Zwischenbericht

Krankenhaus und Poliklinik Rüdersdorf GmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 27.09.2019

Autoren:

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

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold[1], Franziska Claus, M.Sc.[2], Dipl.-Math. Nils Kossack[2], Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.[1], Dr. rer. medic. Thomas Petzold[1], Dipl.-Volksw. Ines Weinhold[2], Dr. med. Jessika Weiß[3].

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

[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung ... 19
2. Hintergrund ... 29
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes ... 29
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten ... 29
5. Methoden ... 29
6. Aufbereitung der Sekundärdaten ... 30
6.1 Patientenmatching ... 31
7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Rüdersdorf ... 34
8. Ergebnisse: Effektivität ... 35
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe ... 36
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter ... 47
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer ... 49
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen ... 65
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik ... 80
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem ... 109
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping ... 111
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten ... 118
8.2.7 Wiederaufnahmeraten ... 131
8.2.8 Komorbidität ... 135
8.2.9 Mortalität ... 139
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung ... 144
8.2.11 Leitlinienadhärenz ... 153
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung ... 162
9.1 Patientenmix ... 162
9.2 Leistungserbringung ... 167
10. Ergebnisse: Kosten ... 175
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten ... 175
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen ... 180
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen ... 183
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen ... 186

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 190
10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 194
10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung 197
10.8 Kosten der Heilmittelversorgung 200
11. Ergebnisse: Effizienz 203
12. Diskussion 205
12.1 Hauptergebnisse 205
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 212
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 216
13. Literatur 218
14. Anhang 219
14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 219
14.2 Graphische Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 248
14.3 Ergebnisse Modellierung 267
14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 313
14.5 Ergebnisse Kosten 314
14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 314
14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 319
14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 322
14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 328
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) 333
14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 334
14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 336

Glossar

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

DiD – Schätzer bezeichnet hierbei die Interaktion der gleichzeitigen Betrachtung des Einflusses der Variablen *Gruppe* und *Zeit* auf einen Outcome. Er beschreibt also die Veränderung des Haupteffektes der Variable *Gruppe* unter Berücksichtigung des Effektes der Variable *Zeit* und bildet so den interessierenden Treatmenteffekt ab. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG kleiner als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

a) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG zu, aber in KG stärkere Zunahme als in IG
b) Outcome nimmt über die Zeit für IG ab und für KG zu
c) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG ab, aber in IG stärkere Abnahme als in KG

Ist dieser Schätzer gleich eins, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG identisch zur KG. Dann verlaufen die beiden Geraden für IG und KG parallel.
Ist dieser Schätzer größer als eins, ist der Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG größer als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

a) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG zu, aber in IG stärkere Zunahme als in KG
b) Outcome nimmt über die Zeit für IG zu und für KG ab
c) Outcome nimmt über die Zeit für IG und KG ab, aber in KG stärkere Abnahme als in IG

Effektivität bezeichnet die Wirksamkeit der Versorgung. In dieser Studie werden als Maß für die Wirksamkeit der Behandlung in einer Modellklinik die vollstationären Krankenhaustage aufgrund einer psychischen Erkrankung als Indikator für eine stärkere Ambulantisierung herangezogen und mit denen der Patienten der Routineversorgung verglichen. Als zusätzliches Effektivitätsmaß werden die Arbeitsunfähigkeitstage von erwerbstätigen Patienten der Interventions- mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Effektivität als Verhältnis von erreichtem zu definiertem Ziel ist dabei unabhängig vom hierfür betriebenen Aufwand.

Effizienz bezeichnet das Verhältnis zwischen Wirksamkeit und hierfür betriebenem Aufwand (Kosten).

Elixhauser-Score beschreibt die Anzahl an Komorbiditäten eines Patienten aus einer definierten Liste an ICD-10-Diagnosen nach Elixhauser (1998).

Haupteffekte bezeichnen Effekte einzelner unabhängiger Variablen (UV). Sie betrachten die Wirkung der UV isoliert, d.h. unter Nichtbeachtung von anderen UVs. Dabei liefert der *Gruppenhaupteffekt* Informationen über Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe kumuliert über ALLE Messzeitpunkte (sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem *Zeithaupteffekt* Aussagen über Unterschiede zwischen dem Prä-Zeitraum und dem 1. Jahr ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

ICER (inkrementeller Kosteneffektivitätsquotient) drückt die Kosten- und Effektivitätsunterschiede zweier zu vergleichender Therapien in einem Quotienten aus.

Indexdiagnose beschreibt die F-Diagnose, aufgrund derer ein Patient in die Evaluation eingeschlossen wird.

Interaktionseffekte (Wechselwirkungseffekte) betrachten die Wirkung einer unabhängigen Variablen auf einen Outcome in Abhängigkeit von der Ausprägung einer anderen unabhängigen Variablen. Sie beschreiben also Wirkeffekte auf einen Outcome, die über die alleinige Wirkung einer einzelnen Variable hinausgehen.

Kosteneffektivität bezeichnet die Gegenüberstellung der in monetären Einheiten erfassten Kosten und den in physischen Einheiten erfassten Ergebnissen der Wirksamkeit.

Referenzklinik ist die Klinik, über die ein Patient in die Studie aufgenommen worden ist (entweder Interventionsklinik oder Kontrollklinik).

Loglineare Multi-level-Modelle oder auch Mehrebenenmodelle bezeichnet eine Gruppe statistischer Verfahren zur Analyse hierarchisch strukturierter bzw. gruppierter Daten. Loglinear bezieht sich auf eine im Modell stattfindende logarithmische Transformation des Erwartungswertes. Durch diese Transformation wird das an sich additive Regressionsmodell zu einem Modell, in dem Zusammenhänge multiplikativ abgebildet werden.

Nullinflation beschreibt ein empirisches Phänomen, in dem Beobachtungswerte mit dem Wert “0” weit häufiger ausgeprägt sind, als dies durch die üblicherweise verwendete Poissonverteilung vorhergesagt werden würde.

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

Der **p-Wert** ist eine Wahrscheinlichkeit mit Werten von Null bis Eins. Sein Wert wird durch den Vergleich einer gezogenen Stichprobe mit einer Verteilung oder einem Populationswert bestimmt. Er deutet an, wie wahrscheinlich es ist, ein solches Stichprobenergebnis (oder ein extremeres) zu erhalten, wenn die Nullhypothese wahr ist. Je kleiner ein p-Wert, desto mehr spricht das Ergebnis gegen die Nullhypothese.

Peak beschreibt ein spitzes Maximum im Verlauf einer Kurve.

Population I/II beschreibt zwei verschiedene Subkohorten der Studienkohorte. Population I umfasst die Patienten, die zum Referenzzeitpunkt einer eindeutigen Indexgruppe basierend auf ICD Dreistellier (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 Streuungsbreite, dürfen jedoch aufgrund der in vielen Fällen verletzten Normalverteilungsannahme nicht als Konfidenzintervalle genutzt werden.

Als **Surrogatparameter** bezeichnet man in klinischen Studien einen Messwert, dessen Beeinflussung die Wirkung einer Intervention, also z. B. einer Therapie, auf ein übergeordnetes medizinisches Phänomen, z. B. das Auftreten einer Krankheit oder eines Symptoms, anzeigen soll. Dabei ist der Surrogatparameter meist einfacher und schneller zu bestimmen als das Phänomen selbst. Ebenfalls ist es möglich, dass das interessierende Phänomen überhaupt nicht messbar ist, sondern nur durch Surrogatparameter erfasst werden kann.

Treatmenteffekt bezeichnet die gewählte Nomenklatur für die Wirksamkeit der Intervention. Dabei kann der Treatmenteffekt sowohl den DiD – Schätzer des Interaktionstermes *Gruppe x Zeit* als auch das Risk Ratio für den Haupteffekt *Gruppe* (in Analysen in denen kein Prä – Post – Vergleich möglich ist) bezeichnen.

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 53
Abbildung 2: Graphische Abbildungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 61
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 69
Abbildung 4: Graphische Abbildungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 77
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 94
Abbildung 6: Graphische Abbildungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 105
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 109
Abbildung 8: Graphische Abbildungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 110
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 114
Abbildung 10: Graphische Abbildungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 116
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 121
Abbildung 12: Graphische Abbildungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 127
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 131
Abbildung 14: Graphische Abbildungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 133
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 136
Abbildung 16: Graphische Abbildungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 138
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 140
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 142
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 147
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 152
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 153
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 160
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf 163
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf 164
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) 166
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 175
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 176
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 177

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 180
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 181
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 182
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 183
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 184
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 185
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 186
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 187
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 188
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) 191
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) 192
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 193
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 194
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 195
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 196
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 197
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 198
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 199
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 200

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 201
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 202
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 204
Abbildung 51: Graphische Abbildungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 248
Abbildung 52: Graphische Abbildungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 251
Abbildung 53: Graphische Abbildungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 254
Abbildung 54: Graphische Abbildungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 257
Abbildung 55: Graphische Abbildungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 259
Abbildung 56: Graphische Abbildungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 260
Abbildung 57: Graphische Abbildungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 261
Abbildung 58: Graphische Abbildungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr..... 262
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität 263
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 264
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 265
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 333

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 ... 39
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle ... 41
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 50
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 60
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 66
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 76
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 81
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 101
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 109
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 110
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 112
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 116
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 119
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 126
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 131
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 132
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 135
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 137
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 139
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 142
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 145
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 151
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 154
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 155
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 157
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 159
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ... 162
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ... 163
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ... 165
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) ... 168
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) ... 169
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) ... 170

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) 170
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) 171
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) 172
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) 173
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) 173
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 175
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 176
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 177
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 179
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 180
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 181
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 182
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 183
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 184
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 185
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 186
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 187
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 188
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) 190
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) 191

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 192
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 194
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 195
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 196
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 197
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 198
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 199
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 200
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 201
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 202
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 203
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr 203
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 219
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 221
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 223
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 231
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 237
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 238
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 240
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 242
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 244
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 245
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 246
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 268
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 270
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 272
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr 274
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 276

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 278
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 280
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 282
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 284
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 286
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 288
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 289
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 290
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 291
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 292
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 293
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 294
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 295
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 296
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr 297
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 299
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 300
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 301
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 302
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 303
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 304
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 305
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 306
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 307
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 308
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 309
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 310
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr 311
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr 312
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) 313
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 314

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 314
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 314
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 315
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 315
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 315
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 318
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 318
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 319
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 319
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 319
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 320
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 320
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 320
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 321
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 322
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 322
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 323
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 323

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 323
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 324
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 324
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 324
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 325
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 325
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 325
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 326
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 326
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 326
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 327
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 327
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 328
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 328
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 328
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 329
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 329
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 329
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 330
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 330
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 330
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 331
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 331
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 331

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 332
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 332
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 333
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr 334
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 334
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 334
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 335
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 336
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr 336

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V des Krankenhauses und Poliklinik Rüdersdorf GmbH (im Folgenden Klinikum Rüdersdorf genannt). Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2012 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur in Form eines Vorvertrages. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten' genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten des Klinikums Rüdersdorf 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 wahnhafte Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für das Klinikum Rüdersdorf wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Analyse

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparameter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhaushopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung

der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

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

Für die Difference-in-Difference-Modellierung wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden loglineare Multi-Level-Modelle für alle Zielparameter berechnet, mit derer 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 Versorgungkosten und den vollstationären Behandlungstagen aufgrund von Indexdiagnosen (Definition „Indexdiagnosen“ siehe Abschnitt „Ein- und Ausschlusskriterien der Studienpopulation“ im separaten Methodenband) zueinander in Beziehung gesetzt, die im Betrachtungszeitraum zwischen IG und KG ermittelt wurden. Ferner wurden im Rahmen der zweiten Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) die Differenzen in den psychiatrischen Versorgungskosten und den Veränderungen in den AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen aufeinander bezogen. In diese Analyse flossen ausschließlich Patienten mit Versicherungsstatus „Mitglied“ ein. Für die Analyse des Patientenmix wurden die Anteile der Patienten entsprechend des Behandlungssettings sowohl für die Studienpopulation als auch für die Klinik betrachtet.

Ergebnisse

Die Studienpopulation für das Klinikum Rüdersdorf für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.060 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillin-

ge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 49 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr und war sonst vergleichbar. Der Peak war in der IG mit 15,6 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 23,4 vollstationären Tagen (Seite 50 ff.). Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: 11,6 teilstationäre Tage; KG: 17,2 teilstationäre Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in der IG ein kontinuierlicher Trend von weniger vollstationären Tagen im Vergleich zum Prä-Zeitraum (mit leichtem Anstieg im dritten patientenindividuellen Jahr), während in der KG die Inanspruchnahme von vollstationären Tagen im ersten patientenindividuellen Jahr zunächst anstieg und danach auf dem ungefähren Niveau der IG absank (prä: -1,5; 1. Jahr: -7,3; 2. Jahr: - 2,3; 3. Jahr: +0,8 vollstationäre Tage). Die Muster der Verläufe teilstationärer Aufenthalte waren zwischen IG und KG bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar (mit etwas weniger teilstationären Behandlungstagen der IG im Vergleich zur KG) (prä: -3,3; 1. Jahr: +0,9; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,5 vollstationäre Tage) (Seite 50 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Anzahl an vollstationären Tagen in der IG (von 2,1 zu 15,5 vollstationäre Tage) im Vergleich zur KG (von 2,0 zu 22,7 vollstationäre Tage). (Seite 60 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich - für die Teilgruppe der erwerbstätigen Versicherten - in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen stieg diese bei den klinikneuen Patienten in der IG über die Zeit leicht an (von 1,3 im Prä-Zeitraum auf 1,8 im dritten patientenindividuellen Jahr), während diese in der KG über die Zeit weitgehend unverändert (1,4-1,5) blieb. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit geringen Ausgangsniveau und Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 13 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Seite 119 ff.). Bei den klinikbekannten Patienten nahm der Verlauf der Anzahl an AU-Episoden in der IG in jedem Beobachtungsjahr leicht zu (von 1,8 auf 2,2), während diese in der KG zum ersten patientenindividuellen Jahr zunächst zunahm, zum zweiten patientenindividuellen Jahr dann abnahm und dann wieder leicht zunahm. Die Anzahl an AU-Tagen bei den klinikbekannten Patienten sank sowohl in der IG als auch in der KG über die Zeit, war jedoch in der IG in jedem Beobachtungsjahr größer als in der KG, besonders im erstem patientenindividuellen Jahr (+23,0 AU-Tage) (Seite 119 ff.). Für die Patienten mit Referenz-

fall im dritten Modelljahr waren die Entwicklungen bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen mit 1,5 AU-Episoden vergleichbar. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+62,7 AU-Tage) statistisch signifikant weniger stark an als in der KG (+68,2 AU-Tage) (DiD $_{additiv}$ = -5,54) (Seite 126 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigte sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 65 ff.) klinikneuer Patienten ein Anstieg der PIA-Kontakte im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG und der KG, wobei der Anstieg in der IG wesentlich höher ausfiel im Vergleich zur KG (prä = +0,0, 1. Jahr = +4,7, 2. Jahr = +2,6 und 3. Jahr = +2,2 PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG). Ab dem zweiten Jahr sank die PIA-Inanspruchnahme wieder, blieb aber in der IG um ca. 2 PIA-Kontakte höher als in der KG.

Der Verlauf der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar mit einem kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr, wobei die IG hier stets eine leicht höhere ambulante Inanspruchnahme aufwies im Vergleich zur KG (prä = +0,4, 1. Jahr = +0,8, 2. Jahr = +0,6 und 3. Jahr = +0,2 Kontakte in der IG im Vergleich zur KG) (Seite 66 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich eine größere Anzahl an *PIA*-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG. Im ersten patientenindividuellen Jahr stieg die Anzahl von PIA-Kontakten in der IG stark an und sank ab dem dritten Jahr wieder, wobei die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG auch hier stets über den der KG waren (prä = -0,4, 1. Jahr = +6,4, 2. Jahr = +5,0 und 3. Jahr = +4,0 PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG mit leicht höherer Inanspruchnahme in der IG (prä = +0,9, 1. Jahr = +1,0, 2. Jahr = +1,0 und 3. Jahr = +0,3 Kontakte in der IG im Vergleich zur KG) (Seite 66 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine wesentlich stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG (IG: +6,5 Kontakte; KG: +2,5 Kontakte) im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Prä-Zeitraum. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD $_{additiv}$ = +3,94). Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zeigte eine stärkere Zunahme in der IG im Vergleich zur KG (IG: +3,4 Kontakte; KG: +2,1 Kontakte) im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Prä-Zeitraum. Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD $_{additiv}$ = +1,29) (Seite 76 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 80 ff.) ergaben sich sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung - abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Lediglich die Entwicklung der Kontinuität im psychiatrischen Sektor zeigte bei den klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr eine leicht höhere Zunahme der Kontinuität in der IG im Vergleich zur KG. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets eine größere Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Diese Effekte waren jedoch nicht statistisch signifikant.

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

dritten Jahr nach Modellbeginn in der IG im patientenindividuellen ersten Jahr etwas geringer als in der KG (IG: 27,2%; KG: 35,3%). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (IG: 85,3 Tage; KG: 109,5,1 Tage) (RR = 0,77).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit *akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums* innerhalb von 90 Tagen war in der IG größer als in der KG (IG: 65,3%; KG: 44,3%). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Seite 153 ff.).

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 111 ff.), *Komorbidität* (Seite 135 ff.), *Mortalität* (Seite 139 ff.), *Progressionsrate* (Seite 144 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (außer depressive Episode und Antidepressivum, siehe vorheriger Abschnitt) (Seite 153 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kosten

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten im Vergleich zur KG signifikant geringere durchschnittliche gesamte psychiatrischer Versorgungskosten: Im ersten Jahr war die IG je Patient um 2.212,05 € günstiger als die KG. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die deutlich geringeren vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten der IG zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.877,92 € günstiger als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten. Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten ebenfalls um 570,26 € je Patient signifikant günstiger. Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 80,37 €, im zweiten Jahr um 69,12 € je Patient. Dies ließ sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten (zweiten) Jahr hatten in der IG 234 (108) Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 170 (73). Insgesamt ließen sich die geringeren Kosten der IG auf geringere Ausgaben im vollstationären und teilstationären Bereich zurückführen.

Die IG der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war im ersten Nachbeobachtungsjahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten um 1.347,60 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die niedrigeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 1586,10 € je Patient günstiger als die KG, wobei weniger Patienten der IG einen vollstationären Aufenthalt hatten. Die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung waren im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 87,67 € signifikant günstiger als in der KG – obwohl in der IG mehr Patienten einen PIA-Aufenthalt hatten (IG: 353; KG 316). Insgesamt ließen sich die geringeren Ausgaben der IG also auf die niedrigeren Kosten der vollstationären und PIA-Behandlung zurückführen.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 1.872,02 € signifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.730,02 € signifikant günstiger als die KG. Insgesamt ließen sich die geringeren Ausgaben der IG also auf die niedrigeren Kosten der vollstationären Behandlung zurückführen.

Ob es in der Modellklinik zur Verschiebung von Leistungen aus dem voll- und teilstationären Bereich bzw. der PIA hin zum vertragsärztlichen Bereich kam, kann hier nicht eindeutig beurteilt werden: Während für klinikneue Patienten der Kohorte 1 die psychiatrischen vertragsärztlichen Kosten zwischen IG und KG nahezu identisch verliefen, war die IG der klinikbekannten Patienten signifikant teurer. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG.

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.872,02 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG 7,3 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt je Patient vermieden werden. Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -258,21 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 258,21 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 2.622,62 € je Patient signifikant günstiger. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 5,5 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -473,09 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag konnten 473,09 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart werden. Da in beiden Effizienz-Varianten sowohl stationäre bzw. AU-Tage vermieden und gleichzeitig Kosten gespart wurden, kann eine kosteneffektive Verwendung von knappen medizinischen Ressourcen angenommen werden.

Diskussion

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

(sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

In diesem Bericht lassen sich zwei Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Es gibt Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. (2) Die höhere Inanspruchnahme der IG in der PIA erklärt (teilweise) die geringere vollstationäre Behandlungsdauer.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Die unterschiedlichen Muster der Patientenanteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt und der vollstationären Behandlungsdauer weisen darauf hin, dass klinikneue Patienten insgesamt gleich häufig stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben. Eine Verlagerung von vollstationären zu teilstationären Tagen schien im Modellvorhaben am Klinikum Rüdersdorf nicht erfolgt zu sein. Vielmehr wurden im Modellvorhaben auch weniger teilstationäre Behandlungstage im ersten patientenindividuellem Jahr festgestellt.

Es lässt sich bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte feststellen, dass der Anstieg bezüglich der PIA-Inanspruchnahme in der IG bei den klinikneuen Patienten wesentlich höher ausfiel im Vergleich zur KG. Der Verringerung der vollstationären und teilstationären Behandlungstage in der IG gegenüber der KG steht eine Erhöhung der PIA-Inanspruchnahme gegenüber.

Der beobachtete Unterschied kürzerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren (voll)stationären Behandlungsdauer. Das festgestellte Muster weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der Auswirkung auf die (voll)stationäre Verweildauer mutmaßlich also auch für erwerbstätige Versicherte eine Verringerung der AU bewirkt. Insgesamt gab es zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Für diesen Parameter muss einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann. Der Arbeitsmarkt für diese Patienten unterliegt vielen verschiedenen Faktoren, die durch eine veränderte Behandlung nur teilweise beeinflusst werden können.

Weiterhin war ersichtlich, dass die Patienten in der Modellversorgung eine kürzere Zeit bis zu einer erneuten stationären Aufnahme vorwiesen als Patienten in der Regelversorgung.

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

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren deutlich niedriger als in der KG, was wiederum auf niedrigere voll- und teilstationäre Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten bestätigt werden. Ebenso kann die Hypothese der insgesamt geringeren psychiatrischen Versorgungskosten bestätigt werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten klinikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren im ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich niedriger als in der KG. Dies war ebenfalls auf die geringeren durchschnittlichen Kosten der vollstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt und damit die Gesamtkosten sinken, bestätigt werden.

Gleichermaßen entwickelten sich die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in der IG ebenfalls deutlich günstiger als in der KG, was ebenfalls auf die deutlich geringeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen war. Auch hier kann die Hypothese der geringeren vollstationären Kosten, durch welche auch die Gesamtkosten sinken, bestätigt werden.

In der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass sich sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark veränderte. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 20 % unterhalb der Kontrollkliniken und von 2014 bis 2016 in etwa auf dem Niveau der Kontrollkliniken. Inwieweit es sich um periodenfremde Effekte handelt lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

Die Hypothese der Verschiebung von Kosten hin zum vertragsärztlichen Bereich kann an dieser Stelle nicht eindeutig bewertet werden.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von zwei 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 Frage-

stellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der Ergebnisqualität. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl (voll)stationäre Tage als auch Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten, abgesehen von der kürzeren Zeit bis zur stationären Wiederaufnahme im dritten Modelljahr bei den Patienten der IG im Vergleich zu den Patienten der KG.

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einen separaten Methodenband ausgelagert.

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

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

- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- Techniker Krankenkasse.

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

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

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

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 1.424 Versicherte ein, wobei für 1.397 Versicherte (98,1 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 12.505 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 sechs Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte n icht gefunden werden.**).

