4 %	—	76,6 %	72,7 %	66,7 %
	—	34,9 %	27,5 %	39,0 %	—	27,0 %	25,5 %	22,2 %
	—	2,3 %	3,9 %	2,4 %	—	6,3 %	3,6 %	3,2 %
	—	5,8 %	0,0 %	12,2 %	—	4,5 %	5,5 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	38,4 %	54,9 %	48,8 %	—	63,1 %	65,5 %	69,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	4,7 %	7,8 %	2,4 %	—	7,2 %	10,9 %	12,7 %

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.

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	181	210	84	64	185	243	116	102
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	41,4 %	50,0 %	54,7 %	—	37,4 %	50,0 %	52,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	6,2 %	7,1 %	10,9 %	—	18,9 %	14,7 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	87,6 %	89,3 %	95,3 %	—	81,9 %	81,9 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	46,2 %	51,2 %	64,1 %	—	50,2 %	48,3 %	48,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,9 %	2,4 %	3,1 %	—	3,3 %	2,6 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,7 %	4,8 %	9,4 %	—	7,8 %	6,9 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	46,7 %	56,0 %	64,1 %	—	54,3 %	61,2 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,2 %	7,1 %	4,7 %	—	8,2 %	6,0 %	2,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	138	143	69	52	156	159	95	83
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	51,7 %	58,0 %	59,6 %	—	46,5 %	56,8 %	63,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	6,3 %	8,7 %	11,5 %	—	24,5 %	15,8 %	15,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	91,6 %	88,4 %	94,2 %	—	84,3 %	82,1 %	75,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	45,5 %	50,7 %	65,4 %	—	51,6 %	50,5 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,8 %	2,9 %	3,8 %	—	3,1 %	3,2 %	6,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	—	8,4 %	4,3 %	11,5 %	—	8,8 %	7,4 %	12,0 %
	—	56,6 %	65,2 %	69,2 %	—	66,0 %	69,5 %	75,9 %
	—	3,5 %	8,7 %	5,8 %	—	5,7 %	4,2 %	1,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	63	70	38	29	71	74	47	48
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	47,1 %	76,3 %	62,1 %	—	52,7 %	63,8 %	79,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,6 %	7,9 %	17,2 %	—	25,7 %	19,1 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	92,9 %	94,7 %	100,0 %	—	90,5 %	89,4 %	81,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	54,3 %	50,0 %	65,5 %	—	62,2 %	57,4 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,9 %	2,6 %	0,0 %	—	2,7 %	2,1 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,4 %	2,6 %	10,3 %	—	9,5 %	4,3 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	54,3 %	81,6 %	72,4 %	—	73,0 %	76,6 %	89,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	1,4 %	2,6 %	0,0 %	—	2,7 %	2,1 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* 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

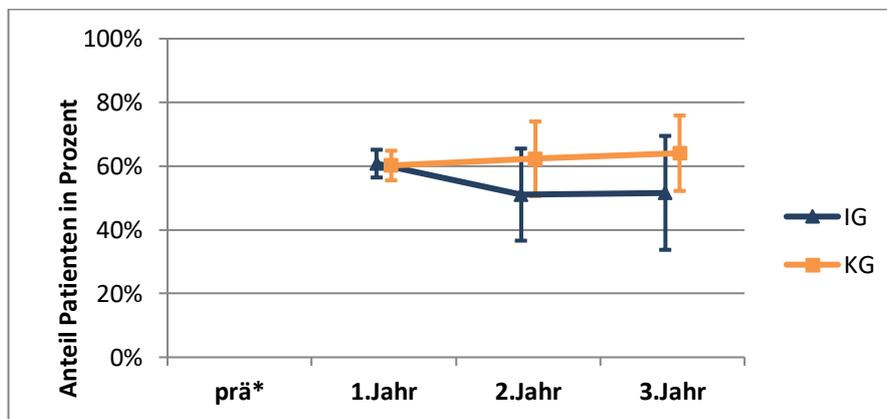
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

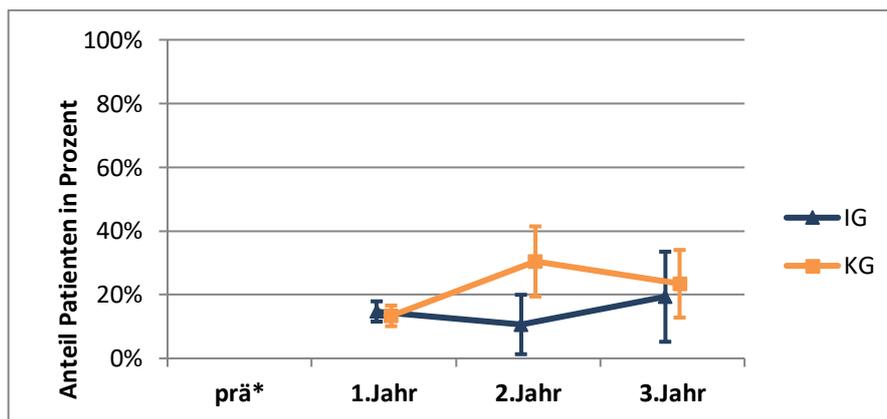
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

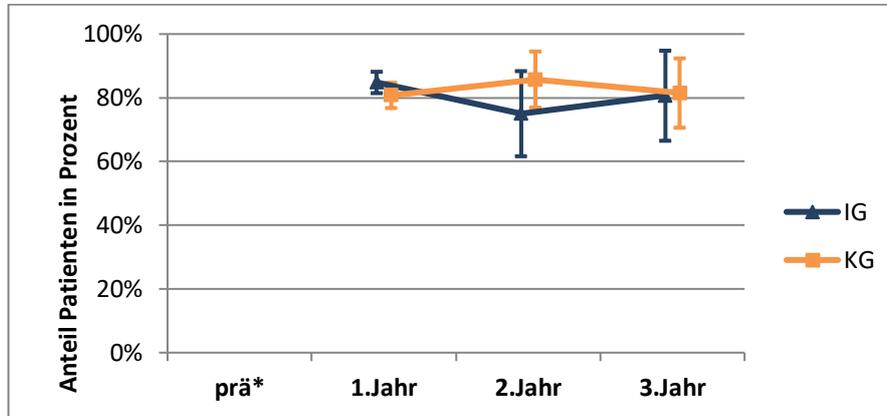


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

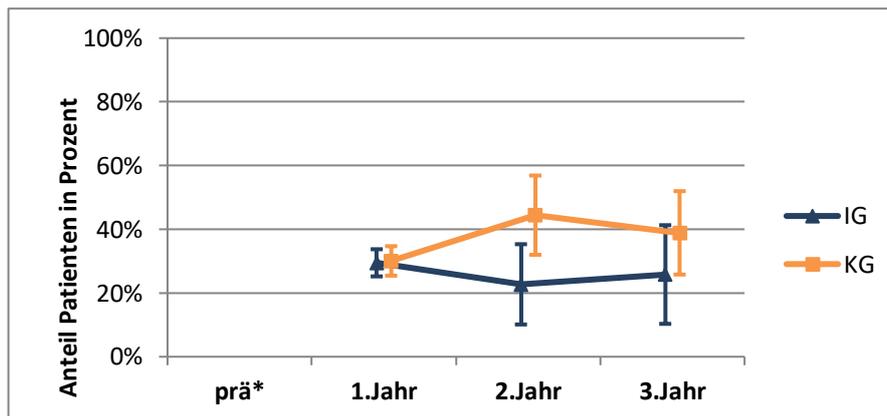
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

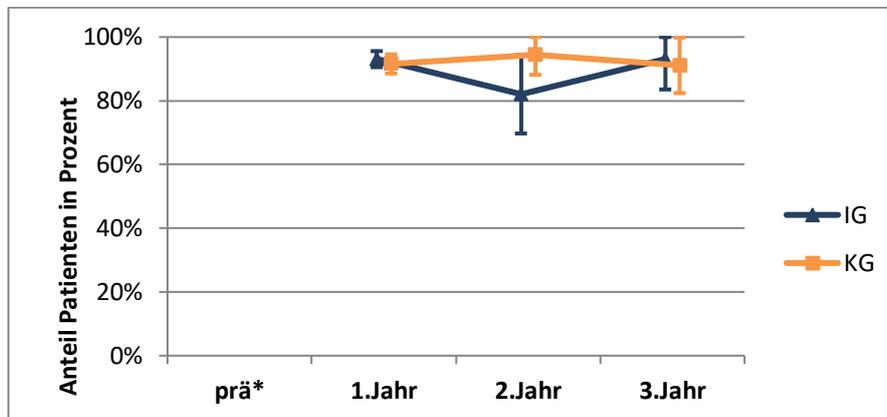


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

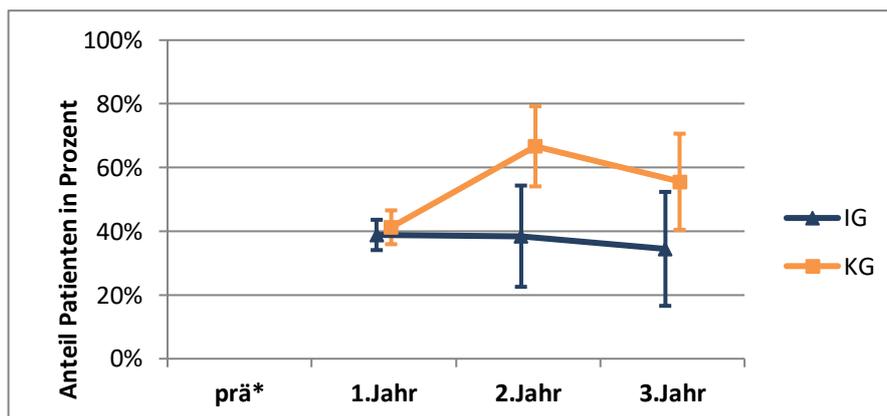
Klinikneue Patienten

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.

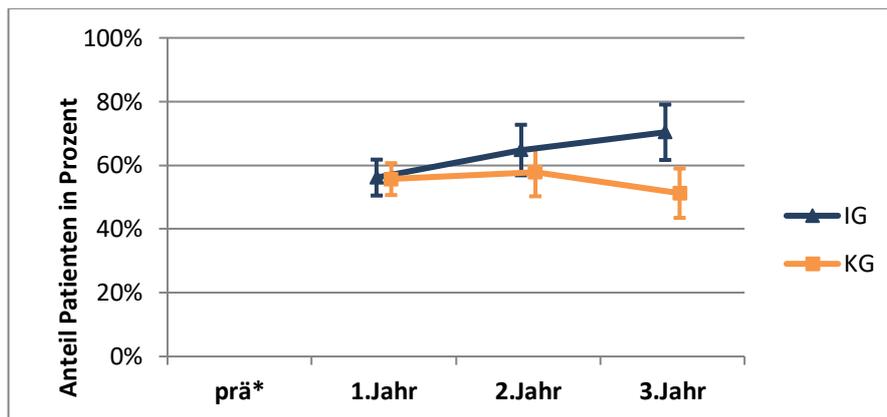
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

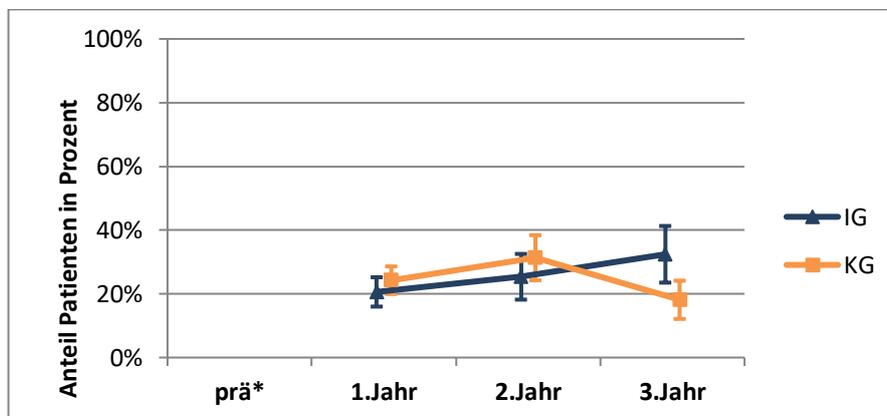
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*

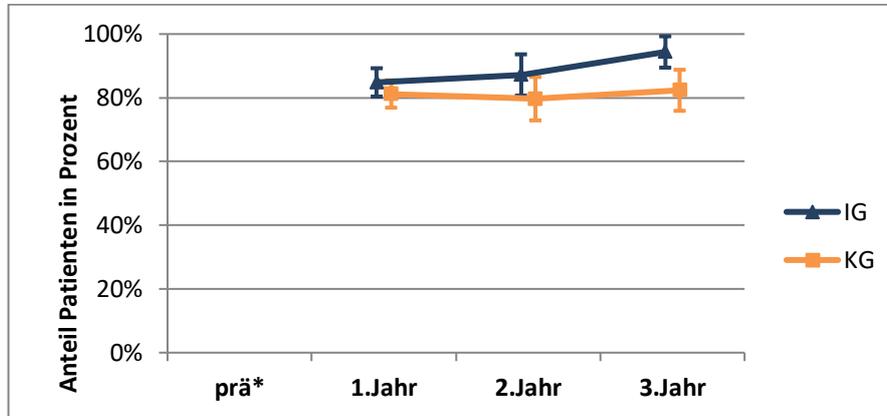


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

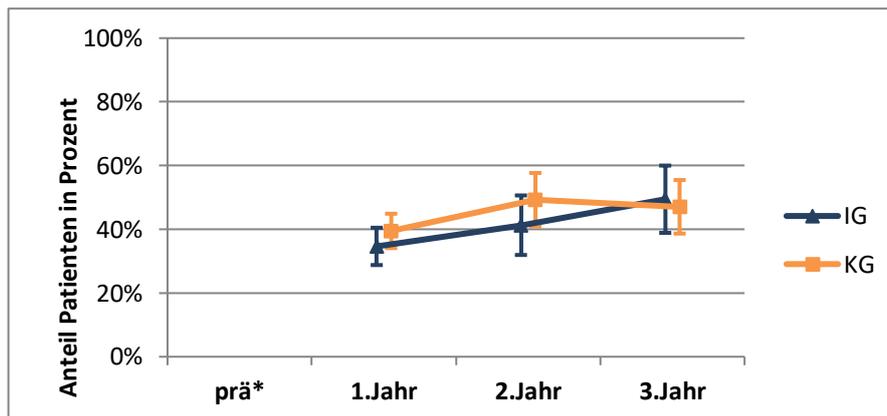
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

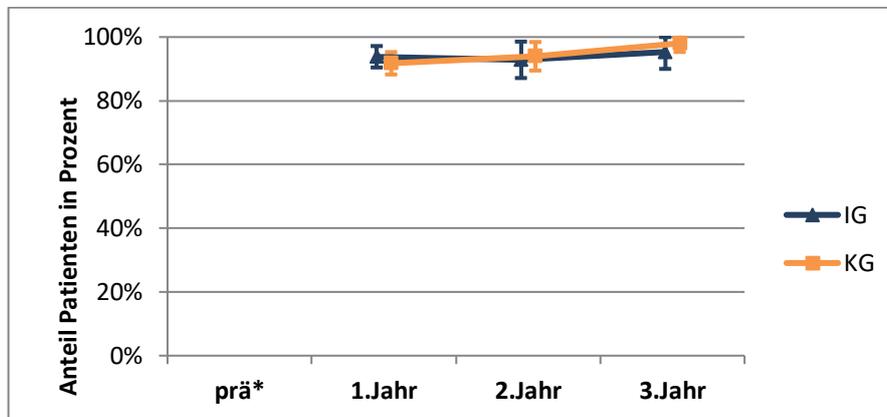


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

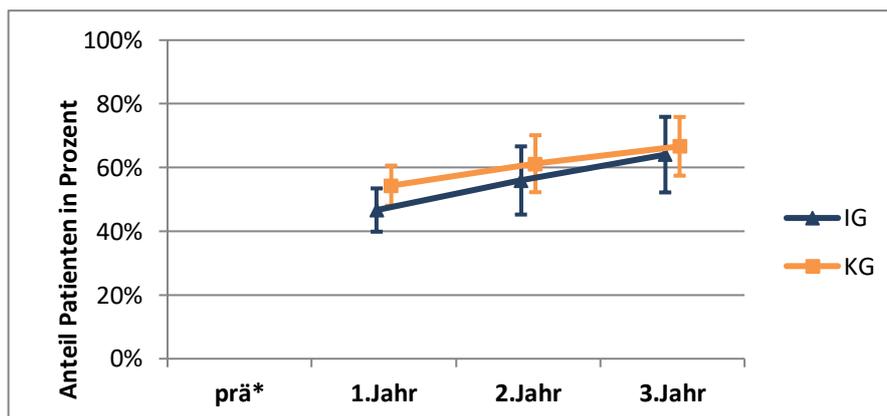
Klinikbekannte Patienten

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=482, KG=427; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=301, KG=379). 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 linikneue als auch für linikbekannte Patienten ergab sich im Zeitverlauf kein deutlicher Unterschied zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) bezüglich der Kontinuität der Behandlung – abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Bei den klinikbekannten Patienten stieg die Kontinuität eines ambulanten Kontakts innerhalb von 30 und 90 Tagen nach Krankenhausaufenthalt in der IG und der KG analog.

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

(ohne Unterscheidung in klinikeu 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	20	378	35	382
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,0 %	13,8 %	11,4 %	6,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,0 %	1,3 %	0,0 %	6,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,0 %	47,9 %	48,6 %	45,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,0 %	9,5 %	5,7 %	8,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,3 %	0,0 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,3 %	5,7 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,0 %	16,1 %	11,4 %	14,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	20,0 %	40,7 %	45,7 %	41,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	15	154	17	151
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,7 %	16,2 %	17,6 %	7,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	2,6 %	0,0 %	11,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	53,2 %	58,8 %	45,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,0 %	11,7 %	5,9 %	12,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	1,9 %	0,0 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	11,8 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	6,7 %	20,1 %	17,6 %	21,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,7 %	31,8 %	35,3 %	37,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	49	<10	57
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	8,2 %	50,0 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	4,1 %	0,0 %	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	53,1 %	100,0 %	42,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,3 %	16,3 %	25,0 %	17,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,1 %	0,0 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	14,3 %	50,0 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	16,7 %	32,7 %	0,0 %	35,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	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	17	365	29	346
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,6 %	22,5 %	41,4 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,6 %	3,8 %	3,4 %	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,5 %	75,1 %	82,8 %	68,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	64,7 %	23,0 %	31,0 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,9 %	3,8 %	3,4 %	5,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,9 %	6,9 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,2 %	27,9 %	41,4 %	28,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	15,3 %	13,8 %	19,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	12	149	15	133
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,7 %	28,2 %	60,0 %	17,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,3 %	7,4 %	6,7 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	77,2 %	100,0 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	58,3 %	28,2 %	33,3 %	36,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	4,0 %	6,7 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,3 %	13,3 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	36,2 %	60,0 %	41,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	10,7 %	0,0 %	13,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	48	<10	51
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	20,8 %	75,0 %	19,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	6,3 %	0,0 %	21,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	81,3 %	100,0 %	70,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	47,9 %	50,0 %	43,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,2 %	25,0 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	29,2 %	75,0 %	43,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	8,3 %	0,0 %	13,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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	11	337	26	310
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,2 %	26,1 %	42,3 %	17,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,3 %	6,8 %	3,8 %	18,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	86,9 %	96,2 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	72,7 %	45,1 %	46,2 %	53,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,2 %	5,0 %	7,7 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,2 %	11,5 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	34,7 %	42,3 %	38,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	8,3 %	3,8 %	9,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	138	13	119
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,1 %	32,6 %	69,2 %	22,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	33,3 %	10,9 %	7,7 %	25,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	91,3 %	100,0 %	84,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	66,7 %	55,8 %	46,2 %	63,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	22,2 %	5,1 %	15,4 %	13,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	4,3 %	15,4 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,4 %	44,2 %	69,2 %	53,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,6 %	0,0 %	6,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	46	<10	46
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	26,1 %	100,0 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	25,0 %	13,0 %	0,0 %	28,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	100,0 %	93,5 %	100,0 %	91,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	73,9 %	33,3 %	69,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	4,3 %	33,3 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	10,9 %	0,0 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	41,3 %	100,0 %	56,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,2 %	0,0 %	2,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

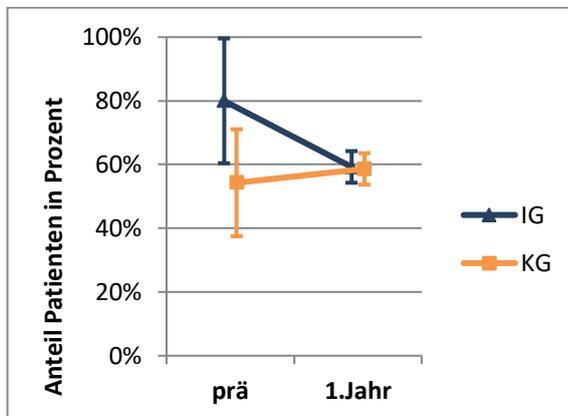
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

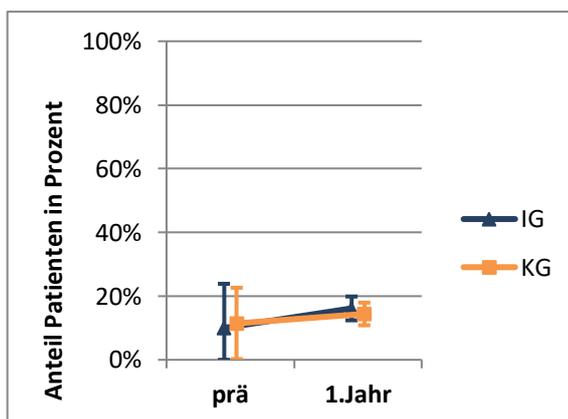
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

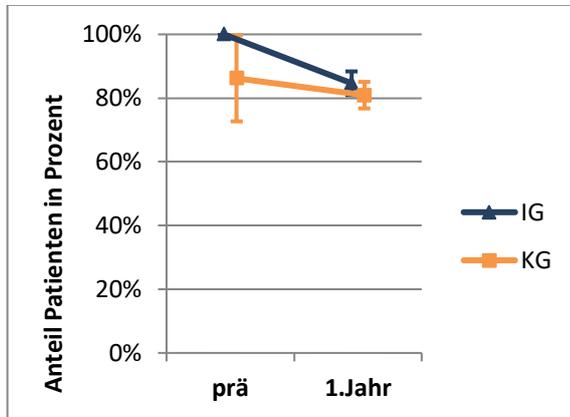


- Alle (psychiatrischer Sektor)

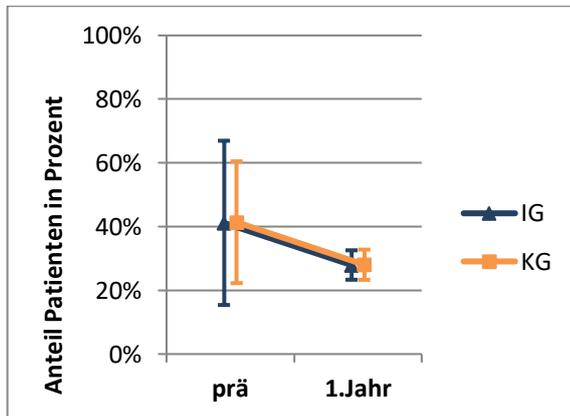


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



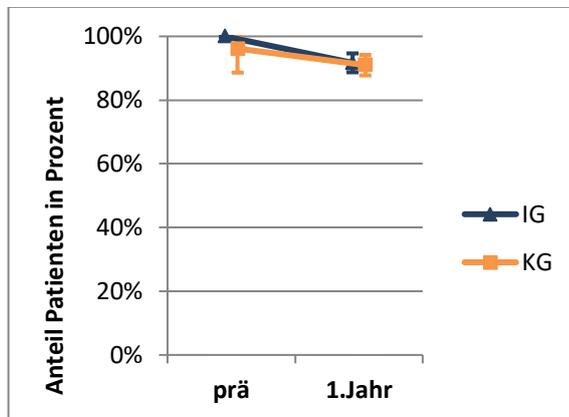
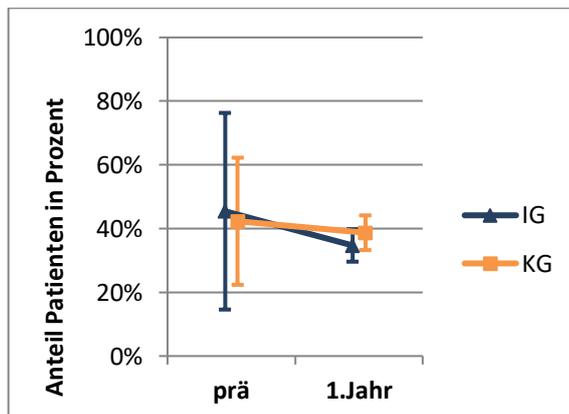
Kontakt innerhalb von 90 Tagen- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

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 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine ähnliche Entwicklung der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG). Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren.

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 233ff).

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)	452	452	452	452	431	431	431	431
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	439	449	415	395	405	421	384	367
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,2%	0,9%	0,0%	0,2%	0,0%	2,3%	0,9%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	500	500	500	500	492	492	492	492
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	492	495	488	476	478	479	460	448
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,4%	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	1,6%	1,2%	0,8%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

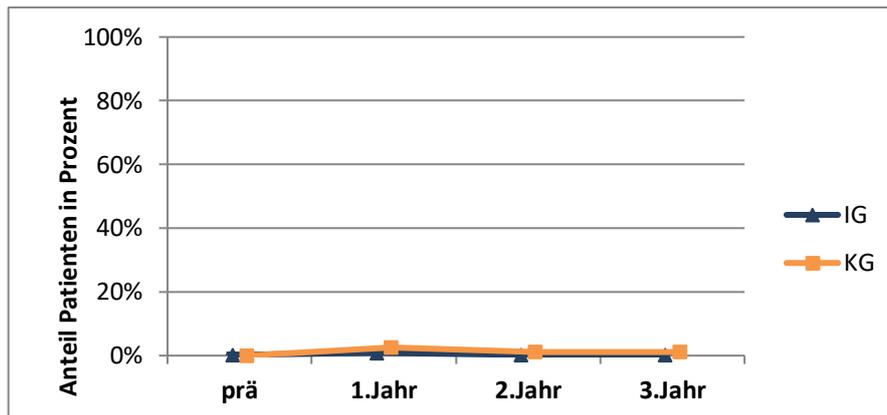
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

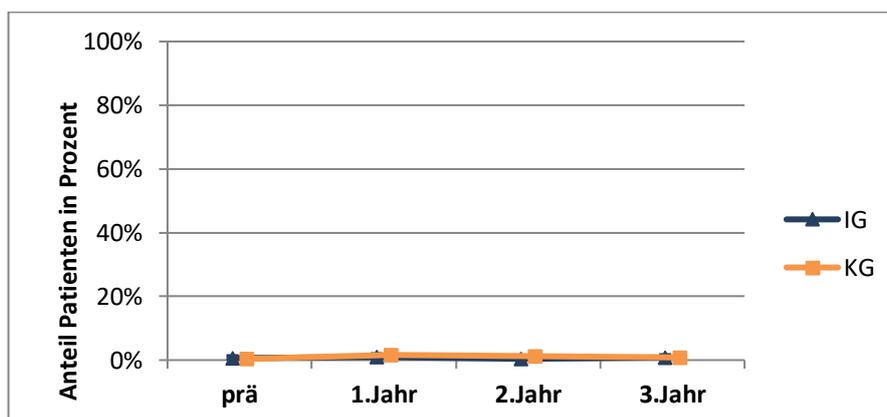
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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=452, KG=431; $n_{\text{klinikbekannt}}$: IG=500, KG=429) 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)	466	466	460	460
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	455	458	445	445
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,0%	0,6%	0,4%	1,5%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effektive 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 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

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)	293	293	292	291	320	320	320	319
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	117	257	58	52	109	252	80	66
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,2	63,6	15,5	9,2	10,0	61,2	16,6	13,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,8%	10,6%	3,8%	2,1%	14,1%	11,9%	4,4%	3,4%
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	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,4	0,7	1,0	1,4	0,4	0,4	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	303	303	302	301	269	269	267	266
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	147	141	75	71	140	133	78	77
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,7	1,7	2,1	1,7	1,7	2,0	2,2	2,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	31,4	25,9	11,0	11,1	41,8	44,0	18,2	22,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	12,5%	4,3%	2,0%	2,0%	13,8%	7,4%	4,1%	3,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	19	14	<10	<10	13	12	13	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,6	1,0	1,5	1,1	1,3	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	3,1	1,7	1,3	0,6	1,9	0,9	2,4	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,7%	0,7%	0,3%	0,3%	0,0%	0,4%	0,7%	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 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

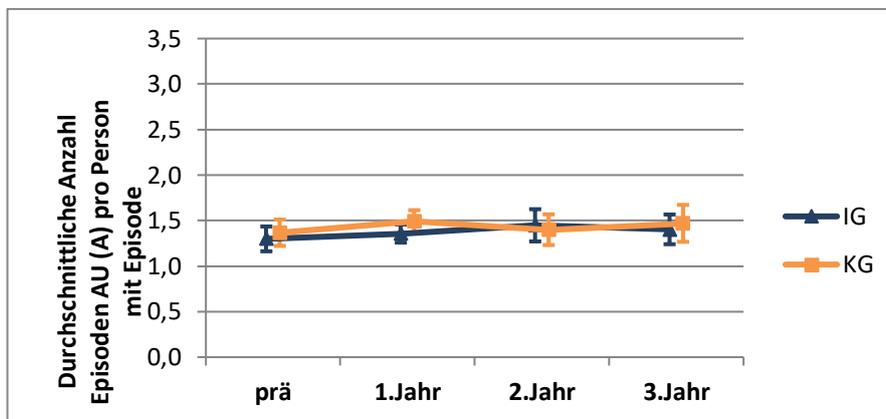
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

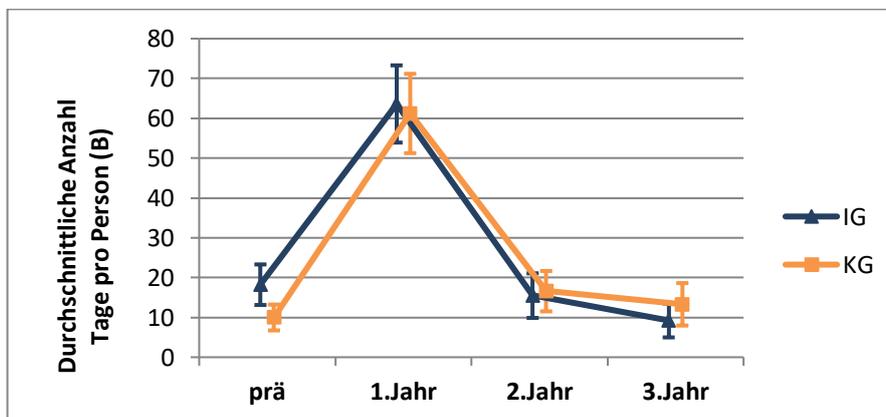
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

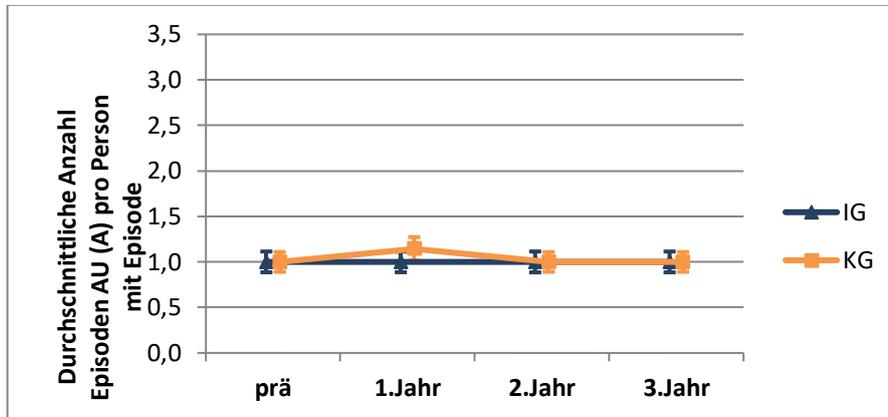


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

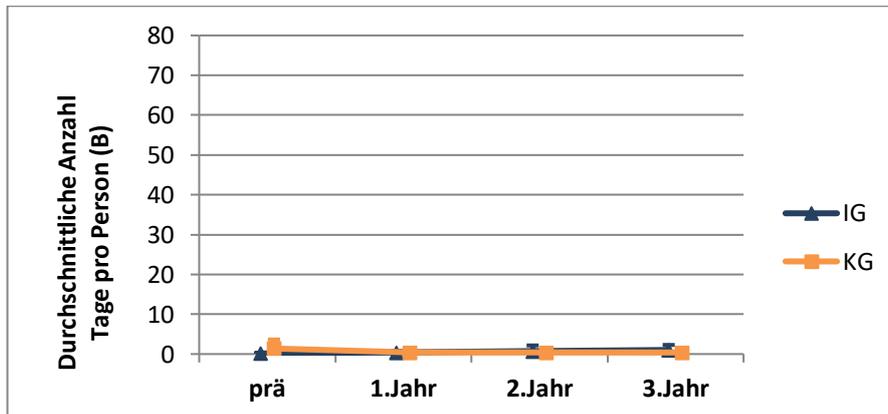


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



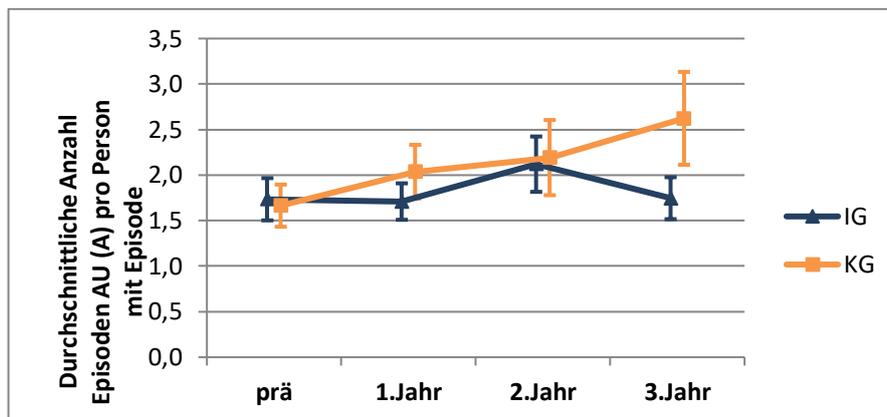
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

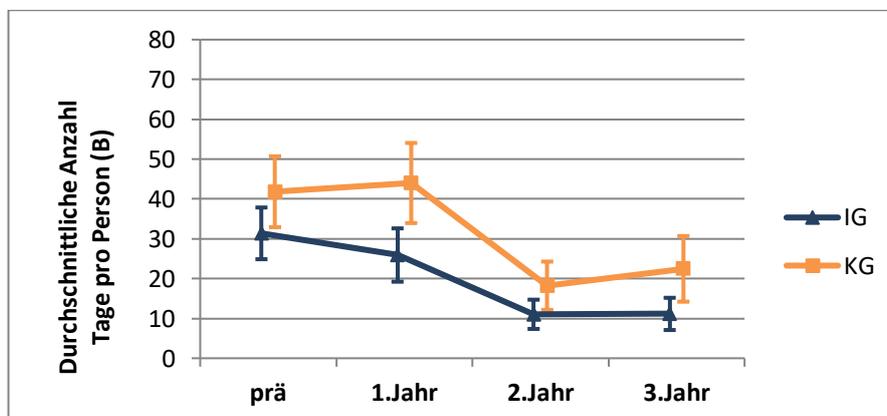
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

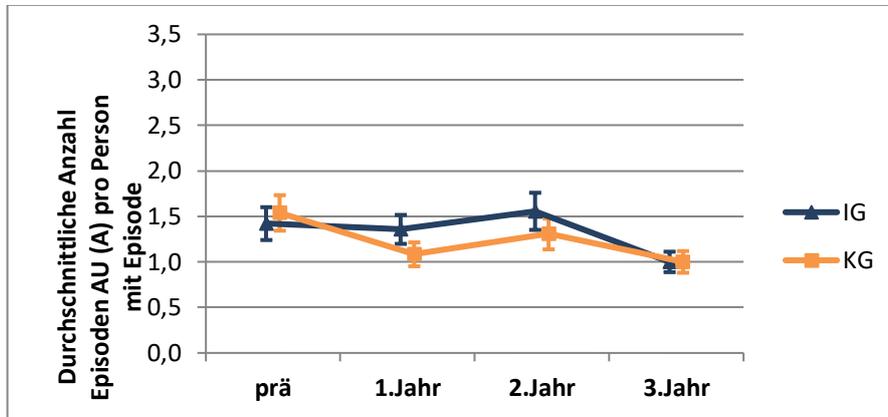


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

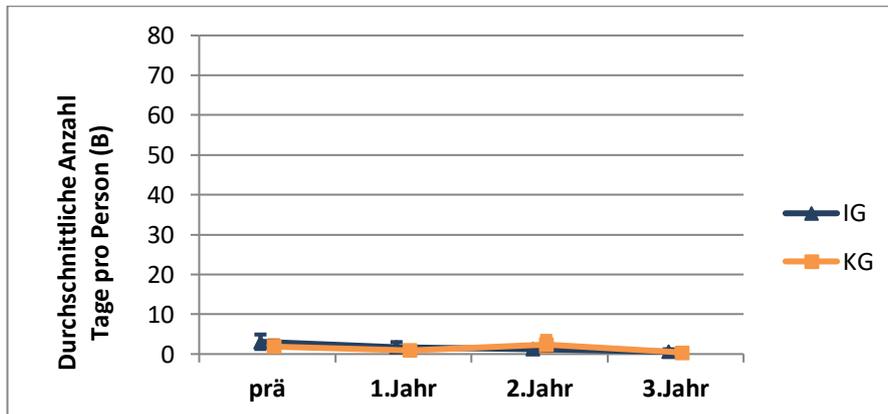


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- 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=293, KG=320; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=303, KG=269). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der AU-Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klirikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,3-1,5 AU-Episoden). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar, mit niedrigem Ausgangswert, Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Absinken auf ungefähr gleichem Ausgangswert. Das Verhältnis zwischen IG und KG kehrte sich über die Beobachtungszeit von höheren Tagen in der IG zu höheren Tagen in der KG um (prä: +8,2; 1. Jahr: +2,4; 2. Jahr: -1,1; 3. Jahr: -4,1 AU-Tage).