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 IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten bei sowohl klinikneuen und -bekannten Patienten signifikant höher als in der KG. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten, bei klinikneuen und -bekannten Patienten geringer als in der KG. Eine Ausnahme hiervon bildeten die klinikbekannten Patienten der zweiten Kohorte: Hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt. Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum. Unter den klinikbekannten Patienten der ersten Kohorte hatte die IG signifikant weniger PIA-Fälle im Prä-Zeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Gesamt	1.594	15.172	1.424 (89%)	12.505 (82%)	1.397 (88% ; 98%)	1.397 (9% ; 11%)
	Kohorte 1	829	7.515	755 (91%)	6.267 (83%)	740 (89% ; 98%)	740 (10% ; 12%)
	Kohorte 2	400	3.762	343 (86%)	3.076 (82%)	337 (84% ; 98%)	337 (9% ; 11%)
	Kohorte 3	365	3.895	326 (89%)	3.162 (82%)	320 (88% ; 98%)	320 (8% ; 10%)
Klinikneu	Gesamt	1.125	10.930	989 (88%)	9.029 (83%)	974 (87% ; 98%)	974 (9% ; 11%)
	Kohorte 1	393	3.719	351 (89%)	3.127 (84%)	343 (87% ; 97%)	343 (9% ; 11%)
	Kohorte 2	372	3.490	317 (85%)	2.870 (82%)	315 (85% ; 99%)	315 (9% ; 11%)
	Kohorte 3	360	3.721	321 (89%)	3.032 (83%)	316 (88% ; 98%)	316 (8% ; 10%)
Klinikbekannt	Gesamt	469	4.242	435 (93%)	3.476 (82%)	423 (90% ; 97%)	423 (10% ; 12%)
	Kohorte 1	436	3.796	404 (93%)	3.140 (83%)	397 (91% ; 98%)	397 (10% ; 13%)
	Kohorte 2	28	272	26 (93%)	206 (76%)	22 (79% ; 84%)	22 (8% ; 11%)
	Kohorte 3	5	174	5 (100%)	130 (82%)	4 (80% ; 80%)	4 (2% ; 3%)

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

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

Rangplatz der Kontroll-klinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontroll-patienten
1	18,4	268
2	20,0	227
3	20,4	256
4	20,8	168
5	21,2	244
6	21,4	229
7	21,9	14
8	22,8	28
9	24,5	60
10	26,1	25

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs.	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	1.397	1.397		740	740		337	337		320	320			
	klinikneu	974	974		343	343		315	315		316	316			
	klinikbekannt	423	423		397	397		22	22		4	4			
mittleres Alter	gesamt	48,3	49,2	0,673	48,6	49,3	1,000	47,6	48,7	1,000	48,1	49,6	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	47,9	48,8	1,000	47,8	47,8	1,000	47,7	49,1	1,000					
	klinikbekannt	49,1	50,2	1,000	49,3	50,6	1,000	46,1	42,4	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	63,4%	65,4%	1,000	64,3%	67,6%	1,000	62,3%	65,0%	1,000	62,5%	60,6%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	62,5%	64,1%	1,000	61,5%	65,6%	1,000	63,2%	65,4%	1,000					
	klinikbekannt	65,5%	68,3%	1,000	66,8%	69,3%	1,000	50,0%	59,1%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	30,3%	30,3%	1,000	53,6%	53,6%	1,000	6,5%	6,5%	1,000	1,3%	1,3%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	62,2%	46,9%	<0,001	68,6%	57,6%	<0,001	53,4%	32,3%	<0,001	56,6%	37,5%	<0,001	1,000	1,000
	klinikneu	54,0%	37,0%	<0,001	51,3%	39,1%	0,015	54,3%	34,0%	<0,001					
	klinikbekannt	81,1%	69,7%	0,002	83,6%	73,6%	0,005	40,9%	9,1%	0,330					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	28,7%	42,2%	<0,001	23,6%	34,5%	<0,001	36,8%	52,5%	<0,001	31,9%	49,1%	<0,001	1,000	1,000
	klinikneu	34,7%	49,5%	<0,001	36,2%	47,8%	0,020	35,9%	51,7%	<0,001					
	klinikbekannt	14,9%	25,3%	0,002	12,8%	22,9%	0,003	50,0%	63,6%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	9,1%	10,7%	0,982	7,7%	8,0%	1,000	9,8%	15,1%	0,379	11,6%	12,5%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	11,3%	13,2%	1,000	12,5%	13,1%	1,000	9,8%	14,3%	0,783					
	klinikbekannt	4,0%	5,0%	1,000	3,5%	3,5%	1,000	9,1%	27,3%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,9%	1,000	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,7%	14,1%	0,562	17,4%	20,5%	1,000	6,2%	8,9%	1,000	4,1%	4,7%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	4,6%	6,1%	1,000	5,0%	6,7%	1,000	5,1%	7,6%	1,000					
	klinikbekannt	27,9%	32,6%	0,930	28,2%	32,5%	1,000	22,7%	27,3%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	4,8%	4,9%	1,000	8,4%	8,5%	1,000	1,5%	1,2%	1,000	0,0%	0,3%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,5%	0,9%	1,000	0,3%	1,5%	1,000	1,3%	1,0%	1,000					
	klinikbekannt	14,7%	13,9%	1,000	15,4%	14,6%	1,000	4,5%	4,5%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	20,2%	23,1%	0,562	35,8%	41,9%	0,152	3,0%	3,3%	1,000	2,2%	0,6%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	2,2%	1,6%	1,000	3,2%	3,2%	1,000	1,9%	1,3%	1,000					
	klinikbekannt	61,7%	72,6%	0,007	64,0%	75,3%	0,005	18,2%	31,8%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	55,3%	53,0%	1,000	54,7%	51,4%	1,000	55,8%	55,2%	1,000	55,9%	54,7%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	56,4%	54,8%	1,000	57,4%	54,8%	1,000	55,6%	54,9%	1,000					
	klinikbekannt	52,7%	48,9%	1,000	52,4%	48,4%	1,000	59,1%	59,1%	1,000					

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

7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Rüdersdorf

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Rüdersdorf begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

Am Klinikum Rüdersdorf sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 90 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 35 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment sowie Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +/- 4%).

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung und sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2012 eine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur, zu deren spezifischer Struktur jedoch keine weiteren Aussagen getroffen wurden.

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

Anders als bei der in Brandenburg üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschalen, wird in der Immanuel Klinik Rüdersdorf über Modellentgeltschlüssel abgerechnet. Die Leistungsdokumentation erfolgt dabei neben den in der LDL-Tabelle dokumentierten vier Schlüsseln der PIA-Doku-Vereinbarung auch über die abgerechneten Entgeltschlüssel, über die die behandelnde Berufsgruppe und die Behandlungs- sowie Fahrzeiten ersichtlich sind.

Im stationären Bereich erfolgte bis Ende 2013 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPflV bzw. nach IV-Entgelten für eingeschriebene Patienten des OVP-Vertrags. Daran anschließend wurde im ersten Halbjahr 2014 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.07.2014 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in einer Klinik ausschließlich nach Pflegesätzen abgerechnet. In zwei Kliniken erfolgte die Umstellung auf PEPP bereits vor Modellbeginn, bei den verbleibenden vier Kliniken erfolgte die Umstellung nach Modellbeginn.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Ca. 60% 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 Kombinationen von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
andere Angststörungen (F41)
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und
somatoforme Störungen (F45) (

Tabelle **4**).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**343**	**343**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	58,6 %	60,3 %
• Zwei Diagnosen	32,1 %	32,1 %
• Drei Diagnosen	7,3 %	5,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,0 %	1,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F43 / KG: F32 & F41	13	16
2. IG: F32 & F41 / KG: F32 & F43	12	15
3. F32 & F45	9	13

[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)	**397**	**397**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	58,2 %	59,9 %
• Zwei Diagnosen	33,0 %	32,2 %
• Drei Diagnosen	7,1 %	6,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,8 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F45	18	20
2. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F33	16	15
3. IG: F10 & F33 / KG: F33 & F41	13	14

[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)	**320**	**320**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	72,5 %	71,9 %
• Zwei Diagnosen	21,9 %	24,1 %
• Drei Diagnosen	4,1 %	3,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,6 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F32	11	14
2. F32 & F43	8	8
3. F32 & F45	6	6

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

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

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

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	201	207	343	343
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	2,0 %	1,0 %	2,0 %	2,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	1,2 %	0,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,0 %	1,0 %	1,2 %	1,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,9 %	11,1 %	14,3 %	12,5 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,0 %	8,2 %	8,7 %	7,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	55,7 %	56,5 %	65,3 %	66,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,5 %	7,2 %	16,0 %	16,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,5 %	1,4 %	9,9 %	11,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	12,4 %	12,6 %	20,4 %	21,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	3,5 %	3,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,0 %	0,0 %	1,5 %	0,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	48,3	48,2	47,8	47,8
• Median	49	50	48	48
• (Interquartilsabstand)	(37 - 59)	(36 - 59)	(36 - 58)	(35 - 58)
Geschlecht (%)				
• Frauen	60,2 %	61,8 %	61,5 %	65,6 %
• Männer	39,8 %	38,2 %	38,5 %	34,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	39,3 %	63,8 %	48,7 %	60,9 %
• PIA	60,7 %	36,2 %	51,3 %	39,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,0 %	0,0 %	0,9 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,5 %	10,6 %	4,1 %	7,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	15,4 %	14,5 %	16,0 %	18,1 %

• Abitur/Fachabitur	6,5 %	6,8 %	7,3 %	7,9 %
• Abschluss unbekannt	13,9 %	11,6 %	14,3 %	11,4 %
• Fehlende Angabe	60,7 %	56,5 %	57,4 %	55,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,5 %	1,4 %	4,4 %	3,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,4 %	28,5 %	22,2 %	26,5 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	2,4 %	0,6 %	2,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	4,5 %	2,9 %	3,5 %	3,8 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	11,4 %	7,7 %	11,4 %	8,2 %
• Fehlende Angabe	60,7 %	56,5 %	57,4 %	55,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,0 %	8,7 %	9,6 %	8,7 %
• Nein	91,0 %	63,3 %	90,4 %	63,6 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	28,0 %	0,0 %	27,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	29,9 %	30,0 %	32,7 %	29,2 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	22,9 %	24,2 %	25,1 %	26,5 %
• Weder A noch B	47,3 %	45,9 %	42,3 %	44,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	57,2 %	57,0 %	60,1 %	58,3 %
• Familienversicherter	4,5 %	1,9 %	3,2 %	1,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,3 %	34,3 %	29,7 %	33,5 %
• Fehlende Angabe	7,0 %	6,8 %	7,0 %	6,4 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diagnose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	231	238	397	397
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,9 %	1,3 %	2,0 %	2,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	10,4 %	11,3 %	14,9 %	15,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	22,5 %	22,7 %	17,1 %	16,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	53,2 %	52,1 %	65,7 %	65,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,9 %	0,8 %	7,8 %	7,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	8,3 %	8,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,5 %	9,7 %	19,1 %	19,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,8 %	0,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,7 %	1,7 %	10,1 %	9,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	49,7	51,5	49,3	50,6
• Median	51	52	50	51
• (Interquartilsabstand)	(39 - 59)	(43 - 59)	(39 - 58)	(41 - 58)
Geschlecht (%)				
• Frauen	61,5 %	67,6 %	66,8 %	69,3 %
• Männer	38,5 %	32,4 %	33,2 %	30,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	17,7 %	25,2 %	16,4 %	26,4 %
• PIA	82,3 %	74,8 %	83,6 %	73,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,9 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,2 %	3,4 %	3,8 %	3,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	6,5 %	13,0 %	9,1 %	10,8 %
• Abitur/Fachabitur	8,2 %	3,8 %	5,5 %	4,0 %
• Abschluss unbekannt	13,4 %	7,6 %	11,6 %	7,6 %

• Fehlende Angabe	65,8 %	72,3 %	69,5 %	73,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,5 %	0,4 %	2,3 %	1,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	14,7 %	19,3 %	14,6 %	16,9 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	2,6 %	0,8 %	2,3 %	0,8 %
• Bachelor	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,6 %	2,1 %	2,3 %	2,3 %
• Promotion	0,9 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	9,5 %	4,6 %	8,3 %	5,3 %
• Fehlende Angabe	65,8 %	72,3 %	69,5 %	73,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,0 %	13,0 %	9,1 %	12,1 %
• Nein	90,0 %	58,8 %	90,9 %	57,9 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	28,2 %	0,0 %	30,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	34,2 %	27,3 %	30,2 %	27,7 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	53,7 %	56,3 %	59,4 %	60,2 %
• Weder A noch B	12,1 %	16,4 %	10,3 %	12,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,2 %	42,4 %	47,6 %	43,8 %
• Familienversicherter	2,2 %	2,9 %	2,0 %	2,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	39,8 %	49,6 %	43,3 %	49,4 %
• Fehlende Angabe	7,8 %	5,0 %	7,1 %	4,3 %

[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)	232	230	320	320
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,7 %	1,7 %	1,9 %	1,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	1,3 %	1,6 %	1,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,7 %	1,7 %	1,3 %	2,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,2 %	13,9 %	19,7 %	19,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,9 %	6,1 %	6,3 %	5,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	51,3 %	52,6 %	58,8 %	59,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,4 %	13,5 %	17,5 %	15,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,7 %	1,3 %	5,6 %	7,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	6,0 %	6,1 %	13,4 %	15,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	1,6 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	0,9 %	2,5 %	1,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %
Alter[1]				
• Mittelwert	47,9	49,3	48,1	49,6
• Median	48	50	48	51
• (Interquartilsabstand)	(33 - 59)	(37 - 59)	(34 - 59)	(38 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	62,9 %	59,6 %	62,5 %	60,6 %
• Männer	37,1 %	40,4 %	37,5 %	39,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	43,1 %	57,8 %	43,4 %	62,5 %
• PIA	56,9 %	42,2 %	56,6 %	37,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	0,4 %	0,9 %	0,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	1,7 %	4,3 %	2,2 %	4,7 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	22,4 %	20,0 %	21,9 %	20,9 %
• Abitur/Fachabitur	8,2 %	8,7 %	7,2 %	8,8 %
• Abschluss unbekannt	11,2 %	10,4 %	11,3 %	10,3 %

• Fehlende Angabe	56,0 %	56,1 %	56,6 %	55,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,2 %	3,0 %	5,0 %	2,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	22,4 %	26,5 %	21,6 %	28,1 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	4,7 %	2,6 %	4,7 %	2,5 %
• Bachelor	0,9 %	0,4 %	0,6 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,6 %	3,0 %	2,5 %	3,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	8,2 %	8,3 %	9,1 %	8,1 %
• Fehlende Angabe	56,0 %	56,1 %	56,6 %	55,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,9 %	7,4 %	6,3 %	7,5 %
• Nein	93,1 %	62,6 %	93,8 %	63,1 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	30,0 %	0,0 %	29,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	31,5 %	23,9 %	34,7 %	25,3 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	15,1 %	21,7 %	16,3 %	23,4 %
• Weder A noch B	53,4 %	54,3 %	49,1 %	51,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	66,4 %	67,0 %	67,2 %	64,4 %
• Familienversicherter	3,0 %	6,1 %	3,4 %	5,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	25,9 %	22,6 %	25,0 %	25,9 %
• Fehlende Angabe	4,7 %	4,3 %	4,4 %	4,1 %

[1] Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.
[2] Diagnostikkriterium: Vorhandensein von mindestens einer der folgenden Diagnosen/Diagnosegruppen: F20.x-F22.x, F25.x, F30.x, F32.2-F32.3, F33.x, F41.x, F42.x, F60.31, ab Referenzzeitpunkt sowie zwei Jahre davor
[3] Dauerkriterium: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.
[4] ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population teilweise in klinikneue und klinikbekannte 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 graphische Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit (Präzeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr). Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.

- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**333**	**333**	**326**	**320**	**330**	**330**	**324**	**315**
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)	6,9 %	36,6 %	13,2 %	11,6 %	10,9 %	42,1 %	13,0 %	14,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,8 %	1,5 %	1,2 %	1,6 %	1,5 %	2,4 %	2,2 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,9 %	11,4 %	11,7 %	9,7 %	12,7 %	13,9 %	9,0 %	9,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	2,9	15,6	4,8	3,2	3,6	23,4	5,0	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	11,6	1,5	1,0	0,6	17,2	1,7	1,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,2	27,2	6,3	4,2	4,2	40,6	6,7	6,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,6	0,3	0,5	1,3	0,2	0,7	0,4	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,6	0,3	0,5	1,3	0,2	0,6	0,4	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,7	1,4	1,3	1,4	1,4	1,4	1,1	1,1

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

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

sichtigt.

[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)	**388**	**388**	**378**	**371**	**381**	**381**	**374**	**371**
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)	38,9 %	28,4 %	20,1 %	17,5 %	40,2 %	31,0 %	22,7 %	18,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,8 %	2,1 %	1,1 %	1,3 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,7 %	12,4 %	14,0 %	9,7 %	15,7 %	13,9 %	14,4 %	15,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	12,8	10,0	7,3	7,9	14,3	17,3	9,5	7,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	5,1	5,4	2,8	2,1	8,3	4,5	2,3	1,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	17,8	15,4	10,1	10,1	22,6	21,8	11,8	8,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	0,9	0,2	0,1	1,4	0,8	0,5	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,6	0,7	0,2	0,1	1,4	0,8	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,6	1,3	0,9	1,8	1,6	1,6	1,7

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

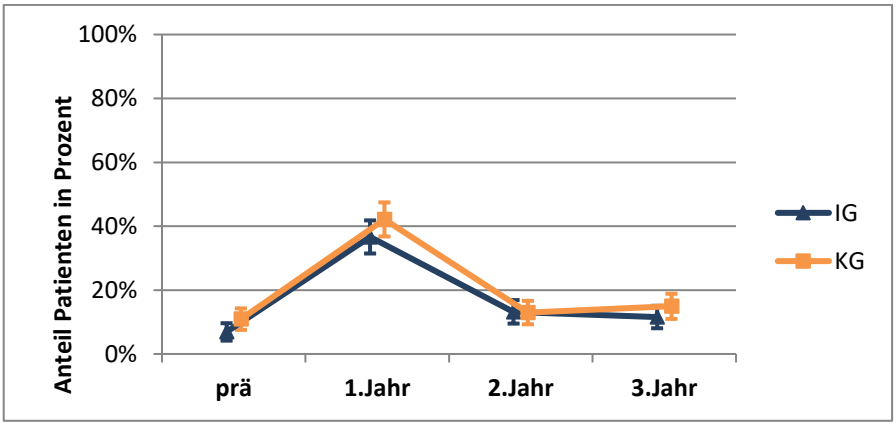
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

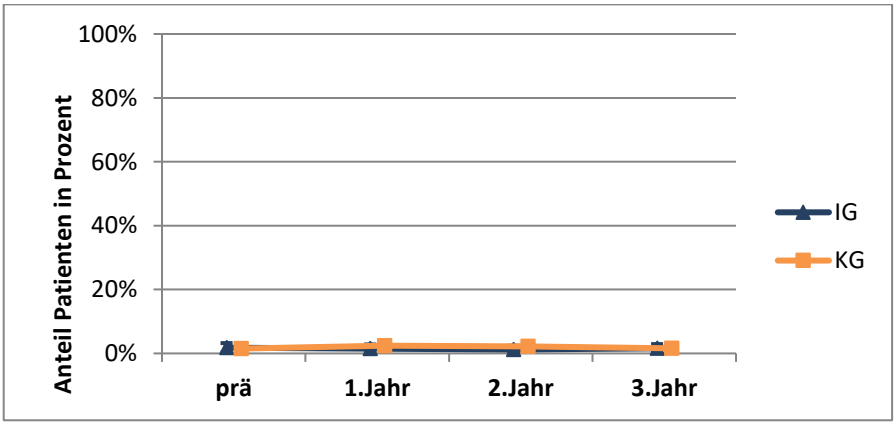
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

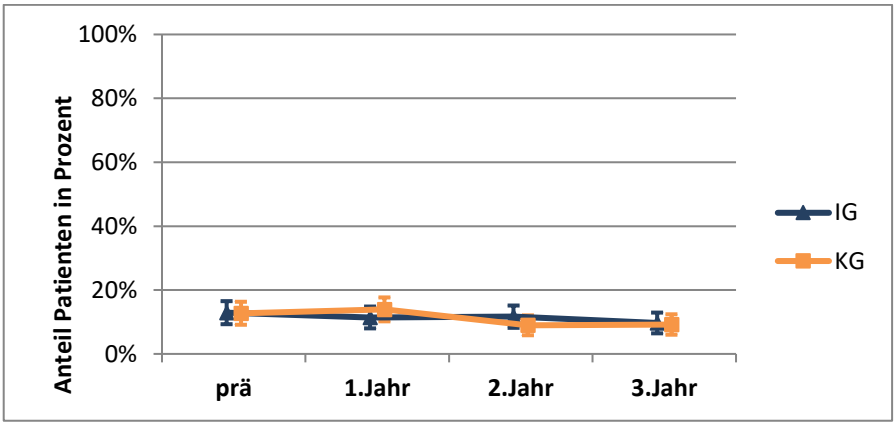
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

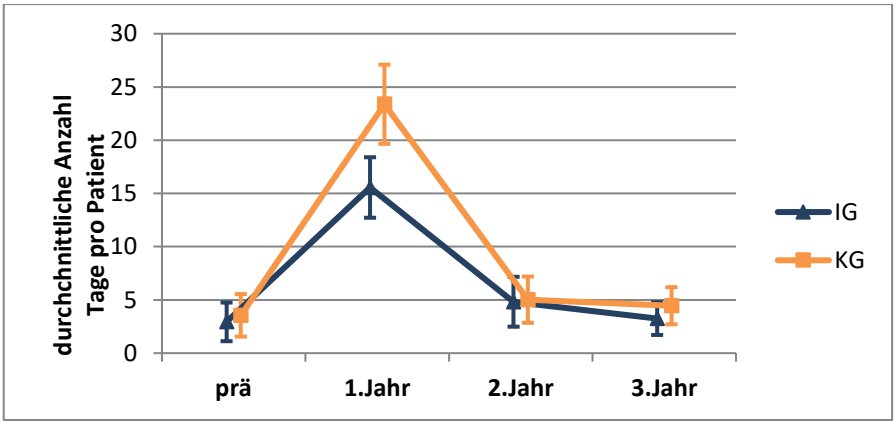


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

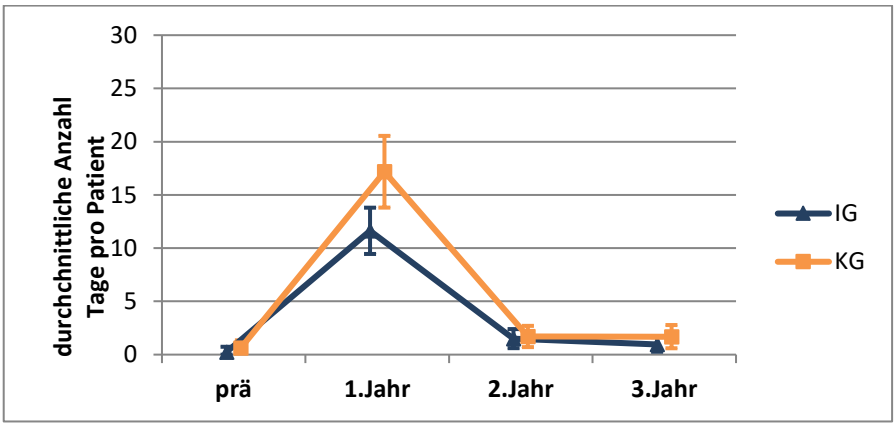


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

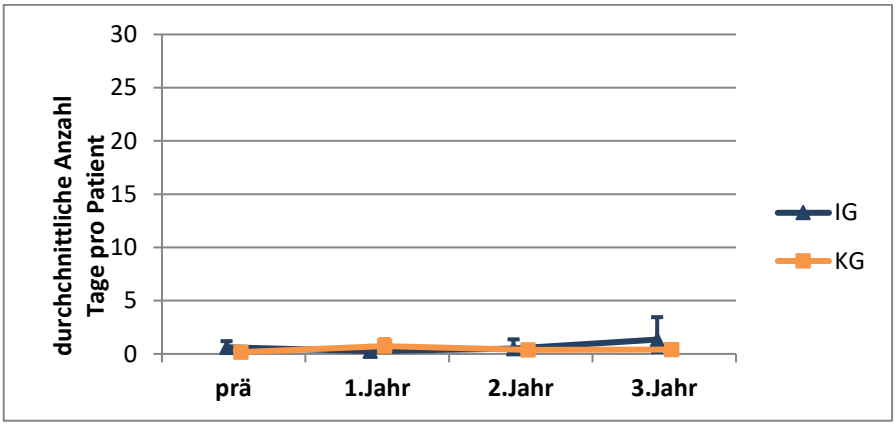
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



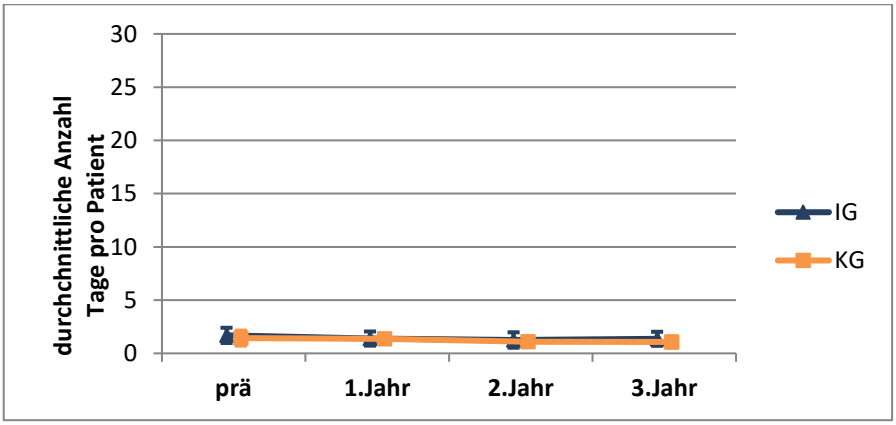
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



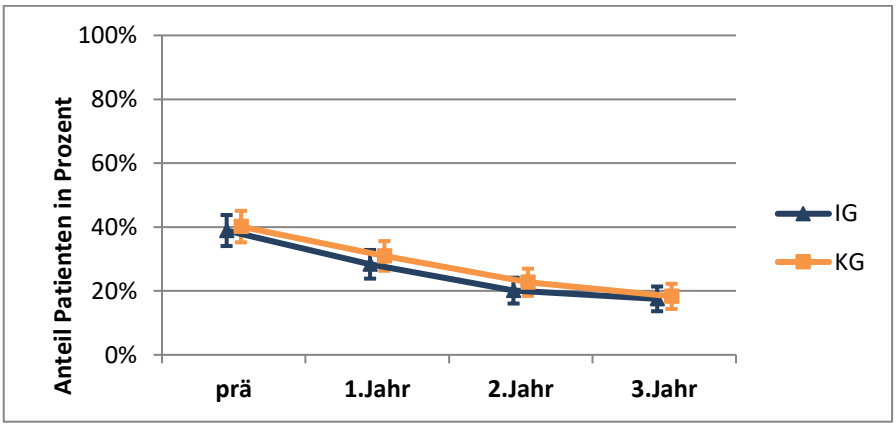
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

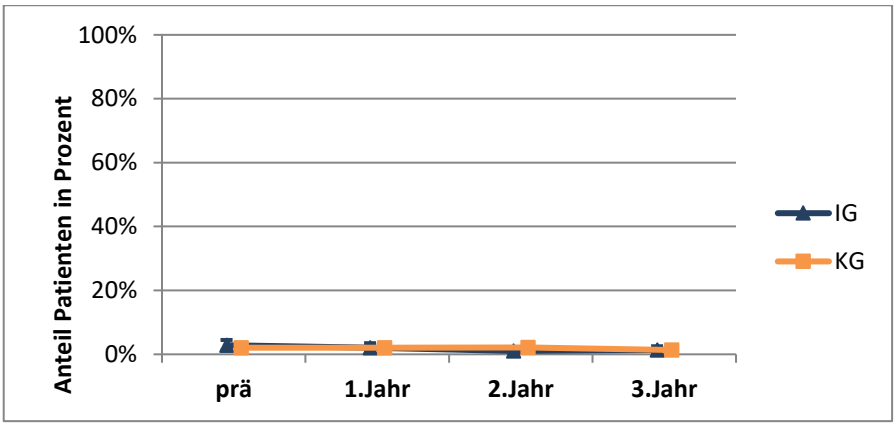
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

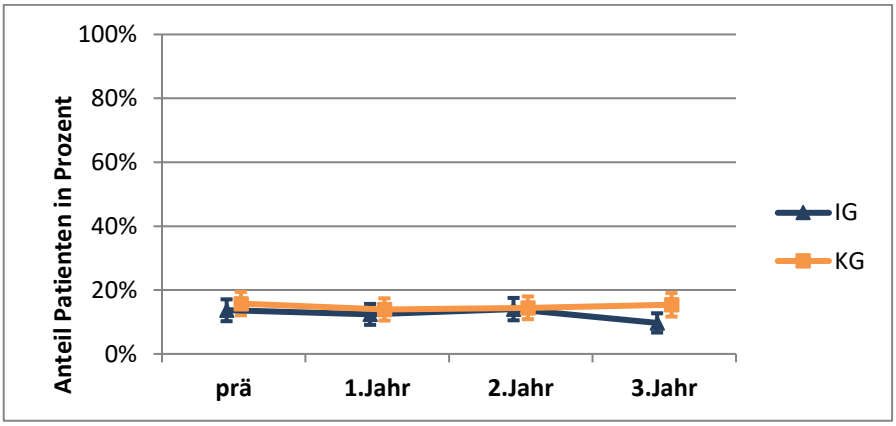
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

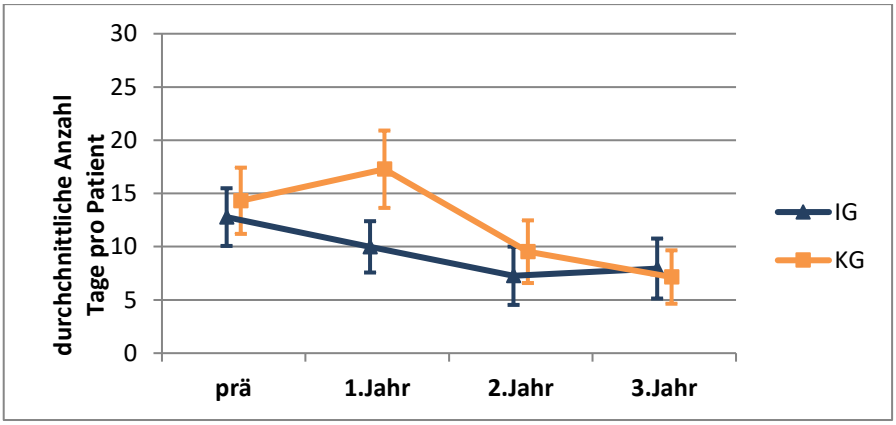


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

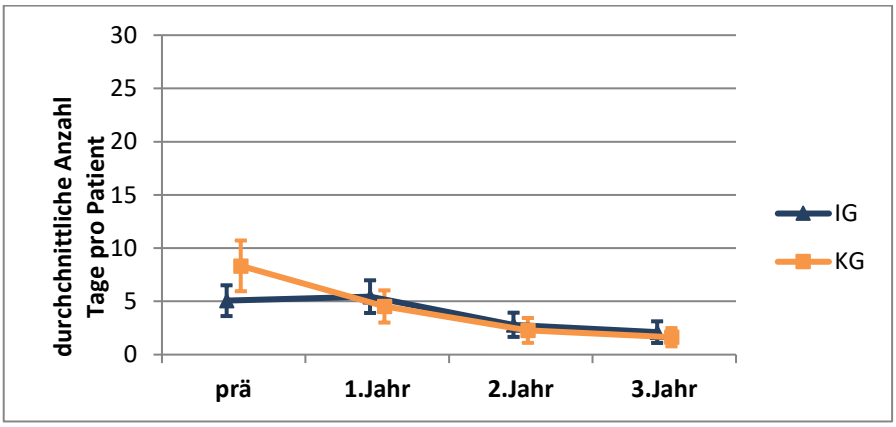


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

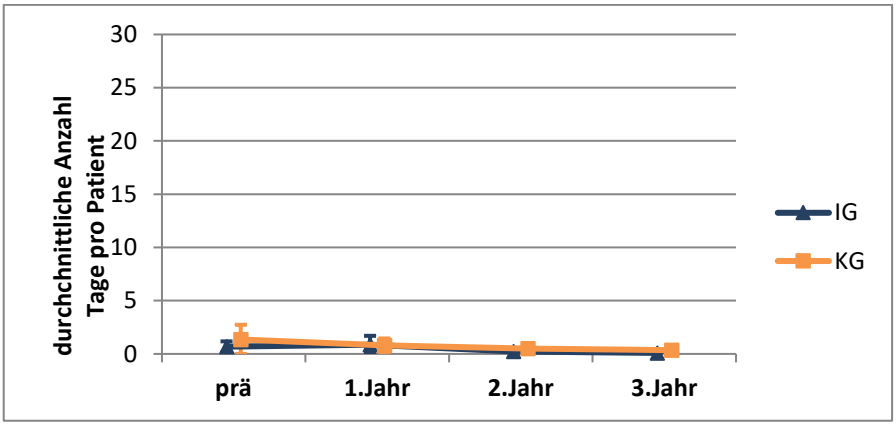
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



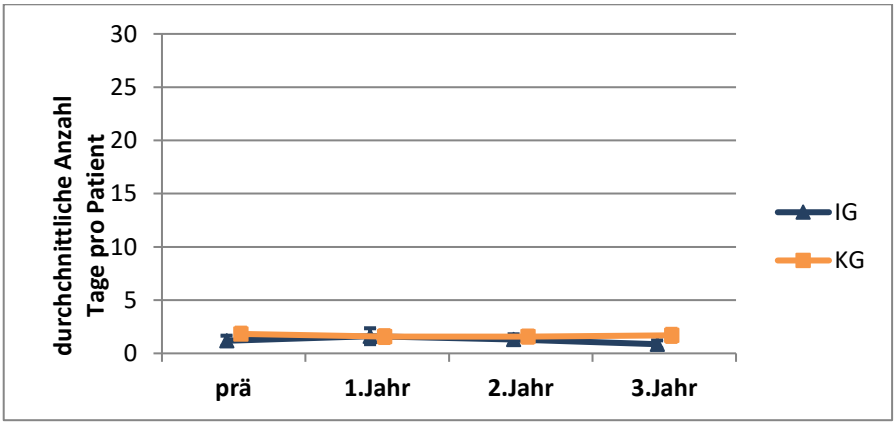
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- **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 ($n_{klinikneu}$: IG=333, KG=330; $n_{klinikbekannt}$: IG=399, KG=381).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,9; KG: 3,6 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 15,6; KG: 23,4 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,8 und 3,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 5,0 und 4,5 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei deutlich im ersten Modelljahr gegenüber der KG. Der Peak war in der IG mit 15,6 vollstationären Tagen wesentlich geringer als in der KG mit 23,4 vollstationären Tagen. 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. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG geringer als in der KG (IG: 11,6 teilstationäre Tage; KG: 17,2 teilstationäre Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in der IG ein kontinuierlicher Trend von weniger vollstationären Tagen im Vergleich zum Prä-Zeitraum (mit leichtem Anstieg im dritten patientenindividuellen Jahr), während in der KG die Inanspruchnahme von vollstationären Tagen im ersten patientenindividuellen Jahr zunächst anstieg und danach auf dem ungefähren Niveau der IG absank (prä: -1,5; 1. Jahr: -7,3; 2. Jahr: - 2,3; 3. Jahr: +0,8 vollstationäre Tage). Die Muster der Verläufe teilstationärer Aufenthalte waren zwischen IG und KG bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar (mit etwas weniger teilstationären Behandlungstagen der IG im Vergleich zur KG) (prä: -3,3; 1. Jahr: +0,9; 2. Jahr: +0,5; 3. Jahr: +0,5 vollstationäre Tage).

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

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Hier war bei den klinikbekannten Patienten ein Peak im ersten patientenindividuellen Jahr zu verzeichnen, welches jedoch zwischen IG und KG vergleichbar war.

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)	**320**	**320**	**320**	**320**
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt[1] ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,1 %	38,8 %	10,0 %	43,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,6 %	2,2 %	2,2 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	8,8 %	9,7 %	12,8 %	13,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	2,1	15,5	2,0	22,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,0	13,4	0,2	16,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,1	28,9	2,2	38,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,6	0,7	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	0,6	0,7	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,8	1,7	2,0	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)

[4] Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

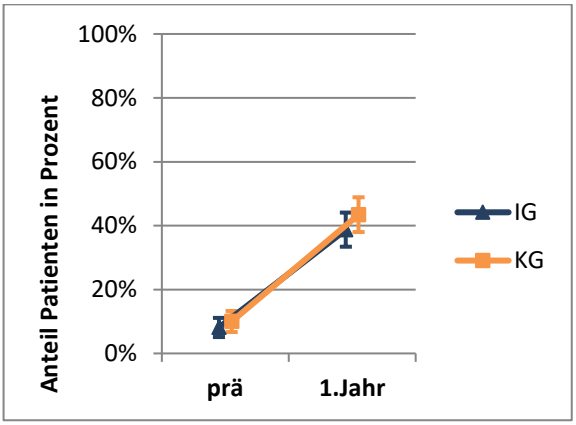
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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)

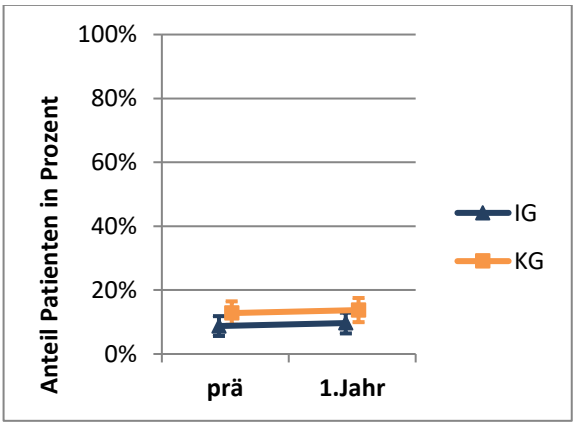
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

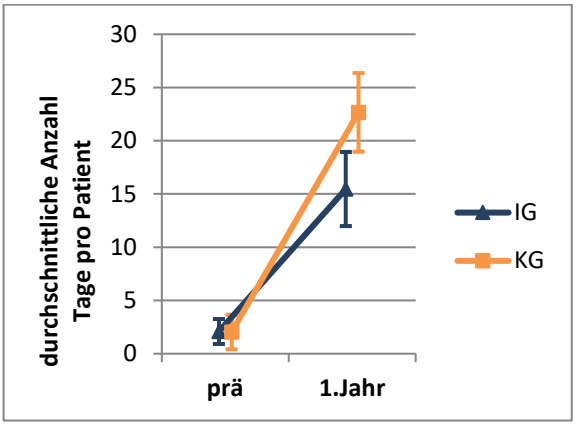
  Fallzahl zu klein

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

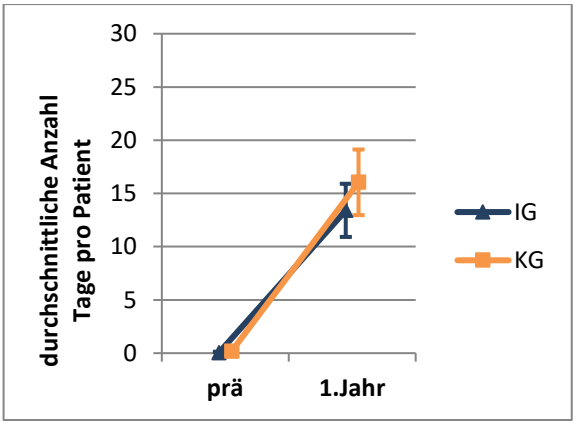


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- **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)**

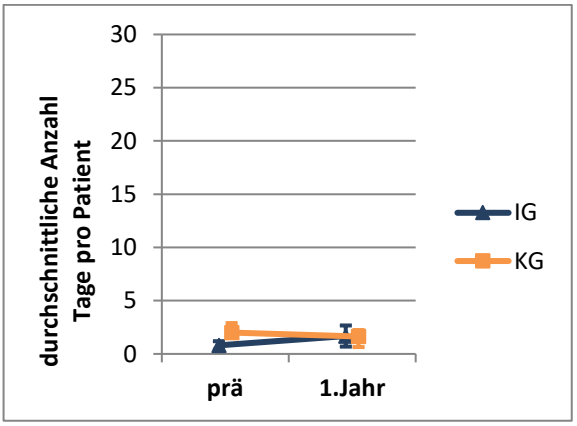


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die graphischen Abbildungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=320 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Anzahl an vollstationären Tagen in der IG (von 2,1 zu 15,5 vollstationäre Tage) im Vergleich zur KG (von 2,0 zu 22,7 vollstationäre Tage).

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

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in den Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten ($DiD_{additiv}$ = -7,74), zweiten ($DiD_{additiv}$ = -9,12) und dritten Jahr ($DiD_{additiv}$ = -7,85) in der IG jeweils signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte vollstationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen Störungen durch Alkohol, mit affektiven Störungen und mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 313ff.).

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	**333**	**333**	**326**	**320**	**330**	**330**	**324**	**315**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**327**	**328**	**316**	**313**	**322**	**329**	**315**	**309**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,0	4,3	3,8	0,1	2,3	1,7	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,1	6,0	5,5	4,5	3,7	5,2	5,0	4,3
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,3	7,5	7,2	7,8	7,4	9,2	8,7	8,7
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	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	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,3	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	8,9	8,7	11,0	9,6	7,1	6,2	10,3	11,5

[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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**388**	**388**	**378**	**371**	**381**	**381**	**374**	**371**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**383**	**385**	**373**	**368**	**377**	**378**	**368**	**363**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,0	13,3	11,4	10,7	5,3	6,8	6,4	6,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,8	3,6	3,6	3,1	2,9	2,7	2,6	2,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,7	9,7	9,4	9,6	9,0	10,1	9,2	9,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	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	0,0	0,1	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	10,1	10,3	10,5	10,4	9,8	8,8	8,8	9,8

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

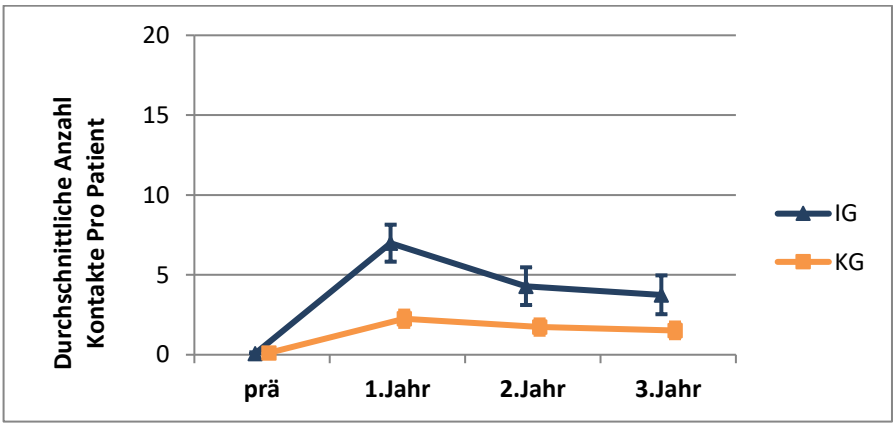
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

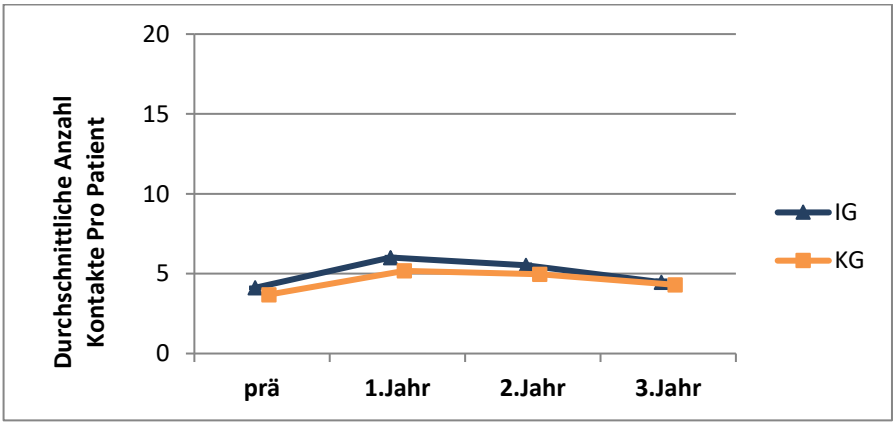
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

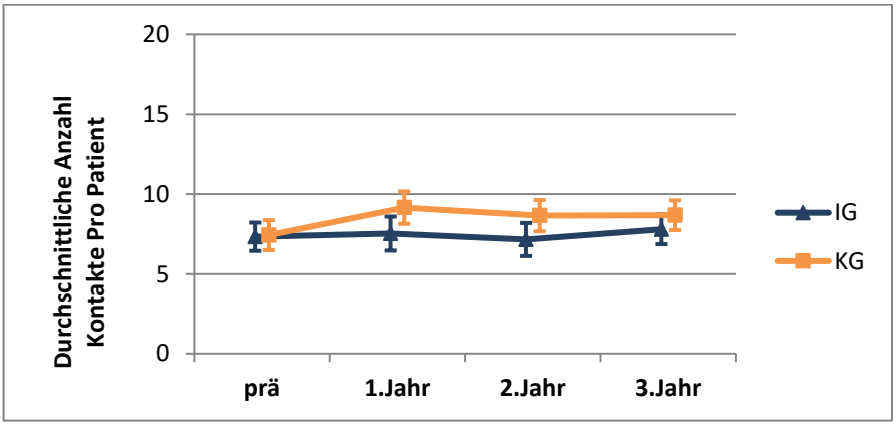
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

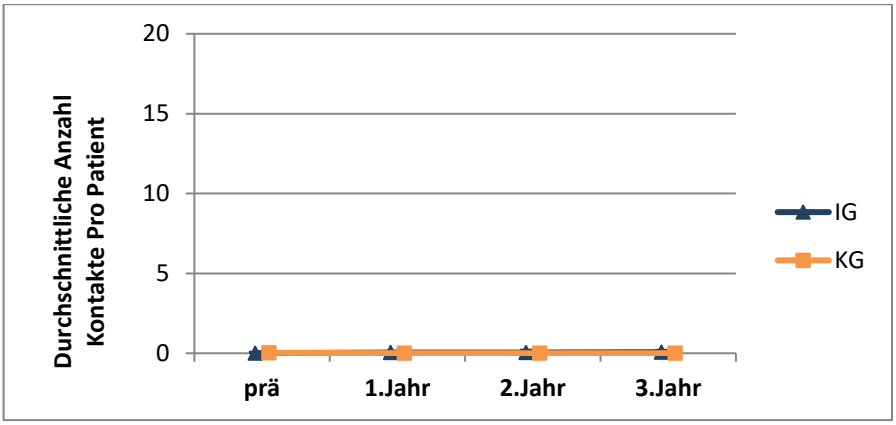


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

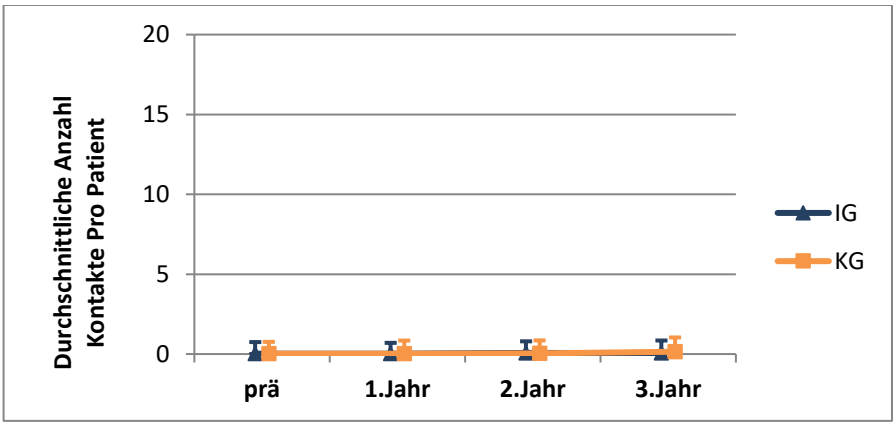


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

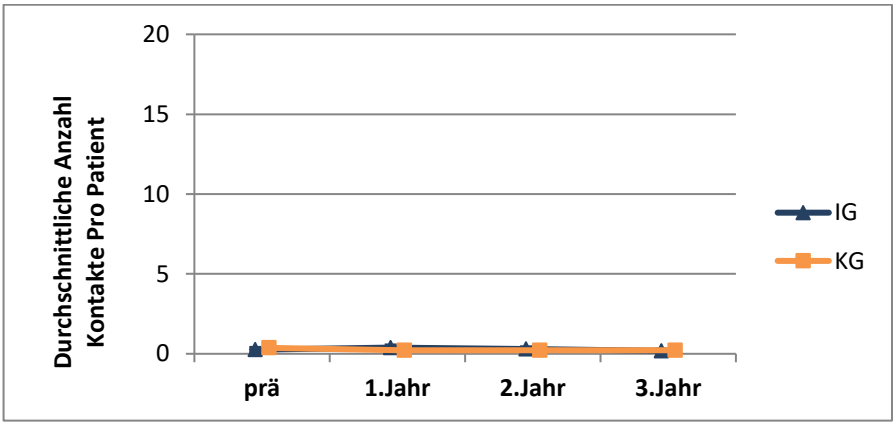
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

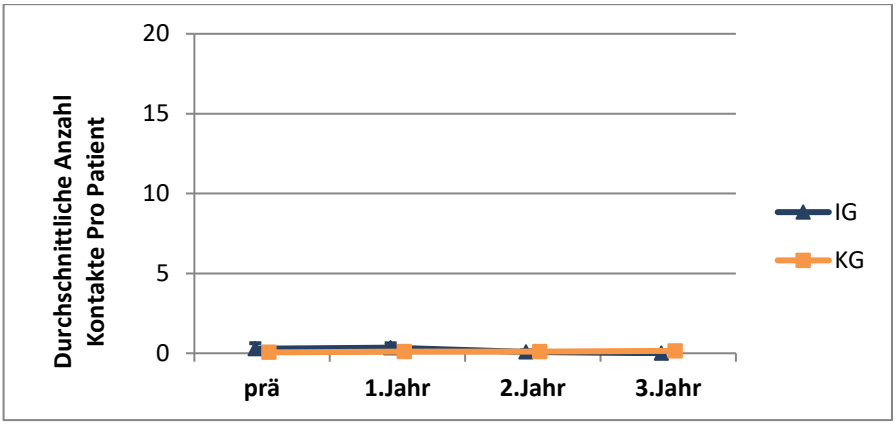


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

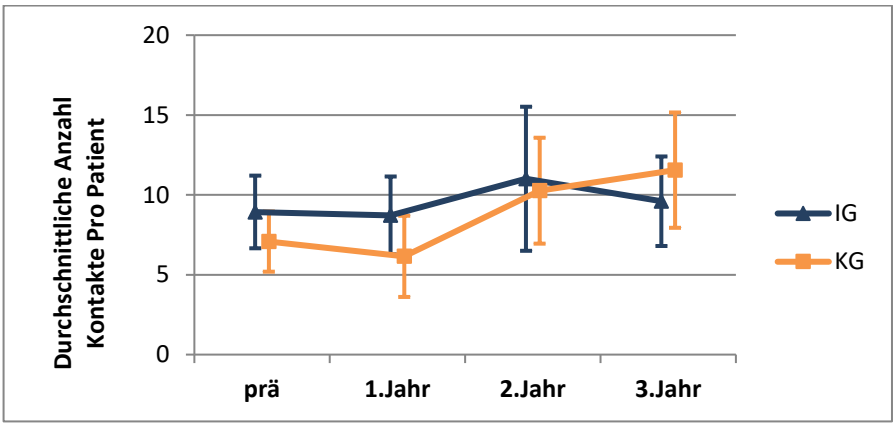


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



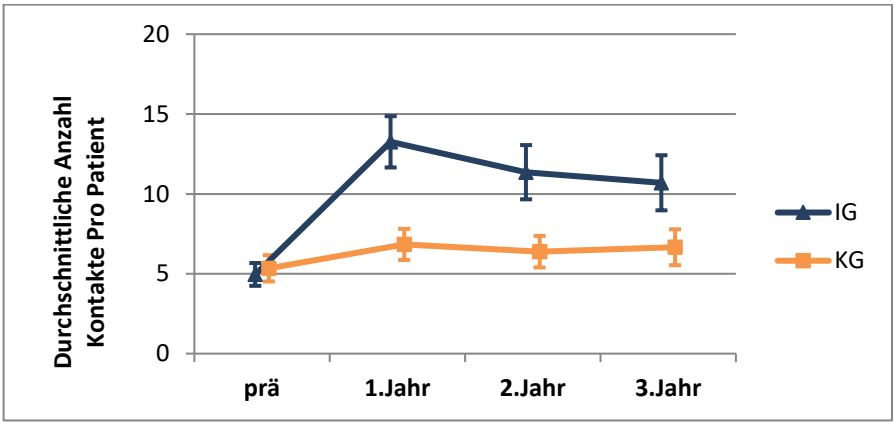
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

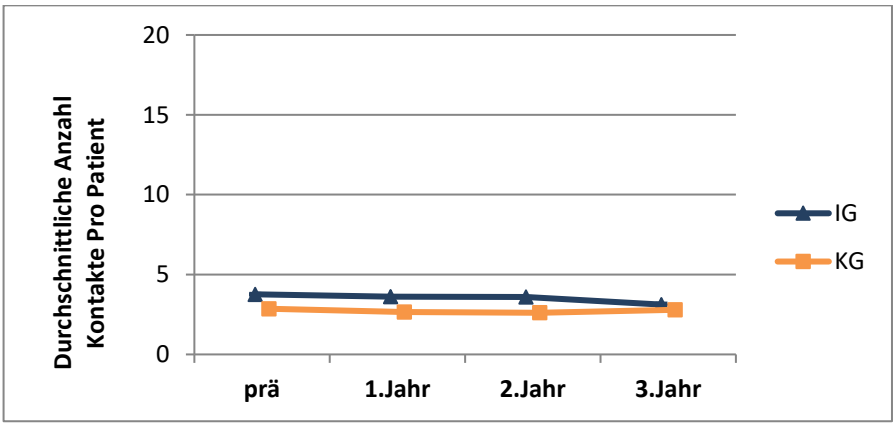
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