Bei den klirikbekannten Patienten waren die durchschnittlichen *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen über die Zeit relativ stabil bei 1,8 Episoden in der IG und stieg in der KG über die Zeit (prä: 1,7; 1. Jahr: 2,0; 2. Jahr: 2,2; 3. Jahr: 2,6 Episoden). Das Muster der durchschnittlichen Anzahl an AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen verlief zwischen IG und KG parallel, jedoch hatten Patienten der IG durchschnittlich über die Zeit 12 AU-Tage weniger als die Patienten der KG.

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)	339	339	344	344
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) 	133 1,2 21,3 24,5%	274 1,4 65,1 10,3%	114 1,4 15,9 16,6%	248 1,5 56,5 10,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	<10 1,0 0,7 0,0%	<10 1,0 0,5 0,0%	<10 1,6 0,5 0,6%	11 1,4 1,1 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

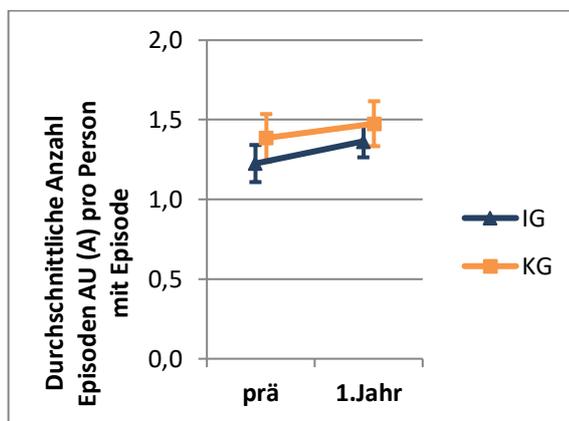
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

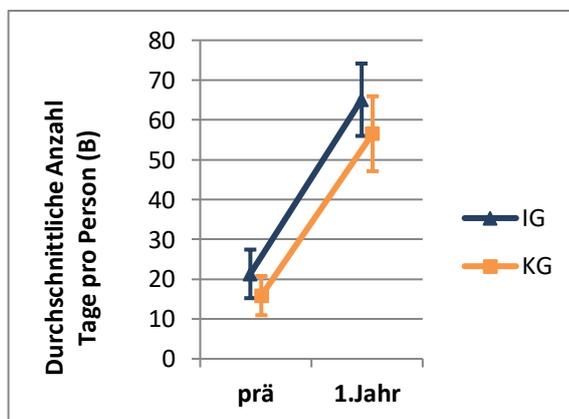
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 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 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 295ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=339 und 344) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen von der Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellen Jahr in der IG stärker als in der KG (IG: +43,7 AU-Tage; KG: +40,6 AU-Tage).

Der DiD-Parameter für AU-Tage 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 mehr 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 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 295 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. Bei einem Prä-Post-Vergleich wären maximal 13 Patienten in der Modellklinik und 13 Patienten aus der Kontrollgruppe untersucht worden. Es ließe sich praktisch keine Aussage ableiten. Aus diesem Grunde wurde bei diesem Parameter lediglich ein Post-Vergleich gerechnet.

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	340	298
<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) 	23,2% 116,4	28,5% 87,0
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	144	116
<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) 	11,5% 105,2	13,4% 87,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	52	46
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	4,4% 113,5	7,0% 100,3

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

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

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.

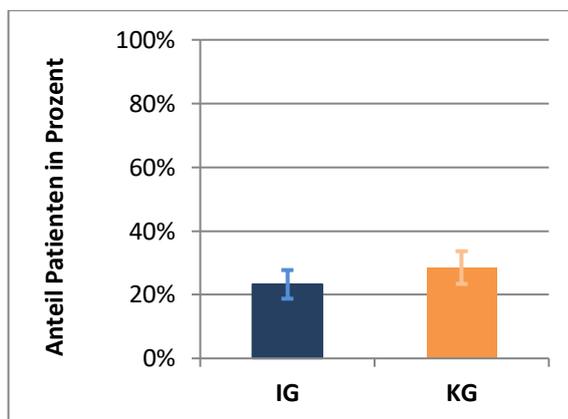
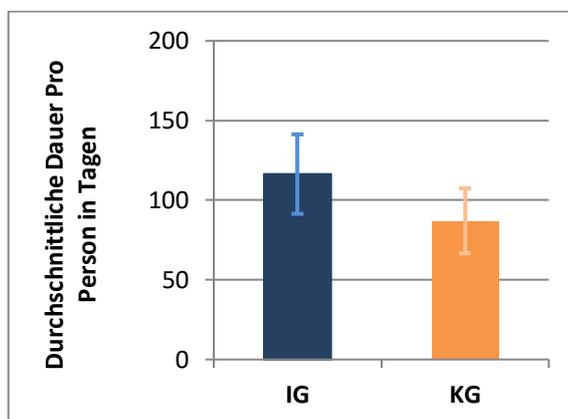
Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) (alle)**Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) (alle)**

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 233 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=340 und 298) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt im ersten patientenindividuellen Jahr in der Modellklinik (IG) etwas geringer als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 23,2%; KG: 28,5%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG deutlich höher als in der KG (IG: 116,4 Tage; KG: 87,0 Tage).

Der geschätzten DiD-Parameter für die Dauer über alle Patienten war 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)	512	512	486	470	512	512	483	468
Mittlerer Elixhauser Score								
• Mittelwert	2,7	3,4	2,9	2,9	2,4	3,2	2,5	2,6

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	588	588	582	571	584	584	569	551
Mittlerer Elixhauser Score								
• Mittelwert	2,9	3,0	3,0	3,1	3,1	3,3	3,1	3,2

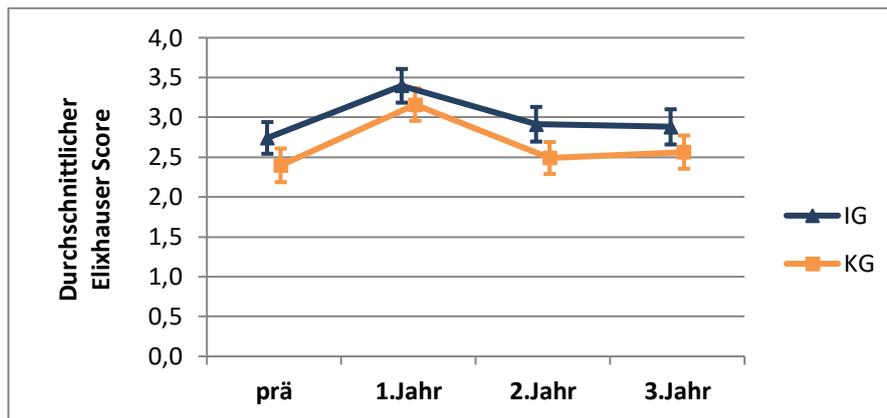
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

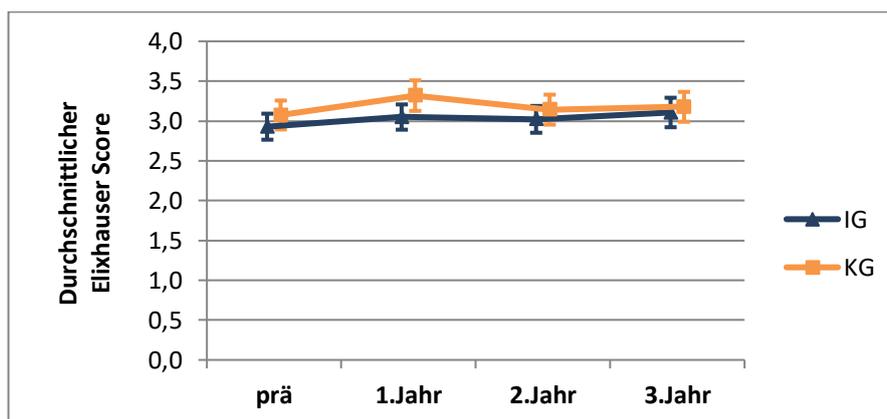


Klinikbekannte Patienten

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=512, KG=512; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=588, KG=584) war das Verlaufsmuster des durchschnittlichen Elixhauser Scores über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten vergleichbar. Bei den klinikneuen Patienten wiesen die Patienten der IG im Durchschnitt einen um 0,3 geringeren Score auf als in der KG. Dieser Unterschied ist klinisch jedoch als sehr gering einzustufen. 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 (ausgenommen im ersten patientenindividuellen Jahr), 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)	565	565
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,3 2 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) 	2,1 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) 	1,2 1 0 - 2	1,3 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.

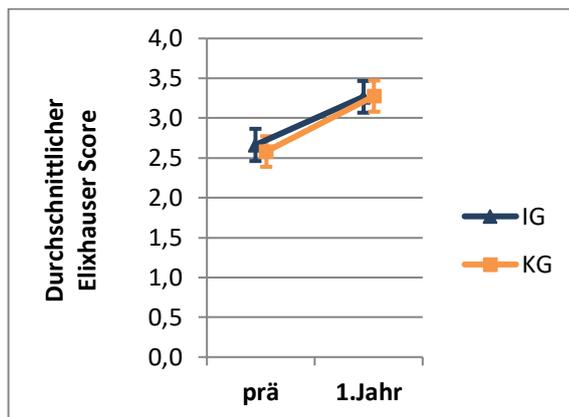
Mittlerer Elixhauser Score

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 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

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

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	512	512	512	512	512	512
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	5,1 %	8,2 %	9,6 %	5,7 %	8,6 %	10,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	588	588	588	584	584	584
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	1,0 %	2,9 %	4,1 %	2,6 %	5,7 %	7,7 %

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

Klinikneue Patienten

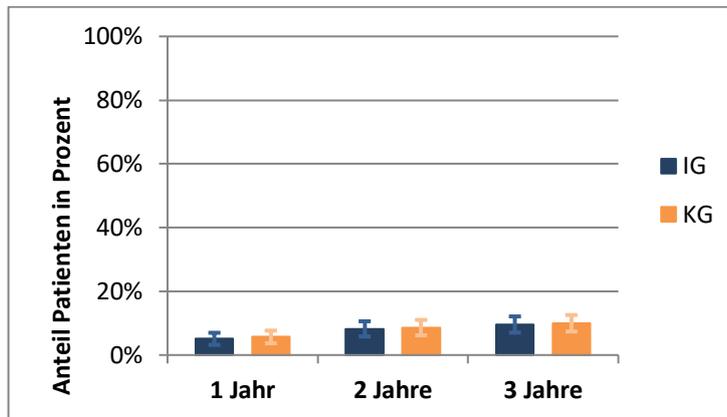
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Klinikbekannte Patienten

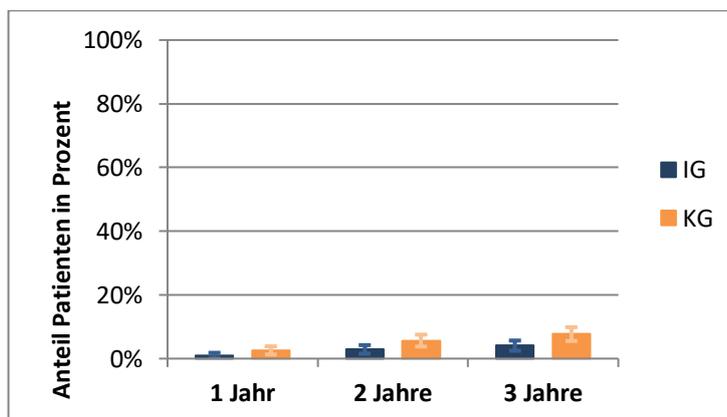
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=512, KG=512; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=588, KG=584) zeigten sich bei linikneuen und linikbekannten Patienten keine relevanten Unterschiede hinsichtlich der 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)	565	565
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,9 %	5,7 %

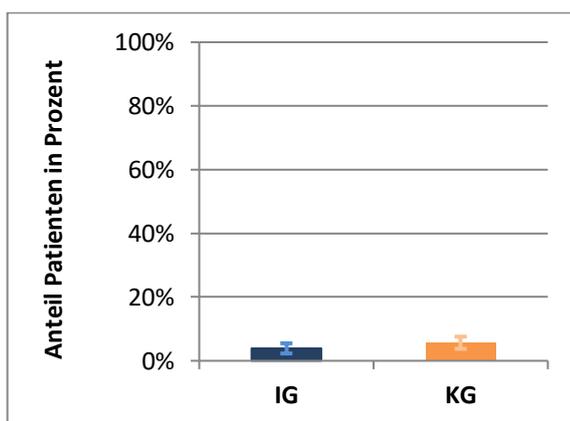
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Anzahl Tode



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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 233ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der Modellklinik (IG) marginal geringer als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 3,9%; KG: 5,7%). 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	486	470	463	483	468	461
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	176	183	194	133	144	144
• Jegliche depr. Episode ³	282	287	290	267	267	268
• ohne Suchterkrankung ⁵	367	355	348	344	335	331
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	12,5 %	18,0 %	19,1 %	18,0 %	20,1 %	22,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	6,0 %	7,3 %	8,3 %	6,0 %	7,1 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	21,3 %	25,6 %	27,9 %	21,2 %	25,1 %	28,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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	582	571	564	569	551	539
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	108	117	126	93	103	106
• Jegliche depr. Episode ³	233	231	233	230	234	233
• ohne Suchterkrankung ⁵	356	352	348	340	334	328
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	5,6 %	7,7 %	9,5 %	9,7 %	8,7 %	10,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,2 %	7,8 %	11,6 %	2,2 %	3,0 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	7,0 %	11,6 %	14,9 %	7,9 %	11,7 %	15,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Klinikneue Patienten

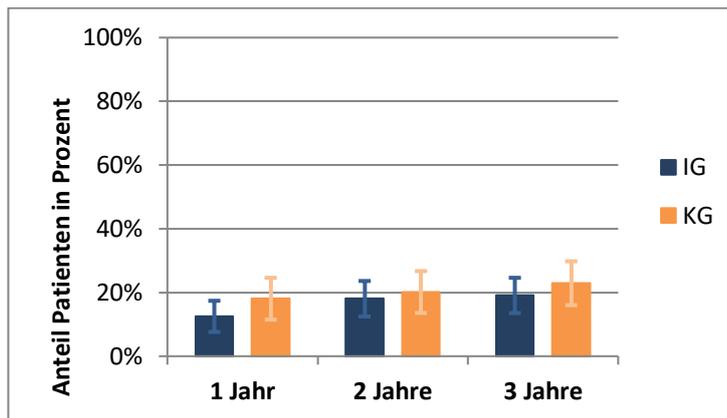
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

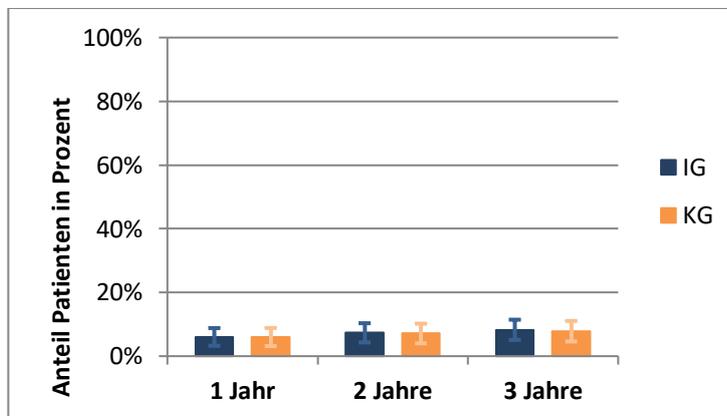
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

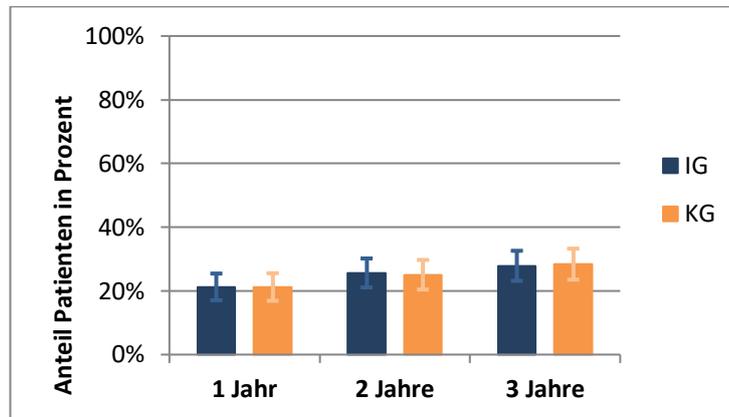
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

Klinikbekannte Patienten

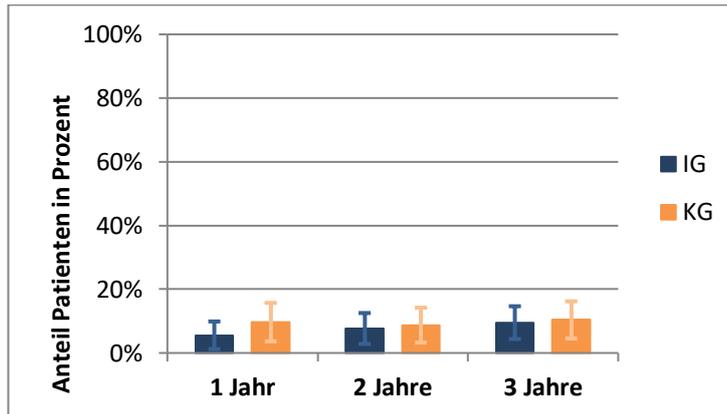
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

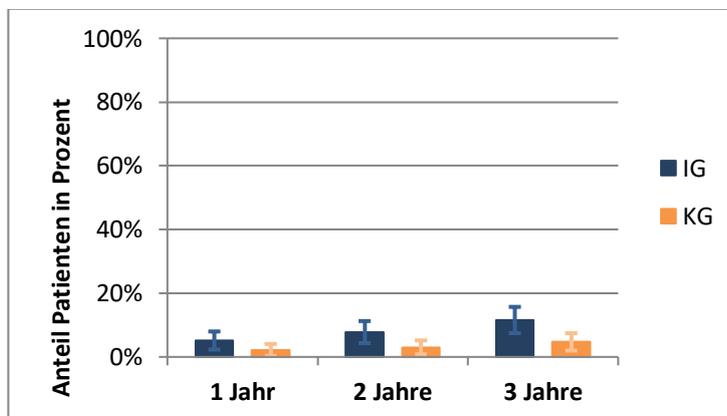
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

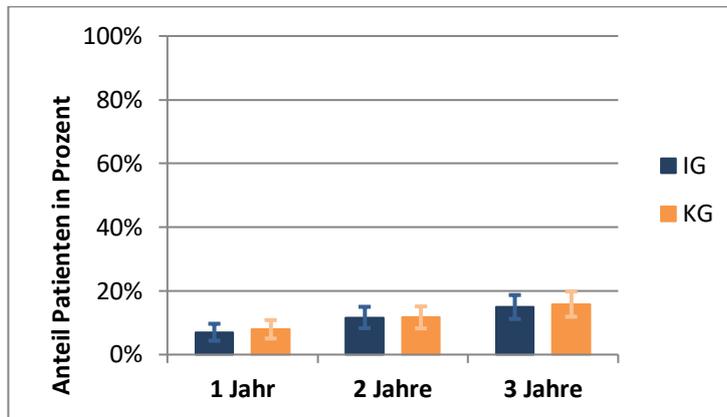
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=486, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=582, KG=569) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Die Anstiege waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit vergleichbar. In der IG entwickelte ein höherer Anteil der klinikbekannten Patienten eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG. Dabei war der Unterschied gering (3,0-6,9%-Punkte höhere Progression in der IG im Vergleich zur KG).

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	543	533
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	192	176
• Jegliche depr. Episode ³	317	306
• ohne Suchterkrankung ⁵	390	373
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	9,4 %	19,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,0 %	4,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	17,7 %	18,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

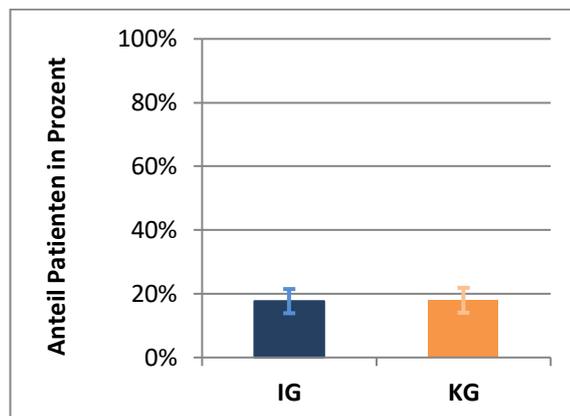


Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

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. Der Anteil an Patienten, der eine rezidivierende depressive Störung (*Progression B*) oder eine Suchterkrankung entwickelte (*Progression C*) war zwischen IG und KG vergleichbar.

8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

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

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

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	41	42
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	7,3 %	0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	43	49
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	2,0 %

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>56 3,6 %</p>	<p>57 3,5 %</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 50,0 %</p>	<p><10 33,3 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>33 45,5 %</p>	<p>28 46,4 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>181 44,8 %</p>	<p>211 45,5 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>181 7,7 %</p>	<p>168 13,1 %</p>

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

² ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar.

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch geringer als in der KG (IG: 7,7%; KG: 13,1%).

Die geschätzten DiD-Parameter beider Untersuchungen zeigten jedoch, dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind (Antidepressiva (G)) bzw. war die Fallzahl zu niedrig um entsprechende Tests zu rechnen (Psychotherapie (I)).

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>23 95,7 %</p>	<p>24 75,0 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p><10 100,0 %</p>	<p>15 86,7 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p><10 0,0 %</p>	<p><10 20,0 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

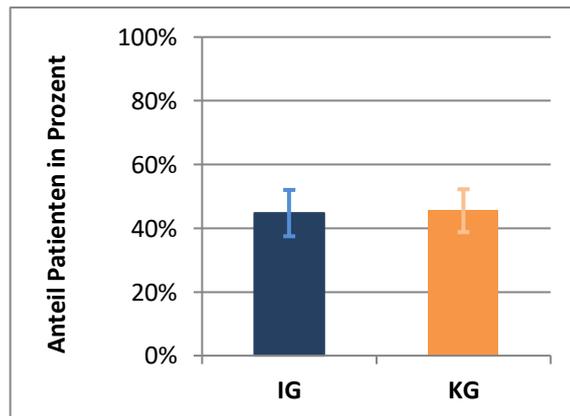
Demenz E

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 233ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 247ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

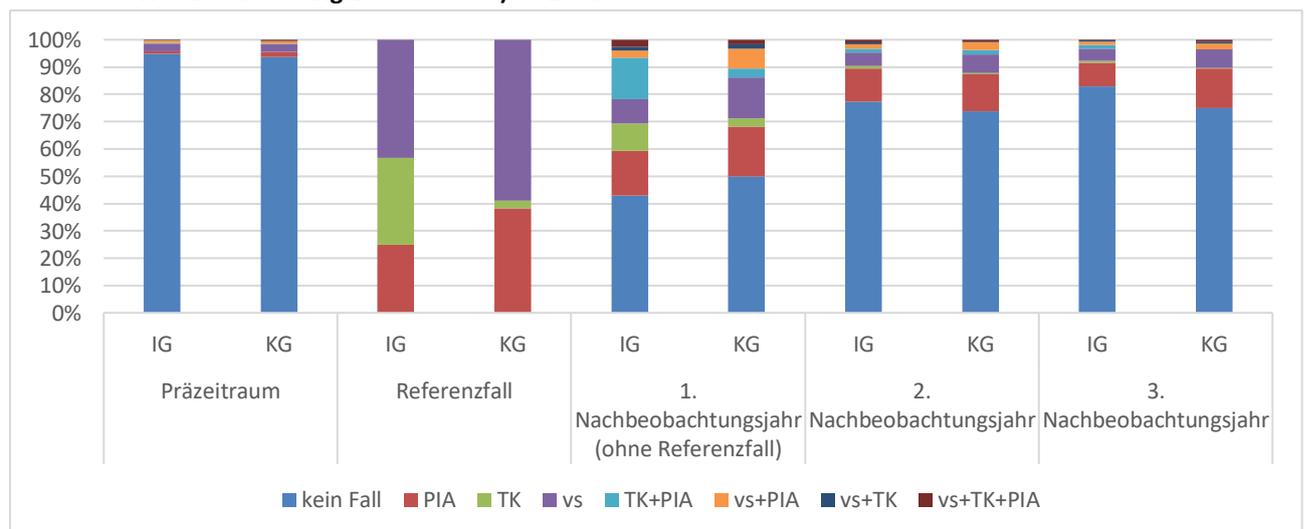
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home-treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation* mit Studieneintritt im ersten 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+PIA		2	1,000				13	8	1,000	5	3	1,000	1	3	1,000
vs+TK	1		1,000				7	9	1,000	3	2	1,000	2	4	1,000
vs+PIA	5	5	1,000				14	37	0,002	8	13	1,000	6	9	1,000
TK+PIA	1	1	1,000				78	17	<0,001	7	8	1,000	7	1	0,461
vs	15	15	1,000	222	302	<0,001	45	76	0,019	24	33	1,000	20	31	0,727
TK				162	14	<0,001	51	16	<0,001	4	2	1,000	4	1	1,000
PIA	5	9	1,000	128	196	<0,001	84	93	1,000	59	66	1,000	40	68	0,040
kein Fall	485	480	1,000				220	256	0,201	376	356	1,000	390	351	0,032
Gesamtergebnis	512	512	1,000	512	512	<0,001	512	512	<0,001	486	483	1,000	470	468	0,040

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

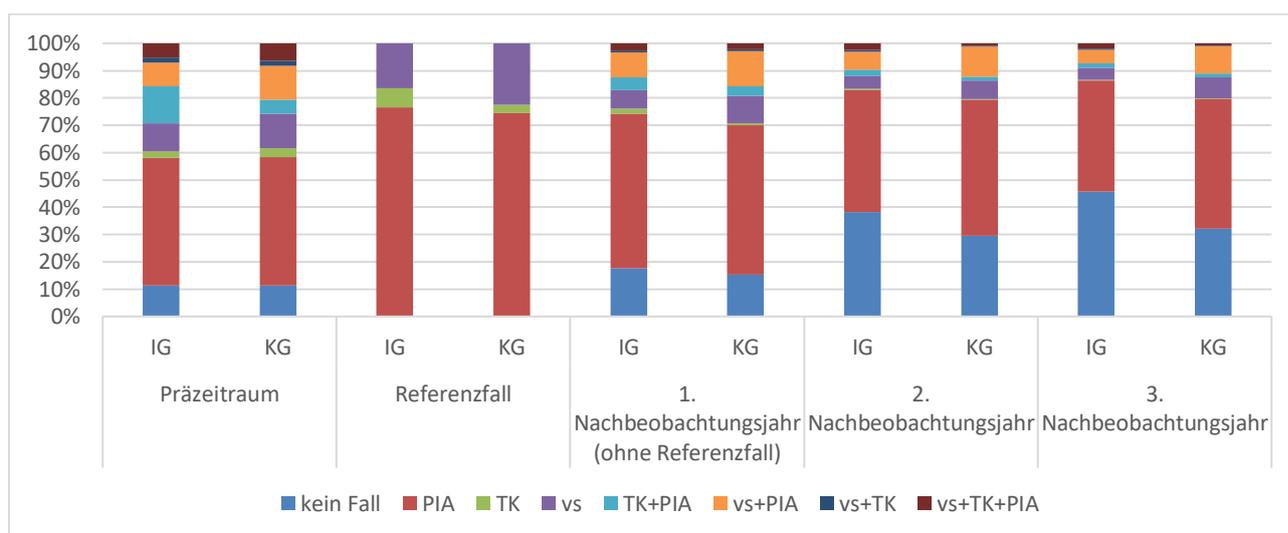


Klinikbekannte Patienten

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. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	30	37	1,000				15	13	1,000	14	6	0,374	11	4	0,541
vs+TK	12	11	1,000				5	4	1,000	4	1	0,890	3	2	1,000
vs+PIA	50	72	0,236				53	75	0,622	38	63	0,155	28	55	0,012
TK+PIA	80	31	<0,001				28	20	1,000	14	7	0,848	9	8	1,000
vs	60	74	1,000	96	131	0,049	40	59	0,622	27	39	0,890	25	42	0,154
TK	14	19	1,000	42	18	0,010	11	5	1,000	2	1	1,000	2	1	1,000
PIA	276	274	1,000	450	436	0,686	332	319	1,000	260	285	0,205	232	263	0,126
kein Fall	66	67	1,000				104	90	1,000	223	168	0,021	261	177	<0,001
Gesamtergebnis	588	585	0,003	588	585	0,005	588	585	0,936	582	570	0,013	571	552	<0,001

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigen sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ($p = 1$) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wird jedoch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ($p < 0,001$). So wies die IG einen signifikant geringeren Anteil an vollstationär sowie einen signifikant geringeren Anteil an in der PIA behandelten Patienten gegenüber der KG auf. Im Gegenzug dazu war der Anteil der tagesklinischen Referenzfälle in der IG signifikant höher. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) war für Patienten, die sowohl stationär als auch in der PIA behandelt wurden, der Anteil der vollstationär und in der PIA behandelten Patienten in der KG höher. Bei den Patienten mit zusätzlicher teilstationärer Behandlung war der Anteil in der IG höher. Dies zeigt sich auch bei den Patienten, die aus-

schließlich stationär behandelt wurden: der Anteil vollstationär versorgter Patienten war in der IG höher, wohingegen der Anteil tagesklinisch versorgter Patienten in der KG höher war. Im zweiten Jahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen IG und KG. Im dritten Jahr war ein signifikant höherer Anteil an Patienten ohne Krankenhausbehandlung in der IG zu verzeichnen. In der KG wurden hingegen mehr Patienten als in der IG versorgt.

Auch im zweiten und dritten Jahr unterschieden sich IG und KG signifikant voneinander. So war in beiden Jahren der Anteil der Patienten ohne Krankenhausbehandlung (einschl. PIA) in der IG signifikant geringer. Im zweiten und dritten Jahr ebenfalls geringer waren die Anteile an ausschließlich in der PIA behandelten Patienten in der IG. Im zweiten Jahr geringer in der IG war ebenfalls der Anteil vollstationär und in der PIA behandelten Patienten. Demgegenüber war im zweiten Jahr der Anteil an vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelten Patienten in der IG höher.

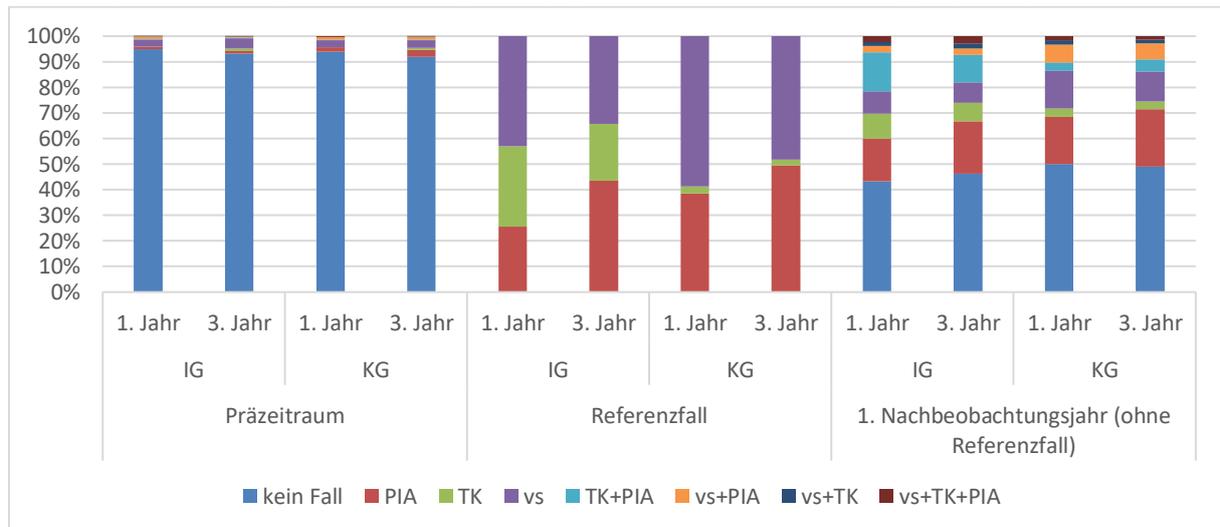
Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich bereits im Prä-Zeitraum ein signifikant höherer Anteil an Patienten mit tagesklinischer und PIA-Behandlung. Im Referenzfall zeigten sich in der IG ein höherer Anteil tagesklinisch und ein geringerer Anteil vollstationär behandelte Patienten. Im zweiten Jahr zeigte sich ein signifikant höherer Anteil ohne Krankenhausbehandlung in der IG. Dieser Unterschied blieb auch im dritten Jahr erhalten. Hier kommt zusätzlich ein geringerer Anteil an vollstationär und in der PIA behandelten Patienten in der IG hinzu.

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+PIA			2						13	16	8	8
vs+TK	1	1		1					7	11	10	8
vs+PIA	5	2	5	6					14	15	38	35
TK+PIA	1	2	1	2					82	60	17	27
vs	15	22	15	17	231	194	315	272	46	45	79	67
TK		6		4	169	125	15	13	53	41	17	16
PIA	5	6	10	16	137	246	207	280	89	116	100	127
kein Fall	510	526	504	519					233	261	268	277
Gesamtergebnis	537	565	537	565	537	565	537	565	537	565	537	565

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 32 und Abbildung 25).

Für den Referenzfall ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede der Verteilungen zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 der IG sowie der KG. In der IG zeigte sich ein Anstieg der Anteile der Patienten mit tagesklinischem oder PIA-Referenzfall und eine Verringerung des Anteils mit vollstationärem Referenzfall von Kohorte 1 zu Kohorte 3. In der KG war ebenfalls ein Anstieg von PIA-Referenzfällen bei einer Reduktion der vollstationären Referenzfälle zu verzeichnen. Beim Vergleich von Kohorte 1 der IG mit Kohorte 1 der KG zeigte sich ein geringerer Anteil von PIA- und vollstationären Referenzfällen in der IG, denen ein höherer Anteil an teilstationären Referenzfällen gegenüberstand. Der Vergleich von IG Kohorte 3 und KG Kohorte 3 ergab das gleiche Muster.

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

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

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

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	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	486	483	486	483
N mit mind. einem Fall	21	22	2	3	222	302	162	14	79	130	149	50	40	51	19	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	1,7	1,7	0,4	0,6	1,3	2,7	0,8	0,3	0,4	0,3	0,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,6	0,1	0,0	2,4	4,0	3,7	0,6	2,6	2,9	9,1	1,6	0,7	0,8	1,1	0,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,2	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-	0,2	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	-	-	0,8	0,7	-	-	0,7	0,5	-	-	0,6	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	-	0,1	0,0	0,1	1,5	-	0,0	0,2	0,5	0,0	-	0,2	0,1	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,0	4,7	-	0,1	0,2	2,1	0,1	-	0,1	0,1	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,5	-	-	-	-	-	0,0	0,3	0,6	-	-	0,2	0,2	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,2	-	-	-	-	-	0,1	0,2	0,3	-	-	0,1	0,1	-	-
Gesamt	1,3	1,8	0,1	0,2	3,8	6,7	11,6	1,1	4,7	6,3	14,4	2,5	2,1	2,6	1,6	1,3

(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	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	512	486	483	486	483
N mit mind. einem Fall	21	22	2	3	222	302	162	14	79	130	149	50	40	51	19	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3	5	10	2	1	3	5	16	4	5	9	9	3	4	7	12
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10	13	27	8	5	7	12	21	17	12	31	16	9	8	29	24
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0	0	-	-	0	0	-	-	1	1	-	-	2	1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1	2	-	-	2	1	-	-	4	2	-	-	7	6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1	2	-	9	0	0	5	-	0	1	2	0	-	1	2	4
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2	2	-	7	0	0	15	-	0	1	7	1	-	1	2	5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	7	12	-	-	-	-	-	1	2	2	-	-	2	2	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	6	6	-	-	-	-	-	2	1	1	-	-	1	1	-	-
Gesamt	31	42	36	26	9	11	37	39	30	25	49	26	25	24	40	43

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	430	426	430	426	430	426	406	400	391	386
N mit mind. einem Fall	7	15	106	160	155	126	67	74	45	68
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,4	0,7	1,5	2,1	0,7	1,2	0,5	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,0	0,0	0,1	2,4	1,0	1,7	0,4	0,9	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,0	-	0,1	-	0,0	-
Gesamt	0,1	0,1	0,5	0,8	4,0	3,1	2,5	1,7	1,5	1,7

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	430	426	430	426	430	426	406	400	391	386
N mit mind. einem Fall	7	15	106	160	155	126	67	74	45	68
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	2,5	1,8	1,9	4,1	7,1	4,3	6,7	4,2	6,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,1	0,1	0,3	6,7	3,3	10,3	2,4	7,6	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	2,4	-	-	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,4	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	-	0,6	-	0,4	-
Gesamt	5,0	2,5	1,9	2,1	11,0	10,5	15,3	9,2	12,6	9,9

Klinikbekannte Patienten

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

	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	588	585	588	585	588	585	588	585	588	585	588	585	582	570	582	570
N mit mind. einem Fall	152	194	136	98	96	131	42	18	113	151	59	42	83	109	34	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	2,0	2,4	2,0	0,1	0,4	0,5	0,3	0,6	1,1	0,8	0,7	0,7	0,9	0,3	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	4,6	5,6	4,0	0,6	1,6	1,5	0,5	2,3	2,7	2,6	1,6	2,4	2,5	1,6	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	0,0	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,8	-	-	0,1	0,3	-	-	0,5	1,1	-	-	1,0	1,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,7	-	0,0	0,0	0,1	-	0,1	0,0	0,5	-	0,1	0,1	0,2	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,1	2,6	-	0,0	0,0	0,2	-	0,1	0,0	1,0	-	0,2	0,1	0,4	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	0,2	0,3	-	-	0,1	0,3	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,3	-	-
Gesamt	5,2	8,1	11,4	6,0	0,9	2,4	2,3	0,9	3,9	5,7	4,8	2,2	4,7	5,4	2,5	0,7

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

	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	588	585	588	585	588	585	588	585	588	585	588	585	582	570	582	570
N mit mind. einem Fall	152	194	136	98	96	131	42	18	113	151	59	42	83	109	34	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,1	5,9	10,5	11,7	0,6	1,9	7,0	9,9	2,9	4,1	7,6	9,5	4,6	4,8	5,5	9,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,4	13,9	24,4	23,9	3,7	6,9	21,1	17,8	11,8	10,5	25,6	21,7	17,0	13,1	27,6	17,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,4	-	-	0,1	0,3	-	-	0,2	0,8	-	-	0,4	1,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,3	2,6	-	-	0,8	1,5	-	-	2,9	4,3	-	-	7,0	5,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,4	2,8	-	0,1	0,1	1,3	-	0,4	0,1	4,9	-	0,8	0,4	3,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	0,3	11,4	-	0,3	0,0	3,1	-	0,6	0,1	10,1	-	1,3	0,3	6,3	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,5	-	-	-	-	-	-	1,2	1,2	-	-	1,0	1,6	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,4	-	-	-	-	-	-	0,4	0,9	-	-	0,8	1,4	-	-
Gesamt	20,1	24,3	49,2	35,6	5,5	10,8	32,5	27,8	20,4	22,1	48,3	31,2	32,9	28,3	42,5	26,5

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	496	492	496	492	496	492	492	480	481	465
N mit mind. einem Fall	366	352	378	371	359	365	270	306	233	282
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,3	1,2	3,3	5,4	2,1	5,0	1,6	4,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,9	0,5	5,9	2,9	5,1	2,5	5,1	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,1	0,0	0,3	0,5	0,5	0,5	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	0,1	0,4	0,3	0,4	0,3
Gesamt	0,1	0,2	3,1	1,8	9,3	8,7	8,1	8,3	7,5	6,8

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

	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Nachbeobach- tungs- jahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobach- tungs- jahr		3. Nachbeobach- tungs- jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	496	492	496	492	496	492	492	480	481	465
N mit mind. einem Fall	366	352	378	371	359	365	270	306	233	282
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,7	1,6	4,5	7,3	3,9	7,9	3,2	6,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	2,4	0,7	8,1	3,9	9,3	3,9	10,4	3,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,1	0,1	0,5	0,9	0,8	1,1	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	0,1	0,7	0,4	0,8	0,5
Gesamt	0,1	0,3	4,1	2,4	12,8	11,7	14,8	13,1	15,6	11,2

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der stationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die klinikneuen Patienten zwischen IG und KG. Im Rahmen der stationären Referenzbehandlung zeigten sich in der IG signifikant weniger Therapieeinheiten im vollstationären Bereich, wobei sich dies auf die Gesamtgruppe bezieht (vgl. Tabelle 33). Für die Subgruppe der vollstationär behandelten Patienten ergaben sich kein Unterschied in der Höhe der TEs (vgl. Tabelle 34). In der tagesklinischen ergaben sich im Referenzfall aufgrund der höheren Patientenzahlen in der IG mehr TE je Patient gesamt. In der Subgruppe der tagesklinisch behandelten Patienten war kein Unterschied in der Gesamtzahl der TEs feststellbar, jedoch fand in der KG fast ausschließlich eine Regelbehandlung statt, wohingegen in der IG auch psychotherapeutische Komplexbehandlungen erbracht wurden. Im zweiten Jahr zeigten sich hinsichtlich der Zahl vollstationärer TEs keine Unterschiede zwischen IG und KG. Teilstationär wurden jedoch signifikant mehr TEs in der IG als in der KG erbracht. Im zweiten Jahr waren weder voll- noch teilstationär Unterschiede zwischen IG und KG bei der Leistungserbringung ersichtlich.

Im Referenzfall in der PIA zeigten sich signifikant mehr Kontakte in der KG, wobei es sich um den Effekt verschieden hoher Patientenzahlen handelt (vgl. Tabelle 35), der sich in der Gruppe der tatsächlich behandelten nicht finden ließ (vgl. Tabelle 36). In der Gesamtzahl der Kontakte ließ sich für die Folgejahre kein Unterschied zwischen IG und KG feststellen.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum Unterschiede in der Höhe der vollstationären TEs, hier wies die IG mehr TEs auf (vgl. Tabelle 37) wobei dieser Effekt eher auf unterschiedlich hoher Patientenanteile zurückzuführen ist, da sich kein Unterschied bei der Subgruppe der behandelten Patienten zeigte (vgl. Tabelle 38). Auch im teilstationären Setting zeigten sich signifikant mehr TEs in der IG, sowohl für die Gesamtgruppe als auch die Subgruppe der tatsächlichen Patienten. Auch im Referenzfall ergaben sich Unterschiede im tagesklinischen Bereich, wobei es auch hier wie-

der die in IG und KG verschieden hohen Patientenzahlen sind, da sich der Effekt nicht für die Subgruppe der behandelten Patienten zeigte. Vollstationär waren hingegen signifikant weniger TEs in der Gesamt-IG als auch in der bedingten Subgruppe zu verzeichnen. Im Jahr nach Referenzfall waren vollstationär keine Unterschiede in der Höhe der TEs erkennbar, im tagesklinischen Setting waren es sowohl gesamt als auch bedingt mehr TEs in der IG. Das gleiche Muster ließ sich auch im zweiten Jahr erkennen, wobei es hier in beiden Gruppen wesentlich weniger behandelte Patienten in IG und KG waren.

In der PIA gab es Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug auf die Kontakthäufigkeit im Referenzfall, wobei mehr Kontakte in der IG erfolgten (vgl. Tabelle 39 und Tabelle 40). Im Jahr darauf war es weniger die Gesamtzahl der Kontakte als vielmehr die Behandlergruppe, die sich unterschied (mehr Arztkontakte in der KG, mehr Therapeutenkontakte in der IG). Dieses Muster setzte sich im zweiten und dritten Jahr fort.

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

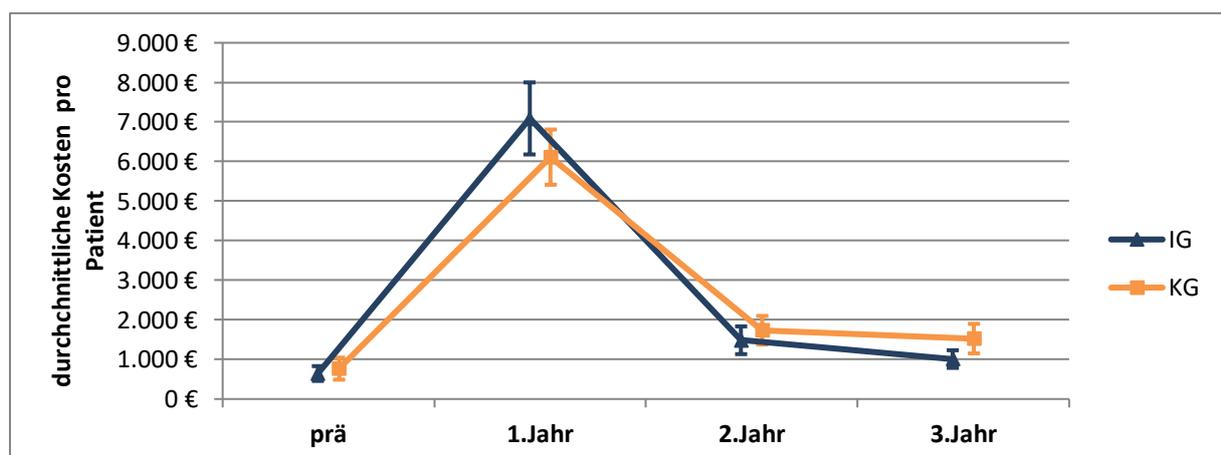
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	466	512	428	400	422	512	402	378
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	644,22 €	7.088,59 €	1.484,58 €	1.008,99 €	767,39 €	6.111,56 €	1.737,90 €	1.525,92 €
Standardabweichung	2.158,22 €	10.503,83 €	3.943,06 €	2.464,89 €	3.215,56 €	8.046,82 €	4.049,15 €	4.125,82 €
Minimum	0,00 €	248,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	22,34 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,47 €	1.731,48 €	28,25 €	22,89 €	2,30 €	850,55 €	20,48 €	19,07 €
Median	85,80 €	4.739,43 €	225,89 €	163,90 €	64,67 €	2.903,61 €	235,86 €	190,18 €
75%-Perzentil	333,03 €	8.289,14 €	1.118,01 €	801,14 €	296,79 €	8.156,73 €	1.379,81 €	1.138,99 €
Maximum	25.953,03 €	121.368,04 €	46.927,82 €	20.668,53 €	42.724,33 €	63.373,45 €	39.938,79 €	38.780,47 €

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



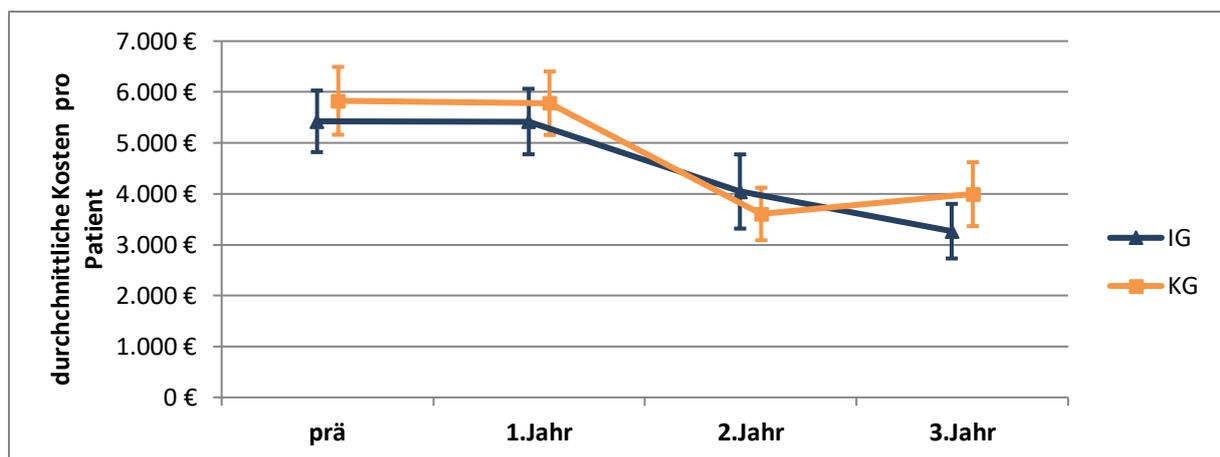
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	581	588	559	545	578	585	541	522
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	5.424,22 €	5.420,17 €	4.045,12 €	3.265,53 €	5.827,15 €	5.780,18 €	3.604,24 €	3.993,05 €
Standardabweichung	7.489,70 €	7.960,84 €	8.973,06 €	6.533,93 €	8.222,13 €	7.699,34 €	6.290,24 €	7.525,25 €
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,61 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.077,07 €	1.257,09 €	381,06 €	249,37 €	900,36 €	1.249,63 €	429,86 €	387,57 €
Median	2.690,21 €	2.647,15 €	1.556,08 €	1.284,47 €	2.540,04 €	2.533,10 €	1.519,91 €	1.389,32 €
75%-Perzentil	7.148,16 €	6.168,74 €	3.481,28 €	2.943,44 €	7.387,42 €	7.225,34 €	3.277,20 €	3.524,23 €
Maximum	65.248,51 €	68.017,54 €	95.926,53 €	65.442,63 €	79.074,03 €	61.458,23 €	54.939,55 €	56.016,58 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 41). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Hier zeigten sich im dritten Jahr signifikant geringere Versorgungskosten in der IG. So wiesen im dritten Jahr zwar relativ mehr Patienten der IG (85%) psychiatrische Versorgungskosten auf (KG = 80%), allerdings ist der Anteil der Patienten ohne (teure) Krankenhausbehandlung in der IG im dritten Jahr geringer als in der KG (siehe Abschnitt 9.1).

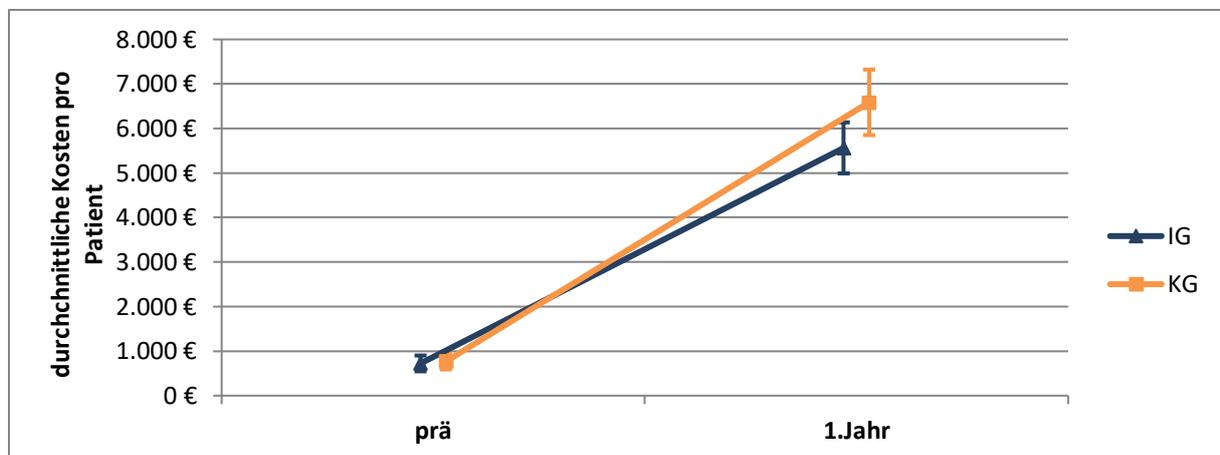
Bei den klinikbekannten Patienten war in keinem der vier Beobachtungszeiträume ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellbar. In beiden Gruppen entsprach die Höhe der Kosten des ersten Jahres der des Prä-Zeitraums. Im zweiten und dritten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen ab, wobei in der KG ein leichter Anstieg vom zweiten zum dritten Jahr erkennbar war.

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	565	565	565	565						
N mit Fall	520	565	493	565						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	723,50 €	5.564,05 €	770,88 €	6.587,59 €	-47,38 €	0,716	-1.023,55 €	0,032	-976,17 €	0,046
Standardabweichung	2.155,86 €	6.949,60 €	2.215,86 €	8.916,22 €						
Minimum	0,00 €	264,03 €	0,00 €	23,74 €						
25%-Perzentil	31,27 €	966,27 €	27,18 €	838,43 €						
Median	115,23 €	3.495,01 €	126,44 €	3.162,27 €						
75%-Perzentil	498,97 €	7.733,66 €	515,19 €	8.673,94 €						
Maximum	26.121,12 €	67.581,96 €	28.067,21 €	69.237,53 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 1.023,55 € je Patient unter den Kosten der KG ($p = 0,032$). In der IG ergab sich somit ein um 976,17 € signifikant geringerer Kostenanstieg ($p = 0,046$).

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	723,50 €	246,53 €	0,003	-61,78 €	612,42 €	0,9197	375,45 €	241,92 €	0,121
Differenz KG-IG	47,38 €	348,64 €	0,892	-74,00 €	338,96 €	0,8272	-67,13 €	336,89 €	0,842
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	5.871,80 €	407,60 €	< 0,001	4.515,70 €	783,48 €	< 0,001	4.372,64 €	400,05 €	< 0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der KG im Vergleich zur IG)	976,17 €	493,06 €	0,048	1.114,37 €	478,26 €	0,020	1.094,70 €	475,90 €	0,022
Alter bis 29 J.				-239,87 €	422,32 €	0,570			
30 J. bis 47 J.				-200,93 €	379,09 €	0,596			
48 J. bis 64 J.				357,78 €	366,84 €	0,330			
Weiblich				142,59 €	247,07 €	0,564			
Erwerbstätig				-329,55 €	378,47 €	0,384			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-1.292,25 €	845,84 €	0,127			
Referenzdiagnose F00				295,89 €	2.881,10 €	0,918			
Referenzdiagnose F01				-452,16 €	1.227,91 €	0,713			
Referenzdiagnose F02				-3.951,54 €	5.679,29 €	0,487			
Referenzdiagnose F03				-467,72 €	896,09 €	0,602			
Referenzdiagnose F07				870,06 €	1.618,53 €	0,591			
Referenzdiagnose F10				944,22 €	583,57 €	0,106			
Referenzdiagnose F2x				5.661,02 €	807,39 €	< 0,001	5.342,50 €	717,92 €	< 0,001
Referenzdiagnose F3x				2.340,70 €	487,21 €	< 0,001	2.112,76 €	366,55 €	< 0,001
Referenzdiagnose F4x				406,53 €	585,09 €	0,487			
Referenzdiagnose F43				-1.212,38 €	532,46 €	0,023	-1.536,67 €	424,72 €	< 0,001
Referenzdiagnose F45				58,00 €	837,99 €	0,945			
Referenzdiagnose F50				2.830,79 €	1.912,57 €	0,139			
Referenzdiagnose F60.31				1.685,96 €	1.008,55 €	0,095			
Referenzdiagnose F7x				-809,58 €	1.480,76 €	0,585			
Referenzdiagnose F84				-38,34 €	3.320,80 €	0,991			
Referenzdiagnose F9x				-1.049,61 €	1.679,07 €	0,532			
vollstat. Fall in Prä				3.696,07 €	614,73 €	< 0,001	3.840,97 €	610,50 €	< 0,001
teilstat. Fall in Prä				5.669,50 €	1.442,76 €	< 0,001	6.059,24 €	1.424,23 €	< 0,001
PIA-Fall in Prä				1.939,36 €	1.017,86 €	0,057			
vertragsärztl. Fall in Prä				349,30 €	519,31 €	0,501			
R ²			0,17			0,23			0,23

Im Grundmodell ergibt sich eine um 976,17 € geringere Kostensteigerung der IG gegenüber der KG, wobei diese auf 5%-Niveau signifikant war.

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 (in diesem Fall im Sinne eines um 1.094,70 € geringeren Anstiegs der IG) steigt in den adjustierten Modellen stärker an als im Grundmodell, wobei der Unterschied weiterhin statistisch signifikant bleibt.

10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

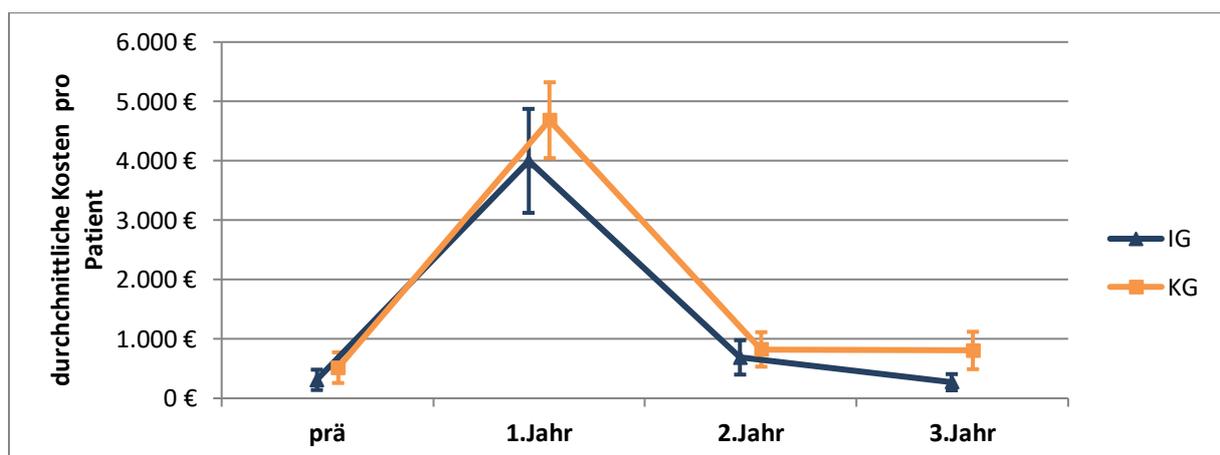
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	30	247	41	29	41	334	55	52
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	310,88 €	3.998,77 €	688,55 €	270,99 €	516,14 €	4.683,62 €	823,13 €	805,17 €
Standardabweichung	1.974,42 €	10.109,37 €	3.256,04 €	1.511,28 €	2.979,00 €	7.375,00 €	3.257,59 €	3.474,24 €
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 €	1.230,52 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.271,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.304,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	25.829,19 €	118.384,06 €	38.316,87 €	18.165,30 €	41.534,20 €	61.441,04 €	29.133,04 €	36.290,84 €

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



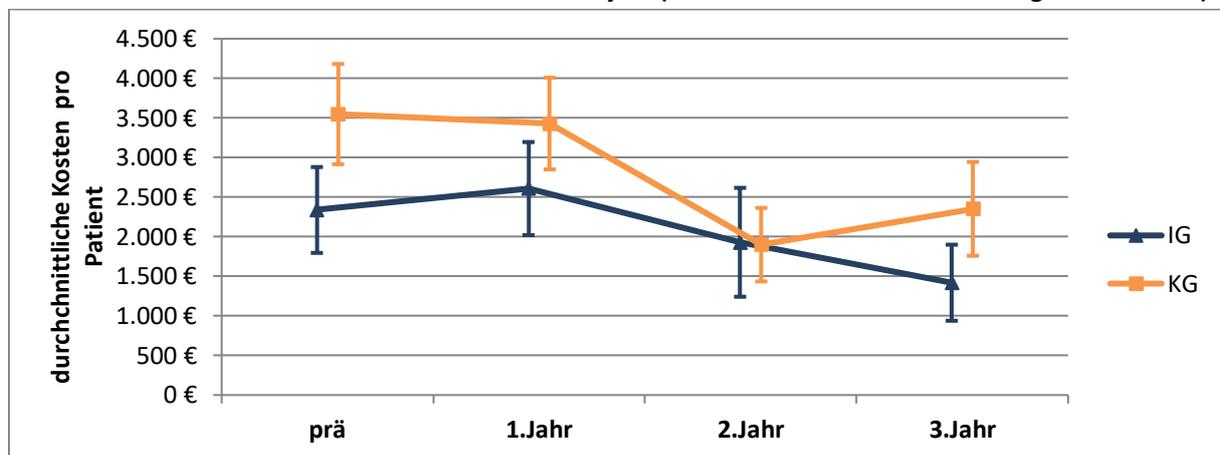
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	148	159	86	70	197	208	113	104
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	2.337,68 €	2.607,79 €	1.929,53 €	1.418,88 €	3.548,47 €	3.429,84 €	1.899,53 €	2.351,99 €
Standardabweichung	6.709,82 €	7.277,39 €	8.466,94 €	5.855,57 €	7.815,09 €	7.145,32 €	5.659,16 €	7.108,59 €
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	293,77 €	478,25 €	0,00 €	0,00 €	3.529,57 €	3.602,12 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	58.087,15 €	62.552,17 €	93.071,29 €	63.547,85 €	78.351,06 €	60.708,29 €	51.295,16 €	55.188,30 €

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 zeigten sich in den ersten drei Beobachtungsintervallen keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 45). Die Kosten der IG liegen jeweils unter denen der KG, wobei sich vor allem im ersten Nachbeobachtungsjahr die mit 247 in der IG gegenüber 334 in der KG geringere Anzahl versorgter Patienten auf die Höhe der Kosten auswirkt. Dass die Differenz von 648,85 € im ersten Jahr nicht signifikant war, war dem häufigeren Auftreten von Hochkostenfällen in der IG und der somit stärkeren Streuung geschuldet. Im dritten patientenindividuellen Jahr lagen die Kosten in der IG signifikant unter denen der KG.

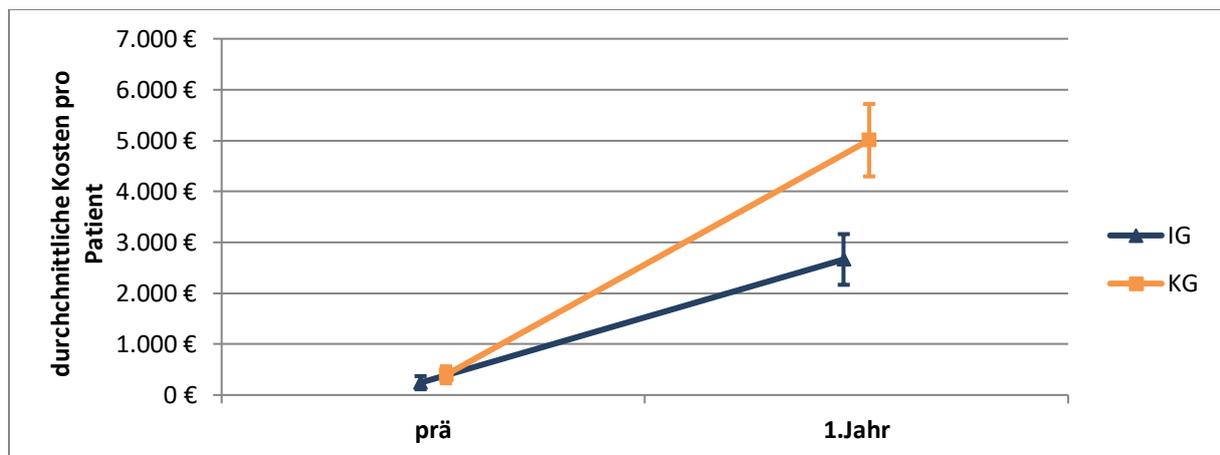
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Versorgungskosten bereits im Prä-Zeitraum signifikant unter denen der KG (vgl. Tabelle 46). Durch einen leichten Anstieg in der IG bei gleichzeitigem Abfall in der KG glichen sich die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr teilweise an ($p = 0,052$). Daran anschließend fielen sie in beiden Gruppen und unterschieden sich statistisch nicht signifikant voneinander. Im dritten Jahr stiegen die Kosten in der KG erneut an und fielen in der IG, sodass sich in der IG signifikant geringere Kosten ergaben.

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	565	565	565	565						
N mit Fall	37	228	57	322						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	241,91 €	2.663,93 €	396,62 €	5.007,62 €	-154,71 €	0,151	-2.343,69 €	<0,001	-2.188,98 €	<0,001
Standardabweichung	1.565,37 €	6.038,01 €	2.027,17 €	8.632,77 €						
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 €	815,72 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.080,22 €	0,00 €	6.433,93 €						
Maximum	25.751,74 €	66.142,57 €	27.944,86 €	65.948,31 €						

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



Die Kosten für vollstationär psychiatrische Kosten lagen in IG und KG im Prä-Zeitraum (bei einer etwas geringeren Zahl versorgter Patienten in der IG) gleichauf (vgl. Tabelle 47). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sie in der IG um 2.188,98 € weniger stark anstiegen. Dieser geringere Anstieg ist signifikant, wobei hier mit 228 Patienten wesentlich weniger Patienten als in der KG (322) versorgt wurden ($p = < 0,001$).

10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

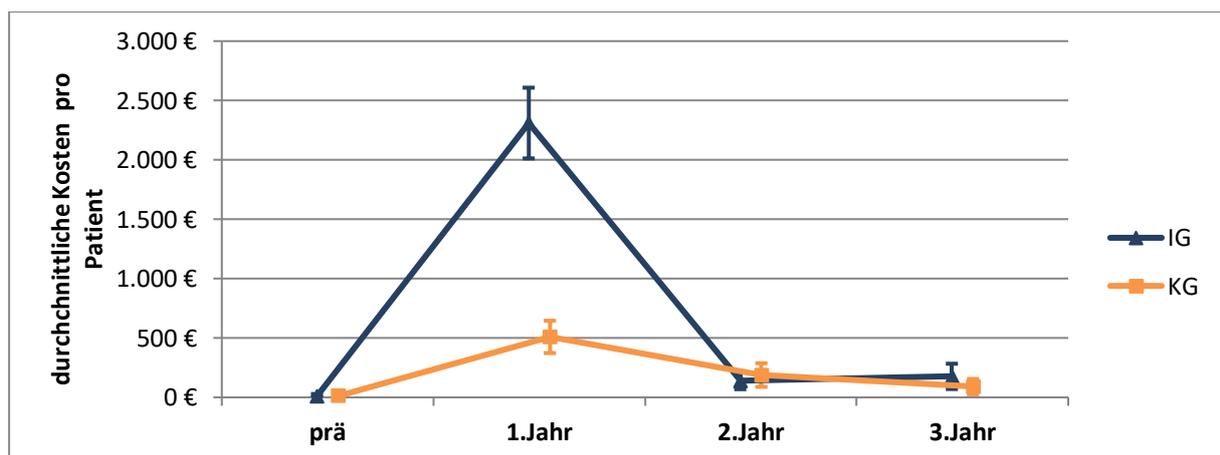
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	2	245	19	14	3	63	15	9
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	10,33 €	2.309,96 €	139,62 €	176,49 €	11,31 €	509,09 €	187,80 €	90,08 €
Standardabweichung	208,49 €	3.440,31 €	797,84 €	1.178,90 €	147,71 €	1.574,45 €	1.112,56 €	714,58 €
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 €	4.397,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.679,22 €	20.136,34 €	7.280,01 €	13.468,13 €	2.015,39 €	11.944,22 €	10.310,36 €	8.446,69 €

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



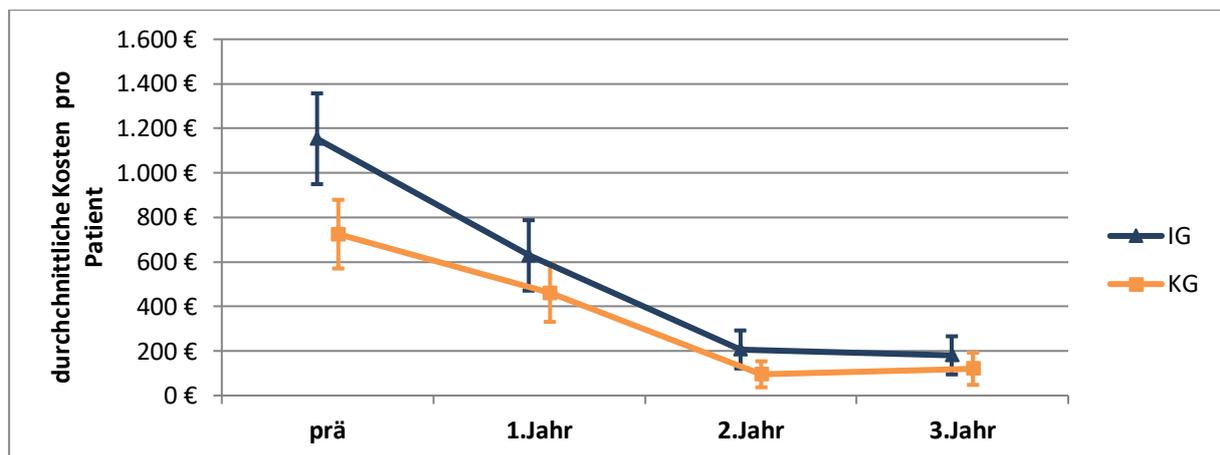
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	135	90	34	25	98	59	15	15
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	1.153,03 €	629,28 €	206,93 €	180,44 €	724,77 €	460,57 €	95,32 €	120,08 €
Standardabweichung	2.521,69 €	1.957,22 €	1.050,26 €	1.042,99 €	1.904,80 €	1.601,87 €	713,61 €	866,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	16.001,87 €	16.503,56 €	10.532,44 €	11.580,37 €	12.470,51 €	12.825,72 €	9.921,06 €	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 zeigte sich bezüglich der tagesklinischen Versorgungskosten ein umgekehrtes Bild im Vergleich zu den vollstationären Kosten. Bei gleicher Ausgangslage stiegen die Kosten der IG im ersten Jahr deutlich stärker als die Kosten der KG ($p < 0,001$; vgl. Tabelle 48). Im zweiten und dritten Jahr fielen die Kosten auf das Ausgangsniveau und es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG. Der Kostenunterschied im ersten Jahr ist dabei hauptsächlich auf die deutlich höhere Zahl tagesklinisch behandelter Patienten in der IG (245) gegenüber der KG (63) zurückzuführen.