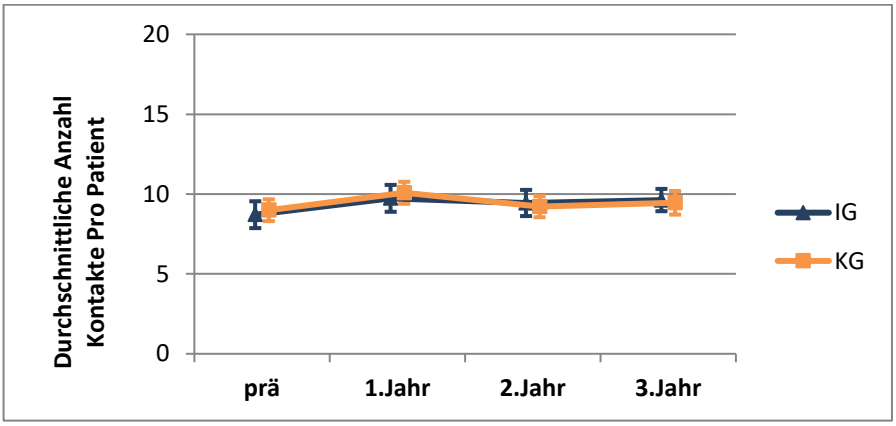
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

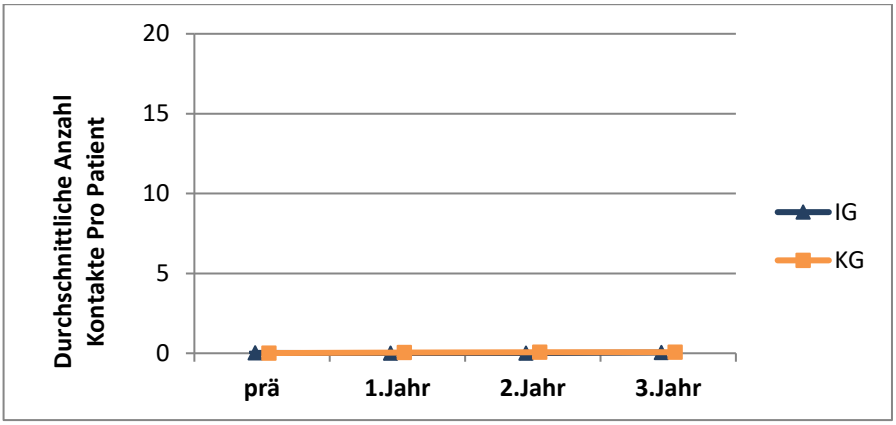


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

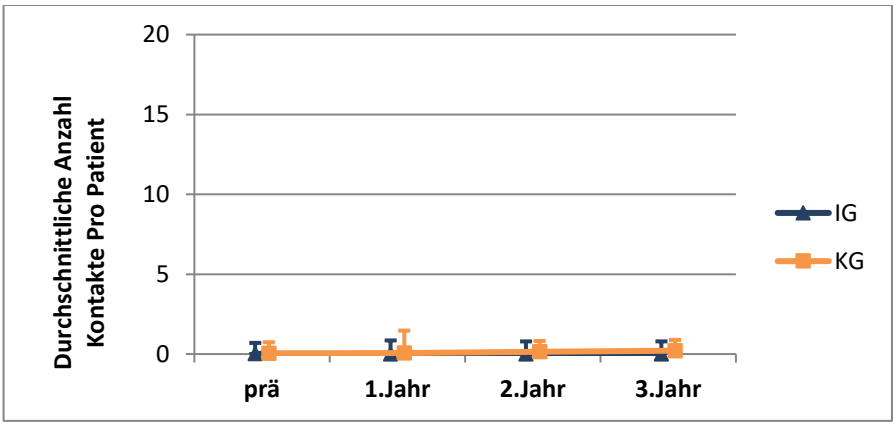


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

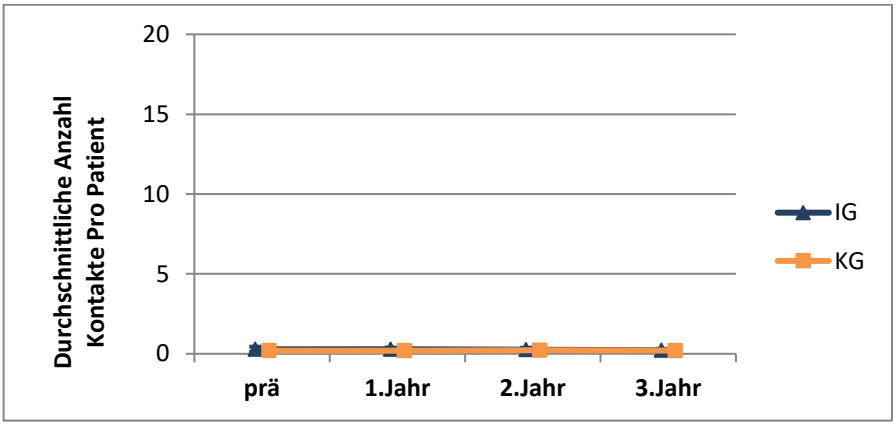
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

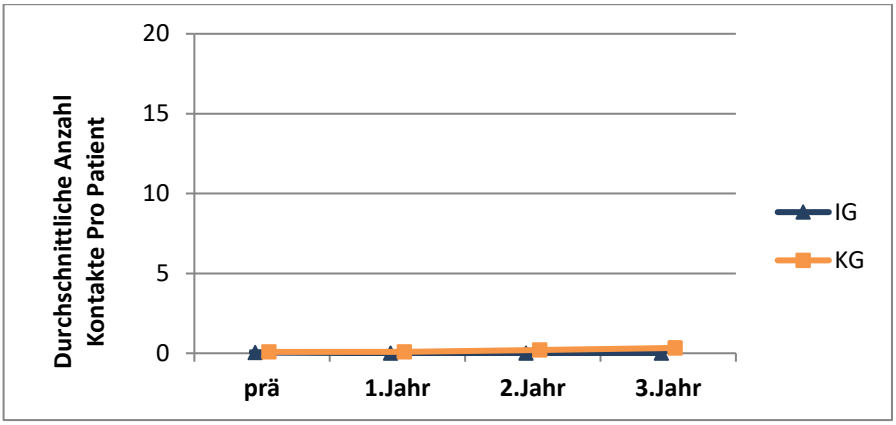


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

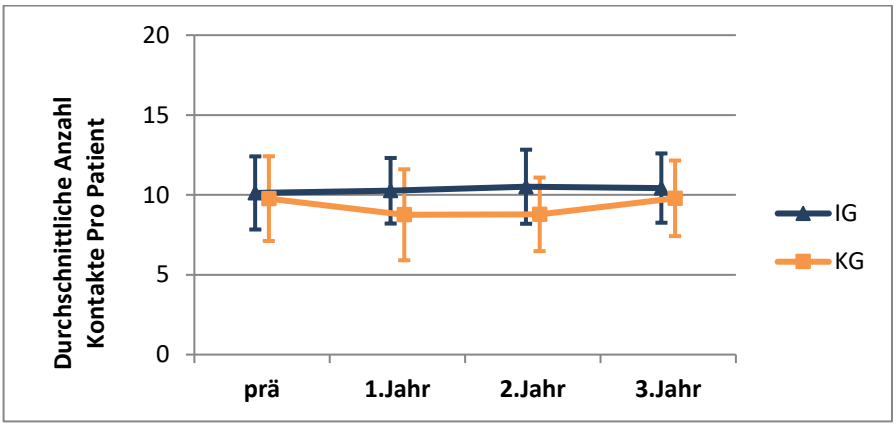


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=328, KG=329; $n_{klinikbekannt}$: IG=385, KG=378). 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 zeigte sich ein Anstieg der PIA-Kontakte im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG und der KG, wobei der Anstieg in der IG wesentlich höher ausfiel im Vergleich zur KG (prä = +0,0, 1. Jahr = +4,7, 2. Jahr = +2,6 und 3. Jahr = +2,2 PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG). Ab dem zweiten Jahr sank die PIA-Inanspruchnahme wieder, blieb aber in der IG um ca. 2 PIA-Kontakte höher als in der KG.

Der Verlauf der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar mit einem kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr, wobei die IG hier stets eine leicht höhere ambulante Inanspruchnahme aufwies im Vergleich zur KG (prä = +0,4, 1. Jahr = +0,8, 2. Jahr = +0,6 und 3. Jahr = +0,2 Kontakte in der IG im Vergleich zur KG).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich eine größere Anzahl an *PIA*-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG. Im ersten patientenindividuellen Jahr stieg die Anzahl von PIA-Kontakten in der IG stark an und sank ab dem dritten Jahr wieder, wobei die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG auch hier stets über den der KG waren (prä = -0,4, 1. Jahr = +6,4, 2. Jahr = +5,0 und 3. Jahr = +4,0 PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG).

Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG mit leicht höherer Inanspruchnahme in der IG (prä = +0,9, 1. Jahr = +1,0, 2. Jahr = +1,0 und 3. Jahr = +0,3 Kontakte in der IG im Vergleich zur 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)	**320**	**320**	**320**	**320**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**316**	**315**	**310**	**312**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	6,6	0,0	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,7	7,0	3,3	5,4
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,8	9,4	7,7	8,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,4	0,3	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,3	0,6	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	7,7	9,4	7,9	7,9

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

[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

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

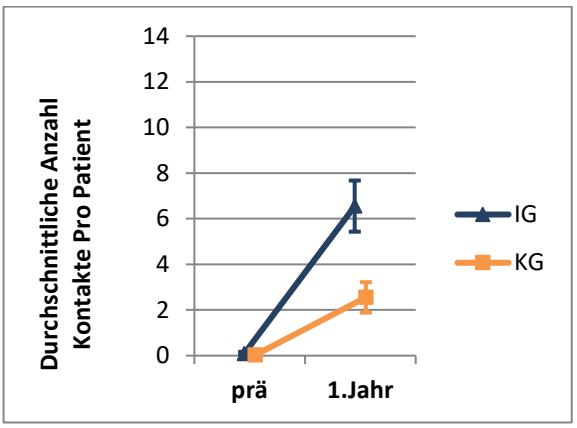
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

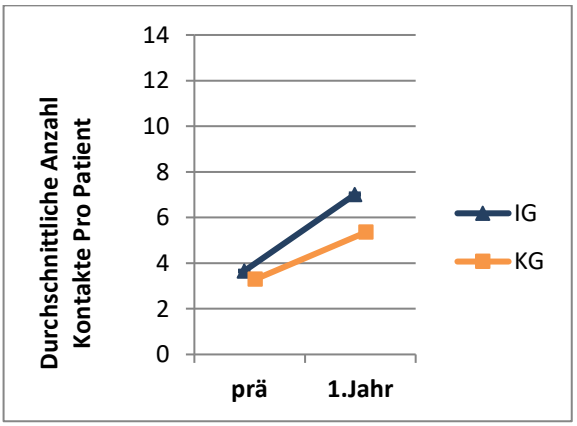
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

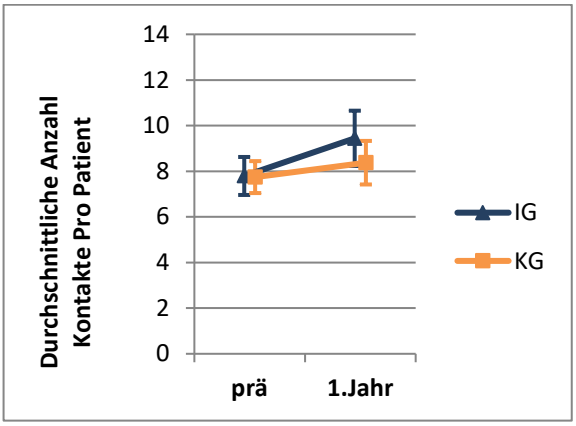
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

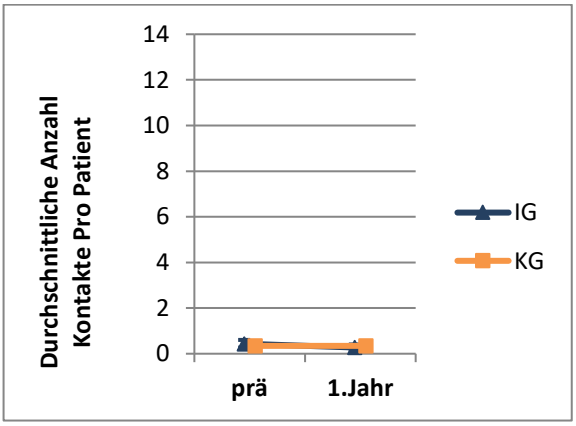
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

  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)**

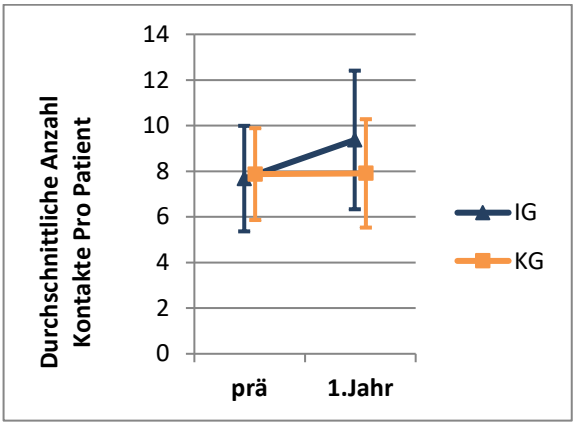


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Graphischen Abbildungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 315 und 312) zeigte sich eine wesentlich stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG (IG: +6,5 Kontakte; KG: +2,5 Kontakte) im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Prä-Zeitraum. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD $_{additiv}$ = +3,94).

Auch die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zeigte eine stärkere Zunahme in der IG im Vergleich zur KG (IG: +3,4 Kontakte; KG: +2,1 Kontakte) im ersten patientenindividuellen Jahr im Vergleich zum Prä-Zeitraum. Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD $_{additiv}$ = +1,29).

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**27**	**263**	**51**	**44**	**48**	**351**	**74**	**69**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,4 %	22,8 %	17,6 %	36,4 %	4,2 %	6,8 %	16,2 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,1 %	16,3 %	7,8 %	15,9 %	14,6 %	13,7 %	10,8 %	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,9 %	38,8 %	41,2 %	22,7 %	25,0 %	44,7 %	32,4 %	34,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,5 %	12,5 %	11,8 %	6,8 %	10,4 %	7,7 %	8,1 %	7,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,4 %	6,8 %	3,9 %	4,5 %	4,2 %	3,7 %	5,4 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,8 %	0,0 %	6,8 %	0,0 %	4,0 %	10,8 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,9 %	41,1 %	27,5 %	54,5 %	22,9 %	22,8 %	29,7 %	27,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,0 %	32,7 %	43,1 %	29,5 %	54,2 %	37,6 %	45,9 %	39,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**22**	**160**	**32**	**32**	**36**	**200**	**59**	**44**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	4,5 %	22,5 %	15,6 %	37,5 %	5,6 %	7,0 %	18,6 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,6 %	20,6 %	9,4 %	21,9 %	16,7 %	17,0 %	10,2 %	6,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	54,5 %	39,4 %	40,6 %	25,0 %	25,0 %	36,5 %	33,9 %	31,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,2 %	10,6 %	3,1 %	6,3 %	11,1 %	8,0 %	6,8 %	4,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,1 %	6,9 %	3,1 %	6,3 %	5,6 %	4,0 %	5,1 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,3 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	4,5 %	11,9 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,3 %	45,0 %	25,0 %	62,5 %	27,8 %	26,0 %	32,2 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,8 %	31,3 %	50,0 %	25,0 %	50,0 %	42,0 %	44,1 %	40,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**71**	**18**	**19**	**28**	**115**	**45**	**36**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	28,2 %	16,7 %	47,4 %	7,1 %	8,7 %	20,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	28,2 %	16,7 %	15,8 %	17,9 %	20,0 %	13,3 %	2,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	40,0 %	33,8 %	33,3 %	26,3 %	28,6 %	30,4 %	33,3 %	30,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	8,5 %	0,0 %	5,3 %	14,3 %	7,0 %	4,4 %	5,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	7,0 %	0,0 %	10,5 %	7,1 %	1,7 %	2,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,5 %	0,0 %	5,2 %	13,3 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	54,9 %	33,3 %	68,4 %	32,1 %	29,6 %	33,3 %	19,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	29,6 %	50,0 %	21,1 %	42,9 %	43,5 %	42,2 %	44,4 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**23**	**248**	**49**	**37**	**32**	**311**	**59**	**62**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,7 %	35,1 %	36,7 %	40,5 %	12,5 %	14,5 %	25,4 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,4 %	32,7 %	18,4 %	27,0 %	28,1 %	27,3 %	16,9 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	78,3 %	64,1 %	63,3 %	51,4 %	59,4 %	68,8 %	61,0 %	61,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,8 %	30,6 %	30,6 %	21,6 %	28,1 %	29,6 %	16,9 %	27,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,7 %	14,5 %	6,1 %	16,2 %	6,3 %	11,3 %	8,5 %	12,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,8 %	6,1 %	10,8 %	3,1 %	8,0 %	6,8 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,5 %	64,5 %	53,1 %	67,6 %	46,9 %	47,9 %	45,8 %	58,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,0 %	12,5 %	14,3 %	16,2 %	21,9 %	12,2 %	25,4 %	17,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**20**	**151**	**31**	**25**	**25**	**178**	**46**	**38**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	36,4 %	38,7 %	36,0 %	16,0 %	14,0 %	28,3 %	28,9 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	39,1 %	22,6 %	36,0 %	28,0 %	35,4 %	19,6 %	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	80,0 %	67,5 %	61,3 %	44,0 %	60,0 %	60,7 %	69,6 %	57,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	45,0 %	29,8 %	16,1 %	20,0 %	32,0 %	32,0 %	13,0 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	18,5 %	3,2 %	20,0 %	8,0 %	13,5 %	8,7 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	6,5 %	8,0 %	0,0 %	8,4 %	8,7 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	70,2 %	61,3 %	72,0 %	52,0 %	56,2 %	52,2 %	63,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	11,3 %	19,4 %	16,0 %	20,0 %	12,4 %	17,4 %	13,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**67**	**17**	**14**	**19**	**99**	**33**	**30**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	38,8 %	35,3 %	35,7 %	21,1 %	17,2 %	27,3 %	36,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	50,7 %	29,4 %	42,9 %	31,6 %	41,4 %	21,2 %	23,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	60,0 %	70,1 %	58,8 %	42,9 %	68,4 %	57,6 %	66,7 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,0 %	32,8 %	17,6 %	21,4 %	31,6 %	31,3 %	9,1 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	22,4 %	0,0 %	21,4 %	10,5 %	10,1 %	6,1 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,5 %	5,9 %	14,3 %	0,0 %	9,1 %	9,1 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	77,6 %	64,7 %	71,4 %	63,2 %	63,6 %	48,5 %	63,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	7,5 %	11,8 %	21,4 %	15,8 %	10,1 %	21,2 %	13,3 %

[1] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

[2] Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**17**	**229**	**42**	**30**	**22**	**272**	**43**	**53**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,2 %	38,4 %	50,0 %	46,7 %	13,6 %	18,4 %	25,6 %	26,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,3 %	41,5 %	28,6 %	30,0 %	54,5 %	40,1 %	37,2 %	41,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,4 %	80,8 %	81,0 %	76,7 %	81,8 %	83,1 %	76,7 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	76,5 %	52,8 %	57,1 %	60,0 %	72,7 %	54,4 %	41,9 %	64,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,5 %	18,3 %	14,3 %	20,0 %	22,7 %	19,5 %	11,6 %	20,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	8,7 %	11,9 %	23,3 %	4,5 %	14,3 %	9,3 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,5 %	72,9 %	71,4 %	76,7 %	72,7 %	63,2 %	62,8 %	67,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,9 %	4,8 %	2,4 %	6,7 %	9,1 %	4,0 %	9,3 %	3,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**15**	**137**	**25**	**19**	**18**	**153**	**34**	**31**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	40,0 %	39,4 %	52,0 %	42,1 %	16,7 %	17,0 %	29,4 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	49,6 %	32,0 %	42,1 %	55,6 %	52,9 %	41,2 %	41,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	80,0 %	81,8 %	80,0 %	68,4 %	83,3 %	83,0 %	85,3 %	77,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	80,0 %	56,2 %	40,0 %	63,2 %	77,8 %	54,9 %	41,2 %	67,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,7 %	21,9 %	12,0 %	21,1 %	16,7 %	24,2 %	11,8 %	22,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	10,2 %	12,0 %	15,8 %	0,0 %	15,0 %	11,8 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,3 %	78,8 %	80,0 %	78,9 %	72,2 %	75,2 %	70,6 %	74,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,7 %	4,4 %	4,0 %	10,5 %	5,6 %	2,0 %	2,9 %	3,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**59**	**12**	**10**	**12**	**81**	**24**	**24**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	40,7 %	58,3 %	40,0 %	25,0 %	19,8 %	29,2 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	61,0 %	33,3 %	40,0 %	75,0 %	61,7 %	50,0 %	41,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	66,7 %	86,4 %	83,3 %	50,0 %	91,7 %	82,7 %	87,5 %	79,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	55,9 %	33,3 %	50,0 %	75,0 %	58,0 %	37,5 %	75,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	25,4 %	16,7 %	10,0 %	16,7 %	25,9 %	8,3 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,5 %	16,7 %	10,0 %	0,0 %	14,8 %	12,5 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	84,7 %	91,7 %	70,0 %	91,7 %	85,2 %	70,8 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,4 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %

[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

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**216**	**225**	**123**	**104**	**232**	**276**	**151**	**123**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,4 %	28,4 %	34,1 %	26,9 %	16,8 %	12,7 %	20,5 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,3 %	9,3 %	2,4 %	2,9 %	9,5 %	10,9 %	7,3 %	5,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,9 %	25,8 %	19,5 %	44,2 %	39,2 %	25,0 %	34,4 %	39,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,9 %	9,3 %	15,4 %	10,6 %	13,8 %	7,2 %	9,9 %	8,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,8 %	3,6 %	6,5 %	4,8 %	1,7 %	5,1 %	2,0 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,2 %	2,4 %	5,8 %	2,6 %	2,2 %	2,0 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,6 %	37,8 %	39,8 %	33,7 %	27,6 %	26,4 %	28,5 %	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,2 %	44,4 %	46,3 %	32,7 %	37,5 %	54,3 %	48,3 %	35,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**193**	**185**	**105**	**86**	**205**	**222**	**127**	**111**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,7 %	30,3 %	39,0 %	32,6 %	17,6 %	13,5 %	21,3 %	27,9 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,3 %	11,4 %	2,9 %	3,5 %	10,7 %	13,5 %	8,7 %	6,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,9 %	28,1 %	21,9 %	43,0 %	40,0 %	24,8 %	33,9 %	39,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,5 %	11,4 %	18,1 %	10,5 %	14,6 %	8,6 %	7,9 %	9,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,1 %	4,3 %	7,6 %	5,8 %	2,0 %	5,9 %	2,4 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	2,2 %	2,9 %	5,8 %	2,0 %	1,4 %	2,4 %	5,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	41,6 %	45,7 %	40,7 %	29,8 %	30,2 %	30,7 %	34,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,4 %	40,5 %	38,1 %	31,4 %	36,1 %	51,8 %	47,2 %	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**123**	**111**	**75**	**63**	**117**	**135**	**88**	**78**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,8 %	33,3 %	45,3 %	41,3 %	20,5 %	14,8 %	23,9 %	24,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,6 %	12,6 %	2,7 %	0,0 %	13,7 %	16,3 %	8,0 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	37,4 %	30,6 %	22,7 %	42,9 %	36,8 %	24,4 %	31,8 %	38,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,0 %	13,5 %	17,3 %	9,5 %	16,2 %	10,4 %	5,7 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,3 %	4,5 %	5,3 %	6,3 %	2,6 %	3,7 %	2,3 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	2,7 %	2,7 %	6,3 %	1,7 %	1,5 %	3,4 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,8 %	45,9 %	50,7 %	47,6 %	35,9 %	32,6 %	31,8 %	32,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,2 %	35,1 %	32,0 %	30,2 %	35,9 %	49,6 %	47,7 %	37,2 %

[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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**177**	**190**	**102**	**90**	**198**	**220**	**121**	**97**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,8 %	53,2 %	55,9 %	50,0 %	34,3 %	22,7 %	34,7 %	47,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,7 %	14,7 %	10,8 %	3,3 %	16,7 %	21,4 %	21,5 %	13,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	59,3 %	56,3 %	42,2 %	67,8 %	68,7 %	51,4 %	62,0 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,7 %	21,6 %	31,4 %	28,9 %	30,3 %	26,8 %	27,3 %	28,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,3 %	8,9 %	16,7 %	10,0 %	5,6 %	9,5 %	5,8 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	6,8 %	8,8 %	6,7 %	6,1 %	6,4 %	5,0 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,6 %	64,2 %	71,6 %	55,6 %	54,0 %	48,6 %	57,9 %	64,9 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	17,5 %	16,8 %	14,7 %	10,0 %	11,6 %	19,1 %	23,1 %	10,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**162**	**159**	**92**	**74**	**176**	**179**	**101**	**87**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,7 %	57,2 %	59,8 %	59,5 %	35,2 %	24,6 %	34,7 %	50,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,8 %	17,0 %	12,0 %	4,1 %	18,8 %	25,7 %	25,7 %	14,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	58,0 %	59,1 %	43,5 %	67,6 %	68,8 %	50,8 %	64,4 %	65,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	37,7 %	23,3 %	32,6 %	29,7 %	33,0 %	26,8 %	27,7 %	29,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,7 %	10,7 %	18,5 %	12,2 %	6,3 %	10,6 %	6,9 %	9,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	7,5 %	8,7 %	6,8 %	5,7 %	5,0 %	5,9 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	69,8 %	77,2 %	66,2 %	57,4 %	54,7 %	62,4 %	69,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	13,2 %	10,9 %	8,1 %	10,8 %	17,9 %	18,8 %	9,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**102**	**94**	**66**	**53**	**104**	**110**	**66**	**65**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,3 %	61,7 %	68,2 %	66,0 %	37,5 %	26,4 %	37,9 %	47,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,7 %	19,1 %	10,6 %	0,0 %	24,0 %	31,8 %	28,8 %	16,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,8 %	59,6 %	42,4 %	69,8 %	62,5 %	50,0 %	62,1 %	66,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,2 %	25,5 %	31,8 %	28,3 %	34,6 %	30,9 %	25,8 %	26,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,8 %	9,6 %	15,2 %	9,4 %	7,7 %	9,1 %	9,1 %	12,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	4,3 %	9,1 %	7,5 %	8,7 %	7,3 %	7,6 %	10,8 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,9 %	77,7 %	84,8 %	67,9 %	65,4 %	60,9 %	69,7 %	69,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,7 %	10,6 %	6,1 %	11,3 %	9,6 %	14,5 %	16,7 %	9,2 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)								
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**137**	**157**	**75**	**65**	**148**	**164**	**94**	**68**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	54,7 %	67,5 %	68,0 %	69,2 %	45,3 %	28,7 %	42,6 %	52,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,0 %	19,1 %	9,3 %	13,8 %	23,0 %	30,5 %	27,7 %	19,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,6 %	83,4 %	81,3 %	86,2 %	88,5 %	85,4 %	84,0 %	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	57,7 %	42,0 %	58,7 %	55,4 %	58,1 %	58,5 %	50,0 %	58,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,5 %	15,3 %	24,0 %	20,0 %	10,8 %	15,2 %	9,6 %	14,7 %