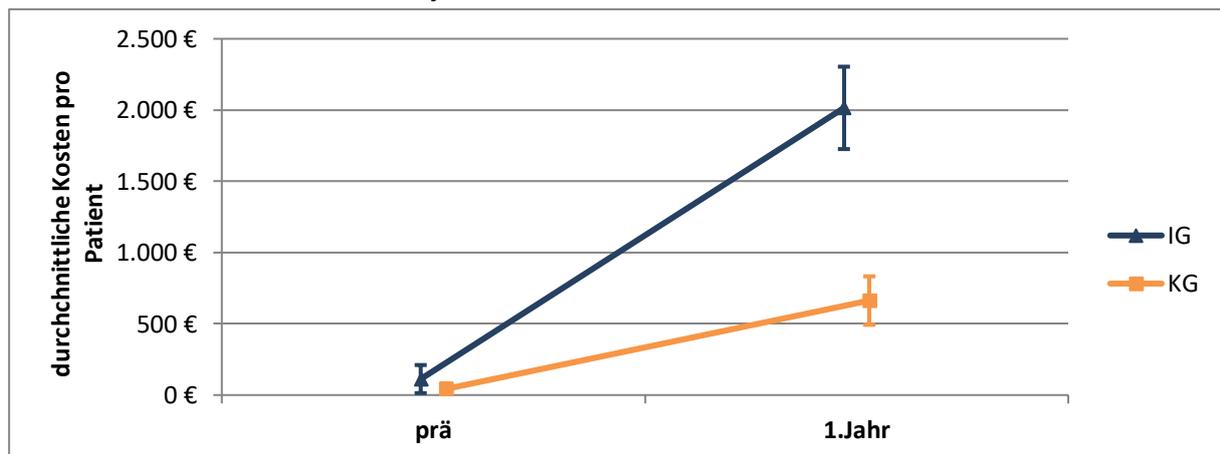
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen im Prä-Zeitraum über denen der KG ($p = 0,004$; vgl. Tabelle 49). In beiden Gruppen nahmen über die Zeit sowohl die Zahl der versorgten Patienten als auch die Kosten ab und unterschieden sich in den einzelnen Zeiträumen nicht zwischen IG und KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	565	565	565	565						
N mit Fall	9	215	7	71						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	112,04 €	2.015,16 €	42,86 €	662,88 €	69,18 €	0,199	1.352,27 €	<0,001	1.283,10 €	<0,001
Standardabweichung	1.194,74 €	3.506,62 €	457,04 €	2.063,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.413,05 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	23.888,61 €	22.262,55 €	7.313,79 €	12.950,72 €						

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



Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50). Durch die deutlich höhere Zahl versorgter Patienten in der IG (215 vs. 71 in der KG) ergab sich ein signifikant höherer Kostenanstieg von 1.283,10 € je Patient der IG ($p = < 0,001$).

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

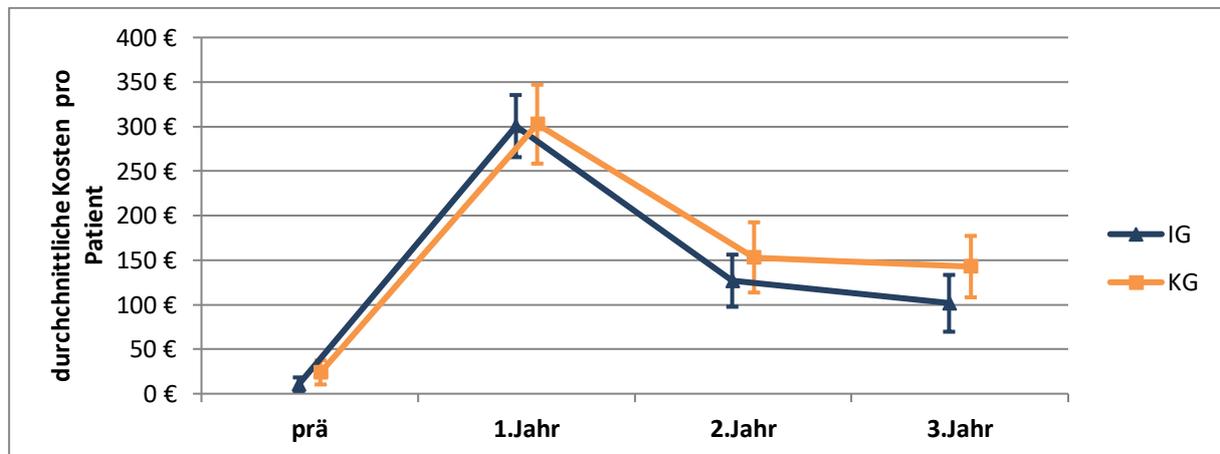
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall ²	11	253	79	54	17	248	91	84
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	10,68 €	300,51 €	126,90 €	101,50 €	23,93 €	302,63 €	153,05 €	142,71 €
Standardabweichung	87,71 €	402,68 €	329,33 €	352,93 €	156,61 €	511,45 €	442,13 €	380,59 €
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 €	538,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	382,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.122,30 €	1.844,29 €	1.516,24 €	3.895,09 €	1.624,46 €	3.835,97 €	4.971,74 €	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)

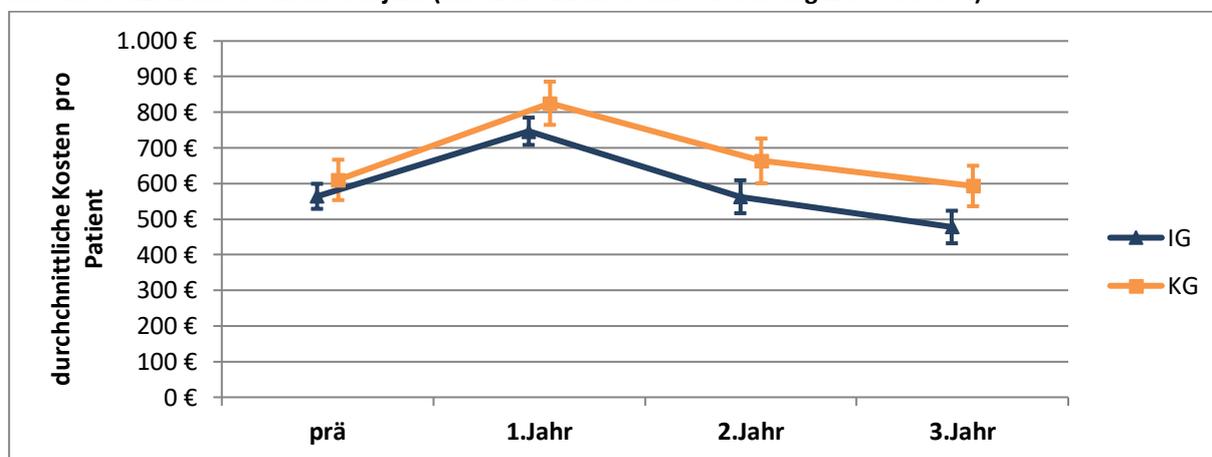
² Die Zahl der Patienten mit PIA-Fall in diesem Abschnitt ist nicht vergleichbar mit der in Abschnitt 9.2 (Leistungserbringung). In Abschnitt 9.2 wurde auf Patienten bestimmter Krankenkassen gefiltert, sodass die Zahlen dort geringer ausfallen.

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	436	495	326	280	414	471	364	331
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	564,10 €	746,63 €	562,81 €	477,88 €	610,10 €	825,28 €	663,42 €	592,99 €
Standardabweichung	435,26 €	474,92 €	568,61 €	557,27 €	699,86 €	748,66 €	764,40 €	681,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	269,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	201,91 €	0,00 €	0,00 €
Median	551,88 €	807,06 €	298,13 €	0,00 €	459,94 €	758,75 €	497,23 €	441,12 €
75%-Perzentil	827,82 €	1.076,08 €	1.234,99 €	1.158,76 €	842,31 €	1.159,90 €	981,19 €	970,19 €
Maximum	2.477,52 €	2.196,08 €	2.388,83 €	2.526,34 €	4.081,13 €	4.264,61 €	3.427,92 €	4.821,78 €

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 verliefen die Kosten der PIA-Versorgung proportional zu der Zahl versorgter Patienten. Bei einem geringen Ausgangsniveau stiegen die Zahl der versorgten Patienten und somit der Kosten in beiden Gruppen an und fielen im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Dabei ergaben sich in keinem der Nachbeobachtungszeiträume signifikante Unterschiede zwischen IG und KG.

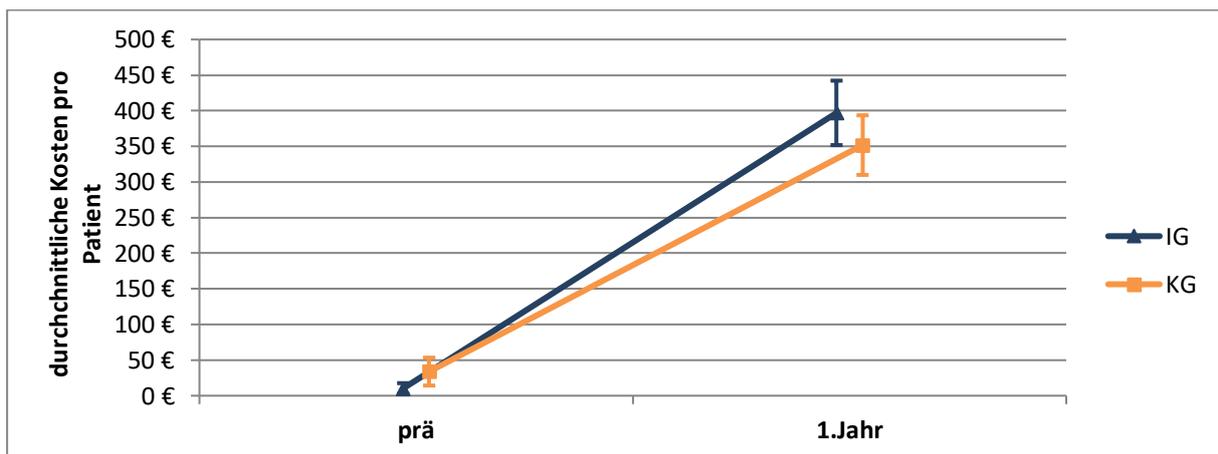
Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Zahl der Patienten und die Kosten in IG und KG im Prä-Zeitraum gleichauf (vgl. Tabelle 52). In beiden Gruppen stiegen die Zahl der Patienten und die Kosten im ersten Jahr an, wobei in der IG mit 495 Patienten mehr Patienten als in der KG (471) versorgt wurden, jedoch signifikant geringere Kosten anfielen. Im zweiten und dritten Jahr lagen die Patientenzahlen der IG jeweils unter denen der KG und in beiden Gruppen unter denen des ersten Jahres. Die Kosten in diesen Zeiträumen lagen in der IG jeweils signifikant unter denen der KG.

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	565	565	565	565						
N mit Fall	10	329	23	333						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	10,16 €	396,98 €	33,87 €	351,75 €	-23,71 €	0,027	45,24 €	0,15	68,95 €	0,027
Standardabweichung	90,67 €	548,63 €	237,27 €	507,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	284,29 €	0,00 €	189,86 €						
75%-Perzentil	0,00 €	579,38 €	0,00 €	500,52 €						
Maximum	1.221,15 €	3.445,09 €	2.708,30 €	3.624,69 €						

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



Die Kosten der KG der Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr lagen im Prä-Zeitraum signifikant unter denen der IG, da hier nur die Hälfte der Patienten gegenüber der KG versorgt wurde. ($p = 0,027$; vgl. Tabelle 53). Die Zahl der Patienten und die Kosten steigen in beiden Gruppen vergleichbar stark an, wobei sie in der IG um 68,95 € je Patient signifikant stärker stiegen als die der KG ($p = 0,027$).

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

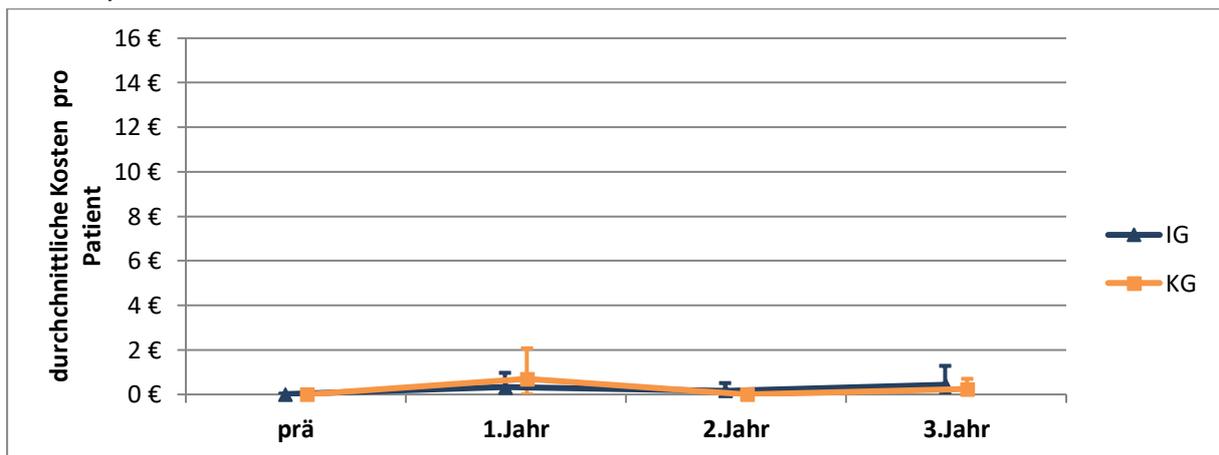
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	1	1	1	1	0	1	0	1
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,01 €	0,33 €	0,17 €	0,43 €	0,00 €	0,70 €	0,00 €	0,24 €
Standardabweichung	0,31 €	7,42 €	3,81 €	9,41 €	0,00 €	15,82 €	0,00 €	5,12 €
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	7,00 €	168,00 €	84,00 €	204,00 €	0,00 €	358,04 €	0,00 €	110,82 €

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)



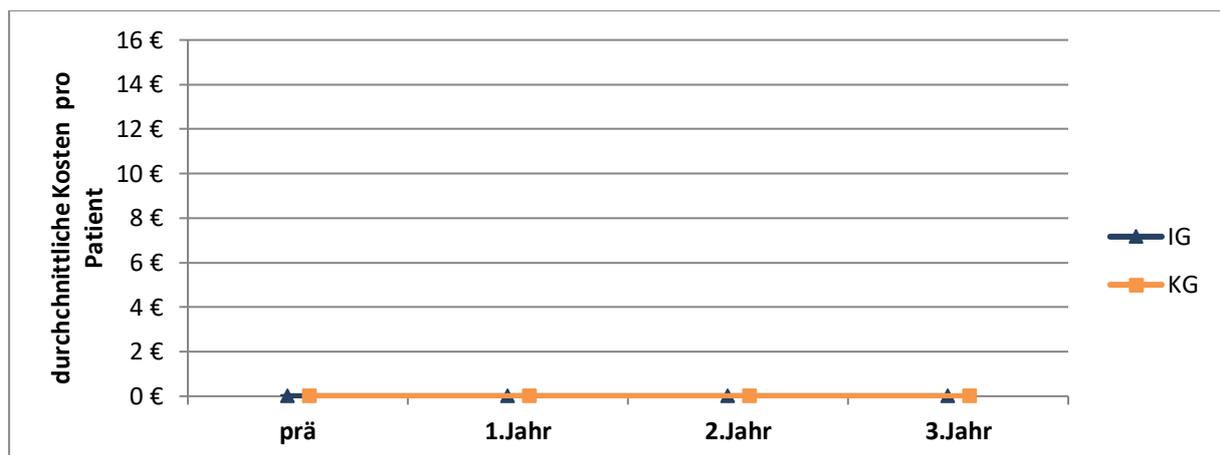
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	0	0	0	0	0	0	0	0
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

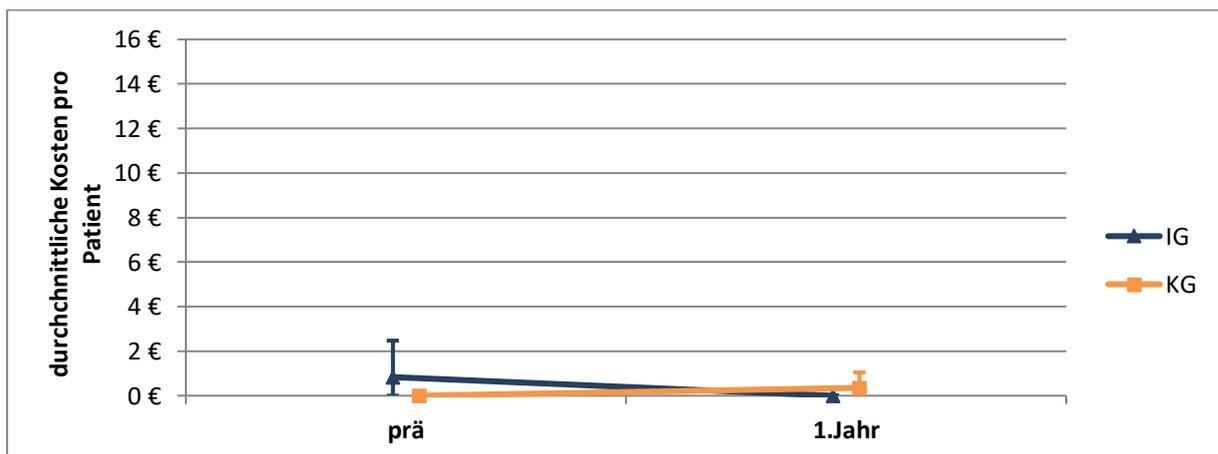
Bei den klinikneuen Patienten wurde je Beobachtungsintervall jeweils nur ein Patient in IG und KG ambulant psychiatrisch im Krankenhaus versorgt. Bei den klinikbekannten Patienten wurde diese Leistungsform gar nicht in Anspruch genommen. Es ergaben sich somit nur minimale bzw. keine Kosten (vgl. Tabelle 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	565	565	565	565						
N mit Fall	1	0	0	1						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,84 €	0,00 €	0,00 €	0,35 €	0,84 €	0,318	-0,35 €	0,318	-1,19 €	0,19
Standardabweichung	19,88 €	0,00 €	0,00 €	8,41 €						
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	472,57 €	0,00 €	0,00 €	200,00 €						

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 jeweils einem Patienten in IG und KG) weder Kosten für psychiatrische Versorgung in Hochschulambulanzen noch in sozialpädagogischen 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.

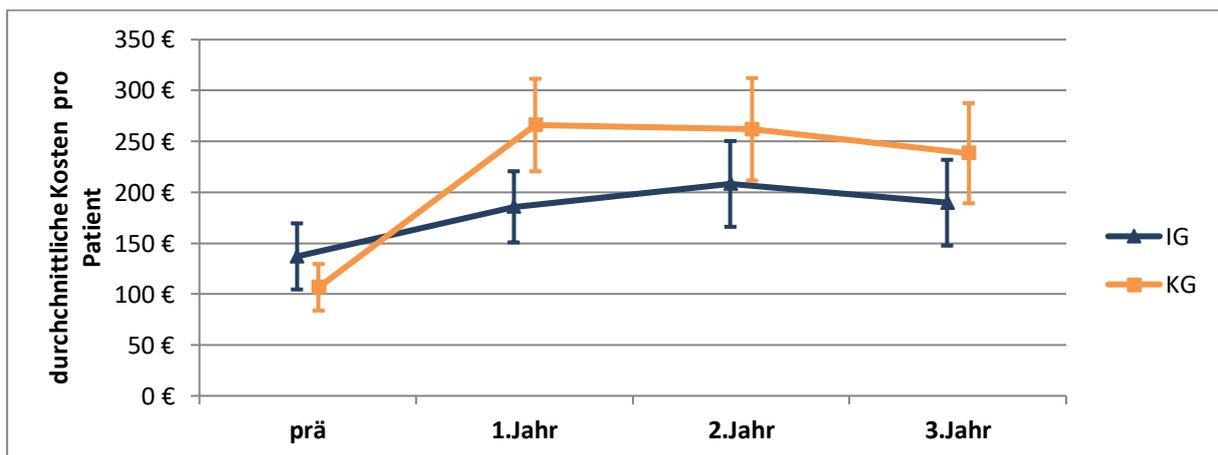
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	458	470	420	396	406	449	385	354
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	136,99 €	185,71 €	208,24 €	189,77 €	106,69 €	266,05 €	261,81 €	238,40 €
Standardabweichung	374,92 €	403,40 €	473,87 €	466,31 €	264,36 €	524,60 €	564,43 €	543,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1,58 €	20,13 €	17,55 €	16,16 €	0,39 €	16,92 €	9,67 €	2,47 €
Median	31,16 €	60,00 €	56,53 €	51,84 €	30,94 €	76,41 €	53,36 €	42,38 €
75%-Perzentil	108,19 €	184,97 €	160,54 €	134,56 €	101,00 €	234,16 €	212,06 €	183,96 €
Maximum	3.652,96 €	3.142,69 €	4.044,58 €	4.043,84 €	2.905,89 €	3.338,16 €	3.744,71 €	4.650,74 €

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



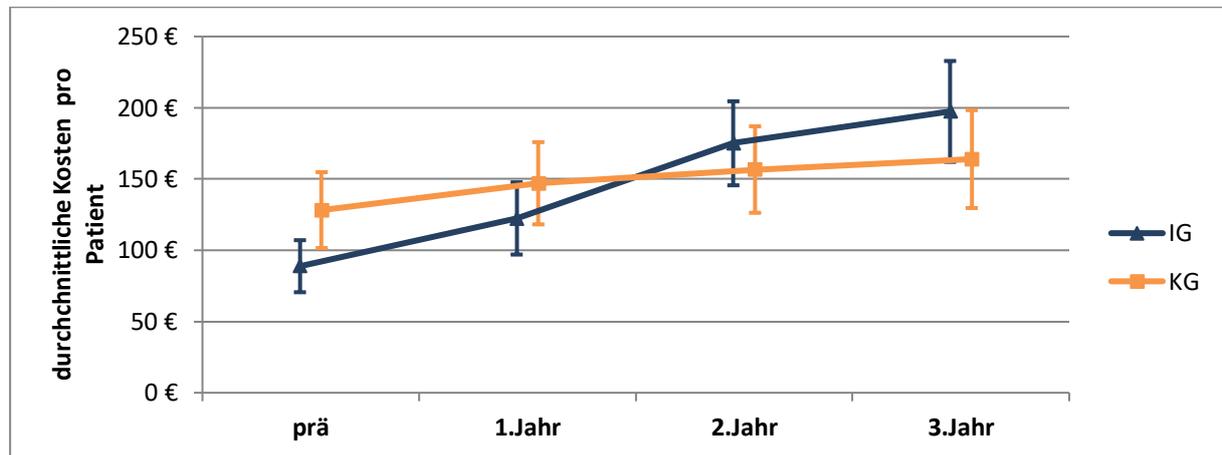
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

kllinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	562	573	551	535	494	491	463	449
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	88,81 €	122,33 €	175,05 €	197,43 €	128,15 €	147,02 €	156,61 €	163,97 €
Standardabweichung	225,91 €	313,63 €	362,76 €	431,55 €	328,74 €	356,20 €	369,60 €	411,82 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,11 €	15,96 €	35,29 €	32,85 €	1,06 €	5,66 €	13,96 €	14,18 €
Median	15,91 €	44,01 €	73,08 €	72,86 €	22,35 €	33,21 €	50,74 €	48,11 €
75%-Perzentil	75,57 €	103,67 €	169,31 €	178,81 €	105,91 €	110,86 €	127,66 €	133,49 €
Maximum	2.277,08 €	3.983,32 €	3.569,65 €	3.554,95 €	2.774,65 €	3.166,61 €	3.126,61 €	4.535,44 €

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



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

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 57). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen im Zeitverlauf tendenziell an, wobei sich in der KG bei einer geringeren Zahl behandelter Patienten höhere Kosten (signifikant jedoch nur im ersten Jahr; $p = 0,006$) ergaben.

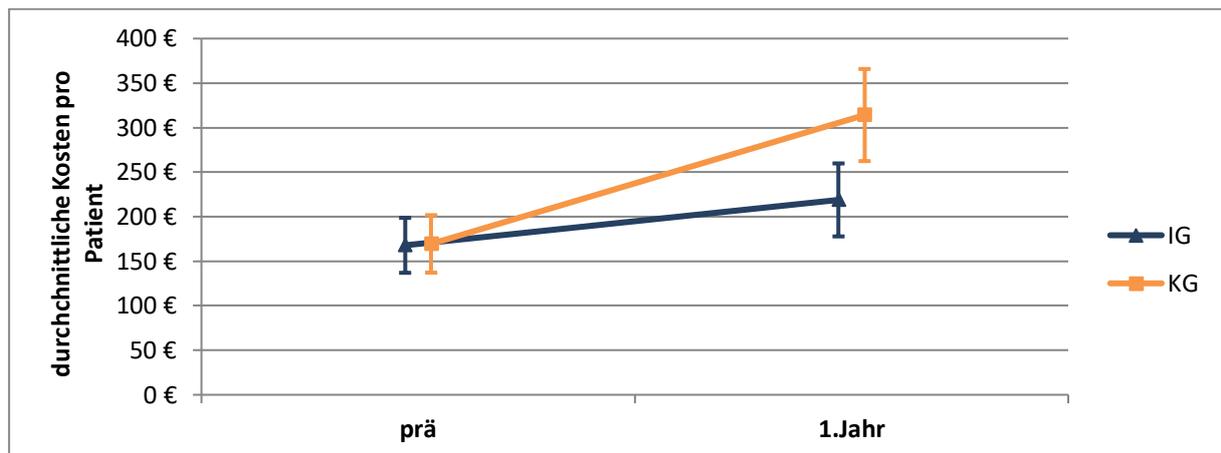
Bei den klinikbekannten Patienten lag die Zahl der vertragsärztlich psychiatrisch behandelten Patienten in der IG in allen Zeiträumen unter der der KG (vgl. Tabelle 58). Die Versorgungskosten lagen in der IG im Prä-Zeitraum signifikant unter denen der KG. In beiden Gruppen stiegen sie im Zeitverlauf an, wobei in der IG ein deutlich stärkerer Anstieg zu verzeichnen war. Ab dem zweiten Jahr ergaben sich in der IG höhere, wenn auch nicht signifikant höhere Kosten. Inwieweit hier qualitative Unterschiede der Behandlung (in Anspruch genommene Ärzte [Haus- vs. Fachärzte; Facharztgruppen], Art der Behandlung) eine Rolle spielen wird Gegenstand des Abschlussberichts sein.

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	565	565	565	565						
N mit Fall	513	520	479	505						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	167,87 €	218,83 €	169,43 €	314,13 €	-1,56 €	0,945	-95,30 €	0,005	-93,74 €	0,005
Standardabweichung	374,68 €	497,16 €	391,52 €	626,96 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	20,57 €	28,35 €	18,45 €	31,26 €						
Median	59,04 €	73,40 €	57,97 €	93,06 €						
75%-Perzentil	163,00 €	174,32 €	167,33 €	260,44 €						
Maximum	3.894,61 €	5.050,28 €	4.134,59 €	4.096,58 €						

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



Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung zeigten sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen an, wobei in der IG ein um 93,74 € signifikant geringerer Anstieg als in der KG zu verzeichnen war ($p = 0,005$; vgl. Tabelle 59).

10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

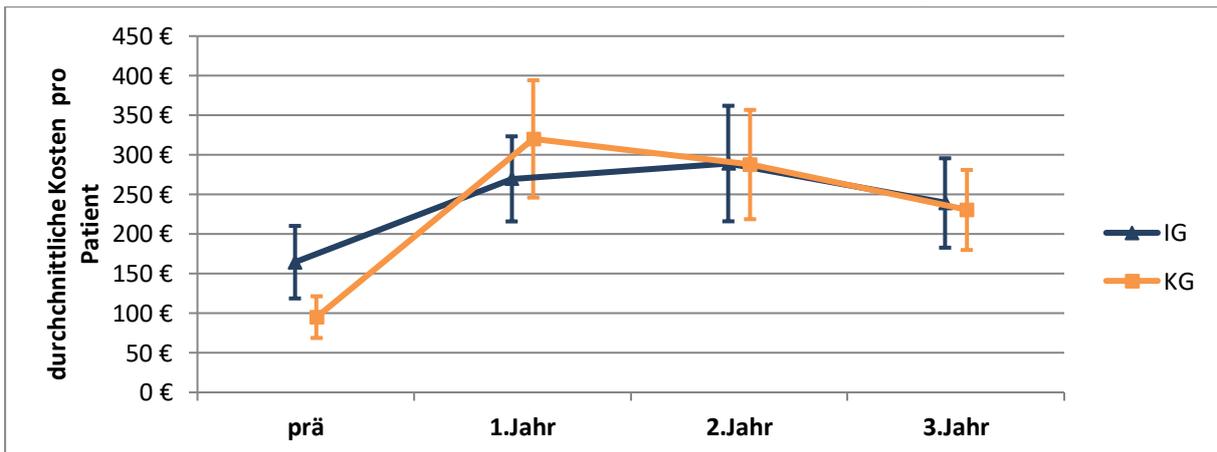
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	299	312	257	242	240	329	247	238
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	164,43 €	269,65 €	289,04 €	239,22 €	95,02 €	320,13 €	287,77 €	230,39 €
Standardabweichung	528,85 €	620,69 €	820,90 €	624,45 €	304,17 €	855,48 €	773,93 €	557,84 €
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	15,85 €	46,35 €	23,06 €	12,80 €	0,00 €	54,61 €	12,94 €	12,64 €
75%-Perzentil	108,32 €	232,35 €	228,37 €	191,36 €	52,28 €	281,71 €	209,33 €	178,36 €
Maximum	6.540,02 €	5.307,67 €	8.140,13 €	6.588,37 €	2.849,60 €	11.285,96 €	7.012,63 €	4.108,12 €

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



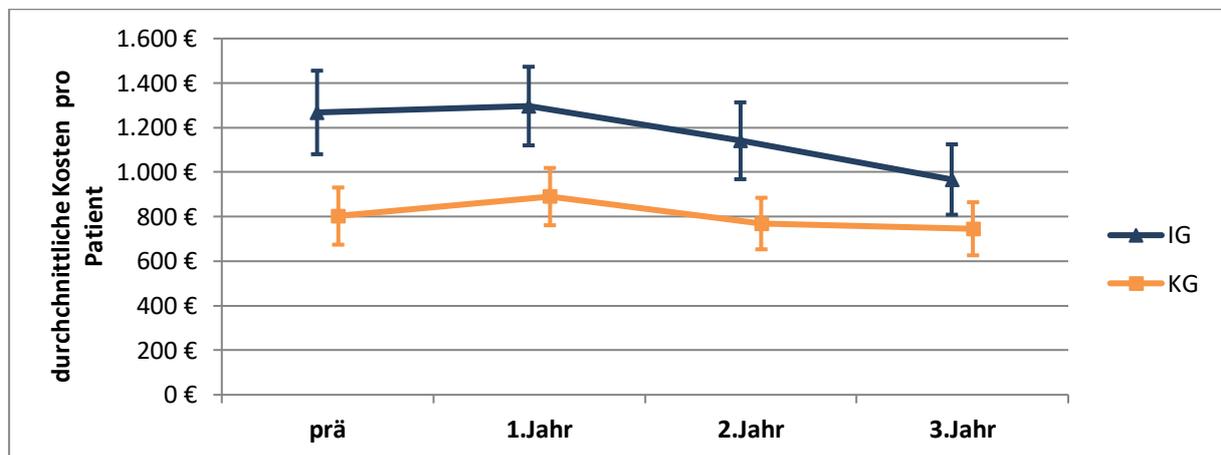
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	454	477	449	424	420	449	403	425
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	1.268,00 €	1.296,73 €	1.140,76 €	966,78 €	802,54 €	890,07 €	769,04 €	745,53 €
Standardabweichung	2.322,16 €	2.185,25 €	2.123,74 €	1.926,87 €	1.583,46 €	1.588,08 €	1.410,72 €	1.428,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,58 €	44,86 €	15,42 €	0,00 €	0,00 €	15,29 €	0,00 €	16,86 €
Median	244,68 €	354,38 €	271,09 €	230,19 €	163,50 €	246,22 €	193,73 €	224,32 €
75%-Perzentil	1.211,04 €	1.479,59 €	1.146,57 €	935,93 €	854,21 €	940,23 €	889,72 €	790,77 €
Maximum	14.063,02 €	13.836,50 €	13.769,05 €	13.138,73 €	11.946,22 €	11.947,93 €	10.479,96 €	15.478,78 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten lag die Zahl der Patienten mit Verordnung in der IG mit 299 zu 242 über der KG und es ergaben sich signifikant geringere Kosten bezogen auf die Gesamtgruppe. Die Kosten der Arzneimittel verhalten sich proportional zur Anzahl der Patienten mit Verordnung und es ergab sich ein bogenförmiger, konkaver Verlauf über die Zeit. Dabei ließ sich für keines der drei Nachbeobachtungsjahre ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 60).

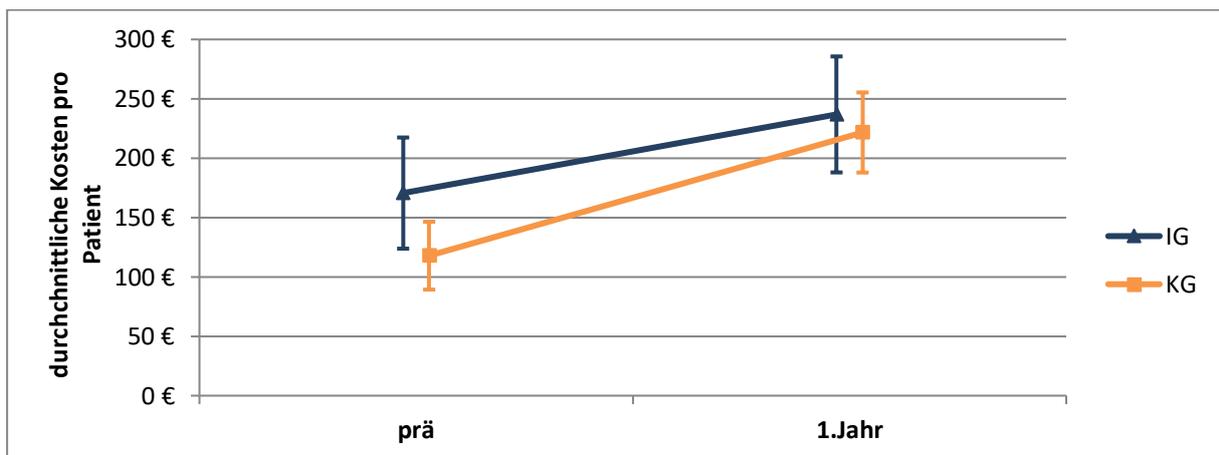
Bei den klinikbekannten Patienten war ein fallender Verlauf in der IG und ein gleichbleibender Verlauf in der KG zu verzeichnen, wobei die Kosten der IG in allen vier Zeiträumen signifikant unter den Kosten der KG lagen (vgl. Tabelle 61).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	565	565	565	565						
N mit Fall	309	349	280	386						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	170,61 €	236,84 €	117,89 €	221,62 €	52,72 €	0,06	15,22 €	0,615	-37,50 €	0,161
Standardabweichung	567,64 €	592,33 €	346,51 €	409,10 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	13,83 €	50,85 €	0,00 €	71,12 €						
75%-Perzentil	107,70 €	222,74 €	80,17 €	229,06 €						
Maximum	6.295,80 €	7.039,78 €	3.465,76 €	3.731,70 €						

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



Die Kosten der Psychopharmakaversorgung lagen im Prä-Zeitraum der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in der IG leicht über denen der KG (vgl. Tabelle 62), wobei in der IG auch mehr Patienten eine Verordnung aufwiesen. Die Kosten steigen in beiden Gruppen im ersten Jahr an, wobei weder dieser Anstieg noch die Differenz des Anstieges zwischen der IG und KG signifikant ist.

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

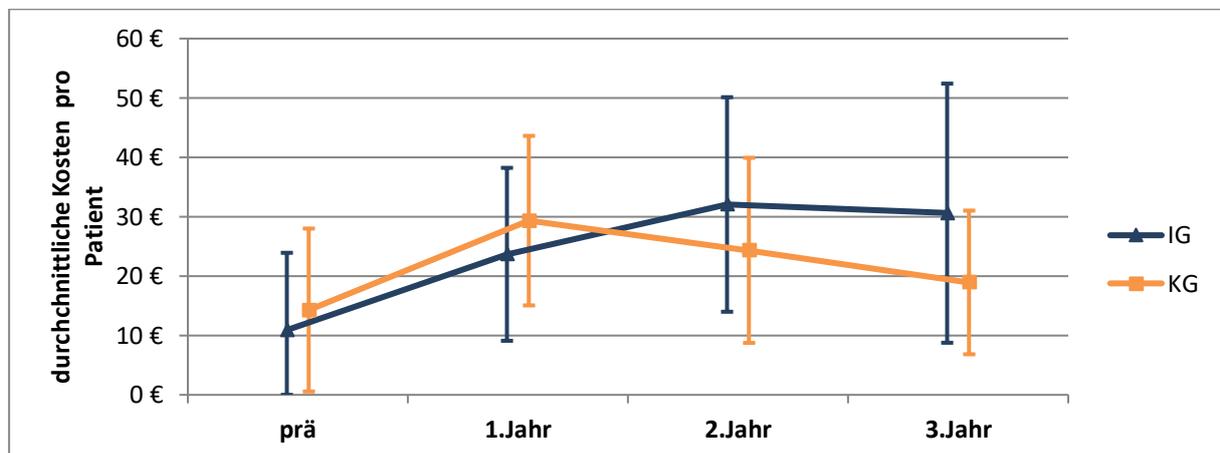
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	8	13	17	12	7	22	12	13
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	10,91 €	23,67 €	32,06 €	30,60 €	14,29 €	29,34 €	24,34 €	18,93 €
Standardabweichung	150,25 €	168,11 €	203,26 €	241,37 €	158,42 €	164,85 €	174,75 €	133,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.204,54 €	2.088,61 €	2.243,50 €	3.648,22 €	2.915,96 €	1.839,69 €	1.848,72 €	1.442,73 €

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



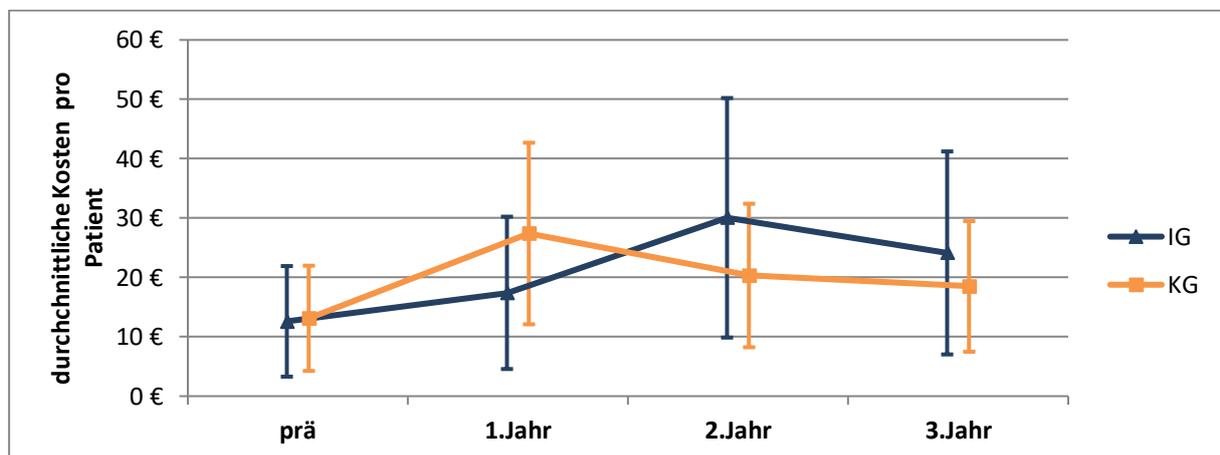
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	10	9	16	15	14	16	13	14
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	12,60 €	17,40 €	30,04 €	24,12 €	13,12 €	27,39 €	20,33 €	18,48 €
Standardabweichung	115,19 €	158,73 €	248,30 €	208,43 €	109,34 €	188,72 €	147,22 €	131,80 €
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 €	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	1.343,28 €	1.851,81 €	4.226,86 €	3.758,59 €	1.640,64 €	2.026,56 €	1.824,50 €	1.401,18 €

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



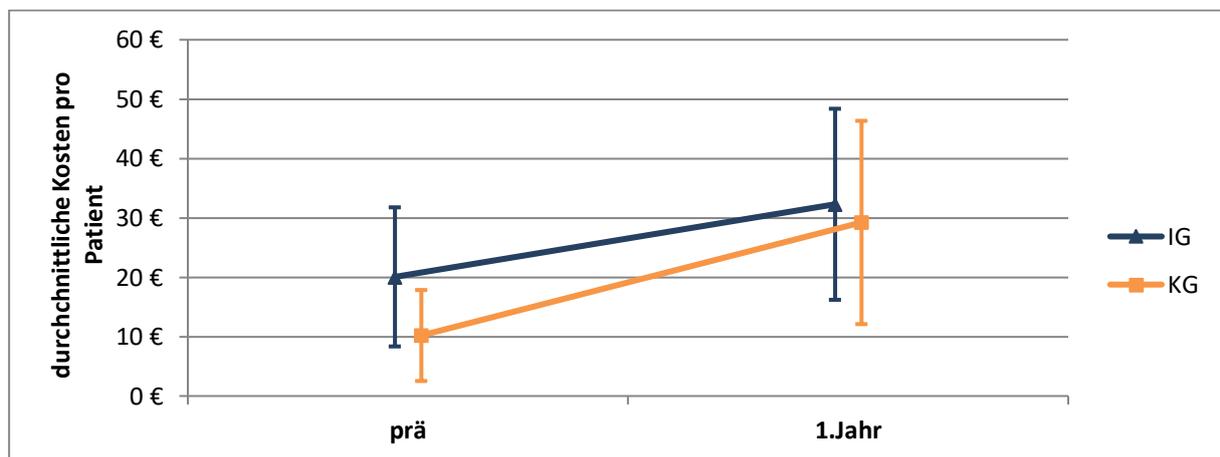
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

Mit psychiatrischen Heilmitteln wurden sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten im Durchschnitt zwei bis drei Prozent der Patienten versorgt, wodurch sich nur geringe Kosten je Patient der Untersuchungsgruppe ergeben. Im Zeitverlauf waren leichte Kostenanstiege aufgrund einer geringfügig höheren Zahl behandelter Patienten zu verzeichnen. Es ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der Kosten in den jeweiligen Zeiträumen feststellen.

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	565	565	565	565						
N mit Fall	21	24	12	18						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	20,07 €	32,30 €	10,19 €	29,23 €	9,87 €	0,167	3,07 €	0,798	-6,80 €	0,573
Standardabweichung	142,06 €	195,10 €	92,91 €	207,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.395,08 €	2.157,92 €	1.710,24 €	2.967,06 €						

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


Da im Schnitt nur ca. 3,5% der Patienten mit psychiatrischen Heilmitteln versorgt wurden, zeigten sich hierfür durchschnittlich nur geringe Kosten (vgl. Tabelle 65). Vom Prä-Zeitraum zum Nachbeobachtungsjahr war ein leichter Anstieg versorgter Patienten und somit ein Kostenanstieg feststellbar, es ergaben sich jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ($p = 0,573$).

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

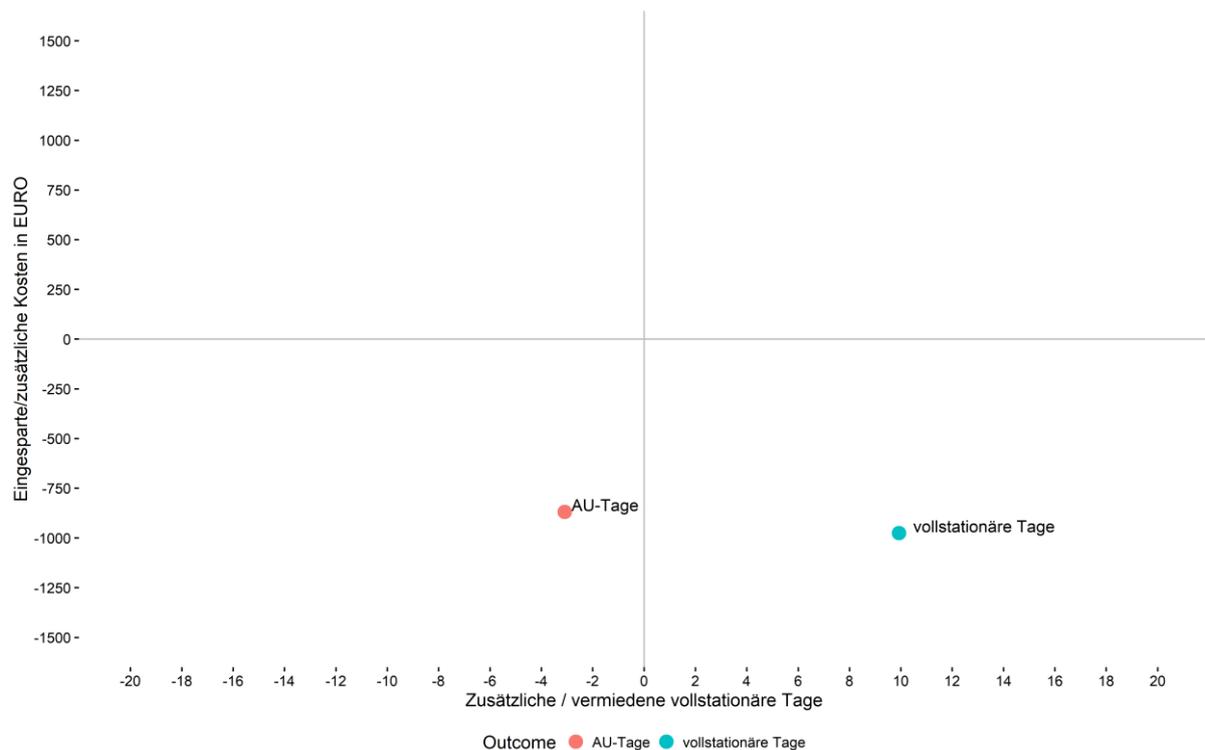
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	565	723,50 €	565	5.564,05 €		4.840,55 €
	KG	565	770,88 €	565	6.587,59 €		5.816,71 €
	Differenz IG-KG		-47,38 €		-1.023,55 €		-976,17 €
	p-Wert		0,72		0,03		0,05
(vermiedene) KH-Tage	IG	565	0,8	565	9,5		8,8
	KG	565	0,9	565	19,6		18,7
	Differenz IG-KG		-0,1		-10,0		-9,9
	p-Wert		0,72		< 0,001		< 0,001
	ICER (Diff in Diff)						-98,33 €

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	339	546,09 €	339	5.201,70 €		4.655,60 €
	KG	344	516,49 €	344	6.041,84 €		5.525,34 €
	Differenz IG-KG		29,60 €		-840,14 €		-869,74 €
	p-Wert		0,81		0,13		0,12
(vermiedene) AU-Tage	IG	339	21,3	339	65,1		43,7
	KG	344	15,9	344	56,5		40,6
	Differenz IG-KG		5,5		8,5		3,1
	p-Wert		0,17		0,2		0,69
	ICER						282,08 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). In der IG war ein um 9,9 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage, jedoch ein um 3,1 Tage höherer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage fielen in der IG um 976,17 € weniger stark als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 869,74 € geringerer Anstieg der IG zu verzeichnen. Dabei waren bei der Betrachtung der vollstationären Tage sowohl die Anstiegsdifferenz der Tage als auch der Kosten signifikant. Bei der AU-Betrachtung ergaben sich keine signifikanten Effekte.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei -98,93 € und bezogen auf die AU-Tage bei 282,08 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag wurden demzufolge 98,93 € eingespart. Jeder zusätzlich verringerte AU-Tag je Patient der IG war mit geringeren Kosten von 282,08 € je Patient verbunden.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Westküstenkliniken Brunsbüttel und Heide gGmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollkliniken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen³ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen⁴. 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 vier Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

(1) Es gibt Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. Patienten, die in der Modellklinik behandelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt.

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

(3) Stattdessen zeichnet sich in der Modellklinik eine Verlagerung in den teilstationären Bereich ab.

³ 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.

⁴ 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 / Diagnoskombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

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

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären 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 wesentlich niedriger als in der KG war (IG: 11,5 vollstationäre Tage; KG: 21,1 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage vollstationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak in den Patientenanteilen mit voll- oder teilstationärem Aufenthalt sowie der Dauer der vollstationären Behandlung der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel. 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. Der Referenzfall stellt daher bei dieser Patientengruppe überwiegend eine Initialbehandlung bezüglich der Indexdiagnose dar und begründet damit den Peak bezüglich der Patientenanteile. Initialbehandlungen sind mutmaßlich besonders aufwändig und zeitintensiv, was den Peak bezüglich der Aufenthaltsdauer erklären kann und im Einklang zum Verlauf der erbrachten Therapieeinheiten steht. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Entgegen der vollstationären Behandlungsdauer war für die teilstationäre Behandlungsdauer der Peak im ersten Jahr in der IG deutlich höher als in der KG (IG: 17,6 teilstationäre Tage; KG: 4,6 teilstationäre Tage). Somit lässt sich mutmaßen, dass in der IG ein großer Teil der reduzierten vollstationären Behandlungstage im teilstationären Bereich aufgefangen wurde.

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.

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 keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Über den gesamten Verlauf wies die IG im Vergleich zur KG geringere vollstationäre Tage pro Patient auf (prä: -5,3; 1. Jahr: -7,6; 2. Jahr: - 2,8; 3. Jahr: -4,0 vollstationäre Tage). Ein solcher Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage nicht ableitbar. Dies weist darauf hin, dass Patienten,

die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, eine geringe vollstationäre Aufenthaltsdauer aufweisen und in anderen Sektoren aufgefangen werden. Mutmaßlich weist zudem das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage darauf hin, dass der Vorvertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere Behandlungsdauer wirkte.

Weiterhin ist sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten in der Langzeitbetrachtung ab dem zweiten patientenindividuellen Jahr ein Plateau-Effekt ersichtlich, wenn auch auf unterschiedlicher Höhe. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr bestätigten sich die Trends über den Zeitverlauf. Es zeigte sich, dass die vollstationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnose in der IG im Vergleich zur KG weniger stark stieg, während die teilstationäre Behandlungsdauer in der IG stärker stieg. Dies unterstreicht die oben beschriebene Aussage, dass vollstationäre Behandlungstage in der Modellklinik zum Teil über teilstationäre Behandlungstage ausgeglichen wurden. Dies zeigt somit weniger eine Verlagerung der vollstationären Tage in den ambulanten Bereich, sondern in den teilstationären Bereich. Da sich die Anreize für die Modellvorhaben hauptsächlich auf den stationären Bereich der Kliniken wirken, ist diese Entwicklung nachvollziehbar. Es ist den Kliniken möglich, innerhalb der Kliniken Strukturen umzubauen und ein größeres teilstationäres Angebot zu offerieren. Eine Umlagerung auf den ambulanten Bereich ist im Sinne der Modellvorhaben schwierig und in den vorhandenen Daten nicht ersichtlich.

Vergleicht man die Entwicklung im dritten Modelljahr mit der Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist bei den klinikneuen Patienten in der IG erneut eine geringere Zunahme an Tagen in vollstationärer Behandlung vom patientenindividuellen Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall im ersten Modelljahr und eine stärkere Zunahme an teilstationären Tagen im Vergleich zu KG ersichtlich. Dieser Trend ist somit bereits im ersten Modelljahr ersichtlich und nicht erst über die Zeit entstanden.

Weiterhin ist zu beachten, 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 könnten. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Daher wäre eine alleinige Betrachtung der IG nur sehr schwer aussagekräftig. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Der Unterschied der Höhe im ersten patientenindividuellen Jahr ist jedoch bei der Untersuchung der AU im Vergleich zur vollstationären Behandlungsdauer nicht gegeben. Der Peak war im Vergleich zwischen IG und KG bezüglich der AU-

Tage ungefähr gleich hoch. Das Verhältnis zwischen IG und KG kehrte sich über die Zeit jedoch von höheren Tagen in der IG zu höheren Tagen in der KG um (prä: +8,2; 1. Jahr: +2,4; 2. Jahr: -1,1; 3. Jahr: -4,1 AU-Tage).

Dies weist darauf hin, dass das Modellvorhaben kaum AU-Tage, aber vollstationäre Behandlungstage eingespart hat. Es lässt sich mutmaßen, dass neben dem beschriebenen Effekt der vollstationären Tage die höhere Zahl teilstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG zu weiteren AU-Tagen führte.

Weiterhin ist zu beachten, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären und teilstationären 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 Interviews.

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

Bei der ambulanten Inanspruchnahme klinikneuer Patienten in der PIA zeigten sich fast identische Muster zwischen der IG und der KG. Bezüglich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten waren die Verläufe auch vergleichbar, jedoch hatten klinikneue Patienten in der IG über alle Jahre im Durchschnitt ca. 1,5 bis 2 Kontakte pro Patient weniger im Vergleich zur KG. Andererseits wiesen klinikneue Patienten der IG im Vergleich zur KG ca. 3 Kontakte mehr bei anderen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen auf. Während also Vertragsärzte im psychiatrischen Bereich in der IG weniger häufiger aufgesucht wurden, wurden andere Vertragsärzte (z.B. Hausärzte) häufiger in Anspruch genommen. Ein möglicher Grund dafür kann sein, dass die Patienten der IG stärker im teilstationären Bereich der IG eingebunden sind und somit weniger Fachärzte im niedergelassenen Bereich Inanspruch genommen wurden. Auf der anderen Seite scheint in der IG eine stärkere kontinuierliche Betreuung anderer Vertragsärzte bei klinikneuen Patienten stattzufinden. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr bestätigte sich das Muster der höheren Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten sowohl in der patientenindividuellen Prä-Zeit als auch im ersten patientenindividuellen Jahr. Dieser Unterschied ist jedoch bei den klinikbekannten Patienten nicht ersichtlich. Hier entwickeln sich die Muster der ambulanten Kontakte fast identisch.

Es lässt sich aber feststellen, dass trotz Unterschieden in der vollstationären Behandlungsdauer insgesamt kein relevanter Unterschied in dem Muster der Häufigkeit ambulanter Kontakte festzustellen ist. Eine mögliche Erklärung könnte hier, wie bereits oben beschrieben, in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Hier ergibt sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG ein höherer Peak mit +13,1 teilstationären Tagen

im Vergleich zur KG. Möglicherweise wird ein großer Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert. Vor diesem Hintergrund wäre das vergleichbare Muster im ambulanten Bereich nachvollziehbar. Entgegengesetzt der gestellten Hypothese, wurde die PIA in der IG gleich stark wie in der KG in Anspruch genommen. Unter der Prämisse, dass die individuelle Ausgestaltung der Modellvorhaben unterschiedlich verlief legen diese Ergebnisse nahe, dass für diese Modellklinik möglicherweise der teilstationäre Bereich hier stärker ausgebaut wurde.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität 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, jedoch die Intensität der PIA-Kontakte in der IG höher war und somit mögliche vollstationäre Tage vermieden werden konnten. Diese Vermutung lässt sich jedoch mit den vorhandenen Daten nicht überprüfen.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter weist darauf hin, 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 war.

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. Geeignete Parameter 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 gegenläufige 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 einen 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 6444,37 € und in der KG um 5344,17 €. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen auf vergleichbare Niveaus, das in etwas dem Doppelten des Ausgangslevels entsprach. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 4840,55 € und in der KG derselben Kohorte um 5816,71 €. Die Anstiege der IG war somit um 1100,20 € höher als in der KG. Allerdings waren deutliche Unterschiede des Entstehungsortes feststellbar. Die Kosten für vollstationäre und PIA-Leistungen lagen in der IG unter den Kosten der KG, die Kosten für tagesklinische Behandlungen waren im Schnitt jedoch in der IG deutlich höher. Für Kohorte 3 lagen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG unter den Kosten der KG. Hier fielen in der IG deutlich geringere Kosten für vollstationäre Leistungen, aber höhere Kosten für PIA- und tagesklinische Behandlungen an. Hier ist aber zukünftig auf mögliche Preiseffekte zu prüfen, da der durchschnittliche Pflegesatz in der Modellklinik in den Jahren 2013 bis 2015 über den Pflegesätzen der Kontrollkliniken lag.

Bei den klimbekannt Patienten der Kohorte 1 zeigten sich sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Nachbeobachtungsjahr in IG und KG statistisch betrachtet gleich hohe Gesamtkosten, die auf geringere Kosten für vollstationäre und PIA-Behandlungen sowie höhere Kosten für teilstationäre Leistungen und die Versorgung mit Psychopharmaka zurückzuführen sind.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden und eine Verlagerung von vollstationären zu teilstationären Behandlungstagen stattfand, 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 16 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 stellt GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

Eine weitere Einschränkung betrifft den Parameter *Arbeitsunfähigkeit*. Die Anzahl der Erwerbsfähigen ist unsicher. Hier wurde davon ausgegangen, dass alle Personen mit Versicherungsstatus Mitglied (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert), als erwerbsfähig gelten. Unter diesen Personen könnte also eine AU-Bescheinigung ausgestellt sein. Dies kann zur Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen. Letztlich kann der Parameter *Leidlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Inhalte der 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 bzw. nicht vereinbarter nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr 2012 um das 1,16-fache über dem der Kontrollkliniken, in den Jahren 2013 stieg das Verhältnis auf das 1,6-fache bzw. 1,7-fache und fiel danach auf das 1,37-fache im Jahr 2015 und 0,97-fache im Jahr 2016. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

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

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (6).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung, auch retrospektiv, ist 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. Dies betrifft primär die Verwendung ausschließlich

von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weiter Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

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

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (7). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenanzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

13. Literatur

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

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	537	537	537	537
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	5,8 %	45,6 %	6,9 %	35,6 %
	0,4 %	2,0 %	1,1 %	2,0 %
	13,8 %	13,4 %	11,2 %	13,2 %
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) 	1,3	11,2	1,8	20,9
	0,1	17,7	0,1	4,5
	1,4	28,9	1,8	25,4
	0,1	0,6	0,3	0,5
	0,1	0,4	0,3	0,5
	1,7	2,6	1,3	1,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	606	606	606	606
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) 	36,3 %	25,7 %	38,9 %	30,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	7,1 %	3,8 %	5,1 %	2,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	14,9 %	11,7 %	13,5 %	13,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	8,0	7,4	13,6	14,7
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	8,7	4,9	6,5	4,6
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	16,7	12,2	20,2	19,2
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	2,7	0,9	1,7	0,7
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	0,9	0,5	1,2	0,7
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,4	1,2	1,7	1,9

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	468	468	452	452
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	454	465	425	441
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	3,9	—*	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,0	1,5	1,9	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	11,6	15,1	8,0	11,8
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	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,5	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,1	0,0	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,8	6,7	4,3	5,7

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

* 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)	510	510	504	504
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	502	505	490	491
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	11,1	—*	9,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,6	1,1	1,3	1,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	14,9	15,4	14,7	13,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	—*	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	0,9	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,2	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	4,8	6,2	6,1	5,9

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

* 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	496	32	441
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	11,1 %	—	6,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,2 %	—	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	51,0 %	—	48,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	8,7 %	—	13,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,4 %	—	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,6 %	—	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	14,5 %	—	13,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	39,7 %	—	39,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	21	200	20	173
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	10,0 %	—	7,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	5,0 %	—	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	50,5 %	—	54,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,0 %	—	18,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,0 %	—	0,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,0 %	—	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	17,5 %	—	19,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	38,5 %	—	28,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	93	<10	68
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	7,5 %	—	8,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	7,5 %	—	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	50,5 %	—	58,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,8 %	—	20,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,2 %	—	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,0 %	—	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	18,3 %	—	22,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	34,4 %	—	23,5 %

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 <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	25	455	30	392
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	24,0 %	—	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	4,2 %	—	14,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,1 %	—	68,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	30,5 %	—	30,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	3,5 %	—	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,9 %	—	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	29,9 %	—	30,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	15,4 %	—	19,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	17	181	19	146
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	26,5 %	—	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,3 %	—	19,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	76,2 %	—	76,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	32,6 %	—	36,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	5,5 %	—	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,3 %	—	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	37,0 %	—	39,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	13,8 %	—	11,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	81	<10	55
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	29,6 %	—	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	12,3 %	—	23,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	76,5 %	—	76,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	39,5 %	—	36,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	6,2 %	—	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,5 %	—	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,4 %	—	43,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	7,4 %	—	9,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* 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	15	418	21	345
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	29,7 %	—	16,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,4 %	—	20,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 90 Tagen 	—	86,6 %	—	81,4 %
	—	52,6 %	—	51,3 %
	—	5,0 %	—	8,1 %
	—	5,5 %	—	7,5 %
	—	39,2 %	—	40,9 %
	—	6,7 %	—	8,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	10	163	12	125
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	35,0 %	—	21,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	13,5 %	—	30,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	90,2 %	—	88,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	58,9 %	—	53,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	7,4 %	—	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,5 %	—	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	48,5 %	—	56,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,9 %	—	4,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	71	<10	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	35,2 %	—	27,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	15,5 %	—	38,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	91,5 %	—	87,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	60,6 %	—	51,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	8,5 %	—	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,6 %	—	12,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	52,1 %	—	66,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	5,6 %	—	4,3 %

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.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	257	305	283	386
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	18,7 %	—	20,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,0 %	—	4,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	43,9 %	—	39,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	8,5 %	—	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,7 %	—	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,0 %	—	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,3 %	—	24,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	43,9 %	—	44,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	200	202	235	258
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	23,3 %	—	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,0 %	—	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	47,5 %	—	40,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	8,9 %	—	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,0 %	—	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,5 %	—	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	25,2 %	—	31,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	40,1 %	—	39,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	98	104	118	144
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	19,2 %	—	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	1,0 %	—	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	49,0 %	—	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	12,5 %	—	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,0 %	—	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,0 %	—	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	21,2 %	—	41,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	33,7 %	—	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* 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>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	222	261	243	325
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	32,2 %	—	31,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	—	10,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	71,6 %	—	67,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	24,9 %	—	28,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,5 %	—	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,4 %	—	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	34,5 %	—	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	15,3 %	—	18,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	171	175	205	216
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	40,0 %	—	39,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,3 %	—	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,3 %	—	70,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	26,9 %	—	28,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,3 %	—	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,6 %	—	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	42,3 %	—	49,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	12,6 %	—	13,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	82	87	102	113
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	35,6 %	—	50,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	3,4 %	—	19,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	77,0 %	—	77,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	34,5 %	—	27,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,3 %	—	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,7 %	—	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	39,1 %	—	63,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	4,6 %	—	7,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

* 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>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	186	213	192	249
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	41,3 %	—	38,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	6,1 %	—	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	87,3 %	—	82,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	46,0 %	—	50,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,9 %	—	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,6 %	—	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	46,5 %	—	55,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,6 %	—	8,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	142	144	163	165
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	52,1 %	—	47,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	6,3 %	—	23,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	91,7 %	—	84,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	45,8 %	—	52,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,8 %	—	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,3 %	—	8,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	56,9 %	—	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,5 %	—	5,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	65	71	72	76
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	47,9 %	—	53,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,5 %	—	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	93,0 %	—	90,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	54,9 %	—	63,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,8 %	—	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,3 %	—	9,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	54,9 %	—	73,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	1,4 %	—	2,6 %

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.

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	421	421	408	408	421	421	408	408
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	32	226	39	197	32	226	39	197
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	83	12	81	<10	83	12	81
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	19	<10	26	<10	19	<10	26
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	15	96	19	79	15	96	19	79
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	36	<10	36	<10	36	<10	36
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	13	<10	<10	<10	13

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
	—	27,0 %	—	23,4 %	—	25,7 %	—	21,8 %
	—	29,2 %	—	15,2 %	—	27,1 %	—	17,7 %
	—	12,0 %	—	7,4 %	—	12,0 %	—	3,7 %
	—	8,3 %	—	8,3 %	—	5,6 %	—	0,0 %
	—	21,1 %	—	3,8 %	—	0,0 %	—	0,0 %
	—	12,5 %	—	0,0 %	—	0,0 %	—	0,0 %

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	—	851,7	—	863,3	—	920,4	—	953,7
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	—	855,3	—	880,4	—	939,0	—	874,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	—	538,2	—	406,9	—	573,5	—	449,3
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	—	454,2	—	371,2	—	626,3	—	0,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	—	339,1	—	212,7	—	0,0	—	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	—	368,7	—	0,0	—	0,0	—	0,0

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

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

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	491	491	469	469	491	491	469	469
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	386	261	366	292	386	261	366	291
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	177	112	161	138	177	112	161	137
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	49	40	54	54	49	40	54	53
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	202	131	192	142	202	131	192	141
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	104	57	94	73	104	57	94	72
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	34	21	35	31	34	21	35	30

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
	—	18,8 %	—	11,3 %	—	18,0 %	—	10,3 %
	—	18,3 %	—	7,7 %	—	16,8 %	—	6,4 %
	—	6,3 %	—	8,7 %	—	4,5 %	—	8,0 %
	—	5,3 %	—	5,5 %	—	3,5 %	—	2,8 %
	—	15,0 %	—	13,0 %	—	2,5 %	—	0,0 %
	—	9,5 %	—	9,7 %	—	0,0 %	—	0,0 %

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	—	761,3	—	507,0	—	837,1	—	602,8
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	—	642,7	—	429,7	—	751,3	—	534,3
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	—	439,9	—	307,8	—	451,1	—	363,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	—	385,2	—	237,6	—	301,0	—	415,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	—	236,6	—	248,2	—	374,7	—	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	—	205,5	—	215,2	—	0,0	—	0,0

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	468	468	452	452
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	454	465	425	441
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,2%	0,9%	0,2%	2,2%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	510	510	504	504
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	502	505	490	491
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,4%	0,6%	0,4%	1,6%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	307	307	333	333
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) 	123 1,3 18,2 22,1%	268 1,3 62,0 10,4%	113 1,4 10,5 14,4%	263 1,5 62,6 12,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	<10 1,0 0,1 0,0%	<10 1,0 0,4 0,0%	<10 1,0 1,4 0,0%	<10 1,1 0,4 0,0%

¹ Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich 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)	310	310	279	279
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) 	150 1,7 32,1 12,6%	145 1,7 26,0 4,5%	146 1,7 43,7 14,7%	138 2,0 44,5 7,5%
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) 	19 1,4 3,0 0,6%	14 1,4 1,7 0,6%	13 1,5 1,8 0,0%	12 1,1 0,9 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.