• Keine Fachgruppe (F)	12,4 %	14,6 %	16,0 %	7,7 %	11,5 %	10,4 %	12,8 %	20,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,3 %	79,6 %	80,0 %	81,5 %	69,6 %	64,0 %	72,3 %	73,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,4 %	4,5 %	4,0 %	3,1 %	2,7 %	3,0 %	6,4 %	1,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**127**	**131**	**69**	**62**	**136**	**138**	**78**	**61**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	54,3 %	73,3 %	71,0 %	71,0 %	47,1 %	29,7 %	44,9 %	57,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,9 %	22,1 %	10,1 %	14,5 %	25,0 %	34,8 %	32,1 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,4 %	84,0 %	82,6 %	87,1 %	89,7 %	84,1 %	87,2 %	82,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,1 %	44,3 %	60,9 %	56,5 %	59,6 %	60,9 %	50,0 %	57,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	18,1 %	18,3 %	26,1 %	21,0 %	11,8 %	15,9 %	10,3 %	14,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,6 %	16,0 %	15,9 %	6,5 %	11,0 %	9,4 %	15,4 %	19,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,2 %	87,0 %	84,1 %	83,9 %	73,5 %	68,1 %	79,5 %	78,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	3,1 %	2,9 %	1,6 %	2,2 %	2,9 %	5,1 %	1,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**82**	**85**	**48**	**43**	**82**	**88**	**51**	**45**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	53,7 %	75,3 %	79,2 %	81,4 %	47,6 %	31,8 %	49,0 %	60,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,1 %	22,4 %	4,2 %	9,3 %	32,9 %	38,6 %	37,3 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	86,6 %	87,1 %	85,4 %	93,0 %	89,0 %	84,1 %	86,3 %	86,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,5 %	45,9 %	64,6 %	60,5 %	59,8 %	67,0 %	51,0 %	57,8 %

• Psychotherapeuten (E)[4]	14,6 %	15,3 %	22,9 %	16,3 %	14,6 %	14,8 %	13,7 %	17,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,2 %	15,3 %	16,7 %	7,0 %	14,6 %	11,4 %	19,6 %	17,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,4 %	89,4 %	87,5 %	88,4 %	81,7 %	72,7 %	90,2 %	82,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,9 %	1,2 %	0,0 %	2,3 %	0,0 %	2,3 %	3,9 %	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 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

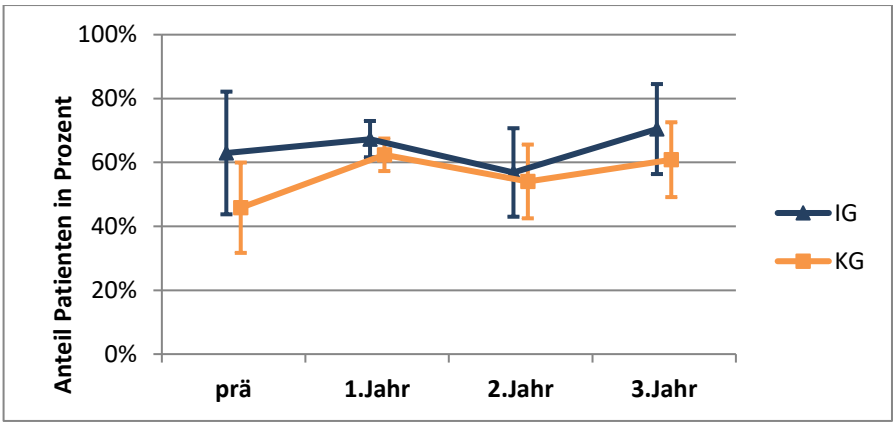
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

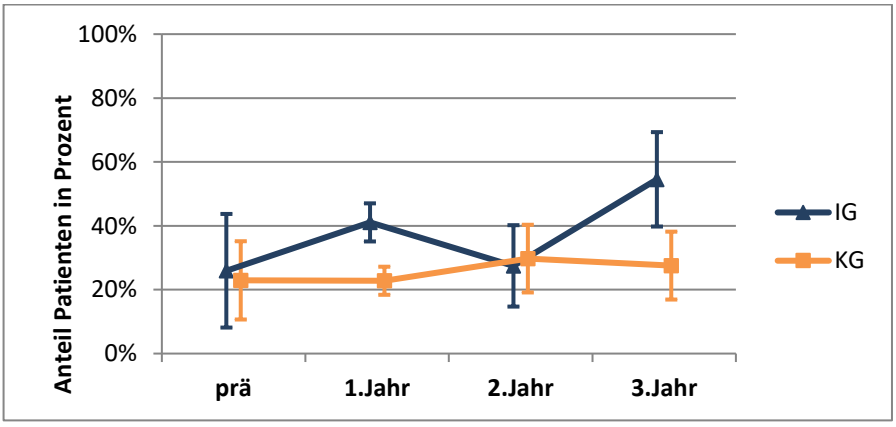
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



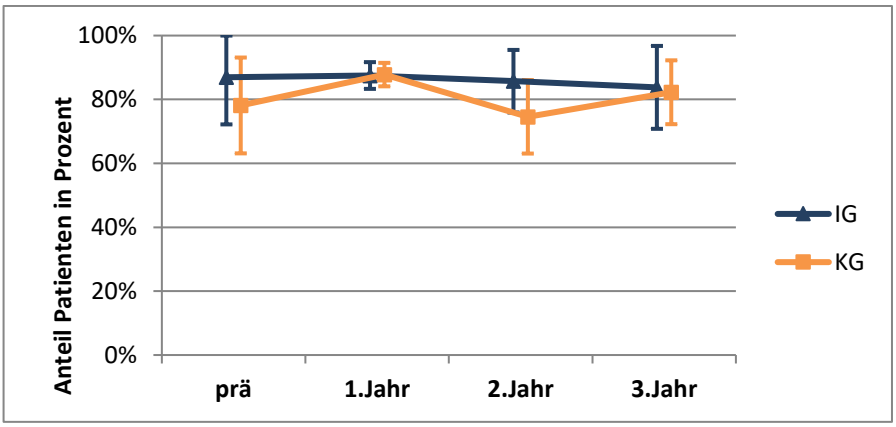
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



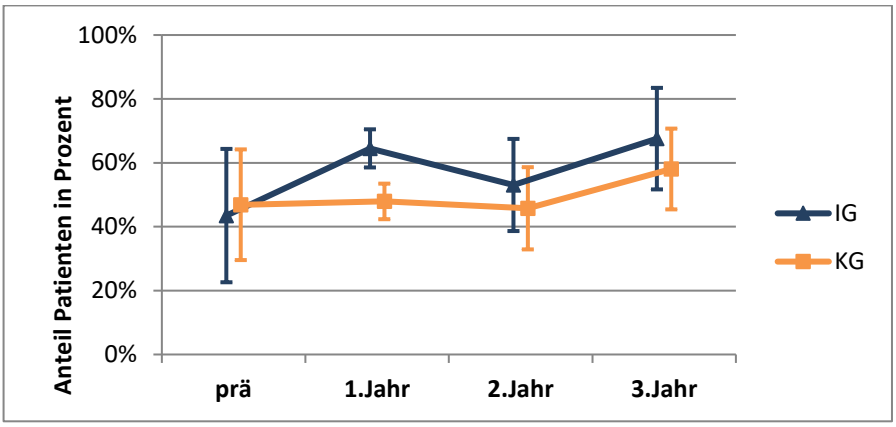
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



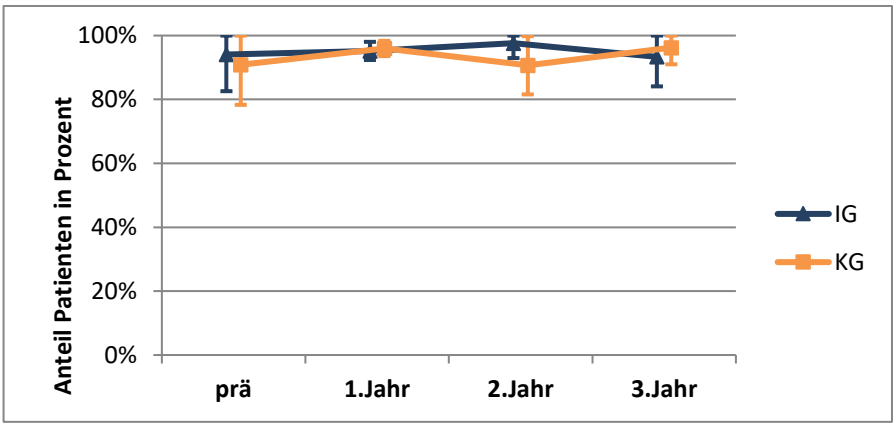
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



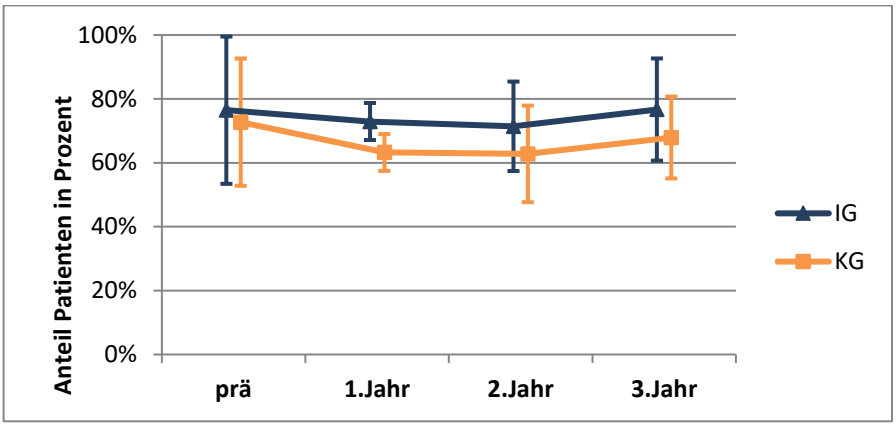
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



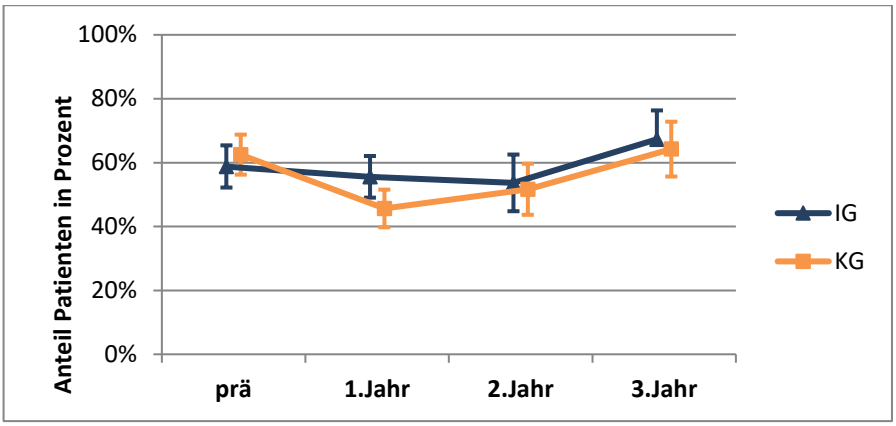
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

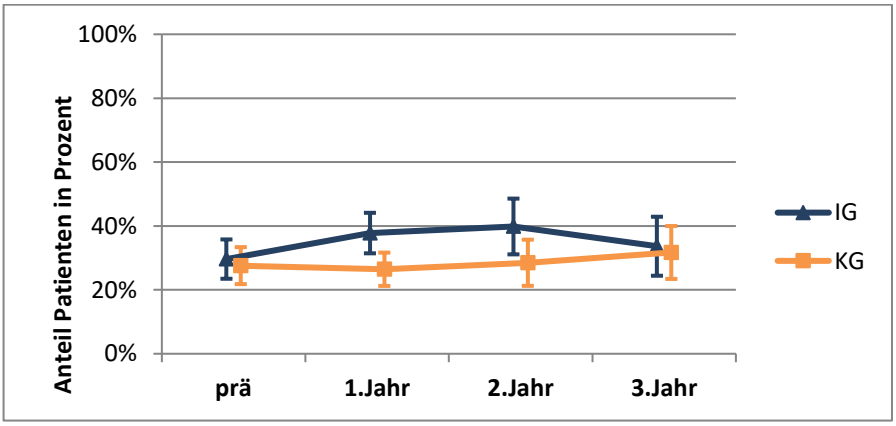
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



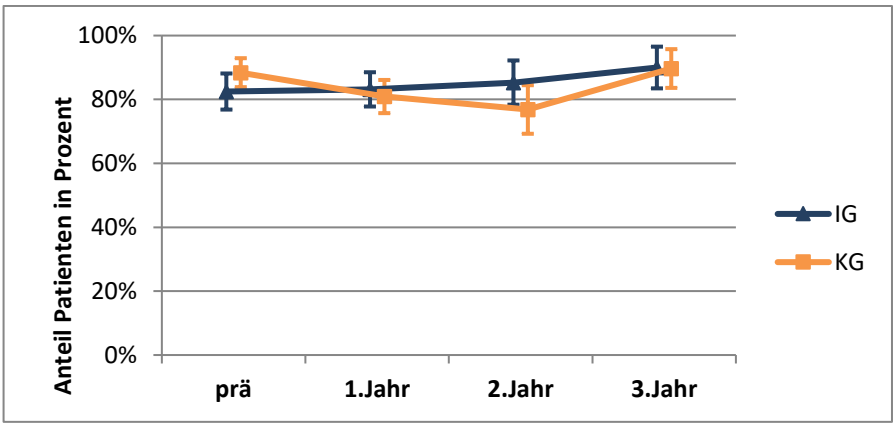
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



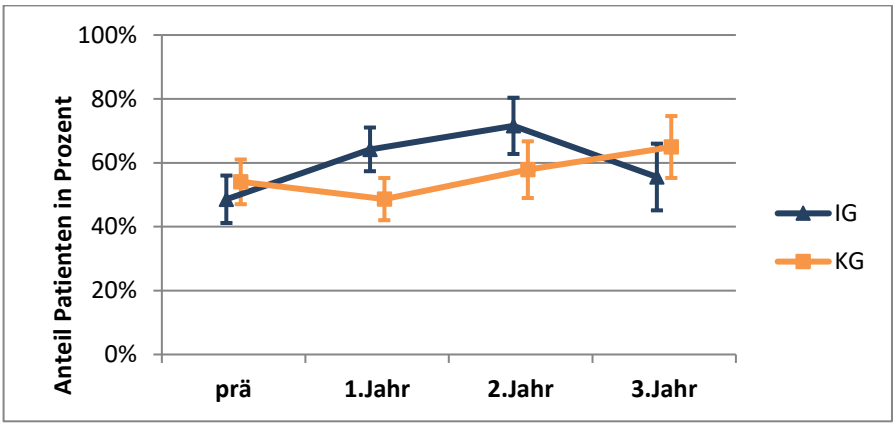
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



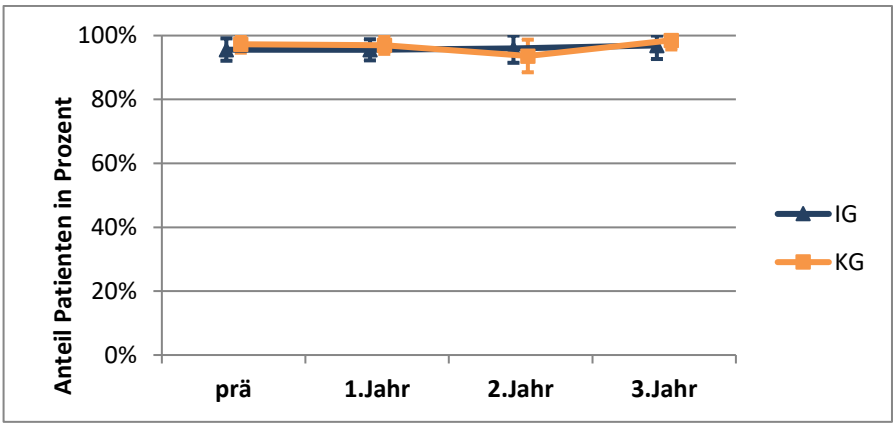
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



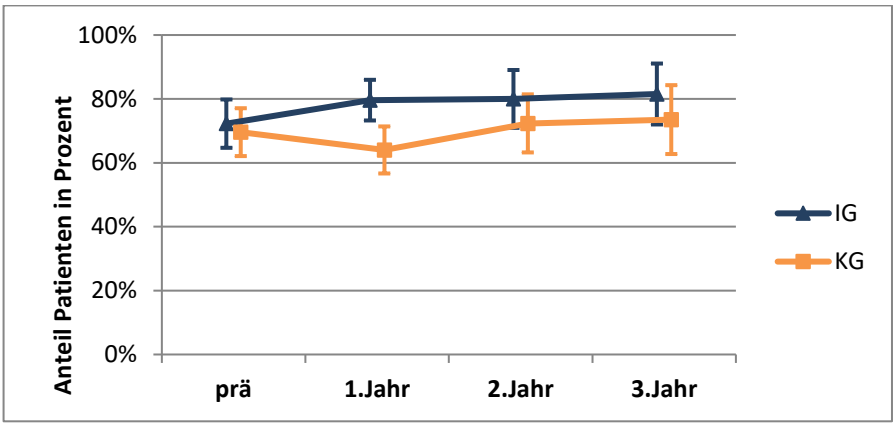
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG=263, KG=351; $n_{klinikbekannt}$: IG=225, KG=276). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten ergaben sich im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen bezüglich der Kontinuität der Behandlung - abgesehen von Schwankungen innerhalb des Streuungsbereichs. Lediglich die Entwicklung der Kontinuität im psychiatrischen Sektor zeigte bei den klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr eine leicht höhere Zunahme der Kontinuität in der IG im Vergleich zur KG.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**33**	**281**	**31**	**328**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	20,3 %	6,5 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,2 %	15,7 %	16,1 %	16,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,5 %	36,7 %	71,0 %	43,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,1 %	7,5 %	12,9 %	13,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,0 %	3,2 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	1,4 %	6,5 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,2 %	38,4 %	25,8 %	29,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,4 %	32,4 %	16,1 %	35,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**29**	**162**	**17**	**168**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,3 %	22,8 %	5,9 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,8 %	21,0 %	17,6 %	25,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	41,4 %	34,6 %	76,5 %	43,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,8 %	9,9 %	5,9 %	15,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	9,3 %	5,9 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	1,2 %	5,9 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,1 %	47,5 %	29,4 %	38,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,9 %	28,4 %	17,6 %	28,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**16**	**60**	**11**	**86**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,3 %	18,3 %	9,1 %	5,8 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	12,5 %	25,0 %	27,3 %	29,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	25,0 %	33,3 %	72,7 %	43,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	6,3 %	15,0 %	9,1 %	17,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,7 %	0,0 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	1,7 %	9,1 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,8 %	46,7 %	36,4 %	40,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	26,7 %	18,2 %	24,4 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**28**	**261**	**26**	**299**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,9 %	34,9 %	11,5 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,7 %	31,8 %	34,6 %	26,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,7 %	57,1 %	88,5 %	65,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	39,3 %	32,6 %	53,8 %	29,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,6 %	18,4 %	15,4 %	12,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,4 %	4,6 %	7,7 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	62,5 %	53,8 %	45,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	13,0 %	0,0 %	16,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**25**	**147**	**15**	**149**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,0 %	39,5 %	13,3 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	36,0 %	43,5 %	40,0 %	38,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	84,0 %	57,1 %	100,0 %	67,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,0 %	38,1 %	46,7 %	34,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,0 %	23,8 %	26,7 %	20,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	24,0 %	4,8 %	6,7 %	3,4 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,0 %	73,5 %	66,7 %	57,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	6,8 %	0,0 %	12,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**52**	**10**	**75**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,4 %	28,8 %	20,0 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	38,5 %	55,8 %	60,0 %	46,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,9 %	59,6 %	100,0 %	65,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,4 %	36,5 %	60,0 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	11,5 %	20,0 %	22,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	7,7 %	10,0 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,5 %	73,1 %	80,0 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	9,6 %	0,0 %	10,7 %

[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**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**18**	**226**	**14**	**267**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,9 %	35,4 %	7,1 %	16,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	38,9 %	38,5 %	50,0 %	37,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	94,4 %	79,6 %	100,0 %	85,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	72,2 %	56,6 %	78,6 %	58,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	22,2 %	27,9 %	21,4 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	9,3 %	14,3 %	9,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	70,4 %	64,3 %	61,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	5,3 %	0,0 %	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**15**	**124**	**<10**	**136**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	39,5 %	12,5 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	40,0 %	50,8 %	62,5 %	54,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	93,3 %	82,3 %	100,0 %	88,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	73,3 %	65,3 %	75,0 %	63,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	13,3 %	35,5 %	37,5 %	34,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	10,5 %	25,0 %	11,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	81,5 %	87,5 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,2 %	0,0 %	3,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**43**	**<10**	**66**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	34,9 %	16,7 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	55,6 %	60,5 %	66,7 %	65,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,9 %	86,0 %	100,0 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	65,1 %	83,3 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,1 %	23,3 %	33,3 %	39,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	11,6 %	33,3 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	83,7 %	83,3 %	83,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,7 %	0,0 %	4,5 %

[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

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

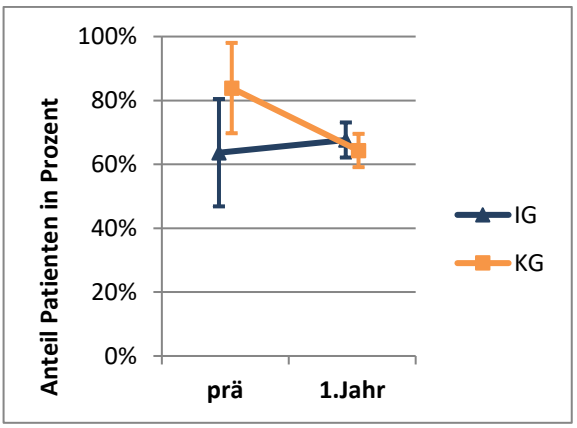
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

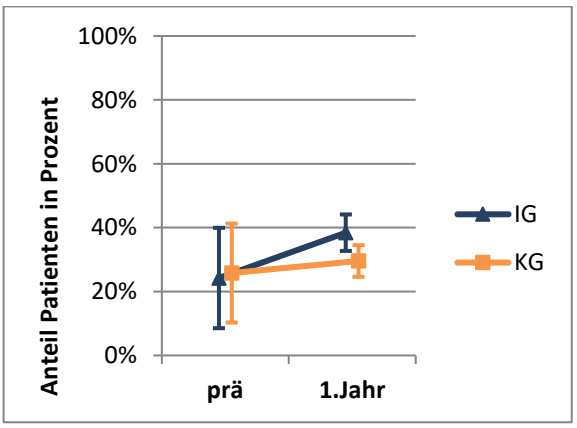
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**

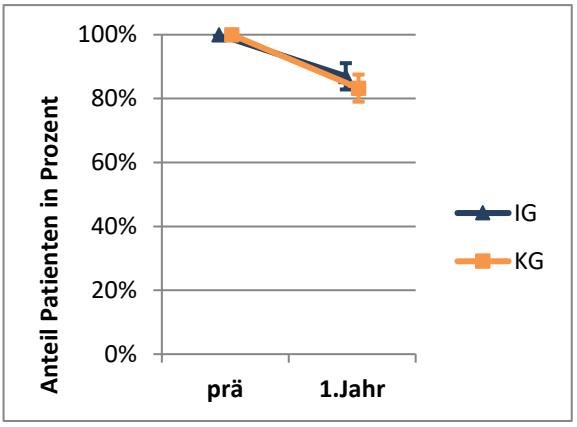


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

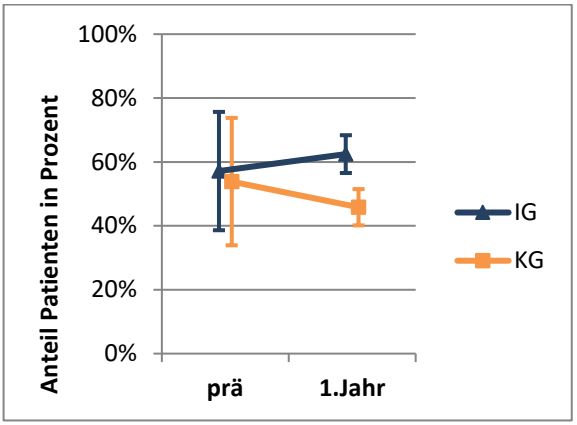


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**

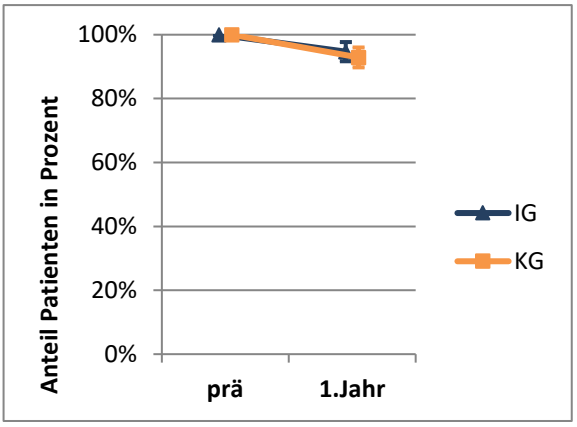


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

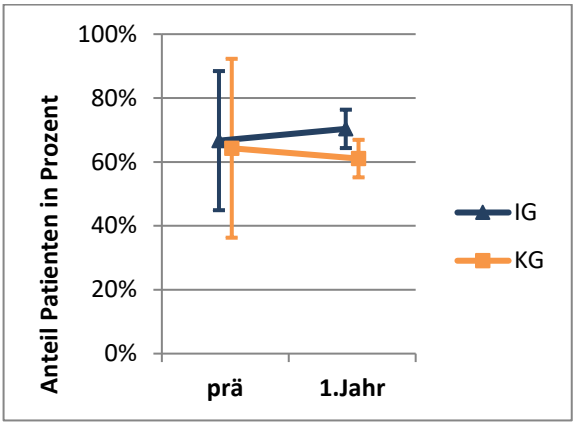


Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Graphischen Abbildungen für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets eine größere Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Diese Effekte waren jedoch nicht statistisch signifikant. Zu beachten ist zudem, 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 Klinikaufenthalten dargestellt. Diese bilden die Grundlage für die entsprechenden Analysen zum Anteil mit Kontaktabbruch.