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)	431	362
<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) 	33,6%	33,7%
	53,2	95,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	170	141
<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) 	15,8%	17,1%
	53,8	91,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	64	53
<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) 	6,0%	6,9%
	71,3	74,8

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	251	269
<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) 	47,4%	52,4%
	88,9	121,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	186	204
<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) 	35,5%	38,3%
	86,1	125,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	97	93
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	19,1%	19,3%
	97,8	102,0

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

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

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	537	537
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,3 3 2 - 4	3,1 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	1,8 1 0 - 2
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,2 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	606	606
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,0 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) 	2,4 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) 	0,7 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	537	537
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	4,8 %	5,4 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	606	606
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	1,0 %	2,5 %

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	511	508
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	185 297 389	137 278 362
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) 	11,9 % 6,7 % 22,1 %	17,5 % 5,8 % 21,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	600	591
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	113 242 369	104 244 352
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) 	5,3 % 5,8 % 7,9 %	9,6 % 2,9 % 8,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr
(ohne Unterscheidung in 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 	59	60
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	5,1 %	3,3 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	94	74
<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 %	1,4 %

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 	75	62
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	1,3 %	8,1 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ 	21	10
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	61,9 %	40,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ 	40	25
<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	57,5 %	44,0 %

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 	331 44,7 %	344 50,9 %
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 	217 5,1 %	208 9,1 %

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 	196 94,4 %	180 81,7 %
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 	68 94,1 %	78 87,2 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ • Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	16 31,3 %	16 18,8 %

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:

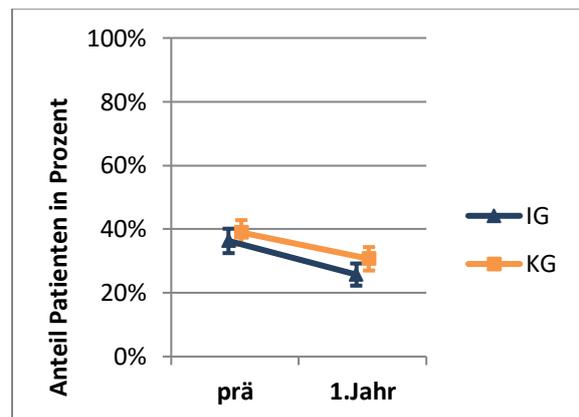
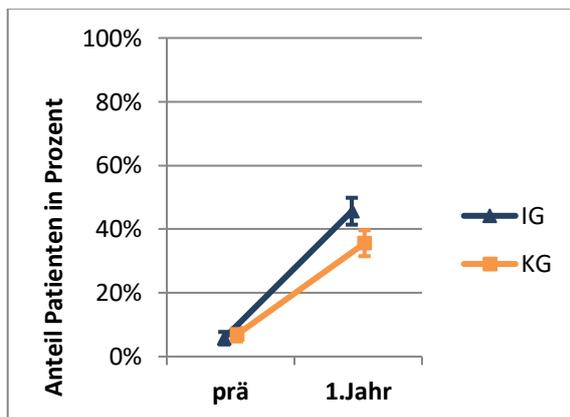
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

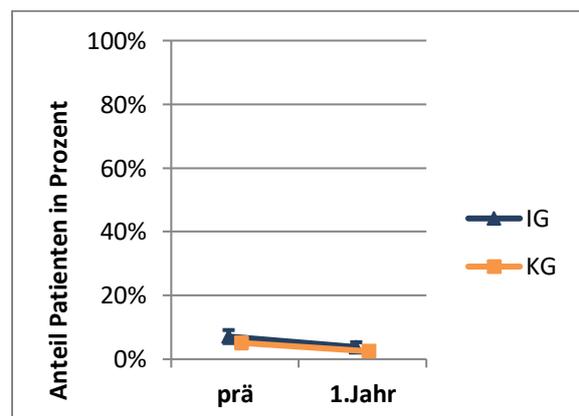
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

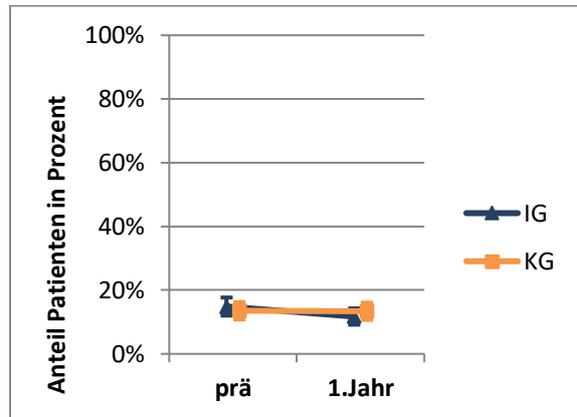
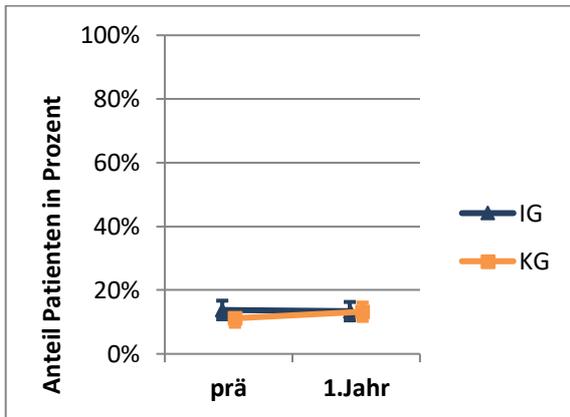


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

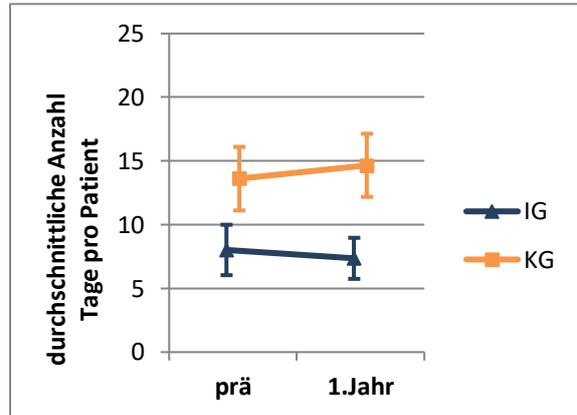
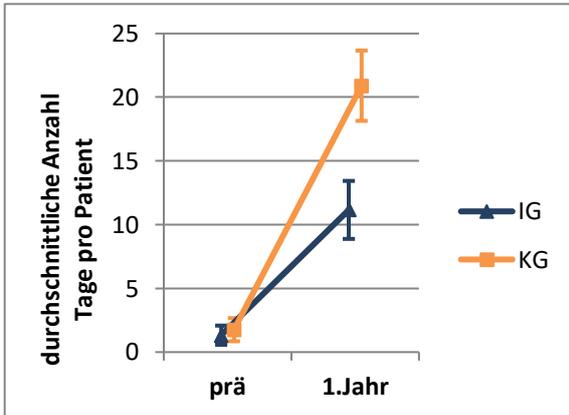


Klinikneue Patienten

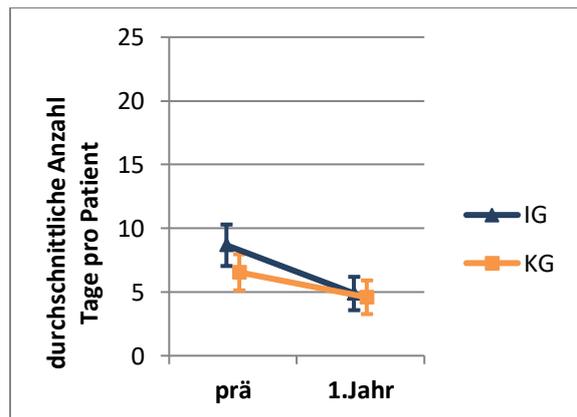
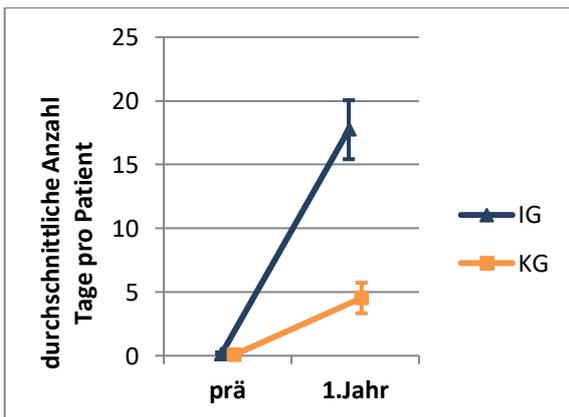
Klinikbekannte Patienten

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

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

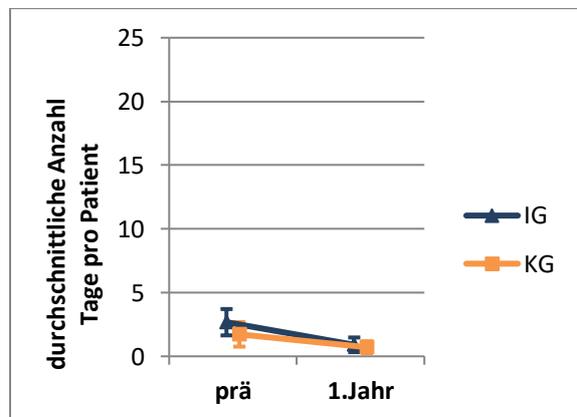


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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

Fallzahl zu klein



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

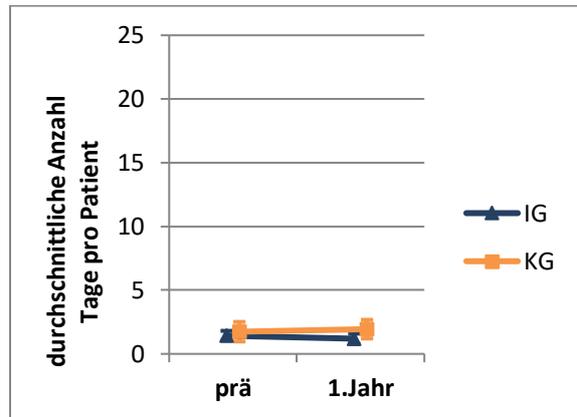
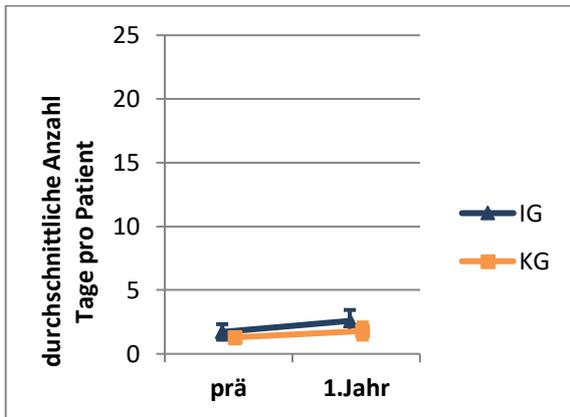


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

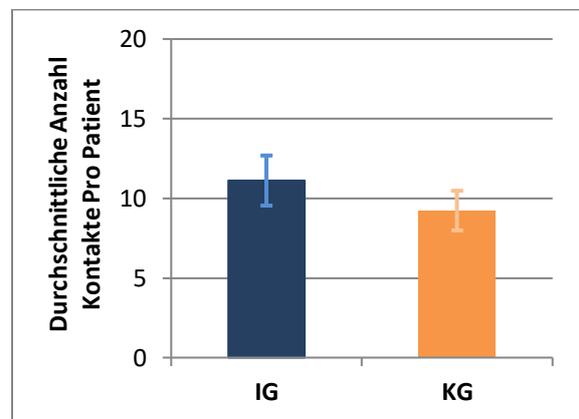
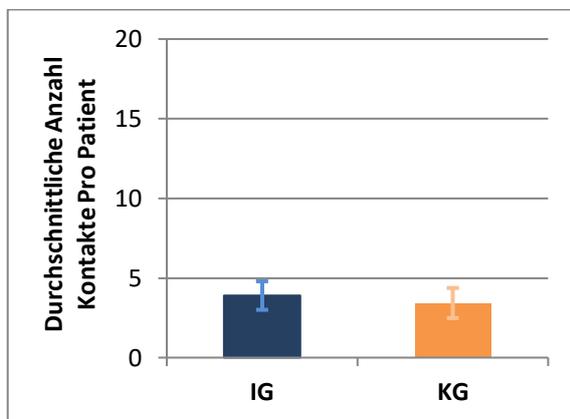
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

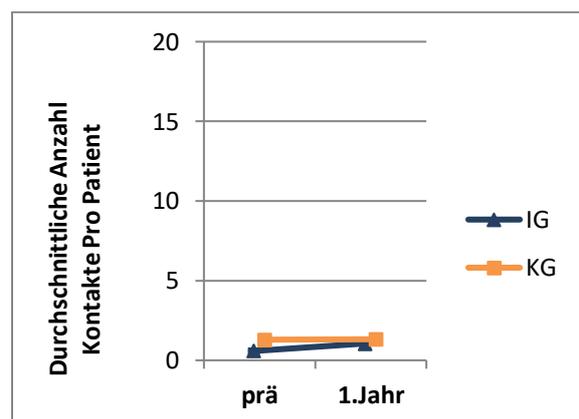
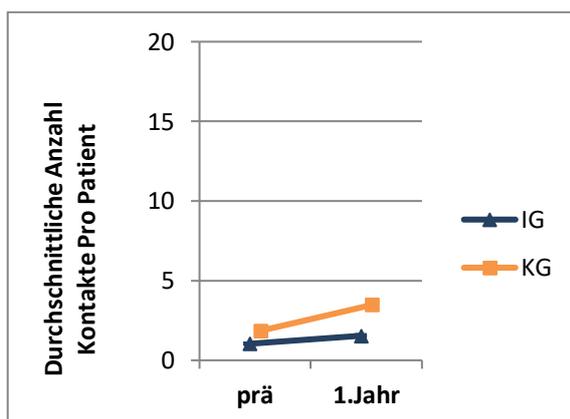
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

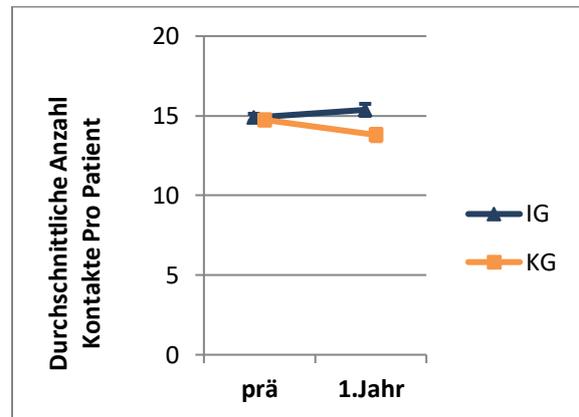
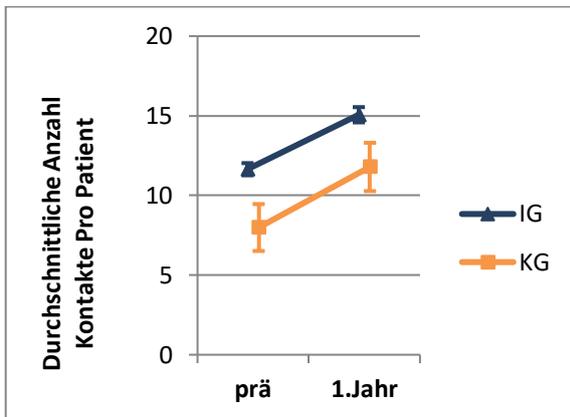


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

- **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

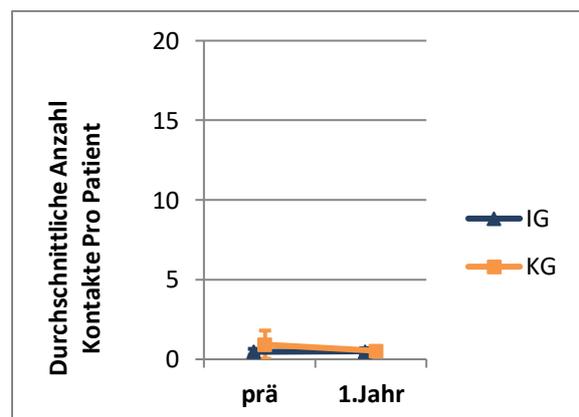
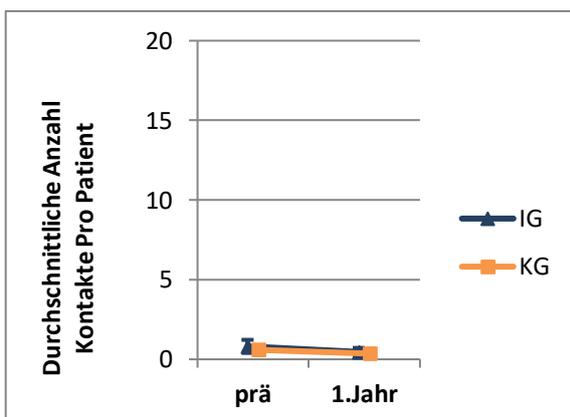
* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

- **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)**

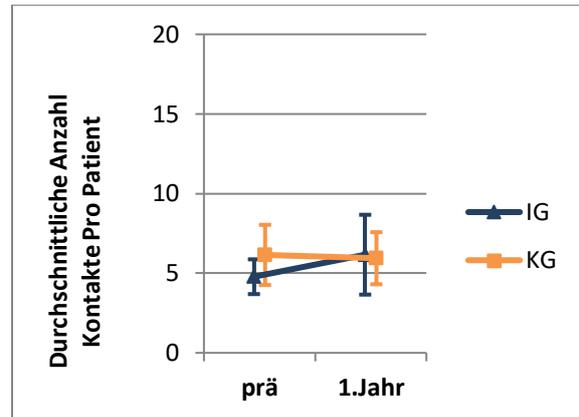
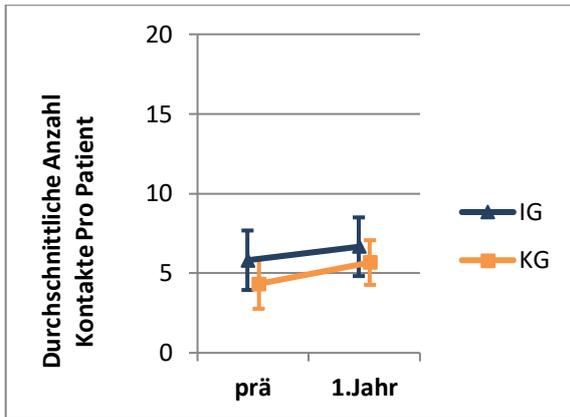


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

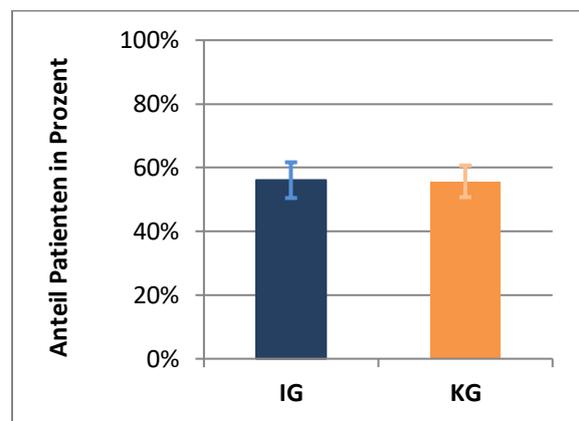
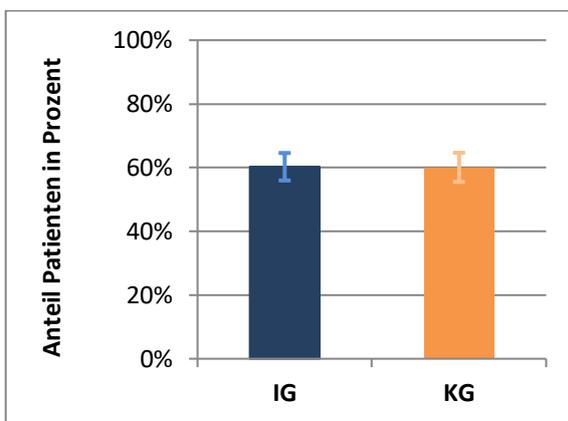
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

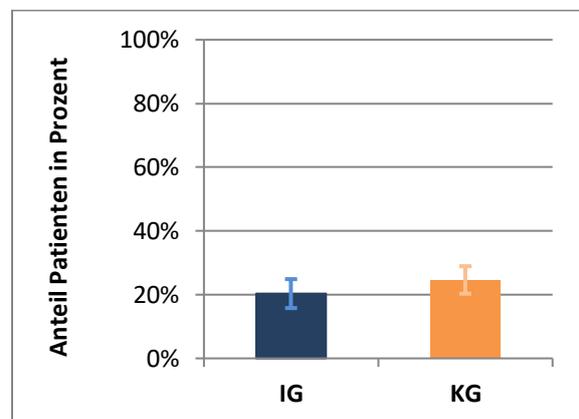
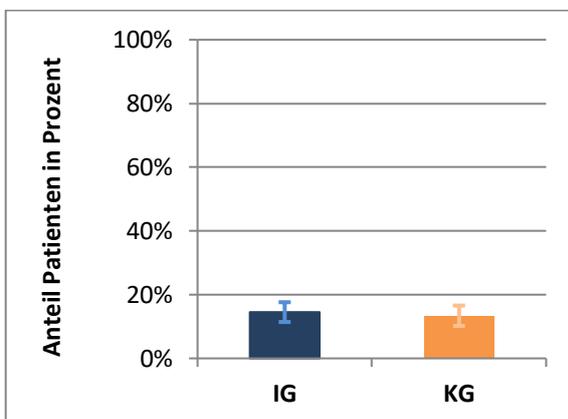
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

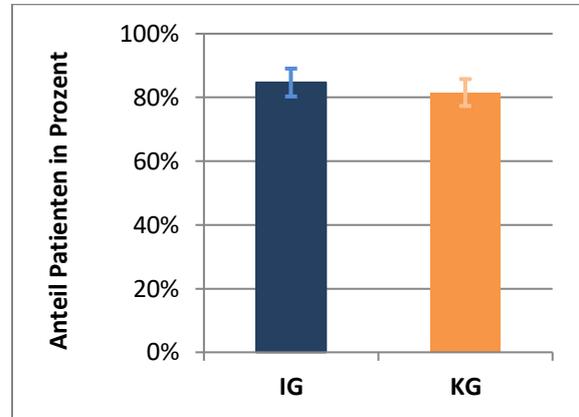
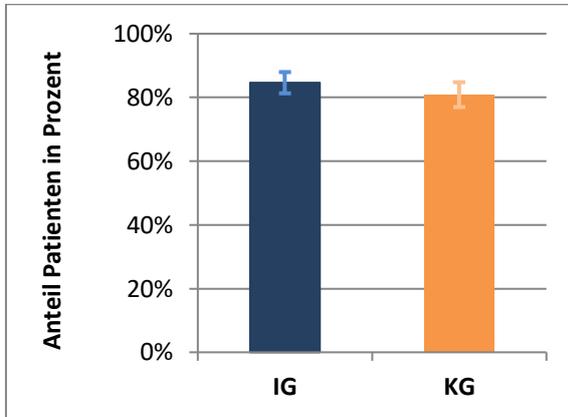


Klinikneue Patienten

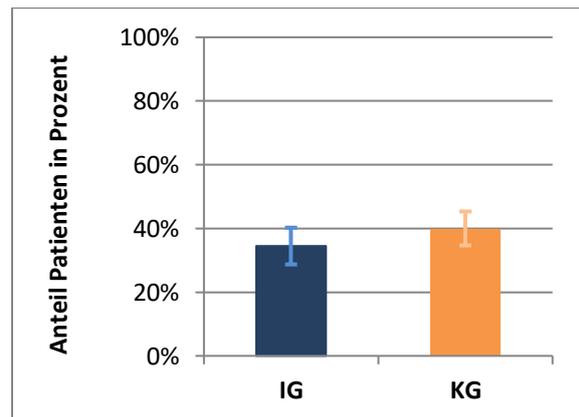
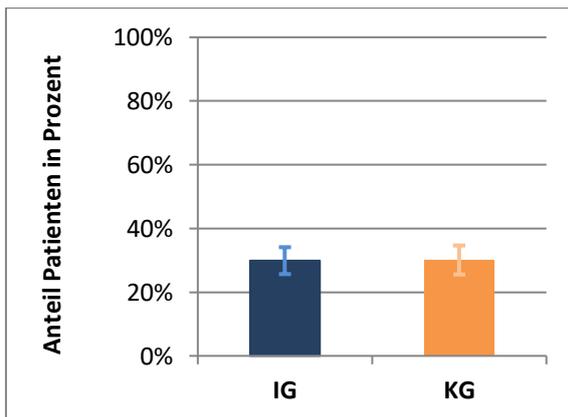
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

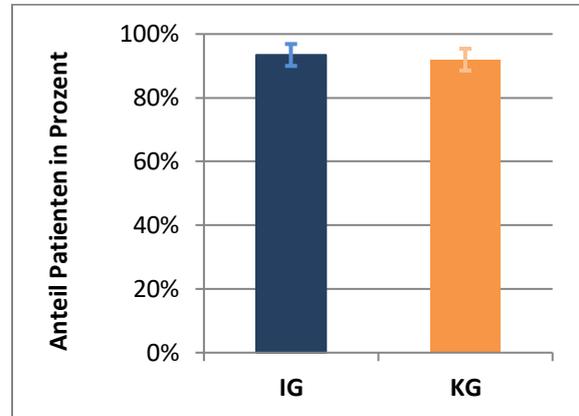
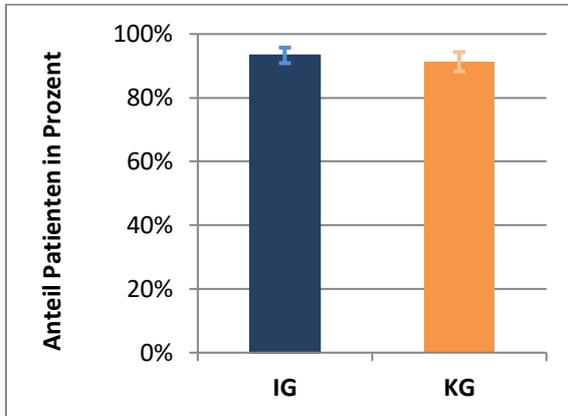


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

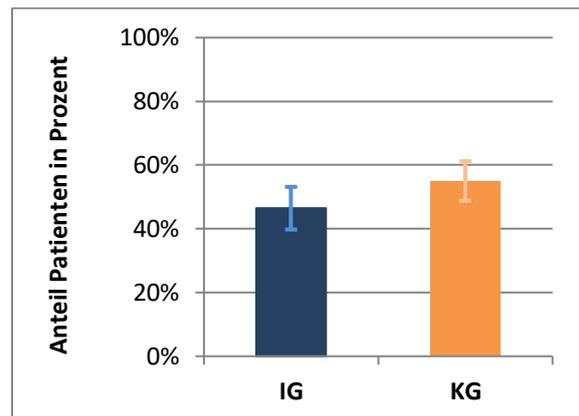
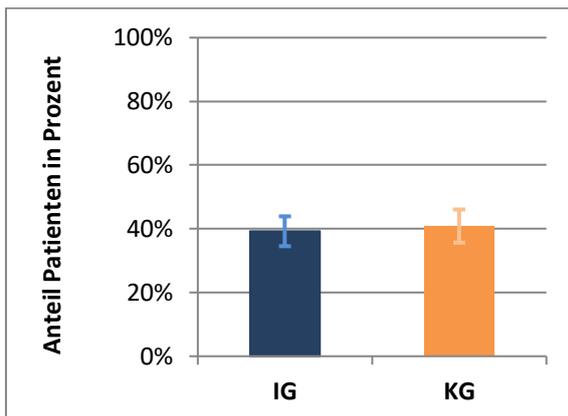


Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

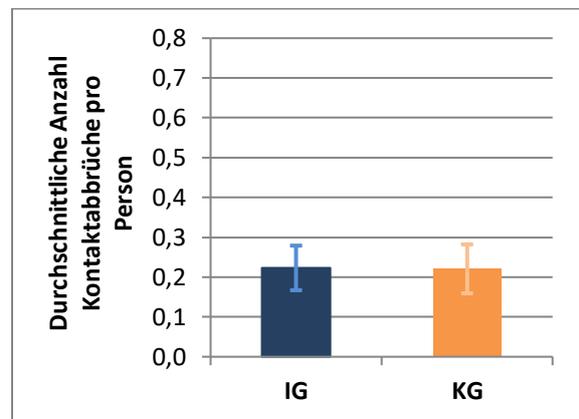
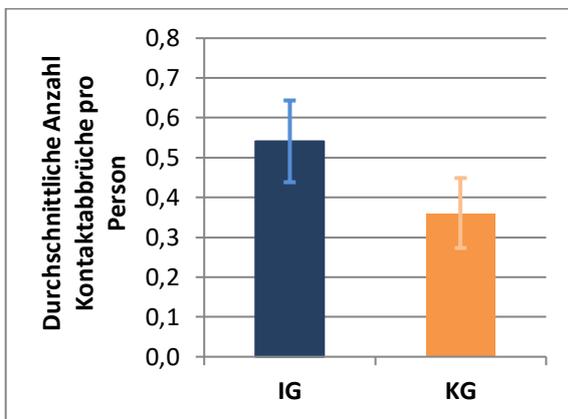
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

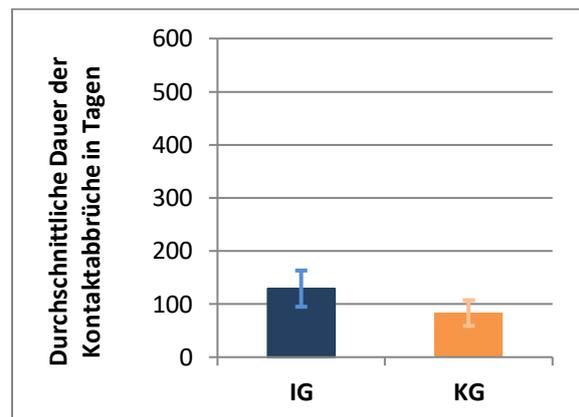
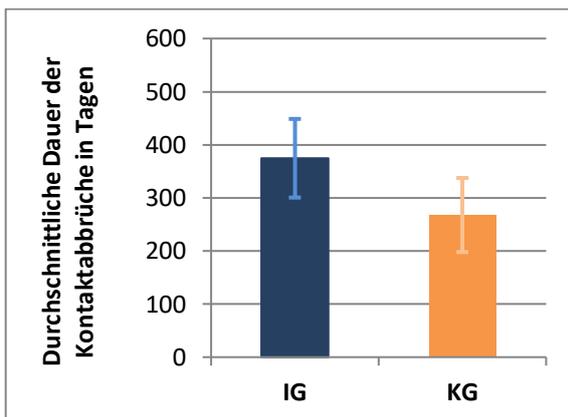


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

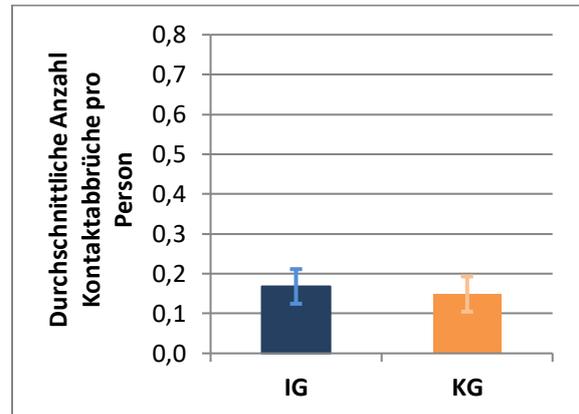
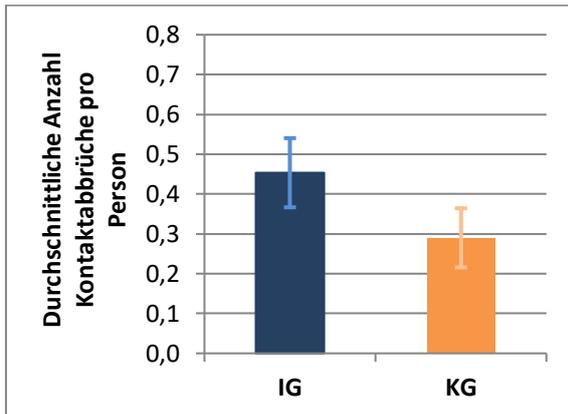


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

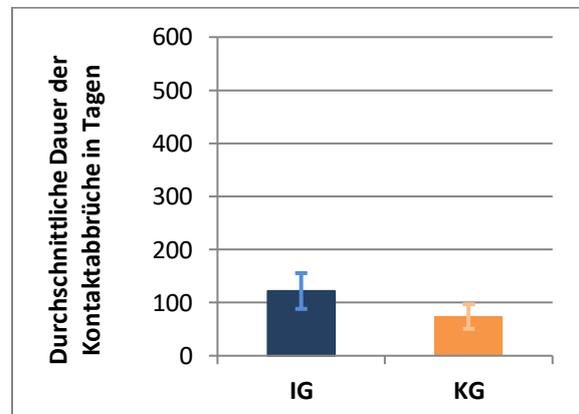
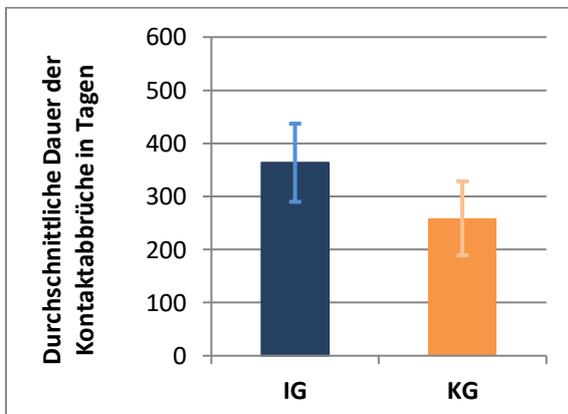


Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

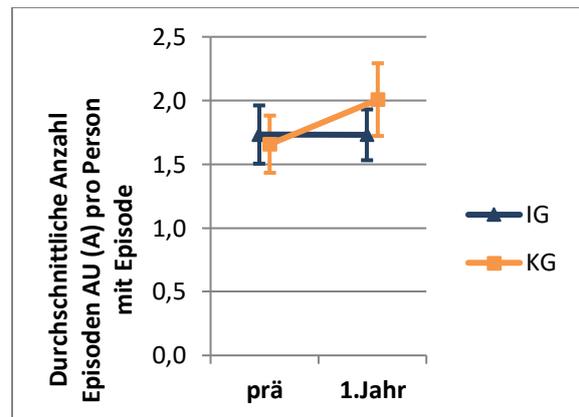
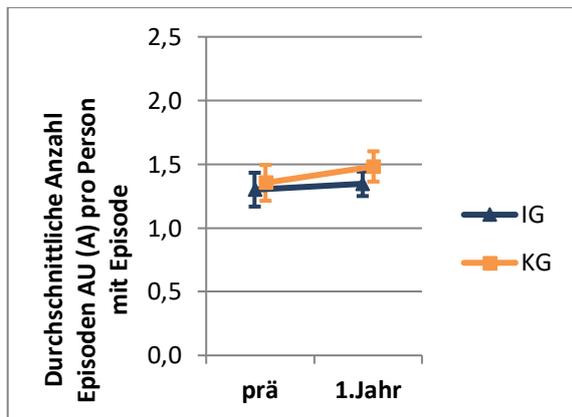
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

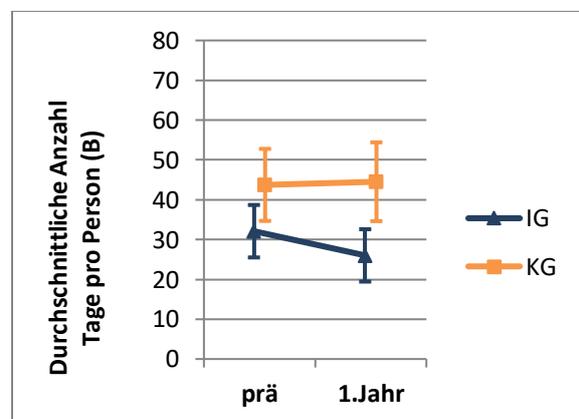
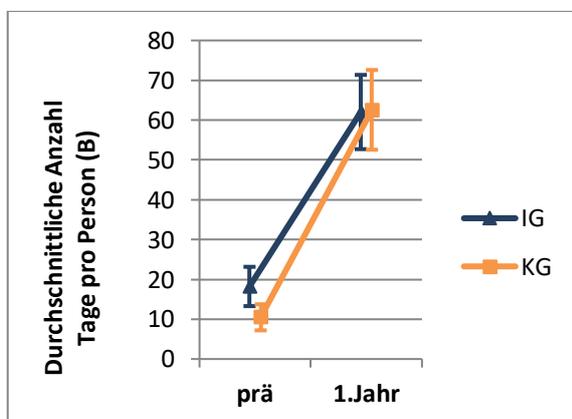
Klinikbekannte Patienten

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

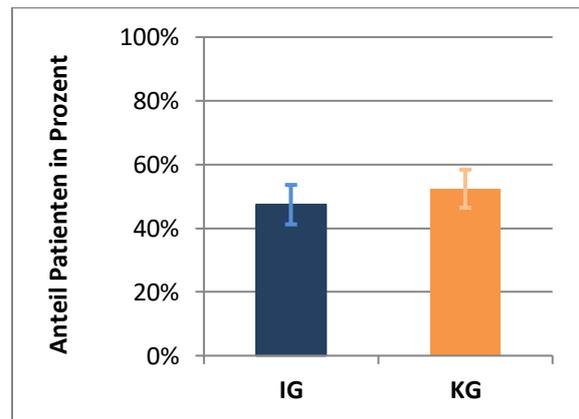
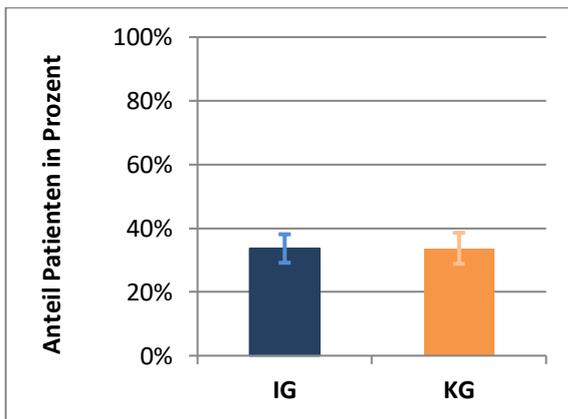
Legende für die folgenden Abbildungen:

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)

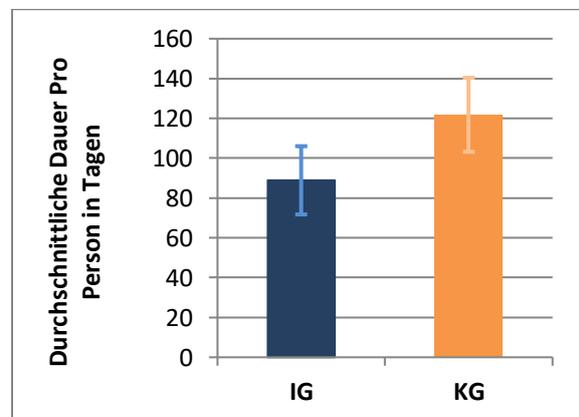
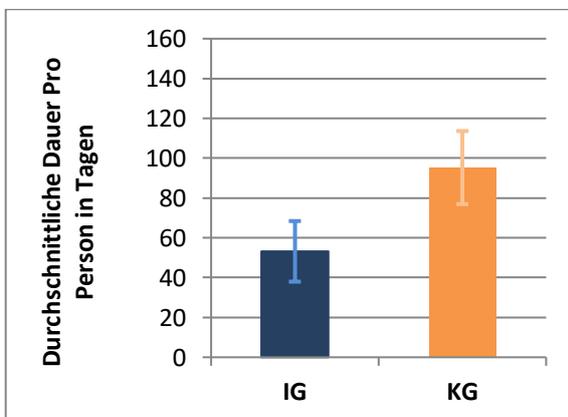


Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

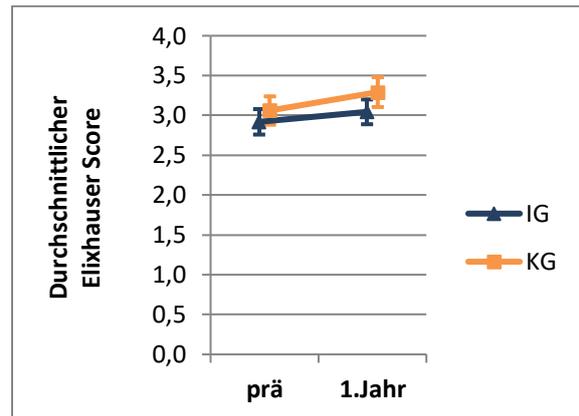
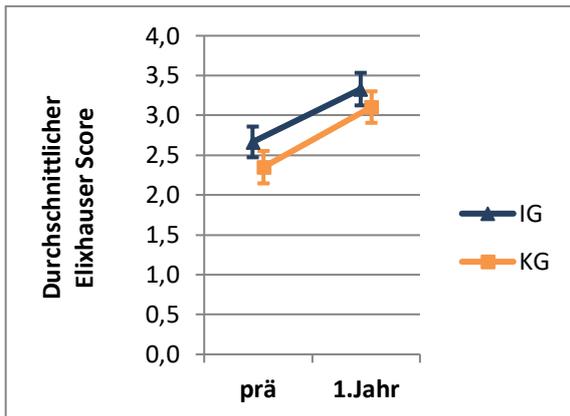


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Anzahl Tode

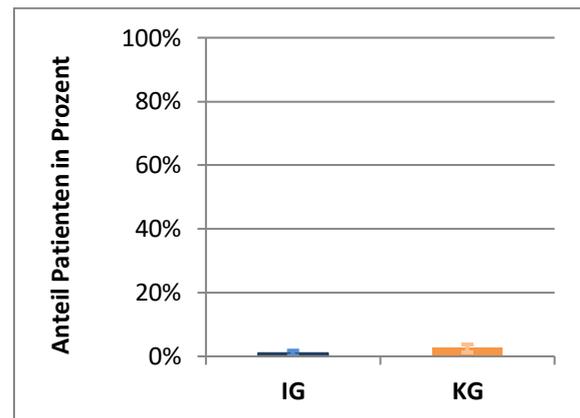
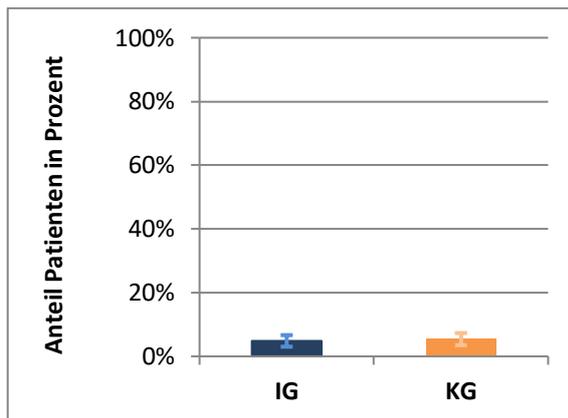


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

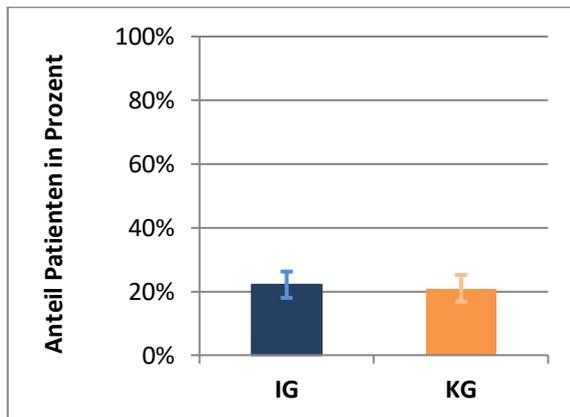
Fallzahl zu klein

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

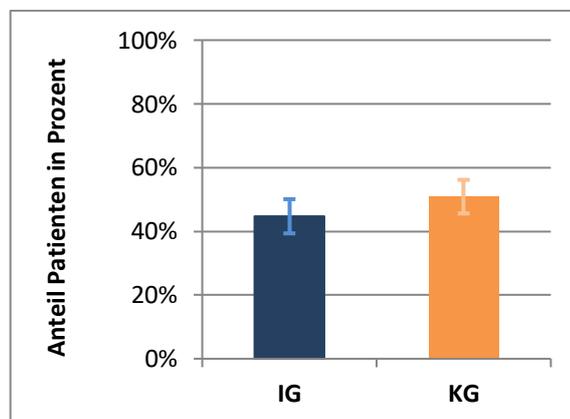
Demenz E

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		
	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)	—	—	—	-9,31*** -9,82...-8,81	kf	0,38** 0,15...0,61
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,71*** 0,64...0,78	kf	1,09 0,96...1,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,88* 1,05-3,37	kf	0,73 0,41-1,32	0,70*** 0,63-0,78	kf	1,10 0,97-1,25
Gruppe	0,80 0,47-1,36	kf	0,99 0,64-1,54	0,35*** 0,25-0,47	kf	0,52 0,27-1,03
Zeit	10,32*** 6,63-16,06	kf	1,29 0,84-1,97	11,94*** 11,17-12,76	kf	1,36*** 1,23-1,50
Indexgruppe 6 (F10)	1,34 0,93-1,92	kf	0,92 0,59-1,46	1,89** 1,27-2,83	kf	0,66 0,26-1,69
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,24 0,92-1,68	kf	0,69 0,46-1,02	0,82 0,57-1,17	kf	0,50 0,22-1,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,67* 0,48-0,95	kf	0,66 0,41-1,06	0,46*** 0,31-0,68	kf	0,57 0,23-1,42
Psy A ¹	1,14 0,84-1,54	kf	0,89 0,59-1,34	1,35 0,94-1,93	kf	0,70 0,31-1,61
Psy B ²	1,08 0,72-1,63	kf	2,11** 1,28-3,50	1,49 0,92-2,42	kf	2,44 0,84-7,10
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,04*** 1,03-1,05	1,01** 1,01-1,02	kf	1,06*** 1,04-1,09
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,78-1,32	kf	0,76 0,55-1,06	0,88 0,65-1,19	kf	0,57 0,28-1,13
Komorbidität ³	1,13*** 1,06-1,20	kf	1,20*** 1,12-1,30	1,01 0,95-1,09	kf	1,47*** 1,27-1,70
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,53 0,98-2,41	kf	1,16 0,73-1,84	2,41** 1,45-3,98	kf	2,16 0,73-6,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,69*** 1,30-2,20	kf	2,67*** 1,88-3,81	1,11 0,82-1,50	kf	4,13*** 2,03-8,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54*** 0,40-0,73	kf	0,37*** 0,24-0,59	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,26** 0,11-0,58

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)	—	—	—	-1,70*** -2,23...-1,18	-0,76*** -0,96...-0,57	-0,43*** -0,63...-0,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,85*** 0,81...0,90	0,82** 0,71...0,95	0,75*** 0,66...0,85
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,84 0,57-1,26	0,89 0,17-4,55	0,71 0,40-1,24	0,85*** 0,81-0,89	0,87 0,75-1,01	0,75*** 0,66-0,85
Gruppe	1,01 0,76-1,33	2,03 0,60-6,92	1,40 0,92-2,14	0,40*** 0,25-0,63	3,73** 1,39-10,00	1,52 0,65-3,56
Zeit	0,61*** 0,46-0,80	0,16** 0,05-0,56	0,99 0,66-1,47	1,08*** 1,05-1,12	0,39*** 0,34-0,43	1,11* 1,02-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	1,13 0,85-1,52	0,17 0,02-1,33	0,76 0,49-1,20	3,42*** 1,79-6,52	0,23* 0,06-0,99	0,35 0,11-1,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,85 0,65-1,10	0,68 0,17-2,72	0,67 0,44-1,02	0,81 0,43-1,52	1,25 0,41-3,81	0,51 0,17-1,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,62 0,16-2,41	1,99 0,02-196,26	kf	2,38 0,11-52,42	0,00 0,00-822,76	kf
Psy A ¹	1,49** 1,10-2,00	1,87 0,40-8,78	1,01 0,63-1,62	1,76 0,89-3,45	1,25 0,33-4,66	1,41 0,42-4,77
Psy B ²	0,98 0,77-1,26	0,83 0,19-3,50	1,10 0,75-1,61	0,83 0,47-1,44	3,19* 1,04-9,82	0,89 0,33-2,39
Alter	1,00 0,99-1,00	0,98 0,94-1,03	1,02** 1,00-1,03	1,01 0,99-1,02	0,97 0,93-1,01	1,04* 1,01-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,77-1,18	0,30 0,08-1,09	1,04 0,74-1,47	1,06 0,65-1,72	0,59 0,23-1,56	1,30 0,53-3,19
Komorbidität ³	1,01 0,96-1,07	1,10 0,81-1,49	1,31*** 1,21-1,42	1,03 0,91-1,17	1,06 0,83-1,35	1,59*** 1,31-1,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,73-1,47	0,82 0,09-7,22	2,17** 1,37-3,43	2,93** 1,38-6,18	1,19 0,22-6,42	3,37* 1,05-10,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	7,77*** 5,91-10,22	4,47 0,90-22,18	2,38*** 1,62-3,49	22,84*** 13,46-38,74	3,45* 1,09-10,95	2,75* 1,01-7,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25*** 0,19-0,33	0,47 0,13-1,69	0,62* 0,42-0,90	0,01*** 0,01-0,02	0,18** 0,06-0,51	0,59 0,22-1,59

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 kliniken 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)	—	—	—	-9,93*** -10,38...-9,47	kf	-0,83*** -1,04...-0,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,56*** 0,49...0,64	kf	0,59*** 0,52...0,67
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,16** 1,24-3,74	kf	0,54* 0,30-0,97	0,57*** 0,50-0,65	kf	0,63*** 0,55-0,72
Gruppe	0,64 0,39-1,04	kf	1,35 0,85-2,15	0,44*** 0,30-0,62	kf	1,33 0,74-2,40
Zeit	6,17*** 4,21-9,05	kf	1,25 0,82-1,90	22,20*** 20,30-24,29	kf	1,25*** 1,13-1,38
Indexgruppe 6 (F10)	1,49* 1,05-2,12	kf	1,23 0,73-2,06	2,55*** 1,58-4,14	kf	1,04 0,43-2,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,83-1,45	kf	0,54** 0,35-0,84	0,90 0,60-1,35	kf	0,35** 0,17-0,71
Indexgruppe 9 (F43)	0,49*** 0,34-0,70	kf	0,58 0,34-1,01	0,39*** 0,24-0,64	kf	0,27** 0,11-0,67
Psy A ¹	1,17 0,87-1,56	kf	0,98 0,62-1,55	1,04 0,68-1,58	kf	0,80 0,38-1,67
Psy B ²	0,92 0,63-1,35	kf	1,16 0,66-2,05	1,08 0,63-1,87	kf	1,55 0,62-3,89
Alter	1,00 0,99-1,00	kf	1,03*** 1,01-1,04	1,00 0,99-1,01	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,90-1,50	kf	0,96 0,66-1,41	1,11 0,78-1,58	kf	1,34 0,72-2,51
Komorbidität ³	1,03 0,97-1,09	kf	1,25*** 1,15-1,36	1,10* 1,02-1,19	kf	1,31*** 1,15-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,48-1,19	kf	1,53 0,87-2,71	1,09 0,60-2,01	kf	2,96* 1,09-8,08
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48** 1,16-1,90	kf	3,11*** 2,09-4,62	1,05 0,75-1,49	kf	4,77*** 2,56-8,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,57*** 0,44-0,75	kf	0,51** 0,34-0,76	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,50* 0,27-0,95

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-9,31*** -9,82...-8,81
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-7,44*** -7,90...-6,97
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-10,23*** -10,70...-9,76
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,71*** 0,64...0,78
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,63*** 0,57...0,70
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,64*** 0,56...0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,69*** 0,62-0,76
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,67*** 0,60-0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,67*** 0,59-0,78

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,36*** 0,26-0,50
Zeit	11,95*** 11,18-12,77
Indexgruppe 6 (F10)	2,49*** 1,93-3,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86 0,69-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,46*** 0,35-0,59
Psy A ¹	1,21 0,96-1,52
Psy B ²	1,41* 1,04-1,91
Alter	1,01** 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,79-1,17
Komorbidität ³	1,02 0,98-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,77*** 1,29-2,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,85-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,03-0,04
2. vs. 1.Jahr	0,82 0,60-1,14
3. vs. 1.Jahr	0,65* 0,47-0,90

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 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)	—	-1,12*** -1,38...-0,86	-0,38 -1,01...0,24	—	kf	-0,11 -0,25...0,02	kf	-0,49* -0,93...-0,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,79** 0,69...0,91	0,88*** 0,83...0,93	—	kf	0,95 0,73...1,22	kf	0,88** 0,81...0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,78** 0,68-0,90	0,88*** 0,83-0,93	—	kf	1,11 0,85-1,43	kf	0,90** 0,83-0,97
Gruppe	1,35*** 1,26-1,45	0,41*** 0,26-0,67	1,31*** 1,15-1,49	kf	kf	0,77 0,41-1,43	kf	1,49 0,82-2,70
Zeit	—	1,88*** 1,73-2,05	1,48*** 1,42-1,54	—	kf	0,53*** 0,44-0,65	kf	1,28*** 1,21-1,36
Indexgruppe 6 (F10)	0,16*** 0,13-0,20	0,24*** 0,12-0,50	0,66*** 0,55-0,79	kf	kf	0,58 0,23-1,45	kf	0,19*** 0,08-0,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86*** 0,80-0,93	1,34 0,77-2,35	1,09 0,94-1,27	kf	kf	0,97 0,46-2,05	kf	0,95 0,46-1,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,55*** 0,50-0,60	0,83 0,45-1,52	0,88 0,75-1,03	kf	kf	1,17 0,53-2,59	kf	0,49 0,22-1,06
Psy A ¹	1,35*** 1,25-1,46	4,44*** 2,54-7,77	1,58*** 1,36-1,82	kf	kf	0,81 0,39-1,70	kf	2,19* 1,06-4,49
Psy B ²	0,81*** 0,73-0,89	1,30 0,61-2,75	1,35** 1,11-1,65	kf	kf	0,78 0,27-2,25	kf	0,36* 0,13-0,98
Alter	1,00* 1,00-1,00	0,99 0,97-1,00	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	1,00 0,98-1,02	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,23*** 1,14-1,32	1,42 0,87-2,31	1,16* 1,02-1,32	kf	kf	0,93 0,49-1,75	kf	3,43*** 1,85-6,37
Komorbidität ³	0,97** 0,95-0,99	1,09 0,97-1,22	1,15*** 1,11-1,18	kf	kf	1,04 0,90-1,21	kf	1,26** 1,09-1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,35*** 0,29-0,43	1,80 0,74-4,37	1,56*** 1,24-1,97	kf	kf	1,43 0,45-4,52	kf	0,88 0,28-2,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,94-1,08	1,04 0,64-1,68	1,24** 1,09-1,41	kf	kf	1,46 0,78-2,73	kf	3,10*** 1,69-5,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,91*** 1,78-2,05	0,58 0,34-1,00	0,93 0,81-1,07	kf	kf	0,81 0,40-1,63	kf	1,11 0,56-2,18

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	0,44*** 0,27...0,62	1,42*** 0,76...2,09	—	kf	0,42*** 0,28...0,55	kf	1,59*** 1,17...2,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	1,77*** 1,48...2,12	1,10*** 1,05...1,15	—	kf	1,84*** 1,46...2,32	kf	1,33*** 1,24...1,44
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	1,80*** 1,50-2,15	1,10*** 1,05-1,15	—	kf	1,71*** 1,35-2,16	kf	1,33*** 1,23-1,43
Gruppe	1,31*** 1,26-1,36	0,41** 0,22-0,75	1,40*** 1,24-1,57	kf	kf	1,04 0,24-4,45	kf	1,00 0,46-2,22
Zeit	—	1,03 0,92-1,14	0,94*** 0,91-0,97	—	kf	0,61*** 0,52-0,71	kf	0,97 0,92-1,02
Indexgruppe 6 (F10)	1,41*** 1,34-1,49	0,73 0,32-1,69	0,77** 0,66-0,90	kf	kf	0,90 0,12-6,97	kf	0,18** 0,05-0,59
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,99 0,94-1,05	1,70 0,77-3,76	0,92 0,79-1,07	kf	kf	0,83 0,13-5,37	kf	2,24 0,85-5,88
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,75* 0,57-1,00	34,57 0,65-INF	0,97 0,46-2,05	kf	kf	kf	kf	kf
Psy A ¹	1,22*** 1,15-1,30	3,68** 1,52-8,94	1,07 0,91-1,26	kf	kf	0,99 0,12-8,05	kf	1,07 0,36-3,24
Psy B ²	1,10*** 1,05-1,15	1,56 0,77-3,18	1,69*** 1,48-1,93	kf	kf	1,23 0,22-6,93	kf	2,12 0,83-5,41
Alter	1,00** 1,00-1,00	0,99 0,97-1,02	1,00 0,99-1,00	kf	kf	0,98 0,93-1,04	kf	1,03 1,00-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,99-1,07	1,50 0,81-2,80	1,09 0,97-1,22	kf	kf	0,66 0,15-2,99	kf	2,63* 1,15-6,04
Komorbidität ³	0,99* 0,98-1,00	0,90 0,76-1,06	1,25*** 1,21-1,29	kf	kf	1,16 0,80-1,69	kf	1,20 0,98-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,97-1,10	0,44 0,14-1,39	0,89 0,73-1,08	kf	kf	0,49 0,03-7,82	kf	2,92 0,82-10,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36*** 1,31-1,42	2,61** 1,35-5,05	1,19** 1,05-1,34	kf	kf	2,56 0,50-13,11	kf	2,71* 1,13-6,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,22*** 3,91-4,57	0,37* 0,18-0,80	1,08 0,94-1,25	kf	kf	1,25 0,22-7,18	kf	3,05* 1,08-8,63

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniken 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)	1,28*** 1,02...1,54	-0,83*** -1,06...-0,60	0,30 -0,35...0,95	kf	kf	0,05 -0,11...0,20	kf	0,45 -0,08...0,99
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,36 0,87...2,14	0,64*** 0,55...0,74	1,01 0,96...1,06	kf	kf	1,02 0,82...1,27	kf	1,06 0,99...1,13
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,41 0,90-2,22	0,62*** 0,53-0,72	1,01 0,96-1,06	kf	kf	1,03*** 1,03-1,03	kf	1,07 1,00-1,14
Gruppe	1,00 0,60-1,68	1,15 0,70-1,88	1,14* 1,01-1,30	kf	kf	0,79*** 0,79-0,79	kf	1,20 0,64-2,26
Zeit	40,03*** 29,12-55,03	2,24*** 2,01-2,48	1,20*** 1,16-1,25	kf	kf	0,78*** 0,78-0,78	kf	0,98 0,94-1,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,32*** 0,20-0,51	0,40* 0,19-0,82	0,91 0,76-1,09	kf	kf	0,84*** 0,84-0,84	kf	0,47 0,19-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,34 1,00-1,81	1,93* 1,10-3,40	1,05 0,91-1,21	kf	kf	0,74*** 0,74-0,74	kf	2,07 0,99-4,36
Indexgruppe 9 (F43)	0,68* 0,48-0,97	0,50* 0,26-0,96	0,84* 0,71-0,99	kf	kf	1,11*** 1,11-1,12	kf	0,70 0,30-1,61
Psy A ¹	1,56** 1,13-2,16	2,56** 1,41-4,64	1,34*** 1,15-1,55	kf	kf	1,40*** 1,40-1,40	kf	1,38 0,63-3,03
Psy B ²	0,90 0,60-1,37	1,66 0,76-3,61	1,47*** 1,21-1,79	kf	kf	0,33*** 0,33-0,33	kf	0,70 0,24-2,00
Alter	1,00 0,99-1,01	0,99 0,97-1,00	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97*** 0,97-0,97	kf	1,02* 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,22 0,93-1,61	1,92* 1,15-3,20	1,26*** 1,11-1,43	kf	kf	0,57*** 0,57-0,57	kf	3,14** 1,63-6,04
Komorbidität ³	1,00 0,93-1,07	0,99 0,88-1,13	1,18*** 1,14-1,21	kf	kf	1,40*** 1,39-1,40	kf	1,16 0,99-1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55* 0,31-0,96	0,37 0,13-1,05	1,65*** 1,30-2,10	kf	kf	0,29*** 0,29-0,29	kf	2,54 0,71-9,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,75-1,29	1,20 0,73-1,97	1,26*** 1,11-1,43	kf	kf	0,65*** 0,65-0,65	kf	4,41*** 2,30-8,43
Referenzfall (KH vs. PIA)	8,75*** 6,41-11,93	0,66 0,39-1,12	1,09 0,96-1,24	kf	kf	0,82*** 0,82-0,82	kf	1,27 0,65-2,52

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,98 0,82-1,16	1,06 0,91-1,23	1,06 0,91-1,23
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,70-1,13	0,94 0,76-1,16	1,02 0,83-1,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,87-1,30	1,04 0,87-1,25	1,06 0,88-1,27
Indexgruppe 9 (F43)	0,88 0,70-1,11	0,90 0,74-1,10	0,94 0,77-1,15
Psy A ¹	1,01 0,82-1,25	0,93 0,77-1,13	0,95 0,78-1,14
Psy B ²	1,32* 1,02-1,71	1,24 0,98-1,57	1,15 0,90-1,47
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,98-1,40	1,13 0,97-1,33	1,12 0,96-1,32
Komorbidität ³	1,00 0,97-1,04	1,01 0,98-1,05	1,00 0,96-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,51** 1,16-1,97	1,22 0,94-1,58	1,15 0,88-1,50
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,97-1,38	1,10 0,94-1,29	1,06 0,91-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,21-0,37	0,30*** 0,24-0,38	0,31*** 0,24-0,39

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	0,85 0,69-1,05	0,88 0,74-1,06	0,90 0,74-1,09
Indexgruppe 6 (F10)	1,20 0,92-1,56	1,14 0,90-1,45	1,11 0,86-1,45
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,85 0,64-1,14	0,95 0,74-1,22	1,03 0,80-1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,83* 1,14-7,08	3,39** 1,63-7,04	1,46 0,46-4,66
Psy A ¹	0,86 0,64-1,15	0,88 0,68-1,13	0,95 0,73-1,23
Psy B ²	1,58*** 1,23-2,02	1,38** 1,11-1,72	1,09 0,86-1,38
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,87-1,32	0,98 0,81-1,18	0,94 0,77-1,15
Komorbidität ³	1,04 0,99-1,10	1,05* 1,01-1,10	1,04 0,99-1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,21 0,88-1,66	1,03 0,76-1,40	0,97 0,69-1,36
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,80*** 1,40-2,33	1,70*** 1,36-2,13	1,36** 1,08-1,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,19*** 0,15-0,24	0,19*** 0,15-0,23	0,19*** 0,15-0,23

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniken 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)	-0,28 -0,80...0,24	-0,10 -0,71...0,51	-0,04 -0,76...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,69 0,34...1,37	0,90 0,48...1,70	0,96 0,46...1,99
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,60-2,37	1,62 0,86-3,07	2,49* 1,20-5,15
Gruppe	0,80 0,41-1,55	0,64 0,35-1,19	0,41* 0,20-0,84
Zeit	11,79*** 7,38-18,83	11,20*** 7,44-16,86	11,28*** 7,49-16,98
Indexgruppe 6 (F10)	1,06 0,83-1,36	1,09 0,88-1,35	1,07 0,87-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,81-1,25	1,03 0,85-1,24	1,09 0,90-1,32
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,64-1,10	0,83 0,66-1,05	0,85 0,67-1,07
Psy A ¹	1,20 0,97-1,49	1,11 0,92-1,34	1,04 0,86-1,26
Psy B ²	0,94 0,71-1,24	0,93 0,72-1,19	1,01 0,78-1,30
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	0,99* 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,91-1,33	1,06 0,90-1,25	1,03 0,87-1,22
Komorbidität ³	1,05* 1,01-1,10	1,04* 1,00-1,08	1,04 1,00-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,70-1,40	0,93 0,68-1,27	1,00 0,73-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,13 0,94-1,36	1,16 0,99-1,37	1,10 0,93-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,31*** 0,25-0,39	0,31*** 0,25-0,38	0,31*** 0,25-0,38

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,22 0,88-1,70	1,11*** 1,10-1,13	1,28 0,89-1,84	1,12*** 1,10-1,13
Indexgruppe 6 (F10)	1,39 0,87-2,23	1,25*** 1,23-1,28	1,55 0,93-2,58	1,26*** 1,24-1,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,67-1,39	1,09*** 1,07-1,10	0,99 0,66-1,49	1,10*** 1,08-1,11
Indexgruppe 9 (F43)	1,22 0,82-1,81	1,22*** 1,20-1,24	1,17 0,75-1,81	1,21*** 1,19-1,23
Psy B ²	1,00 0,71-1,41	0,96*** 0,95-0,98	0,92 0,63-1,34	0,95*** 0,94-0,96
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01*** 1,01-1,01	1,01 0,99-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,69-1,37	1,08*** 1,07-1,09	1,17 0,80-1,72	1,11*** 1,09-1,12
Komorbidität ³	0,94 0,87-1,03	0,93*** 0,93-0,93	0,93 0,84-1,02	0,93*** 0,92-0,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,91* 1,11-3,31	1,38*** 1,35-1,41	1,72 0,94-3,15	1,35*** 1,32-1,38
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	1,05 0,76-1,46	0,95*** 0,93-0,96	1,01 0,71-1,44	0,93*** 0,92-0,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,12-0,37	0,19*** 0,18-0,19	0,25*** 0,14-0,44	0,19*** 0,19-0,19

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	0,96 0,71-1,31	1,42*** 1,40-1,45	1,06 0,73-1,52	1,51*** 1,49-1,53
Indexgruppe 6 (F10)	0,51** 0,34-0,77	0,41*** 0,40-0,42	0,51** 0,31-0,82	0,40*** 0,40-0,41
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,69 0,47-1,02	0,67*** 0,65-0,68	0,67 0,42-1,06	0,66*** 0,64-0,67
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,43 0,46-25,80	8,05*** 7,48-8,68	5,63 0,73-43,64	9,52*** 8,83-10,26
Psy B ²	0,94 0,68-1,30	0,78*** 0,77-0,80	0,80 0,54-1,18	0,74*** 0,73-0,75
Alter	0,99 0,98-1,00	0,99*** 0,99-0,99	0,99 0,98-1,01	0,99*** 0,99-0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,69* 0,50-0,94	0,69*** 0,68-0,70	0,66* 0,46-0,96	0,68*** 0,67-0,69
Komorbidität ³	1,04 0,96-1,13	1,01*** 1,01-1,02	1,02 0,93-1,13	1,01*** 1,01-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,67-1,88	1,73*** 1,69-1,76	1,32 0,73-2,37	1,85*** 1,82-1,90
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	1,23 0,85-1,77	1,07*** 1,05-1,09	1,00 0,66-1,52	1,01 1,00-1,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,07*** 0,04-0,10	0,04*** 0,04-0,04	0,05*** 0,03-0,08	0,04*** 0,04-0,04

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	Dauer von Kon-taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt-abbrüche	Dauer von Kon-taktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit-raum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikkneue 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 Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikeu 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)	-0,06 -0,26...0,14	-8,29*** -9,65...-6,93	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	0,89 0,68...1,15	0,57*** 0,54...0,60	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89 0,68-1,15	0,57*** 0,54-0,60	kf	kf
Gruppe	1,09 0,87-1,36	2,12*** 1,56-2,88	kf	kf
Zeit	2,55*** 2,11-3,07	5,97*** 5,76-6,19	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,26** 1,06-1,49	0,73 0,46-1,14	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,24** 1,07-1,44	2,53*** 1,74-3,68	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,03 0,89-1,20	1,02 0,70-1,49	kf	kf
Psy A ¹	1,14 0,99-1,32	1,22 0,85-1,76	kf	kf
Psy B ²	0,96 0,79-1,17	0,82 0,49-1,38	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02*** 1,01-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,93-1,20	1,08 0,79-1,48	kf	kf
Komorbidität ³	1,05** 1,01-1,09	1,00 0,90-1,10	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,82-1,68	0,61 0,23-1,64	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66*** 0,56-0,76	0,18*** 0,12-0,25	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)	-0,15 -0,37...0,06	-6,87*** -8,26...-5,48	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	0,84 0,66...1,08	0,80*** 0,77...0,83	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85 0,66-1,08	0,80*** 0,77-0,83	kf	kf
Gruppe	1,03 0,82-1,30	0,91 0,54-1,52	kf	kf
Zeit	1,15 0,96-1,36	1,02 0,99-1,04	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,82 0,63-1,08	0,46* 0,22-0,94	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,18 0,93-1,50	4,33*** 2,26-8,29	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76 0,24-2,39	0,28 0,01-6,12	kf	kf
Psy A ¹	1,16 0,90-1,49	2,40* 1,21-4,73	kf	kf
Psy B ²	1,13 0,90-1,43	0,90 0,48-1,69	kf	kf
Alter	0,99 0,99-1,00	0,98 0,96-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,89-1,31	1,80* 1,05-3,07	kf	kf
Komorbidität ³	1,10** 1,04-1,16	1,24** 1,07-1,43	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28 0,82-1,98	1,12 0,32-3,89	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,34*** 0,28-0,43	0,04*** 0,02-0,07	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)	0,02 -0,17...0,20	3,08*** 1,75...4,42	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	0,99 0,76...1,29	0,86*** 0,82...0,89	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,99 0,76-1,29	0,86*** 0,82-0,89	kf	kf
Gruppe	1,03 0,82-1,29	1,52* 1,07-2,17	kf	kf
Zeit	2,32*** 1,92-2,79	3,56*** 3,45-3,67	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,25* 1,04-1,52	0,77 0,44-1,33	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,95-1,30	1,90** 1,25-2,91	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,80-1,13	0,69 0,44-1,10	kf	kf
Psy A ¹	1,11 0,95-1,29	1,28 0,84-1,95	kf	kf
Psy B ²	0,97 0,79-1,20	1,08 0,60-1,96	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,95-1,24	1,25 0,87-1,80	kf	kf
Komorbidität ³	1,01 0,97-1,04	1,00 0,90-1,10	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,55-1,48	0,34 0,09-1,29	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,67*** 0,58-0,77	0,20*** 0,13-0,29	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)	-8,29*** -9,65...-6,93
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,06 -2,48...0,36
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	4,66*** 3,29...6,02
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,57*** 0,54...0,60
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,13*** 1,08...1,17
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,86*** 0,83...0,90
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,57*** 0,54-0,60
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,12*** 1,08-1,17
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,86*** 0,83-0,90

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	2,15*** 1,53-3,02
Zeit	5,97*** 5,76-6,18
Indexgruppe 6 (F10)	0,70* 0,52-0,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,35*** 1,85-3,00
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,67-1,12
Psy A ¹	1,41** 1,11-1,79
Psy B ²	0,89 0,63-1,24
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,24* 1,01-1,52
Komorbidität ³	1,04 0,98-1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,59 0,29-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,14-0,21
2. vs. 1.Jahr	1,92*** 1,36-2,70
3. vs. 1.Jahr	1,53* 1,09-2,14

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	1,08 0,79-1,47	0,55*** 0,54-0,57
Indexgruppe 6 (F10)	1,08 0,70-1,66	1,73*** 1,67-1,80
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,72-1,53	0,79*** 0,76-0,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,68 0,45-1,03	0,76*** 0,73-0,80
Psy A ¹	1,59* 1,10-2,30	1,35*** 1,30-1,40
Psy B ²	1,05 0,64-1,71	0,96 0,92-1,00
Alter	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,75-1,45	0,98 0,95-1,01
Komorbidität ³	1,03 0,95-1,11	0,97*** 0,96-0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,14 0,65-2,00	1,10*** 1,05-1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,37 1,00-1,89	0,77*** 0,75-0,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,75-1,82	1,12*** 1,07-1,17

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	0,89 0,62-1,29	0,73*** 0,71-0,75
Indexgruppe 6 (F10)	0,74 0,45-1,21	1,11*** 1,08-1,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,53* 0,32-0,86	0,84*** 0,81-0,87
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,02 0,18-23,16	0,80** 0,71-0,91
Psy A ¹	0,95 0,57-1,59	1,12*** 1,08-1,17
Psy B ²	1,20 0,77-1,87	0,83*** 0,80-0,85
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,56-1,19	0,84*** 0,82-0,86
Komorbidität ³	1,14** 1,03-1,25	1,03*** 1,02-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,66 0,36-1,21	0,69*** 0,66-0,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,61* 1,09-2,38	1,08*** 1,05-1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,59-1,30	1,14*** 1,11-1,17

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 kliniken und klinikbekannt)