Patienten von Krankenkassen, die keine Daten zu der Häufigkeit der Kontakte in der PIA („Ambof-all_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 Abbildungen 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 Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

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 („Ambof-all_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)	**333**	**333**	**333**	**333**	**330**	**330**	**330**	**330**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**327**	**328**	**316**	**313**	**322**	**329**	**315**	**309**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,6%	1,8%	0,6%	0,3%	0,0%	1,5%	0,9%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**388**	**388**	**388**	**388**	**381**	**381**	**381**	**381**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**383**	**385**	**373**	**369**	**377**	**378**	**368**	**364**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Haupt-diagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei								
• Drei (A)	0,8%	0,8%	1,0%	0,5%	0,0%	0,8%	0,3%	0,8%
• Vier (B)	0,5%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

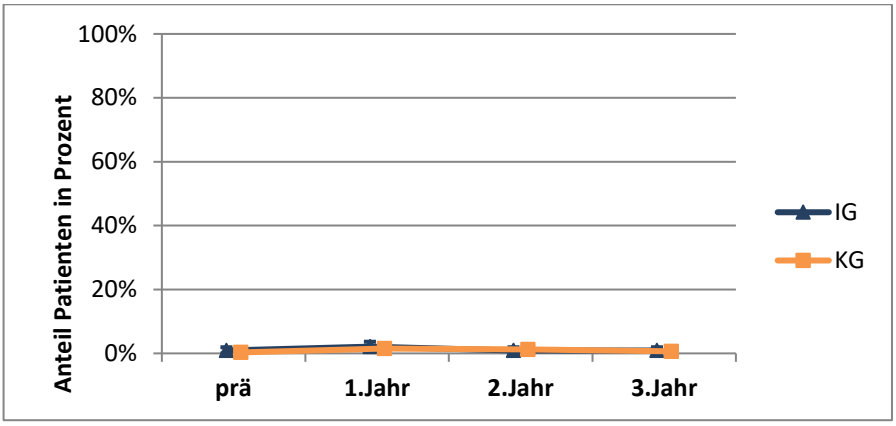
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

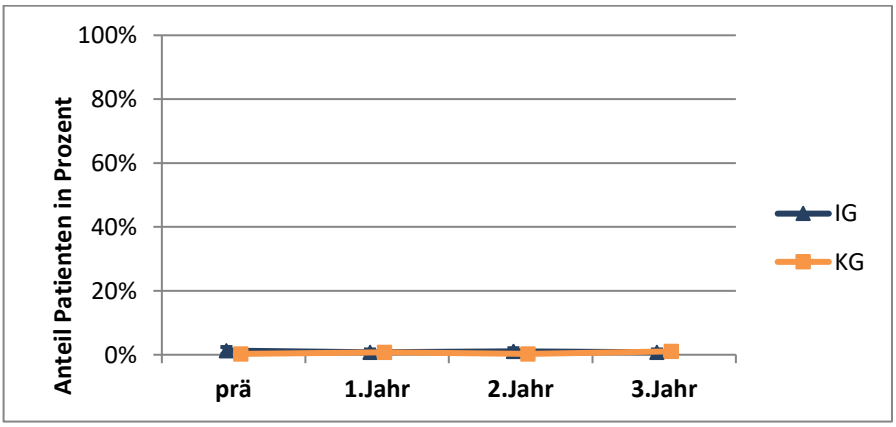
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 ($n_{klinikneu}$: IG=333, KG=330; $n_{klinikbekannt}$: IG=388, KG=381) 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)	**320**	**320**	**320**	**320**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**316**	**315**	**310**	**312**
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)	1,3%	1,6%	1,6%	1,6%
• Vier (B)	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%
• 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 Abbildungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Fallzahl zu klein

Abbildung 9 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Abbildung 10 die Graphischen Abbildungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

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

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

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

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**200**	**200**	**200**	**200**	**191**	**191**	**191**	**191**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	102	165	74	68	113	166	66	62
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,3	1,4	1,4	1,8	1,4	1,4	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	43,5	104,3	30,5	20,2	33,3	117,7	26,7	19,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	31,5%	17,0%	9,5%	8,5%	37,7%	19,9%	4,7%	4,7%
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	1,5	1,0	1,0	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,2	0,8	0,1	1,2	0,2	0,1	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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)	**187**	**187**	**186**	**185**	**168**	**168**	**168**	**168**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	122	120	72	58	99	89	57	53
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,8	2,0	2,1	2,2	1,7	2,1	1,7	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	63,4	61,8	29,3	18,6	54,0	38,8	20,6	17,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,3%	13,4%	6,5%	7,6%	19,6%	8,9%	4,8%	7,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	0	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,5	—	1,0	1,8	1,3	1,0	2,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,5	0,0	0,1	2,8	1,0	0,8	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

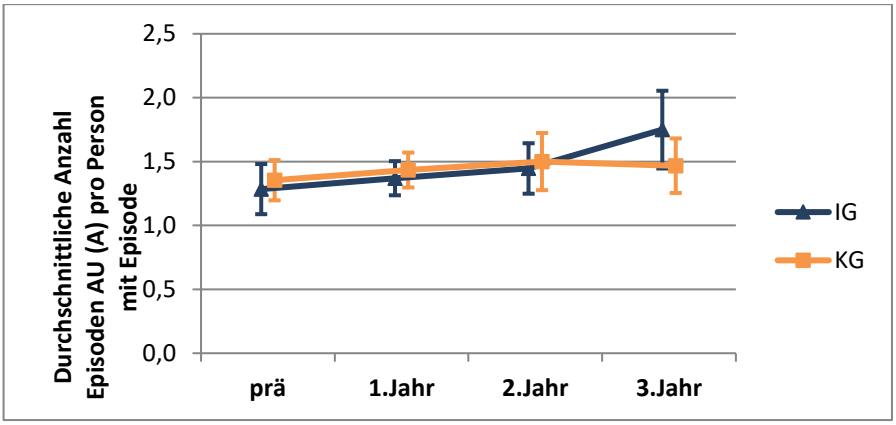
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

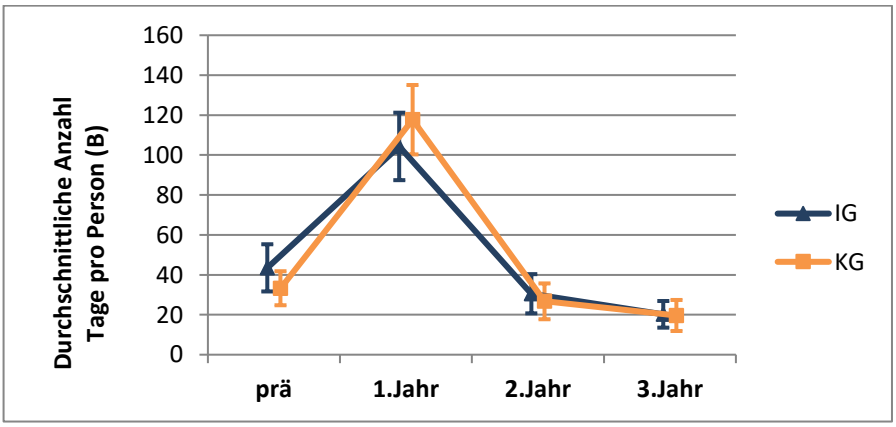
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

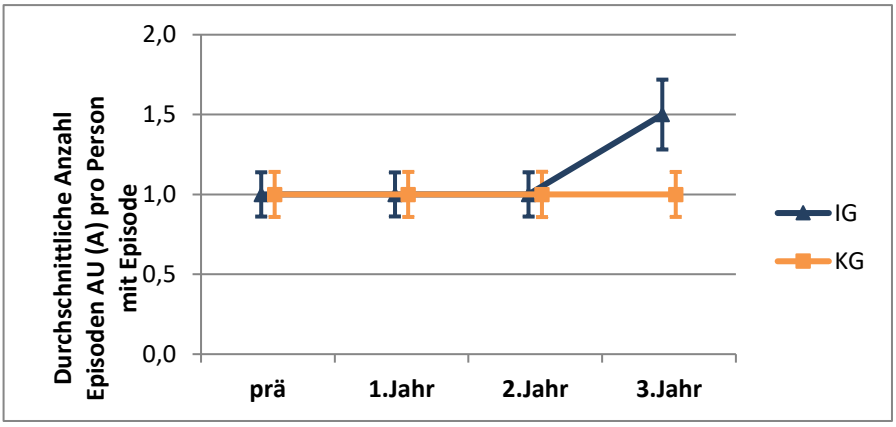


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

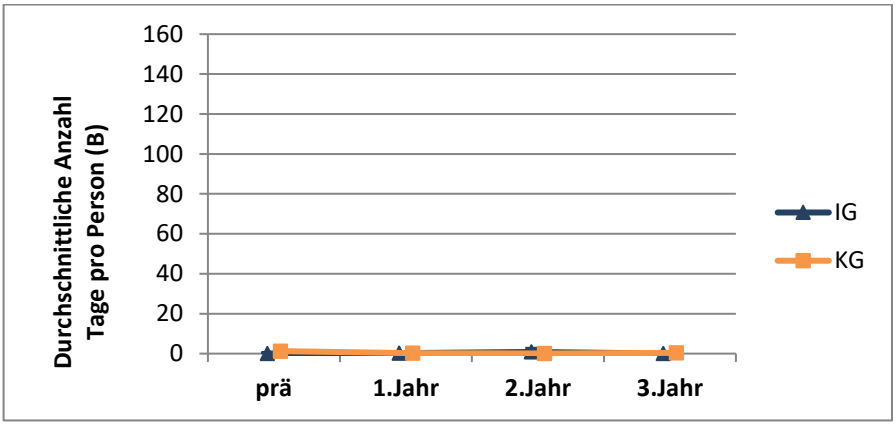


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



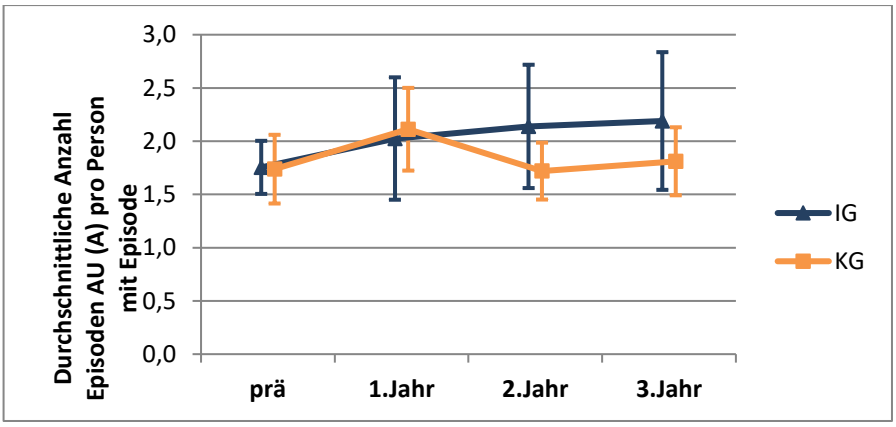
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

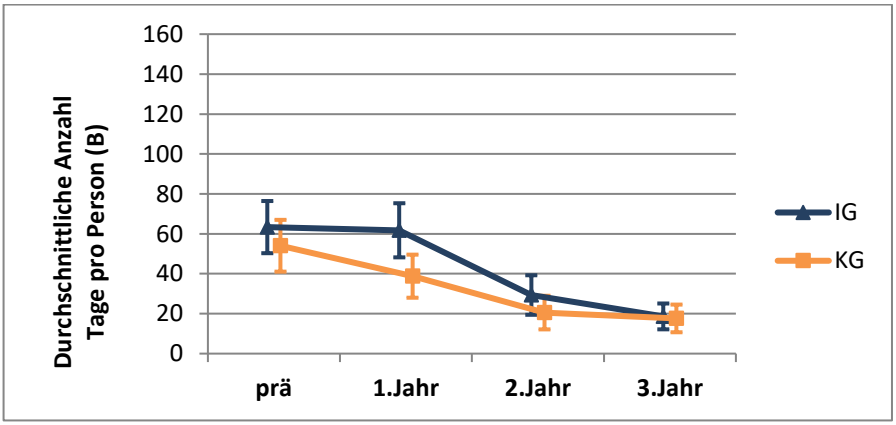
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

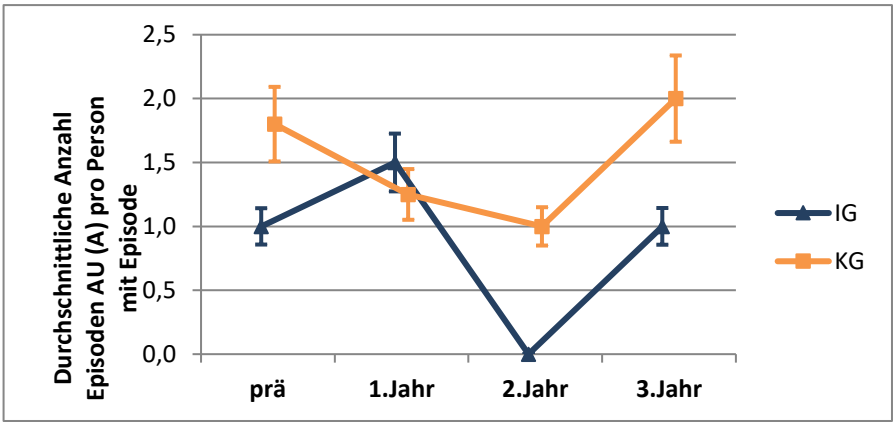


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

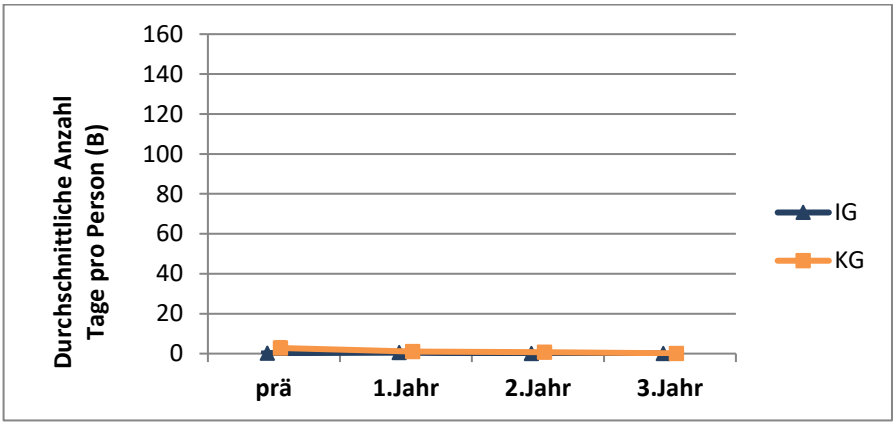


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 ($n_{klinikneu}$: IG=200, KG=191; $n_{klinikbekannt}$: IG=187, KG=168). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen stieg diese bei den klinikneuen Patienten in der IG über die Zeit leicht an (von 1,3 im Prä-Zeitraum auf 1,8 im dritten patientenindividuellen Jahr), während diese in der KG über die Zeit weitgehend unverändert (1,4-1,5) blieb. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit geringen Ausgangsniveau und Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 13 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (IG: 104,3 AU-Tage, KG: 117,7 AU-Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten nahm der Verlauf der Anzahl an AU-Episoden in der IG in jedem Beobachtungsjahr leicht zu (von 1,8 auf 2,2), während diese in der KG zum ersten patientenindividuellen Jahr zunächst zunahm, zum zweiten patientenindividuellen Jahr dann abnahm und dann wieder leicht zunahm. Die Anzahl an AU-Tagen bei den klinikbekannten Patienten sank sowohl in der IG als auch in der KG über die Zeit, war jedoch in der IG in jedem Beobachtungsjahr größer als in der KG, besonders im ersten patientenindividuellen Jahr (+23,0 AU-Tage).

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)	**215**	**215**	**206**	**206**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	124	180	112	178
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	46,1	108,7	36,2	104,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	37,2%	10,2%	34,0%	11,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,3	1,3	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	2,0	0,3	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%

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

[2] Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

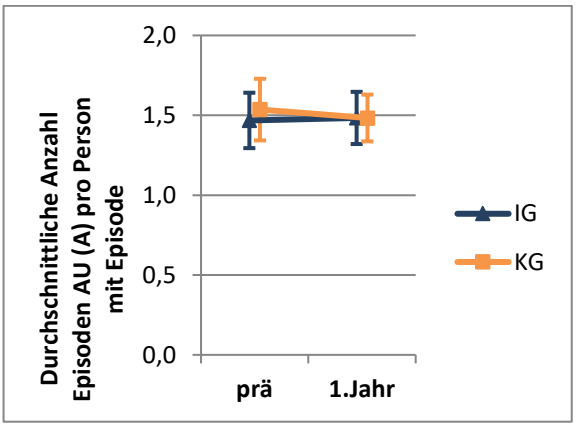
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

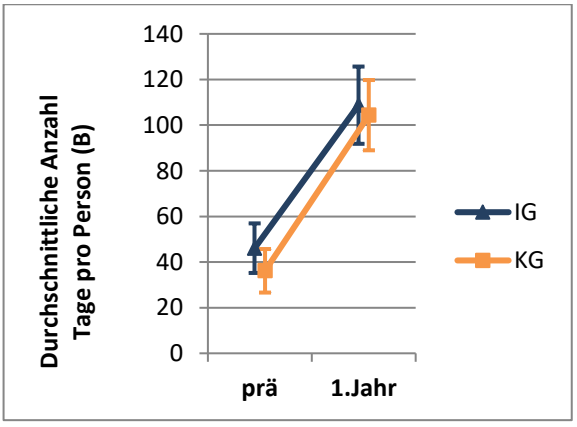
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



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



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

  Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

Abbildung 11 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**215**	**215**	**206**	**206**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	124	180	112	178
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	46,1	108,7	36,2	104,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	37,2%	10,2%	34,0%	11,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,3	1,3	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	2,0	0,3	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%

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

[2] Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

Abbildung 12 die Graphischen Abbildungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 313ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=215 und 206) waren die Entwicklungen bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen mit 1,5 AU-Episoden vergleichbar. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+62,7 AU-Tage) statistisch signifikant weniger stark an als in der KG (+68,2 AU-Tage) (DiD $_{additiv}$ = -5,54).

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war in allen Subkohorten in der IG signifikant geringer als in der KG (DiD $_{additiv}$: 1. Jahr = - 23,67; 2. Jahr = -11,18; 3. Jahr = -11,56).

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant niedrigere Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und eine signifikant höhere Dauer bei Patienten mit affektiven Störungen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 313 ff.).

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

Merkmal	**IG**	**KG**
	1. Jahr	**1. Jahr**
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**184**	**215**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	27,2%	35,3%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	85,3	109,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**94**	**107**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	15,2%	17,7%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	82,6	111,9
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**32**	**55**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	5,4%	8,4%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	67,9	102,7

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

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

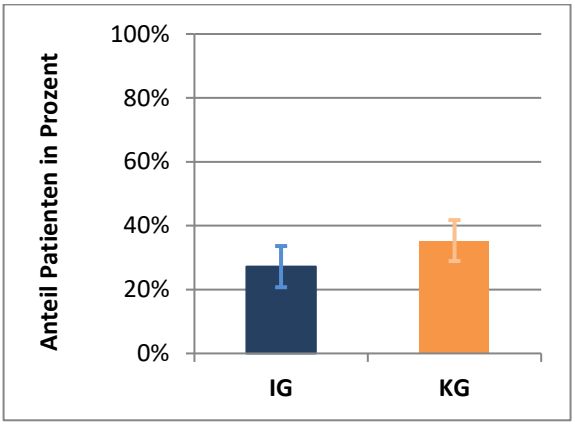
Abbildung 14: Graphische Abbildungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(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)

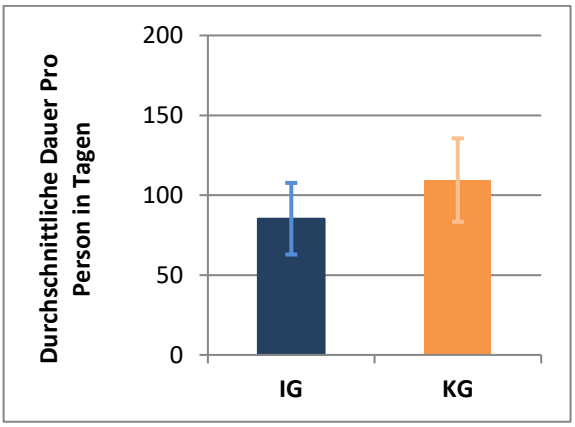


Abbildung **13** zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Graphischen Abbildungen für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Abbildungen für Pa-

tienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=184 und 215) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG im patientenindividuellen ersten Jahr etwas geringer als in der KG (IG: 27,2%; KG: 35,3%). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (IG: 85,3 Tage; KG: 109,5,1 Tage) (RR = 0,77).

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)	**333**	**333**	**326**	**320**	**330**	**330**	**324**	**315**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,3	3,0	3,1	2,8	3,3	3,1	3,2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Anzahl Personen (n)	**388**	**388**	**378**	**371**	**381**	**381**	**374**	**371**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,4	3,4	3,5	3,4	3,7	3,7	3,9

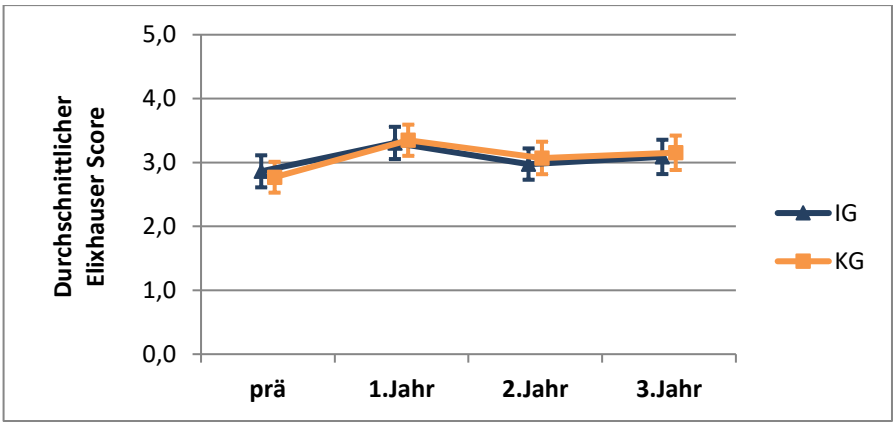
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

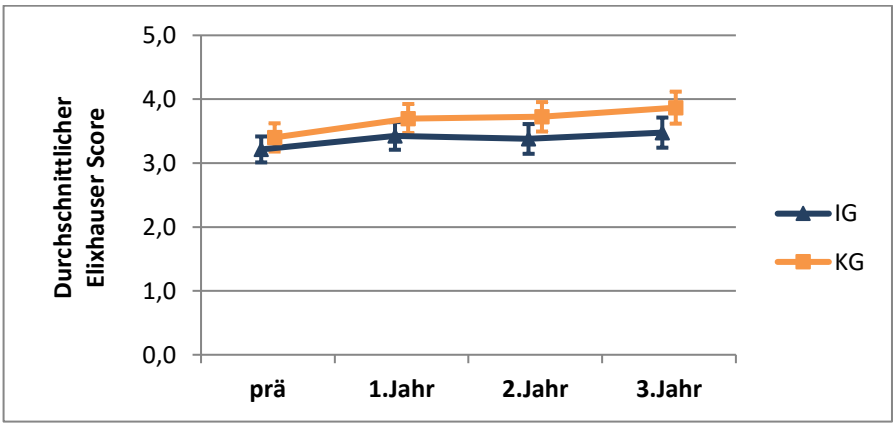


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{klinikneu}$: IG=333, KG=330; $n_{klinikbekannt}$: IG=388, KG=381) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten vergleichbar. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,3; KG: 3,3) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,9; KG: 2,8) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei circa 3,1 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,2-3,9) mit einem leichten Anstieg über die Zeit. Dabei war der Score bei den Patienten der IG stets geringer als der Score der KG (prä: -0,2, 1. Jahr: -0,3, 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr= -0,4).

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	**IG**	**KG**
Anzahl Personen (n)	**320**	**320**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,5	3,6
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 5	2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score[1] (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren		
• Mittelwert	2,4	2,5
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 3	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		
• Mittelwert	1,1	1,1
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

Abbildung 16: Graphische Abbildungen, 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

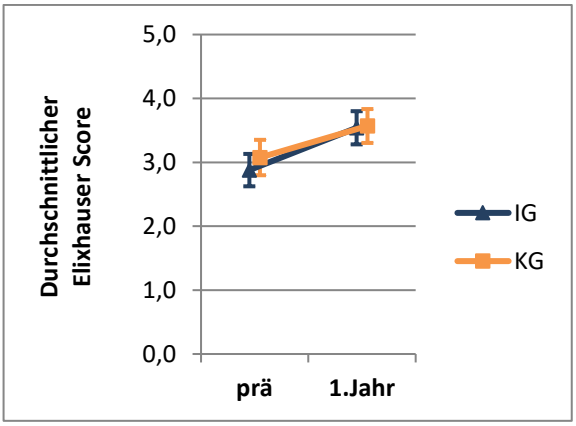


Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Graphische Abbildungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphische Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verliefen die Anstiege der Komorbiditäts-Scores von der Prä-Zeit zum ersten patientenindividuellem Jahr fast parallel. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG über die Zeit.

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)	**333**	**333**	**333**	**330**	**330**	**330**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	2,1 %	3,9 %	5,1 %	1,8 %	4,5 %	5,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	**388**	**388**	**388**	**381**	**381**	**381**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	2,6 %	4,4 %	4,9 %	1,8 %	2,6 %	4,7 %

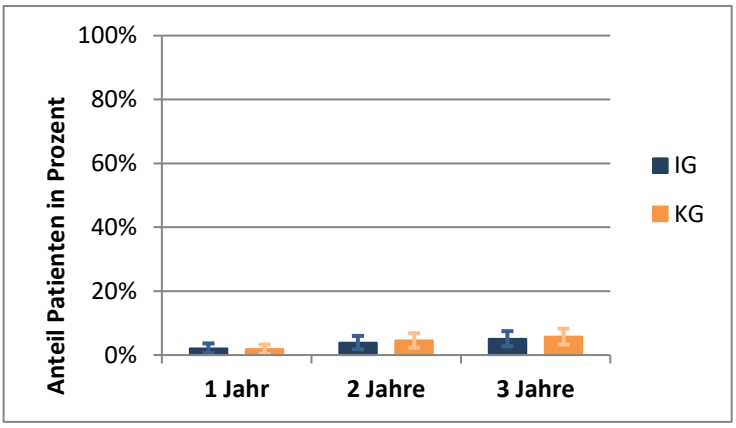
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

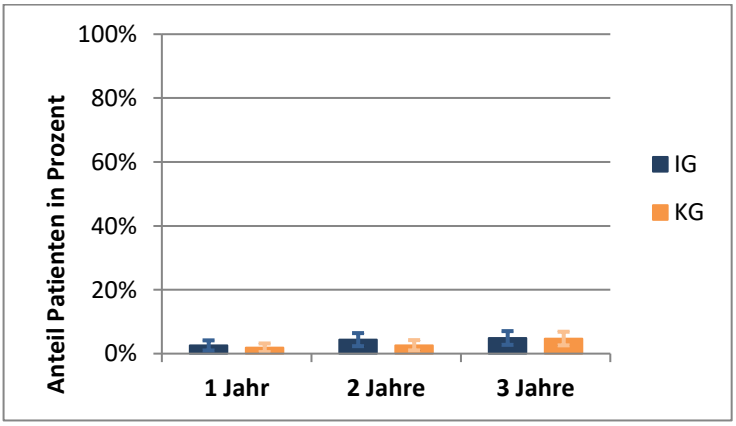


Klinikbekannte Patienten

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 ($n_{klinikneu}$: IG=333, KG=330; $n_{klinikbekannt}$: IG=388, KG=381) zeigten sich bei klinikneuen und den klinikbekannten Patienten keine wesentlichen Unterschiede in der Mortalität zwischen IG und KG.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**320**	**320**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	1,3 %	3,4 %

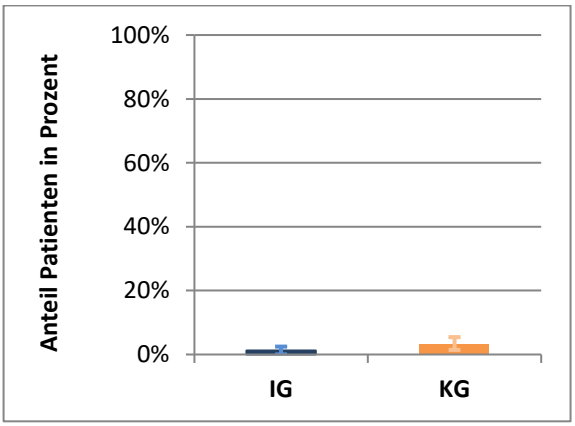
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(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 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der IG etwas geringer als in der KG (-2,2%-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch 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	**326**	**320**	**316**	**324**	**315**	**311**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	106	112	116	134	141	142
• Jegliche depr. Episode[3]	221	219	223	226	230	231
• ohne Suchterkrankung [5]	244	239	237	247	242	238
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	33,0 %	31,3 %	31,0 %	15,7 %	19,9 %	21,8 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,9 %	2,7 %	3,1 %	5,3 %	7,0 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	15,2 %	18,4 %	20,7 %	18,2 %	23,1 %	24,8 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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	**378**	**371**	**369**	**374**	**371**	**363**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	71	78	85	100	103	110
• Jegliche depr. Episode[3]	237	236	236	222	222	218
• ohne Suchterkrankung [5]	254	247	247	239	237	230
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	12,7 %	15,4 %	15,3 %	6,0 %	11,7 %	13,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,8 %	2,1 %	3,0 %	0,5 %	3,2 %	4,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	8,3 %	11,3 %	15,8 %	5,4 %	9,7 %	14,8 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

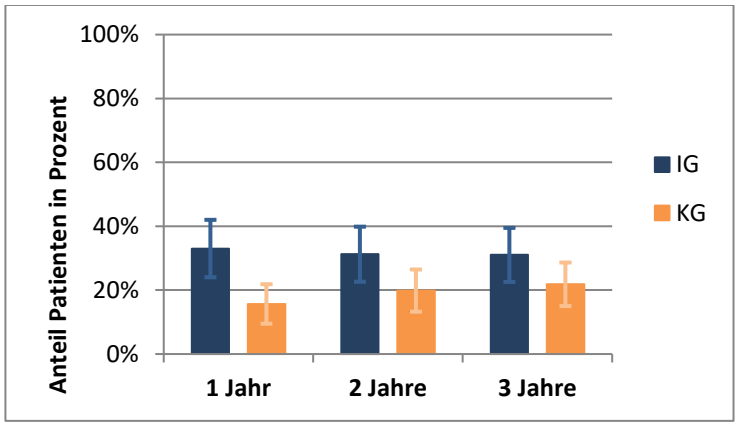
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

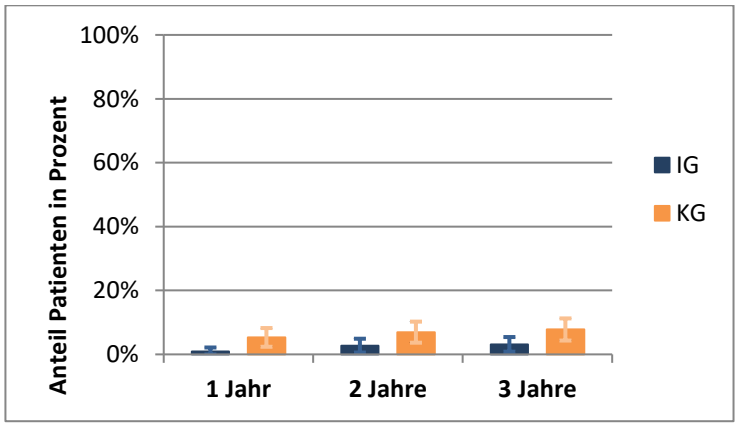
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

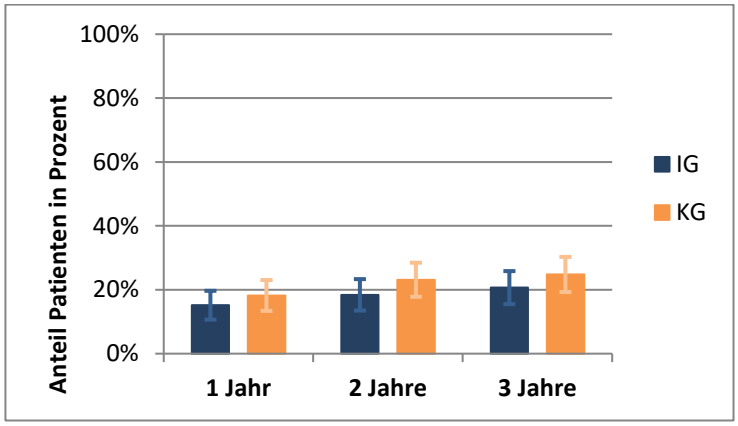
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

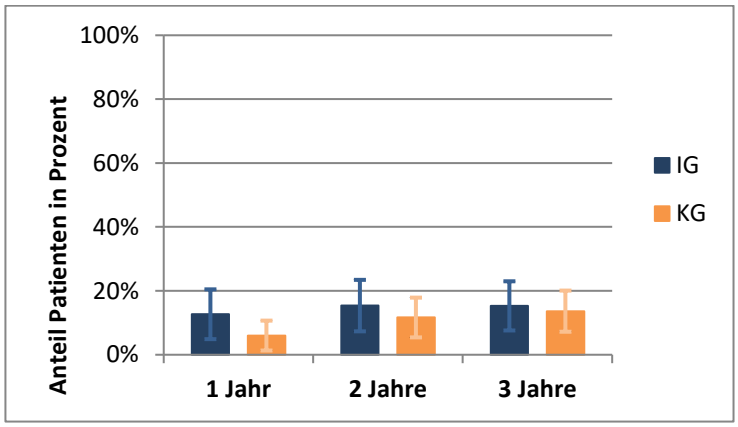


Klinikbekannte Patienten

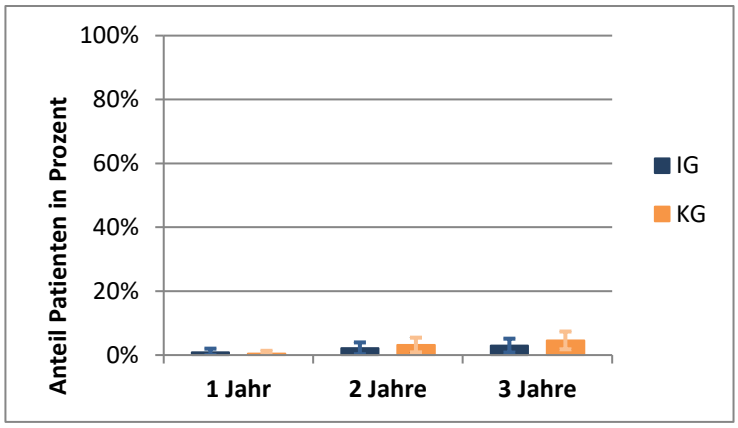
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

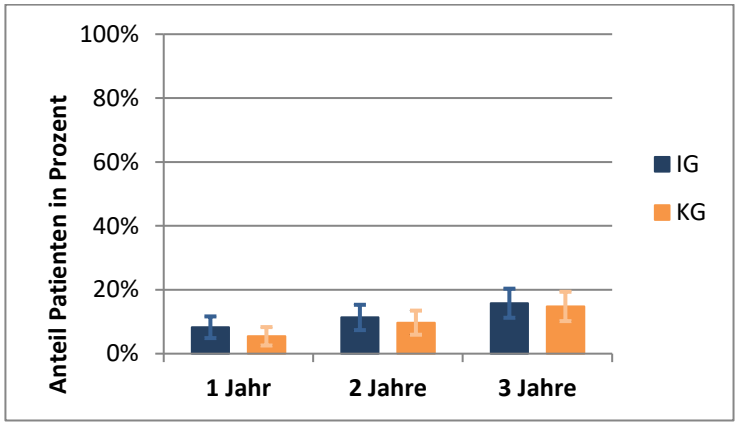
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{klinikneu}$: IG=326, KG=324; $n_{klinikbekannt}$: IG=378, KG=374) entwickelten die klinikneuen Patienten der IG zu größeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) (+9,2 bis +17,3 %-Punkte) und zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) (-4,7 bis -4,2 %-Punkte) oder eine Suchterkrankung (Progression C) (-4,7 bis -3,1 %-Punkte) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG. Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte ein etwas höherer Anteil an Patienten eine schwere depressive Störung (Progression A) (+1,7 bis +6,7 %-Punkte) bzw. eine Suchterkrankung (Progression C) (+1,0 bis +2,8 %-Punkte) in der IG in jedem Jahresintervall 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	**316**	**309**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	128	132
• Jegliche depr. Episode[3]	222	211
• ohne Suchterkrankung [5]	226	223
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	20,3 %	15,2 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,4 %	4,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	17,3 %	17,9 %

[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 20: Grafische Darstellungen, Progression, 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.

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)

Fallzahl zu klein

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 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

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

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)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**27**	**26**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	3,7 %	0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**42**	**25**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	2,4 %	0,0 %

[3] ICD-10: F10.2
[4] Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69
[5] ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,
[6] ATC-Code: N07BB03
[7] ATC-Code: N07BB04
[8] ATC-Code: N07BB01

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

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	**IG**	**KG**
Diagnostik / Bildgebung (D)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**22**	**20**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	13,6 %	0,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**<10**	**<10**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	75,0 %	50,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**12**	**11**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	50,0 %	63,6 %

[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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**147**	**140**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	65,3 %	44,3 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**117**	**150**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	20,5 %	9,3 %

[1] ICD-10: F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt mit F32.1, F32.2, F33.1, F33.2 innerhalb von 90 Tagen (da medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)
[2] ACT Code: N06A
[7] ICD-10: F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen innerhalb von 90 Tagen (da Psychotherapie PIA nicht ersichtlich)
[8] EBM: 35200-35208, 35210-35212, 35220-35225; OPS = 9-410-9-412

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG größer als in der KG (IG: 65,3%; KG: 44,3%). Dieser Unterschied war statistisch signifikant.

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch geringer als in der KG (IG: 20,5%; KG: 9,3%). Jedoch war hier die Fallzahl zu gering, um inferenzstatistische Tests durchzuführen.

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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**13**	**10**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	92,3 %	100,0 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**<10**	**<10**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	85,7 %	100,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**<10**	**<10**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	0,0 %	0,0 %

[1] Alter ≥ 18 Jahre
[2] ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum
[3] ACT-Codes: N05A
[4] ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum
[5] ICD-10: F20, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt mit F20 im gleichen oder folgenden Quartal (da Monitoring auf Nebenwirkungen in PIA und medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)
[6] ≥ 2 Rezepte von Antipsychotika (ATC: N05AL05, N05AX12, N05AH05, N05AD07, N05AD06, N05AF03, N05AH02, N05AF01, N05AB02, N05AG01, N05AD01, N05AA02, N05AD03, N05AH03, N05AX13, N05AB10, N05AB03, N05AG02, N05AD05, N05AX07, N05AH04, N05AX08, N05AE03, N05AL01, N05AC02, N05AE04) innerhalb von 12 Monaten
[7] Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

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

Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modell-jahr

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

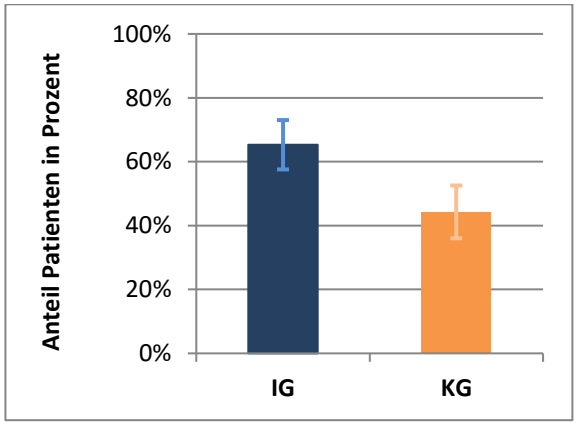
Demenz E

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 248ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 261ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

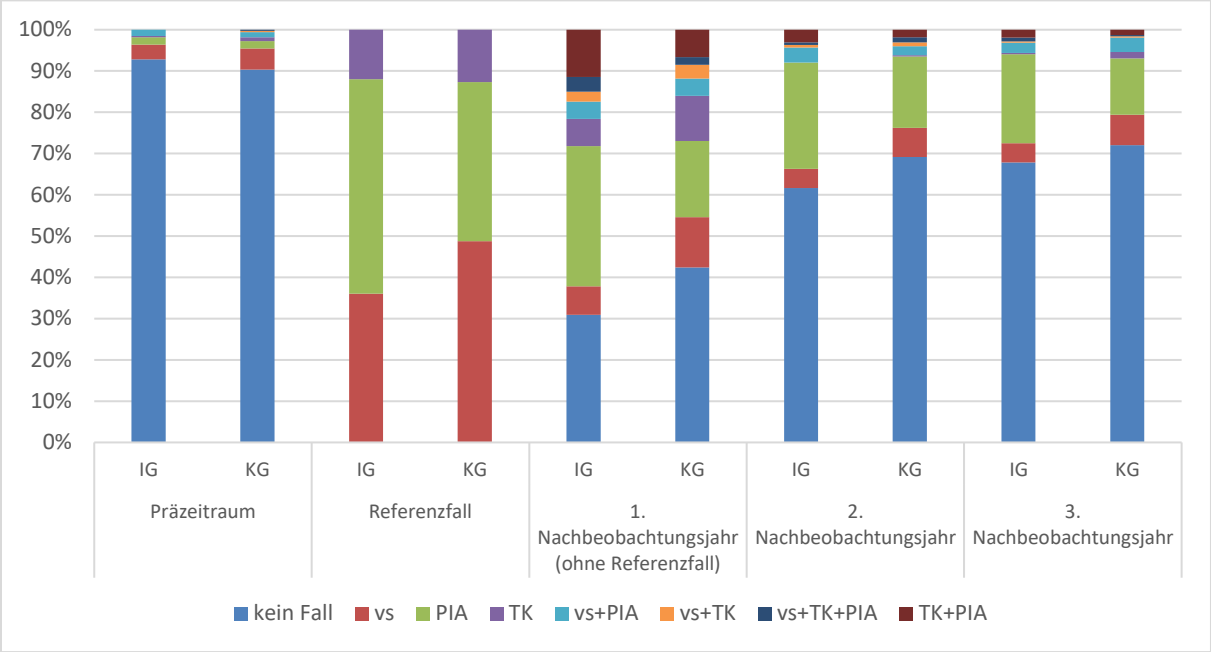
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten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

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA		<10	1,000				12	6	0,720	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK		<10	1,000				<10	11	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				14	14	1,000	12	<10	1,000	<10	11	1,000
TK+PIA							38	22	0,231	10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs	12	17	1,000	120	161	0,004	23	40	0,186	15	23	1,000	15	23	1,000
TK	<10	<10	1,000	40	42	0,872	22	36	0,273		<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	<10	<10	1,000	173	127	0,003	113	61	<0,001	84	56	0,101	69	43	0,108
kein Fall	309	298	1,000				103	140	0,020	201	224	0,437	217	227	1,000
Gesamtergebnis	333	330	1,000	333	330	0,004	333	330	<0,001	326	324	0,557	320	315	0,694

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

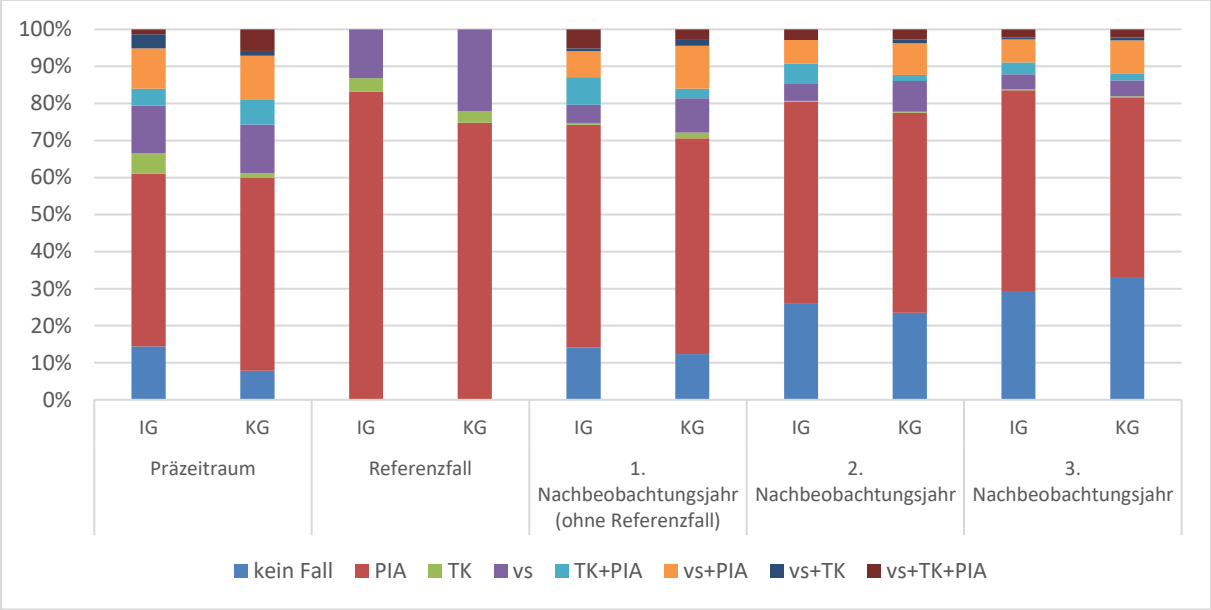


Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
Behandlungssetting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+PIA	<10	22	0,012				20	10	0,520	11	10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK	15	<10	0,229				<10	<10	1,000		<10	0,779	<10	<10	1,000
vs+PIA	42	45	1,000				27	44	0,229	24	32	1,000	23	33	1,000
TK+PIA	18	26	0,752				29	10	0,030	20	<10	0,092	12	<10	1,000
vs	50	50	1,000	51	84	0,007	19	35	0,202	18	31	0,490	15	16	1,000
TK	21	<10	0,023	14	12	0,879	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	181	198	0,643	323	285	0,015	233	222	1,000	206	202	1,000	201	181	1,000
kein Fall	56	30	0,034				55	47	1,000	98	88	1,000	109	122	1,000
Gesamtergebnis	388	381	<0,001	388	381	0,015	388	381	0,005	378	374	0,154	371	371	1,000

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). In der IG hatten signifikant weniger Patienten einen vollstationären Referenzfall (p = 0,004), dafür hatte die IG mehr Referenzfälle in der PIA zu verzeichnen (p = 0,003). Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden die klinikbekannten Patienten der IG im Vergleich zur KG deutlich öfter in der PIA behandelt (p < 0,001), während in der IG dafür signifikant weniger Patienten keinen Fall mehr aufwiesen (p = 0,020). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr gab es keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen IG und KG.

Bei den klinikneuen Patienten hatte die IG im Prä-Zeitraum im Vergleich zur KG signifikant mehr teilstationäre Fälle (p = 0,023; vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24), während in der IG gleichzeitig signifikant mehr Individuen keinen Fall hatten (p = 0,034). Ihren Referenzfall hatte die IG signifikant weniger oft vollstationär (p = 0,007), dafür signifikant häufiger in der PIA (p = 0,015). Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden signifikant mehr Patienten der IG tagesklinisch mit zusätzlichem PIA-Aufenthalt behandelt (p = 0,030). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

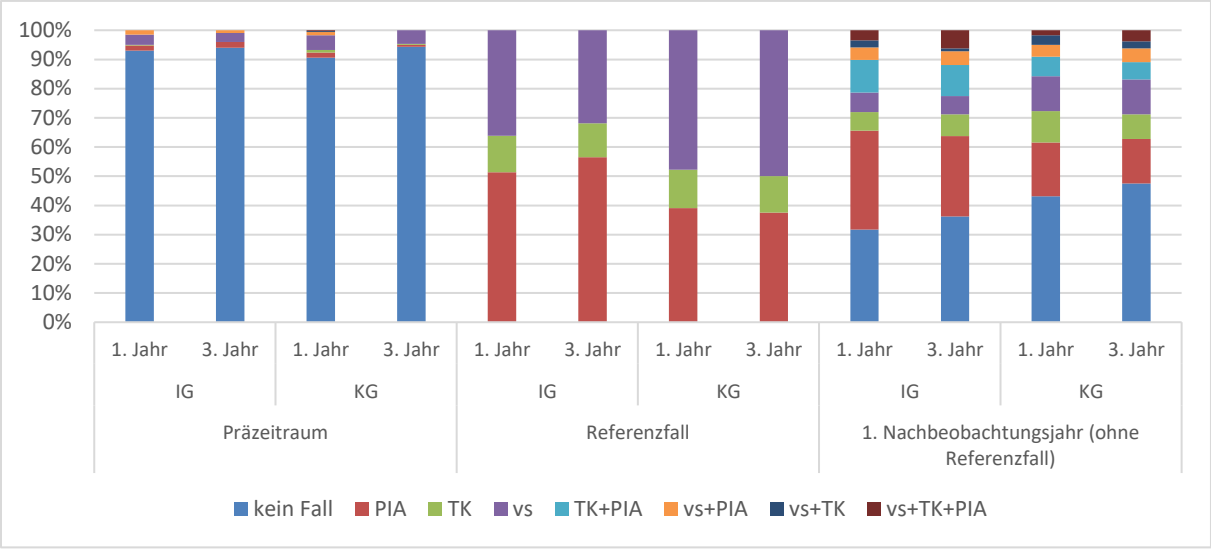
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
Behandlungs-setting	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**	**Kohorte Jahr 1**	**Kohorte Jahr 3**
vs+TK+PIA			<10						12	20	<10	12
vs+TK			<10						<10	<10	11	<10
vs+PIA	<10	<10	<10						15	15	14	15
TK+PIA									38	34	23	19
vs	12	10	17	15	124	102	164	160	23	20	41	38
TK	<10		<10	<10	43	37	45	40	22	24	37	27
PIA	<10	<10	<10	<10	176	181	134	120	116	88	63	49
kein Fall	319	301	311	302					109	116	148	152
Gesamtergeb-nis	**343**	**320**	**343**	**320**	**343**	**320**	**343**	**320**	**343**	**320**	**343**	**320**

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



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

Im Vergleich der Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr mit den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr kam es weder im Prä-Zeitraum, noch im Referenzfall, noch im ersten Nachbeobachtungsjahr zu nennenswerten Verwerfungen in der IG bzw. KG (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25).