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,80 0,55-1,16	1,07*** 1,06-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	1,60 0,96-2,67	0,92*** 0,91-0,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,60-1,53	0,99 0,98-1,01
Indexgruppe 9 (F43)	0,66 0,37-1,19	1,05*** 1,03-1,06
Psy A ¹	1,30 0,82-2,07	0,95*** 0,94-0,96
Psy B ²	1,58 0,90-2,77	0,94*** 0,92-0,95
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,70-1,54	0,98*** 0,97-0,99
Komorbidität ³	1,04 0,94-1,14	0,99*** 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,59-2,41	0,97** 0,95-0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,66-1,46	0,98** 0,97-0,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,62-1,71	0,97*** 0,96-0,99

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	0,94 0,85-1,04
Gruppe	1,06 0,97-1,16
Zeit	1,32*** 1,23-1,42
Indexgruppe 6 (F10)	1,07 0,97-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,99-1,17
Indexgruppe 9 (F43)	1,03 0,93-1,13
Psy A ¹	1,15** 1,05-1,25
Psy B ²	1,22** 1,09-1,37
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,93-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17* 1,04-1,31
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,31*** 1,22-1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,85-1,00

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,97 0,89-1,06
Gruppe	0,98 0,90-1,06
Zeit	1,07* 1,01-1,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,96 0,87-1,04
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05 0,96-1,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,69-1,69
Psy A ¹	1,02 0,94-1,12
Psy B ²	1,21*** 1,12-1,30
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,96-1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,96-1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23*** 1,15-1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80*** 0,74-0,87

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,97 0,88-1,06
Gruppe	0,99 0,91-1,08
Zeit	1,27*** 1,18-1,36
Indexgruppe 6 (F10)	1,34*** 1,21-1,49
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,99-1,16
Indexgruppe 9 (F43)	1,01 0,91-1,11
Psy A ¹	1,22*** 1,12-1,33
Psy B ²	1,21** 1,08-1,35
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,88-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16** 1,04-1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24*** 1,16-1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91* 0,85-0,98

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	0,80 0,46-1,38
Psy A ¹	0,47 0,19-1,21
Psy B ²	1,07 0,28-4,02
Alter	1,10*** 1,08-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,36*** 0,20-0,63
Komorbidität ³	1,13* 1,03-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,29** 0,13-0,65
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	0,90 0,47-1,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,51 0,23-1,11

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	0,50 0,19-1,32
Psy A ¹	0,48 0,15-1,55
Psy B ²	1,66 0,53-5,19
Alter	1,07*** 1,04-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,61 0,25-1,53
Komorbidität ³	1,16 0,96-1,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33 0,09-1,18
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,35 0,49-3,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49 0,20-1,21

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 kliniken und klinikbekannt)

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,77 0,44-1,35
Psy A ¹	0,63 0,29-1,39
Psy B ²	0,64 0,21-2,00
Alter	1,08*** 1,06-1,10
Geschlecht (m vs. w)	0,61 0,35-1,06
Komorbidität ³	1,13** 1,04-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,43* 0,21-0,87
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,40 0,79-2,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,48-1,56

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 0,85-1,72
Psy A ¹	kf	kf	0,74 0,47-1,15
Psy B ²	kf	kf	1,37 0,72-2,61
Alter	kf	kf	0,99* 0,98-1,00
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,72 0,50-1,02
Komorbidität ³	kf	kf	0,75*** 0,66-0,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	1,53 0,77-3,06
Anzahl AU Prä- zeitraum (Median split)	kf	kf	0,83 0,58-1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,45*** 0,30-0,68

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	0,97 0,67-1,41
Psy A ¹	kf	kf	0,96 0,60-1,53
Psy B ²	kf	kf	0,92 0,45-1,88
Alter	kf	kf	0,99 0,98-1,00
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,66* 0,45-0,97
Komorbidität ³	kf	kf	0,71*** 0,61-0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	1,07 0,48-2,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,67* 0,45-0,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,35*** 0,23-0,52

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	0,84 0,61-1,15	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	2,09*** 1,48-2,95	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,96-1,11	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,65 0,37-1,12	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,67** 1,20-2,34	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,27 0,92-1,75	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	0,82 0,61-1,09	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02*** 1,01-1,03	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,39* 1,03-1,88	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	0,99 0,92-1,07	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,35** 0,19-0,64	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,80*** 1,32-2,44	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,68** 1,24-2,27	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)	1.460	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) 	54,5 %	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) 	5,4	14,3
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	841	12.201
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	551 47,2	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; 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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	502	507	474	454	490	504	460	441
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.753,82 €	3.239,37 €	2.495,64 €	2.611,01 €	2.517,69 €	2.444,28 €	2.398,00 €	2.048,50 €
Standardabweichung	5.302,80 €	7.887,00 €	4.716,51 €	7.327,39 €	5.074,37 €	5.296,37 €	5.414,93 €	4.547,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	343,85 €	315,13 €	284,84 €	294,12 €	244,71 €	257,56 €	263,61 €	237,31 €
Median	864,24 €	775,44 €	804,30 €	767,43 €	673,19 €	687,71 €	690,65 €	597,26 €
75%-Perzentil	2.702,02 €	2.768,23 €	2.403,23 €	2.130,80 €	2.379,30 €	2.545,17 €	2.244,65 €	1.798,25 €
Maximum	46.348,19 €	105.834,07 €	49.802,42 €	118.698,28 €	38.698,26 €	65.258,68 €	56.927,12 €	38.170,96 €

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	582	585	570	555	570	568	548	529
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.318,98 €	1.963,66 €	2.234,13 €	3.009,36 €	2.253,07 €	2.818,27 €	2.601,57 €	2.416,22 €
Standardabweichung	10.385,90 €	5.111,82 €	7.902,89 €	12.278,07 €	6.122,93 €	8.875,10 €	6.990,22 €	6.088,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	287,95 €	267,88 €	249,56 €	266,91 €	262,86 €	257,99 €	261,31 €	274,54 €
Median	639,62 €	630,36 €	620,07 €	770,38 €	713,09 €	673,22 €	680,61 €	741,41 €
75%-Perzentil	1.781,36 €	1.655,70 €	1.912,19 €	2.169,81 €	2.091,73 €	2.101,85 €	2.217,20 €	2.163,26 €
Maximum	225.888,41 €	78.450,48 €	148.246,94 €	232.240,77 €	118.757,33 €	120.820,93 €	94.755,55 €	75.769,38 €

Tabelle 116: Kosten vollstationär 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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	159	149	114	88	143	131	107	83
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.461,98 €	2.021,00 €	1.117,25 €	1.161,26 €	1.330,04 €	1.156,59 €	1.204,86 €	888,66 €
Standardabweichung	3.785,66 €	7.114,17 €	3.031,05 €	6.062,31 €	3.754,38 €	3.148,44 €	3.974,96 €	3.266,68 €
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	1.166,10 €	791,21 €	0,00 €	0,00 €	740,92 €	641,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	36.814,40 €	103.777,62 €	23.530,38 €	112.391,83 €	32.092,97 €	25.930,70 €	46.759,45 €	34.848,07 €

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	140	119	114	119	146	131	132	99
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.152,24 €	802,37 €	890,56 €	1.292,61 €	1.203,15 €	1.461,50 €	1.448,11 €	1.224,03 €
Standardabweichung	6.662,82 €	2.894,45 €	3.943,29 €	6.324,26 €	5.440,19 €	6.501,33 €	6.121,59 €	5.373,98 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	151.191,08 €	33.728,92 €	77.951,12 €	125.468,43 €	115.796,81 €	120.788,93 €	94.040,18 €	74.162,05 €

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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	9	6	4	4	5	2	4	1
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	18,23 €	23,31 €	17,82 €	10,80 €	21,80 €	9,55 €	20,99 €	0,58 €
Standardabweichung	162,37 €	318,11 €	342,23 €	138,56 €	227,67 €	178,98 €	237,03 €	12,45 €
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	2.155,70 €	6.565,51 €	7.505,91 €	2.301,19 €	3.277,17 €	3.938,05 €	3.280,86 €	269,42 €

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	11	6	8	8	3	1	3	7
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	19,43 €	31,28 €	11,53 €	13,20 €	6,86 €	0,70 €	11,20 €	27,73 €
Standardabweichung	168,53 €	576,78 €	115,48 €	134,47 €	117,65 €	16,99 €	182,06 €	261,68 €
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	2.160,19 €	13.795,00 €	1.988,85 €	2.238,10 €	2.689,99 €	410,82 €	3.931,59 €	3.186,78 €

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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	55	51	46	43	38	32	40	37
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	35,48 €	42,94 €	46,98 €	43,60 €	30,12 €	39,41 €	46,06 €	26,19 €
Standardabweichung	190,52 €	194,37 €	249,54 €	242,80 €	203,29 €	274,64 €	466,88 €	149,19 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.294,97 €	2.141,50 €	3.251,02 €	4.064,48 €	3.511,69 €	3.568,34 €	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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	50	55	54	51	39	40	35	38
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	38,07 €	41,28 €	27,60 €	28,98 €	25,06 €	38,72 €	28,48 €	24,37 €
Standardabweichung	308,95 €	293,19 €	112,63 €	122,00 €	215,96 €	360,42 €	230,85 €	121,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.797,17 €	5.237,79 €	1.078,04 €	1.292,19 €	4.577,56 €	7.603,04 €	3.916,65 €	1.640,30 €

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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	499	504	472	454	486	502	458	441
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	471,23 €	444,90 €	463,52 €	474,58 €	546,45 €	486,25 €	479,58 €	482,65 €
Standardabweichung	395,91 €	374,50 €	437,23 €	440,63 €	1.440,48 €	632,04 €	502,63 €	596,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	210,22 €	175,79 €	176,40 €	185,41 €	180,44 €	148,88 €	184,79 €	169,17 €
Median	378,15 €	348,60 €	319,48 €	344,93 €	351,35 €	353,60 €	332,63 €	354,81 €
75%-Perzentil	592,40 €	592,13 €	625,59 €	652,16 €	655,25 €	650,99 €	616,53 €	628,01 €
Maximum	2.674,65 €	2.280,68 €	3.258,35 €	3.647,17 €	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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	581	584	569	555	566	566	546	528
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	429,52 €	402,98 €	420,55 €	448,19 €	476,65 €	433,55 €	442,37 €	459,64 €
Standardabweichung	348,68 €	343,03 €	372,29 €	419,66 €	676,45 €	459,40 €	427,87 €	495,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	216,81 €	186,40 €	156,33 €	173,73 €	196,15 €	178,27 €	151,91 €	143,50 €
Median	334,47 €	300,43 €	297,25 €	310,66 €	364,77 €	326,44 €	341,39 €	344,38 €
75%-Perzentil	539,88 €	521,63 €	569,15 €	618,11 €	616,77 €	571,81 €	596,57 €	644,94 €
Maximum	3.112,60 €	2.489,12 €	2.039,94 €	3.812,53 €	13.809,73 €	7.410,31 €	3.959,54 €	7.274,44 €

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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	445	440	412	401	415	417	398	383
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	681,50 €	609,54 €	731,50 €	803,64 €	534,07 €	679,59 €	574,87 €	577,12 €
Standardabweichung	2.354,17 €	2.099,12 €	2.755,26 €	2.885,00 €	2.220,04 €	3.229,30 €	2.209,98 €	2.220,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	33,20 €	27,90 €	26,99 €	33,22 €	16,41 €	17,76 €	24,46 €	20,90 €
Median	120,38 €	118,59 €	135,22 €	143,18 €	92,17 €	88,69 €	85,95 €	93,72 €
75%-Perzentil	444,35 €	475,87 €	497,62 €	557,27 €	322,11 €	313,45 €	311,37 €	297,41 €
Maximum	27.253,27 €	33.387,48 €	34.265,91 €	35.132,71 €	37.131,20 €	47.455,63 €	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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	482	495	481	481	466	470	455	463
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	630,95 €	613,82 €	808,14 €	1.120,55 €	476,23 €	802,29 €	579,52 €	588,93 €
Standardabweichung	4.439,45 €	3.563,53 €	6.476,16 €	10.289,48 €	1.563,01 €	5.097,96 €	2.369,51 €	1.806,87 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	18,91 €	24,47 €	25,51 €	32,60 €	13,54 €	15,98 €	19,39 €	28,35 €
Median	111,90 €	120,39 €	118,18 €	149,65 €	89,29 €	105,90 €	123,28 €	151,22 €
75%-Perzentil	316,65 €	393,29 €	437,60 €	471,41 €	352,17 €	370,07 €	400,16 €	433,61 €
Maximum	78.961,95 €	75.586,57 €	146.472,79 €	230.009,47 €	23.782,02 €	104.122,22 €	41.913,29 €	24.659,30 €

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	512	512	486	470	512	512	483	468
N mit Fall	130	138	129	130	98	120	109	107
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	85,41 €	97,67 €	118,57 €	117,12 €	55,21 €	72,88 €	71,63 €	73,32 €
Standardabweichung	368,50 €	346,88 €	426,27 €	394,18 €	232,42 €	228,82 €	230,61 €	224,78 €
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	35,43 €	87,78 €	88,04 €	79,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	6.191,60 €	5.189,40 €	3.527,46 €	2.734,15 €	2.581,47 €	1.975,88 €

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	588	588	582	571	585	585	570	552
N mit Fall	117	133	126	149	109	135	121	117
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	48,77 €	71,93 €	75,74 €	105,82 €	65,12 €	81,50 €	91,89 €	91,52 €
Standardabweichung	133,71 €	278,45 €	327,46 €	451,84 €	232,36 €	264,70 €	371,10 €	329,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,28 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.022,50 €	5.180,38 €	5.855,82 €	8.005,57 €	3.080,28 €	2.680,10 €	4.360,31 €	3.548,01 €

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	565	565	565	565						
N mit Fall	553	555	549	548						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.833,38 €	2.941,72 €	2.435,98 €	2.522,96 €	397,40 €	0,211	418,77 €	0,388	21,36 €	0,967
Standardabweichung	6.178,98 €	8.231,11 €	4.327,98 €	8.059,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	311,81 €	301,22 €	304,97 €	268,36 €						
Median	825,82 €	691,66 €	884,36 €	797,45 €						
75%-Perzentil	2.692,58 €	2.094,43 €	2.619,71 €	2.361,25 €						
Maximum	71.002,72 €	99.558,23 €	46.125,78 €	163.083,37 €						

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	565	565	565	565						
N mit Fall	176	128	164	141						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.683,20 €	1.624,20 €	1.297,65 €	1.349,07 €	385,56 €	0,159	275,13 €	0,463	-110,42 €	0,799
Standardabweichung	5.430,17 €	6.931,98 €	3.589,44 €	5.585,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.108,75 €	0,00 €	792,62 €	0,00 €						
Maximum	70.719,13 €	94.785,38 €	42.726,34 €	98.665,94 €						

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	565	565	565	565						
N mit Fall	7	8	4	5						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	26,47 €	33,01 €	14,95 €	11,05 €	11,51 €	0,362	21,96 €	0,161	10,45 €	0,592
Standardabweichung	237,25 €	346,04 €	183,47 €	137,87 €						
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	2.350,51 €	6.223,43 €	3.075,45 €	2.662,94 €						

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	565	565	565	565						
N mit Fall	49	46	31	30						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	30,49 €	32,08 €	12,15 €	24,33 €	18,34 €	0,005	7,75 €	0,521	-10,59 €	0,418
Standardabweichung	137,11 €	172,10 €	70,54 €	229,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.671,80 €	3.133,05 €	686,41 €	4.615,05 €						

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	565	565	565	565						
N mit Fall	548	553	546	542						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	449,42 €	441,37 €	542,11 €	491,12 €	-92,70 €	0,001	-49,75 €	0,073	42,94 €	0,088
Standardabweichung	399,04 €	413,29 €	553,66 €	512,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	193,26 €	186,99 €	182,77 €	175,92 €						
Median	354,36 €	345,58 €	414,99 €	355,74 €						
75%-Perzentil	612,26 €	581,47 €	750,01 €	711,23 €						
Maximum	3.754,16 €	4.197,83 €	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	565	565	565	565						
N mit Fall	490	480	468	459						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	567,34 €	697,52 €	444,67 €	531,83 €	122,67 €	0,173	165,69 €	0,356	43,02 €	0,798
Standardabweichung	1.810,03 €	3.244,56 €	1.134,89 €	2.761,89 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	30,67 €	24,43 €	25,12 €	16,55 €						
Median	119,11 €	128,49 €	116,90 €	103,71 €						
75%-Perzentil	432,45 €	476,16 €	420,59 €	398,43 €						
Maximum	24.479,80 €	66.782,64 €	18.062,43 €	62.011,46 €						

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	565	565	565	565						
N mit Fall	134	135	142	126						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	76,46 €	113,54 €	124,44 €	115,56 €	-47,98 €	0,042	-2,02 €	0,958	45,96 €	0,146
Standardabweichung	281,05 €	743,21 €	483,48 €	528,28 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	15,43 €	0,00 €						
Maximum	3.404,00 €	16.461,69 €	5.274,40 €	8.644,36 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	486	537	439	537						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	619,01 €	6.981,89 €	735,31 €	6.050,86 €	-116,29 €	0,477	931,03 €	0,098	1.047,32 €	0,063
Standardabweichung	2.110,77 €	10.300,86 €	3.143,22 €	7.985,54 €						
Minimum	0,00 €	248,92 €	0,00 €	22,34 €						
25%-Perzentil	16,79 €	1.701,82 €	1,98 €	816,75 €						
Median	81,13 €	4.746,07 €	60,95 €	2.897,38 €						
75%-Perzentil	305,31 €	8.249,45 €	266,83 €	8.149,32 €						
Maximum	25.953,03 €	121.368,04 €	42.724,33 €	63.373,45 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	30	256	41	349						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	296,41 €	3.884,33 €	492,11 €	4.648,71 €	-195,70 €	0,194	-764,39 €	0,15	-568,68 €	0,291
Standardabweichung	1.928,94 €	9.904,18 €	2.910,74 €	7.307,87 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.230,52 €						
75%-Perzentil	0,00 €	4.271,55 €	0,00 €	6.299,81 €						
Maximum	25.829,19 €	118.384,06 €	41.534,20 €	61.441,04 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	2	256	3	66						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	9,85 €	2.326,27 €	10,79 €	501,00 €	-0,94 €	0,931	1.825,27 €	<0,001	1.826,21 €	<0,001
Standardabweichung	203,58 €	3.458,57 €	144,24 €	1.557,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	4.414,16 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	4.679,22 €	20.136,34 €	2.015,39 €	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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	537	537	537	537						
N mit Fall	11	267	18	264						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	10,18 €	301,75 €	23,08 €	298,66 €	-12,90 €	0,089	3,10 €	0,911	16,00 €	0,565
Standardabweichung	85,67 €	403,06 €	153,08 €	502,06 €						
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 €	538,04 €	0,00 €	379,17 €						
Maximum	1.122,30 €	1.844,29 €	1.624,46 €	3.835,97 €						

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 Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	537	537	537	537						
N mit Fall	1	1	0	1						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,01 €	0,31 €	0,00 €	0,67 €	0,01 €	0,318	-0,35 €	0,631	-0,37 €	0,619
Standardabweichung	0,30 €	7,25 €	0,00 €	15,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	7,00 €	168,00 €	0,00 €	358,04 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	537	537	537	537						
N mit Fall	478	493	423	468						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	132,83 €	185,26 €	103,97 €	264,25 €	28,86 €	0,137	-78,99 €	0,005	-107,85 €	<0,001
Standardabweichung	366,83 €	400,64 €	259,24 €	521,09 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	1,55 €	20,04 €	0,35 €	16,27 €						
Median	31,07 €	59,97 €	30,62 €	75,23 €						
75%-Perzentil	105,59 €	184,85 €	94,26 €	228,66 €						
Maximum	3.652,96 €	3.142,69 €	2.905,89 €	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	537	537	537	537						
N mit Fall	309	324	249	341						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	159,33 €	261,36 €	91,73 €	309,60 €	67,60 €	0,009	-48,24 €	0,28	-115,84 €	0,006
Standardabweichung	517,82 €	607,94 €	297,63 €	837,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	15,10 €	42,24 €	0,00 €	50,25 €						
75%-Perzentil	105,01 €	227,71 €	50,12 €	269,34 €						
Maximum	6.540,02 €	5.307,67 €	2.849,60 €	11.285,96 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	8	14	7	22						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	10,40 €	22,60 €	13,62 €	27,97 €	-3,22 €	0,726	-5,37 €	0,589	-2,15 €	0,853
Standardabweichung	146,72 €	164,22 €	154,72 €	161,08 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.204,54 €	2.088,61 €	2.915,96 €	1.839,69 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	599	606	599	606						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	5.366,67 €	5.385,39 €	5.782,69 €	5.687,21 €	-416,02 €	0,352	-301,82 €	0,499	114,20 €	0,828
Standardabweichung	7.408,31 €	7.927,02 €	8.141,01 €	7.609,43 €						
Minimum	0,00 €	269,02 €	0,00 €	161,61 €						
25%-Perzentil	1.057,53 €	1.256,75 €	920,29 €	1.225,15 €						
Median	2.646,21 €	2.627,21 €	2.529,63 €	2.533,10 €						
75%-Perzentil	7.126,06 €	6.151,91 €	7.379,76 €	7.057,63 €						
Maximum	65.248,51 €	68.017,54 €	79.074,03 €	61.458,23 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	150	163	204	213						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	2.289,50 €	2.598,00 €	3.533,21 €	3.340,65 €	-1.243,70 €	0,003	-742,65 €	0,071	501,06 €	0,313
Standardabweichung	6.625,51 €	7.266,13 €	7.741,73 €	7.048,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	478,25 €	3.508,25 €	3.522,17 €						
Maximum	58.087,15 €	62.552,17 €	78.351,06 €	60.708,29 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	139	92	101	61						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	1.164,16 €	629,28 €	711,93 €	469,10 €	452,23 €	<0,001	160,18 €	0,123	-292,05 €	0,071
Standardabweichung	2.544,25 €	1.953,49 €	1.883,32 €	1.646,44 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	16.001,87 €	16.503,56 €	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	606	606	606	606						
N mit Fall	450	510	433	492						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	562,02 €	738,51 €	613,09 €	825,56 €	-51,06 €	0,125	-87,05 €	0,015	-35,99 €	0,204
Standardabweichung	434,13 €	473,94 €	693,09 €	745,75 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	269,02 €	0,00 €	202,44 €						
Median	551,88 €	807,06 €	473,53 €	747,95 €						
75%-Perzentil	827,82 €	1.076,08 €	849,20 €	1.147,64 €						
Maximum	2.477,52 €	2.196,08 €	4.081,13 €	4.264,61 €						

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	606	606	606	606						
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	606	606	606	606						
N mit Fall	580	591	514	509						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	90,38 €	130,13 €	127,84 €	149,41 €	-37,46 €	0,021	-19,28 €	0,33	18,18 €	0,322
Standardabweichung	228,27 €	331,14 €	325,74 €	357,71 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	2,10 €	16,01 €	1,14 €	5,41 €						
Median	15,75 €	45,17 €	22,44 €	33,82 €						
75%-Perzentil	75,67 €	108,52 €	105,83 €	113,19 €						
Maximum	2.277,08 €	3.983,32 €	2.774,65 €	3.166,61 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	467	488	436	467						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	1.248,37 €	1.272,60 €	783,73 €	871,59 €	464,65 €	<0,001	401,00 €	<0,001	-63,64 €	0,246
Standardabweichung	2.305,03 €	2.166,31 €	1.560,44 €	1.565,39 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	13,67 €	42,39 €	0,00 €	15,52 €						
Median	236,96 €	336,21 €	155,18 €	232,65 €						
75%-Perzentil	1.185,61 €	1.435,13 €	822,98 €	914,13 €						
Maximum	14.063,02 €	13.836,50 €	11.946,22 €	11.947,93 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	10	9	15	17						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	12,23 €	16,88 €	12,89 €	30,91 €	-0,67 €	0,917	-14,02 €	0,194	-13,36 €	0,131
Standardabweichung	113,48 €	156,38 €	107,58 €	215,01 €						
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	1.343,28 €	1.851,81 €	1.640,64 €	2.703,57 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	526	532	514	529						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.679,30 €	3.123,71 €	2.440,52 €	2.369,02 €	238,78 €	0,443	754,69 €	0,06	515,91 €	0,176
Standardabweichung	5.225,31 €	7.721,97 €	4.972,91 €	5.187,79 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	335,73 €	297,44 €	246,80 €	249,33 €						
Median	828,55 €	710,55 €	663,11 €	679,49 €						
75%-Perzentil	2.631,24 €	2.583,89 €	2.248,81 €	2.394,26 €						
Maximum	46.348,19 €	105.834,07 €	38.698,26 €	65.258,68 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	163	153	148	135						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.407,12 €	1.942,21 €	1.286,86 €	1.115,00 €	120,26 €	0,594	827,21 €	0,012	706,95 €	0,045
Standardabweichung	3.708,25 €	6.958,16 €	3.675,87 €	3.085,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	990,16 €	764,91 €	740,17 €	564,10 €						
Maximum	36.814,40 €	103.777,62 €	32.092,97 €	25.930,70 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	9	6	5	2						
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	17,38 €	22,23 €	20,79 €	9,11 €	-3,41 €	0,772	13,12 €	0,394	16,53 €	0,321
Standardabweichung	158,58 €	310,64 €	222,35 €	174,77 €						
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	2.155,70 €	6.565,51 €	3.277,17 €	3.938,05 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	537	537	537	537						
N mit Fall	56	53	39	32						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	34,06 €	42,94 €	29,38 €	37,57 €	4,69 €	0,69	5,37 €	0,706	0,68 €	0,965
Standardabweichung	186,21 €	192,55 €	199,09 €	268,29 €						
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	3.294,97 €	2.141,50 €	3.511,69 €	3.568,34 €						

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	537	537	537	537						
N mit Fall	523	529	509	527						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	463,54 €	437,78 €	538,22 €	484,45 €	-74,68 €	0,237	-46,67 €	0,135	28,01 €	0,544
Standardabweichung	390,62 €	368,98 €	1.408,89 €	621,85 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	206,04 €	173,98 €	178,66 €	148,76 €						
Median	376,15 €	341,73 €	348,64 €	352,55 €						
75%-Perzentil	587,97 €	583,76 €	643,82 €	651,69 €						
Maximum	2.674,65 €	2.280,68 €	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	537	537	537	537						
N mit Fall	463	459	435	437						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	674,10 €	584,74 €	511,94 €	651,72 €	162,15 €	0,24	-66,99 €	0,68	-229,14 €	0,034
Standardabweichung	2.350,62 €	2.052,76 €	2.170,00 €	3.155,70 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	29,67 €	26,72 €	15,99 €	18,08 €						
Median	116,08 €	105,70 €	88,05 €	84,19 €						
75%-Perzentil	401,93 €	427,22 €	300,90 €	293,79 €						
Maximum	27.253,27 €	33.387,48 €	37.131,20 €	47.455,63 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	537	537	537	537						
N mit Fall	136	140	100	128						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	83,11 €	93,81 €	53,34 €	71,17 €	29,77 €	0,106	22,64 €	0,197	-7,12 €	0,584
Standardabweichung	360,29 €	339,36 €	227,36 €	223,92 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	33,22 €	61,44 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.563,00 €	6.207,02 €	3.527,46 €	2.734,15 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	600	603	591	589						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.293,31 €	1.933,74 €	2.241,27 €	2.814,94 €	52,04 €	0,914	-881,21 €	0,034	-933,25 €	0,081
Standardabweichung	10.233,89 €	5.041,33 €	6.082,90 €	8.864,89 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	295,68 €	270,27 €	262,65 €	257,77 €						
Median	665,01 €	631,20 €	709,86 €	668,98 €						
75%-Perzentil	1.773,37 €	1.641,78 €	2.061,69 €	2.034,48 €						
Maximum	225.888,41 €	78.450,48 €	118.757,33 €	120.820,93 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	145	122	150	132						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.138,77 €	790,68 €	1.175,95 €	1.413,96 €	-37,18 €	0,914	-623,27 €	0,029	-586,09 €	0,168
Standardabweichung	6.567,34 €	2.857,29 €	5.350,85 €	6.392,87 €						
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	151.191,08 €	33.728,92 €	115.796,81 €	120.788,93 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	11	6	3	1						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	18,85 €	30,35 €	6,62 €	0,68 €	12,23 €	0,137	29,67 €	0,199	17,44 €	0,478
Standardabweichung	166,03 €	568,16 €	115,59 €	16,69 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.160,19 €	13.795,00 €	2.689,99 €	410,82 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	54	56	40	42						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	38,76 €	40,33 €	24,30 €	38,44 €	14,45 €	0,339	1,88 €	0,919	-12,57 €	0,491
Standardabweichung	305,48 €	288,92 €	212,23 €	354,80 €						
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	5.797,17 €	5.237,79 €	4.577,56 €	7.603,04 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	599	602	587	586						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	431,62 €	401,28 €	478,36 €	437,89 €	-46,74 €	0,128	-36,61 €	0,118	10,13 €	0,656
Standardabweichung	347,06 €	339,51 €	669,90 €	466,33 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	217,96 €	186,35 €	198,35 €	178,28 €						
Median	338,91 €	300,43 €	364,19 €	328,82 €						
75%-Perzentil	542,24 €	519,39 €	616,67 €	572,79 €						
Maximum	3.112,60 €	2.489,12 €	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 Diffe- renzen (Effekt)	p- Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	606	606	606	606						
N mit Fall	499	511	481	487						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	617,45 €	600,50 €	488,80 €	839,11 €	128,65 €	0,498	-238,61 €	0,349	-367,25 €	0,091
Standardabweichung	4.373,71 €	3.511,04 €	1.646,45 €	5.197,85 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	18,74 €	25,09 €	13,03 €	15,79 €						
Median	113,29 €	120,39 €	87,76 €	104,06 €						
75%-Perzentil	315,44 €	380,51 €	348,90 €	368,54 €						
Maximum	78.961,95 €	75.586,57 €	23.782,02 €	104.122,22 €						

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	606	606	606	606						
N mit Fall	120	137	113	141						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	47,86 €	70,60 €	67,23 €	84,87 €	-19,36 €	0,087	-14,26 €	0,379	5,10 €	0,73
Standardabweichung	132,04 €	274,53 €	244,59 €	289,39 €						
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	1.022,50 €	5.180,38 €	3.080,28 €	3.185,15 €						

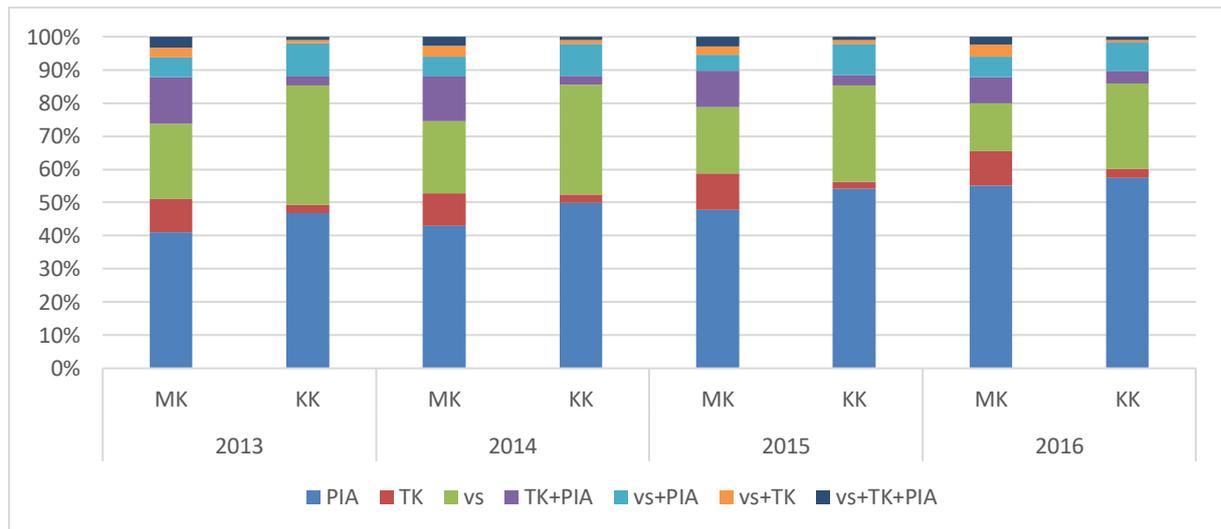
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	43	179	37	193	40	234	33	217
vs+TK	39	202	42	251	37	252	51	192
vs+PIA	81	1.942	79	2.026	68	2.035	84	1.892
TK+PIA	188	508	179	532	153	687	110	824
vs	302	6.962	289	6.929	281	6.285	199	5.743
TK	134	483	128	499	155	491	146	593
PIA	547	9.075	570	10.421	672	11.755	763	12.726
Gesamtergebnis	1.334	19.351	1.324	20.851	1.406	21.739	1.386	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	1334	1935	1324	2085	1406	2174
Anzahl Fälle	3268	4585	3205	4958	3231	5305
Ausgaben	5.555.935 €	8.852.588 €	6.272.533 €	9.643.306 €	4.877.483 €	9.778.168 €
Ausgaben je Patient	4.165 €	4.575 €	4.738 €	4.625 €	3.469 €	4.498 €
Ausgaben je Fall	1.700 €	1.931 €	1.957 €	1.945 €	1.510 €	1.843 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	465	929	447	940	426	881
Anzahl Fälle	665	1338	620	1347	561	1269
Ausgaben	3.287.116 €	7.301.910 €	3.676.747 €	7.831.356 €	2.344.038 €	7.740.109 €
Ausgaben je vs Patient	7.069 €	7.864 €	8.225 €	8.332 €	5.502 €	8.790 €
Ausgaben je Fall	4.943 €	5.456 €	5.930 €	5.816 €	4.178 €	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	404	172	386	164	385	185
Anzahl Fälle	535	196	536	185	480	220
Ausgaben	1.713.023 €	722.924 €	1.957.319 €	736.107 €	1.903.767 €	905.591 €
Ausgaben je TK-Patient	4.240 €	4.215 €	5.071 €	4.491 €	4.945 €	4.898 €
Ausgaben je Fall	3.202 €	3.693 €	3.652 €	3.979 €	3.966 €	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	859	1170	865	1317	933	1471
Anzahl Fälle	2068	3090	2049	3445	2190	3837
Ausgaben	555.795 €	972.340 €	638.467 €	1.149.454 €	629.678 €	1.223.028 €
Ausgaben je PIA-Patient	647 €	831 €	738 €	873 €	675 €	831 €
Ausgaben je Fall	269 €	315 €	312 €	334 €	288 €	319 €

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

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	537	619,01 €	537	6.981,89 €		6.362,88 €
	KG	537	735,31 €	537	6.050,86 €		5.315,56 €
	Differenz IG-KG		-116,29 €		931,03 €		1.047,32 €
	p-Wert		0,48		0,1		<0,001
(eingesparte) KH-Tage	IG	537	1,3	537	11,2		9,8
	KG	537	1,8	537	20,9		19,1
	Differenz IG-KG		-0,4		-9,7		-9,3
	p-Wert		0,47		<0,001		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						112,44 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	307	604,72 €	307	5.893,53 €		5.288,81 €
	KG	333	508,06 €	333	5.798,21 €		5.290,15 €
	Differenz IG-KG		96,66 €		95,32 €		-1,33 €
	p-Wert		0,58		0,87		0,99
(eingesparte) AU-Tage	IG	307	18,2	307	62,0		43,8
	KG	333	10,5	333	62,6		52,1
	Differenz IG-KG		7,7		-0,5		-8,3
	p-Wert		0,01		0,94		0,28
	ICER						-0,16 €