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

9.2 Leistungserbringung

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

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

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

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	333	330	333	330	333	330	333	330	333	330	333	330	326	324	326	324
N mit mind. einem Fall	17	23	<10	<10	120	161	40	42	57	71	80	75	31	37	14	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,0	0,1	1,7	2,5	0,5	1,3	1,4	0,9	1,4	2,6	0,6	0,4	0,1	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	1,2	0,0	0,4	3,5	5,0	1,3	2,0	3,5	3,2	3,3	6,2	1,7	1,9	0,3	0,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	-	0,1	0,7	0,4	-	0,1	0,3	0,5	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	0,4	-	-	0,2	2,2	1,1	-	0,5	0,8	1,4	-	0,3	0,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	0,1	0,0	0,7	0,5	1,1	1,7	0,3	0,3	2,1	0,8	-	0,1	0,5	0,3
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1	0,1	0,1	1,1	0,4	1,6	1,7	0,4	0,2	3,2	0,8	-	0,1	0,6	0,3
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,0	-	-	0,1	0,0	-	0,0	0,2	0,4	0,2	0,4	-	-	0,1	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,0	-	-	0,1	0,0	-	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	-	-	0,1	-
Gesamt	**2,0**	**2,4**	**0,3**	**0,6**	**7,5**	**11,4**	**5,9**	**6,8**	**6,5**	**6,3**	**12,2**	**11,3**	**2,7**	**3,5**	**1,7**	**1,5**

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	333	330	333	330	333	330	333	330	333	330	333	330	326	324	326	324
N mit mind. einem Fall	17	23	<10	<10	120	161	40	42	57	71	80	75	31	37	14	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,7	4,8	4,0	7,8	4,7	5,1	4,0	10,2	7,9	4,2	5,9	11,4	6,5	3,2	3,2	7,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	19,1	16,6	4,0	26,6	9,8	10,3	10,5	16,1	20,5	14,8	13,8	27,3	17,6	16,5	6,5	15,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5	2,3	-	-	0,3	1,5	3,2	-	0,5	1,3	1,9	-	0,7	1,9	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	9,7	6,4	-	-	0,6	4,5	9,3	-	2,9	3,6	5,7	-	3,5	6,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	1,5	49,0	1,4	1,9	1,1	9,0	13,4	1,6	1,5	8,9	3,4	-	1,3	10,5	6,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	1,5	39,0	4,4	3,2	0,9	13,4	13,2	2,4	0,9	13,3	3,7	-	0,7	14,5	7,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,3	-	-	0,3	0,0	-	0,3	0,9	2,0	0,6	1,6	-	-	2,2	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,3	-	-	0,4	0,0	-	0,3	1,3	1,1	0,8	2,2	-	-	2,3	-
	-		-		-		-		-		-		-		-	
Gesamt	**38,6**	**33,9**	**96,0**	**40,2**	**20,9**	**23,4**	**49,3**	**53,5**	**38,0**	**29,3**	**50,8**	**49,5**	**28,3**	**30,4**	**39,2**	**35,7**

(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	333	330	333	330	333	330	326	324	320	315
N mit mind. einem Fall	11	11	173	127	177	103	108	73	86	59
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,0	0,4	4,0	1,4	2,8	1,3	2,0	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,0	0,1	0,0	1,8	0,5	1,2	0,4	1,4	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	0,0	0,0	-	-	-
Gesamt	**0,1**	**0,1**	**1,2**	**0,4**	**5,9**	**2,0**	**4,0**	**1,7**	**3,5**	**1,5**

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	333	330	333	330	333	330	326	324	320	315
N mit mind. einem Fall	11	11	173	127	177	103	108	73	86	59
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,1	3,3	2,0	1,0	7,5	4,6	8,4	5,9	7,4	6,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,7	0,3	0,1	3,5	1,5	3,6	1,6	5,1	1,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	-	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	0,1	0,1	0,1	-	-	-
Gesamt	**2,3**	**4,0**	**2,3**	**1,1**	**11,2**	**6,3**	**12,2**	**7,6**	**12,8**	**7,9**

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	388	381	388	381	388	381	388	381	388	381	388	381	378	374	378	374
N mit mind. einem Fall	112	122	59	58	51	84	14	12	69	96	54	33	53	77	32	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,8	2,1	0,8	1,9	0,5	1,1	0,2	0,1	1,2	1,3	0,8	0,8	1,1	0,9	0,5	0,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	7,9	7,4	2,1	5,3	1,2	2,6	0,6	0,3	2,5	3,8	2,1	2,0	2,1	2,9	1,3	1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	3,4	0,3	-	0,1	0,4	0,0	-	0,4	2,0	1,0	-	0,4	1,3	0,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,3	2,5	1,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,1	0,1	1,5	0,4	0,0	0,1	1,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	0,3	3,5	1,2	0,1	0,1	0,4	0,4	0,1	0,1	2,3	0,5	0,0	0,0	1,6	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	0,1	0,1	0,5	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	0,0	0,0	-	0,3	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,4	0,1	0,4	0,6	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	0,1	0,0	-	0,1	-	0,0
Gesamt	**16,1**	**13,7**	**9,7**	**10,5**	**2,2**	**4,6**	**1,5**	**1,2**	**4,6**	**7,9**	**7,8**	**3,7**	**3,7**	**5,8**	**4,5**	**1,9**

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	388	381	388	381	388	381	388	381	388	381	388	381	378	374	378	374
N mit mind. einem Fall	112	122	59	58	51	84	14	12	69	96	54	33	53	77	32	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	9,7	6,5	5,1	12,7	4,0	4,8	5,8	2,5	6,5	5,2	5,4	9,7	8,1	4,4	5,8	9,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	27,5	23,1	13,7	34,9	9,2	11,9	16,6	10,5	14,2	15,2	14,9	22,7	14,9	14,1	15,8	18,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,3	0,0	-	0,3	0,2	-	-	0,8	0,9	-	-	0,7	0,6	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,2	10,6	2,2	-	1,0	2,0	1,3	-	2,4	8,0	7,5	-	2,5	6,5	0,6	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,9	0,9	16,6	6,5	0,8	0,5	7,9	12,4	0,4	0,6	10,9	4,9	0,1	0,3	12,2	2,4
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	4,6	1,0	22,8	7,7	1,1	0,5	11,3	13,5	0,7	0,3	16,4	5,2	0,1	0,2	19,0	2,8
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	3,1	0,4	0,9	3,4	0,1	0,5	-	-	0,3	0,6	0,3	0,2	-	1,5	-	0,4
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	4,8	0,3	2,5	3,8	0,1	0,4	-	-	0,4	0,7	0,4	0,2	-	0,7	-	0,4
	-		-		-		-		-		-		-		-	
Gesamt	**55,8**	**42,9**	**63,8**	**69,1**	**16,5**	**20,9**	**42,9**	**38,9**	**25,7**	**31,5**	**55,8**	**43,0**	**26,4**	**28,2**	**53,4**	**34,0**

Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	388	381	388	381	388	381	378	374	371	371
N mit mind. einem Fall	246	291	323	285	309	286	261	250	244	229
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	3,8	2,5	1,3	6,6	3,6	6,2	4,1	5,5	4,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,5	1,7	0,9	0,6	4,0	1,6	4,2	2,1	4,4	1,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	-	0,2	0,0	0,2
Gesamt	**5,3**	**5,6**	**3,4**	**1,9**	**10,8**	**5,3**	**10,3**	**6,6**	**10,0**	**6,4**

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	388	381	388	381	388	381	378	374	371	371
N mit mind. einem Fall	246	291	323	285	309	286	261	250	244	229
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,8	5,0	3,0	1,8	8,3	4,8	8,9	6,2	8,4	6,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,4	2,2	1,0	0,8	5,1	2,1	6,0	3,2	6,7	3,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,2	0,0	0,3	0,1	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	-	0,3	0,0	0,4
Gesamt	**8,4**	**7,3**	**4,1**	**2,6**	**13,5**	**7,1**	**15,0**	**9,9**	**15,2**	**10,4**

Im Prä-Zeitraum ergaben sich weder bei der stationären noch bei der tagesklinischen Leistungserbringung Unterschiede hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen den klinikneuen Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 33). In der IG wurden im vollstationären Setting signifikant weniger TE in Regel- und Intensivbehandlung erbracht, während in der IG signifikant mehr TE in psychotherapeutischer Komplexbehandlung, sowie psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung geleistet wurden. Tagesklinisch wurden in der IG im Vergleich zur KG signifikant weniger TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe) erbracht. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im vollstationären Setting zwischen IG und KG. Jedoch ergaben sich im tagesklinischen Setting signifikante Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich TE in Regelbehandlung, Intensivbehandlung und psychotherapeutischer Komplexbehandlung. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Behandlungssettings der Therapieeinheiten, weder vollstationär noch tagesklinisch.

Die durchschnittliche Anzahl PIA-Kontakte unterschied sich im Prä-Zeitraum nicht zwischen IG und KG, jedoch kam es in der IG vom Referenzfall bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr zu einer signifikant höheren Anzahl PIA-Kontakte (vgl. Tabelle 35). Hierbei unterschieden sich die Gruppen bzgl. PIA-Kontakte ohne aufsuchende Behandlung. Dies lag u.a. daran, dass in der IG mehr Individuen überhaupt einen PIA-Kontakt hatten.

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum Unterschiede in der Höhe vollstationär erbrachter TE in Intensivbehandlung sowie in psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung (vgl. Tabelle 37). Im tagesklinischen Setting gab es signifikante Unterschiede in der Höhe erbrachter TE in Regelbehandlung und psychotherapeutische Komplexbehandlung. Zum Referenzfall ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Höhe der erbrachten TE zwischen IG und KG im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der teilstationär erbrachten TE (Intensivbehandlung und psychotherapeutische Komplexbehandlung). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich IG und KG signifikant hinsichtlich teilstationär in psychotherapeutische Komplexbehandlung erbrachter TE.

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen klinikbekannten Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 39). Vom Referenzfall bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr unterschieden sich IG und KG signifikant voneinander. Hierbei unterschieden sie sich bzgl. PIA-Kontakte ohne aufsuchende Behandlung. Dies lag u.a. daran, dass in der IG mehr Individuen überhaupt einen PIA-Kontakt hatten.

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.

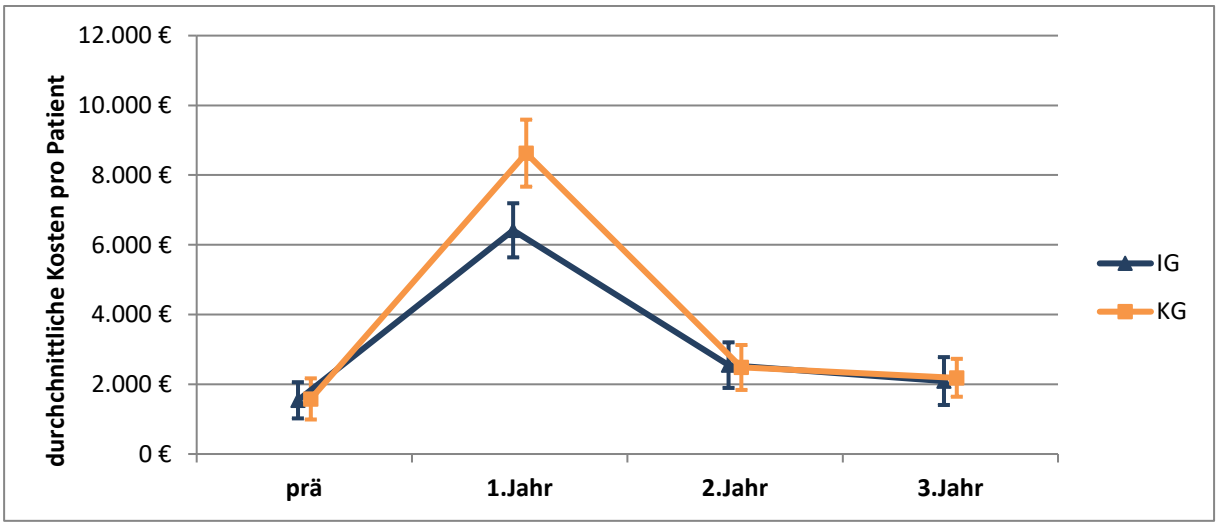
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	308	333	294	285	300	330	298	280
durchschnittliche Kosten	**1.540,70 €**	**6.416,18 €**	**2.549,03 €**	**2.092,63 €**	**1.580,13 €**	**8.628,23 €**	**2.482,42 €**	**2.186,54 €**
Standardabweichung	4.835,26 €	7.226,31 €	6.024,53 €	6.264,01 €	5.464,00 €	8.909,37 €	5.916,69 €	4.923,13 €
Minimum	0,00 €	49,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	212,81 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	47,13 €	1.227,48 €	118,66 €	91,98 €	37,87 €	1.518,61 €	83,93 €	61,87 €
Median	228,47 €	4.193,56 €	682,37 €	469,09 €	182,55 €	6.167,41 €	647,79 €	460,66 €
75%-Perzentil	1.015,95 €	8.596,66 €	2.474,98 €	1.509,75 €	850,64 €	11.759,75 €	2.010,43 €	1.820,46 €
Maximum	61.413,35 €	43.148,04 €	54.369,78 €	88.600,82 €	55.162,88 €	46.933,78 €	46.297,11 €	58.625,06 €

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



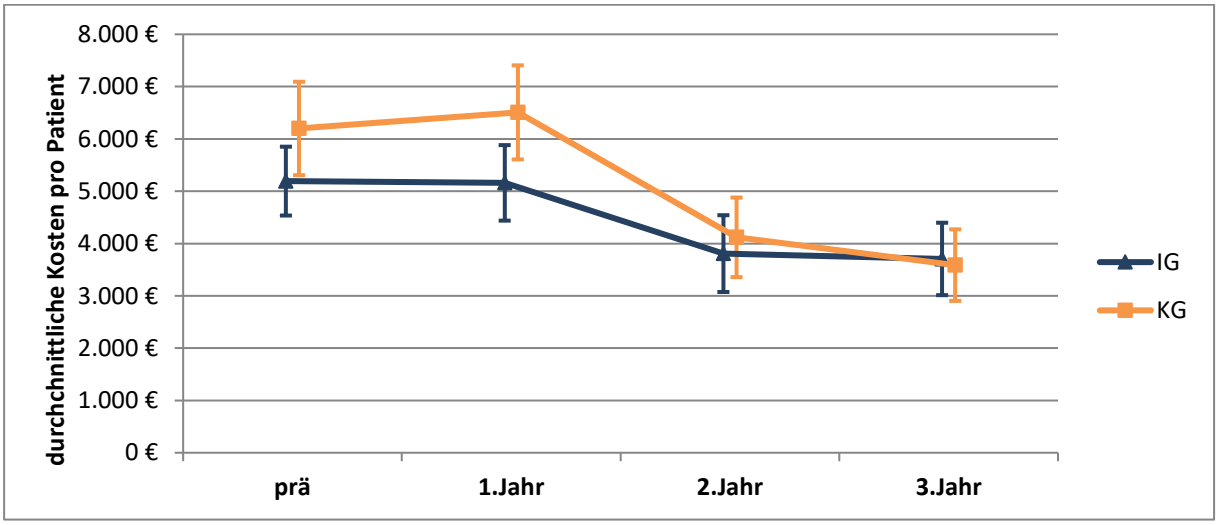
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	383	388	369	356	379	381	365	356
durchschnittliche Kosten	**5.193,71 €**	**5.159,69 €**	**3.807,41 €**	**3.705,26 €**	**6.199,56 €**	**6.507,29 €**	**4.118,34 €**	**3.587,09 €**
Standardabweichung	6.615,45 €	7.254,00 €	7.279,34 €	6.806,41 €	8.898,69 €	8.957,48 €	7.505,66 €	6.721,93 €
Minimum	0,00 €	37,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	221,89 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	926,00 €	770,06 €	344,46 €	254,89 €	906,37 €	1.167,37 €	779,49 €	526,51 €
Median	2.433,10 €	2.289,14 €	1.215,04 €	1.014,23 €	2.235,59 €	2.566,49 €	1.440,47 €	1.253,74 €
75%-Perzentil	7.016,06 €	6.698,74 €	3.798,21 €	3.689,75 €	8.419,68 €	7.722,96 €	3.857,96 €	2.991,35 €
Maximum	38.564,80 €	48.304,93 €	70.207,87 €	53.672,01 €	56.677,88 €	61.609,35 €	75.124,14 €	46.096,97 €

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 bzgl. durchschnittlicher direkter psychiatrischer Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 26). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant günstiger war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab.

Die klinikbekannten Patienten der IG waren im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr signifikant günstiger als die klinikbekannten der KG (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27). Im zweiten und dritten

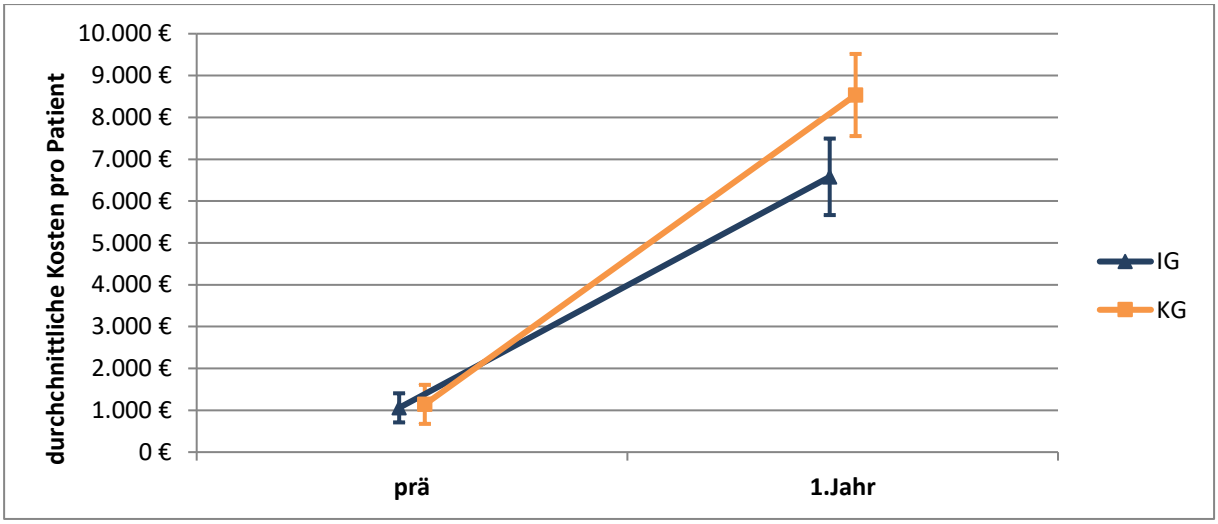
Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten, wobei sich IG und KG nicht mehr signifikant voneinander unterschieden.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	301	320	295	320						
durchschnittliche Kosten	**1.058,26 €**	**6.579,62 €**	**1.141,67 €**	**8.535,05 €**	**-83,41 €**	**0,779**	**-1.955,43 €**	**0,004**	**-1.872,02 €**	**0,01**
Standardabweichung	3.176,40 €	8.344,83 €	4.258,92 €	8.956,64 €						
Minimum	0,00 €	19,01 €	0,00 €	224,63 €						
25%-Perzentil	57,54 €	929,86 €	44,49 €	1.916,24 €						
Median	162,95 €	4.272,66 €	170,84 €	6.337,75 €						
75%-Perzentil	698,58 €	8.520,34 €	763,20 €	12.414,84 €						
Maximum	39.397,43 €	68.144,25 €	65.894,60 €	61.503,95 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Die Kosten der Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von der KG (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant günstiger war. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 1.872,02 € günstiger als die KG (p = 0,01).

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.058,26 €	373,00 €	0,005	192,94 €	1030,77 €	0,852	377,34 €	364,40 €	0,301
Differenz KG-IG	83,41 €	527,50 €	0,874	-7,11 €	505,21 €	0,989	10,86 €	502,56 €	0,983
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	5.521,36 €	527,50 €	<0,001	4.283,35 €	1289,51 €	<0,001	3.535,36 €	610,98 €	<0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)	**-1.872,02 €**	**746,00 €**	**0,012**	**-2.010,59 €**	**713,82 €**	**0,005**	**-1.967,85 €**	**709,70 €**	**0,006**
Alter bis 29 J.				-901,54 €	719,91 €	0,211			
30 J. bis 47 J.				-843,85 €	622,24 €	0,175			
48 J. bis 64 J.				79,29 €	590,98 €	0,893			
Weiblich				310,37 €	388,37 €	0,424			
Erwerbstätig				30,00 €	631,87 €	0,962			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-1.827,82 €	1737,94 €	0,293			
Referenzdiagnose F00				1.535,25 €	2061,52 €	0,457			
Referenzdiagnose F01				872,11 €	2110,21 €	0,679			
Referenzdiagnose F02*									
Referenzdiagnose F03				-2.340,96 €	2059,02 €	0,256			
Referenzdiagnose F07				-2.113,36 €	4624,10 €	0,648			
Referenzdiagnose F10				-489,53 €	761,11 €	0,520			
Referenzdiagnose F2x				7.541,92 €	1239,40 €	<0,001	7.469,20 €	1107,19 €	<0,001
Referenzdiagnose F3x				3.322,92 €	698,16 €	<0,001	3.744,85 €	532,09 €	<0,001
Referenzdiagnose F4x				39,88 €	782,85 €	0,959			
Referenzdiagnose F43				-425,99 €	811,25 €	0,600			
Referenzdiagnose F45				354,88 €	1062,18 €	0,738			
Referenzdiagnose F50				417,89 €	2324,51 €	0,857			
Referenzdiagnose F60.31				1.016,69 €	1819,65 €	0,576			
Referenzdiagnose F7x				-2.224,89 €	6398,90 €	0,728			
Referenzdiagnose F84*									
Referenzdiagnose F9x				-4.899,82 €	3250,75 €	0,132			
vollstat. Fall in Prä				6.534,94 €	845,79 €	<0,001	6.624,30 €	842,68 €	<0,001
teilstat. Fall in Prä				5.669,92 €	4505,42 €	0,208			
PIA-Fall in Prä				4.985,77 €	2149,21 €	0,021	4.630,68 €	2135,25 €	0,030
vertragsärztl. Fall in Prä				367,45 €	907,15 €	0,686			
R^2			0,20			0,27			0,27

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

Im Grundmodell ergab sich eine um 1.872,02 € günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG (p = 0,012; vgl. Tabelle 44). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um 2.010,59 € günstigere Entwicklung (p = 0,005). Im gesättigten Modell ergab sich eine um 1.967,85 € günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG (p = 0,006).

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.

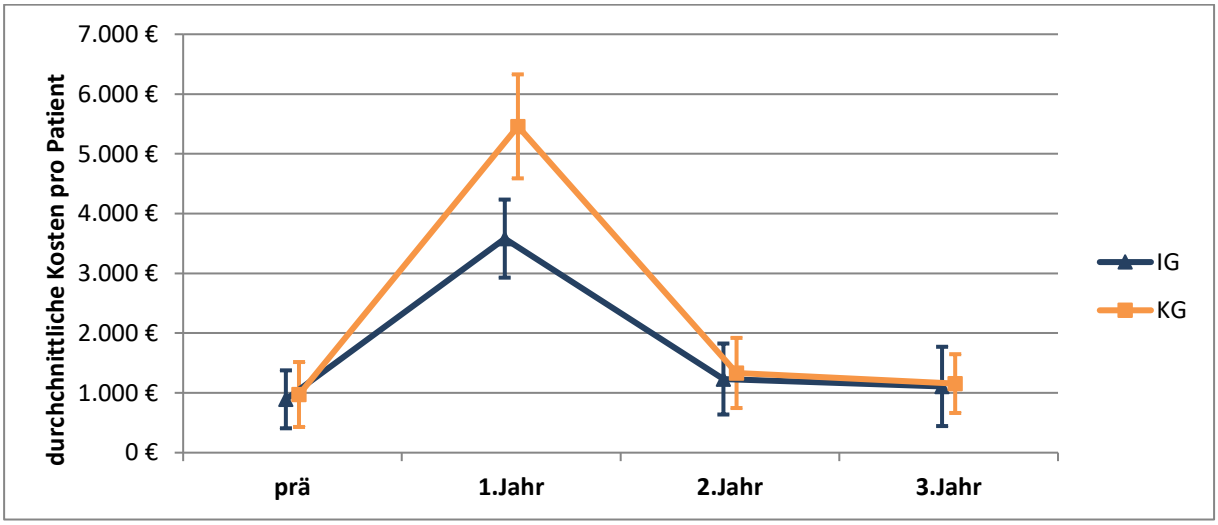
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinik-neue 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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	27	156	35	32	34	188	38	40
durchschnittliche Kosten	**892,38 €**	**3.580,87 €**	**1.232,28 €**	**1.108,47 €**	**973,00 €**	**5.458,79 €**	**1.333,58 €**	**1.156,06 €**
Standardabweichung	4.512,89 €	6.081,24 €	5.469,78 €	6.052,32 €	5.033,77 €	8.061,27 €	5.386,70 €	4.451,52 €
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 €	1.312,60 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	4.934,94 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.847,80 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	58.062,19 €	31.517,01 €	53.061,95 €	88.600,82 €	52.736,39 €	44.020,68 €	43.778,33 €	56.622,39 €

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



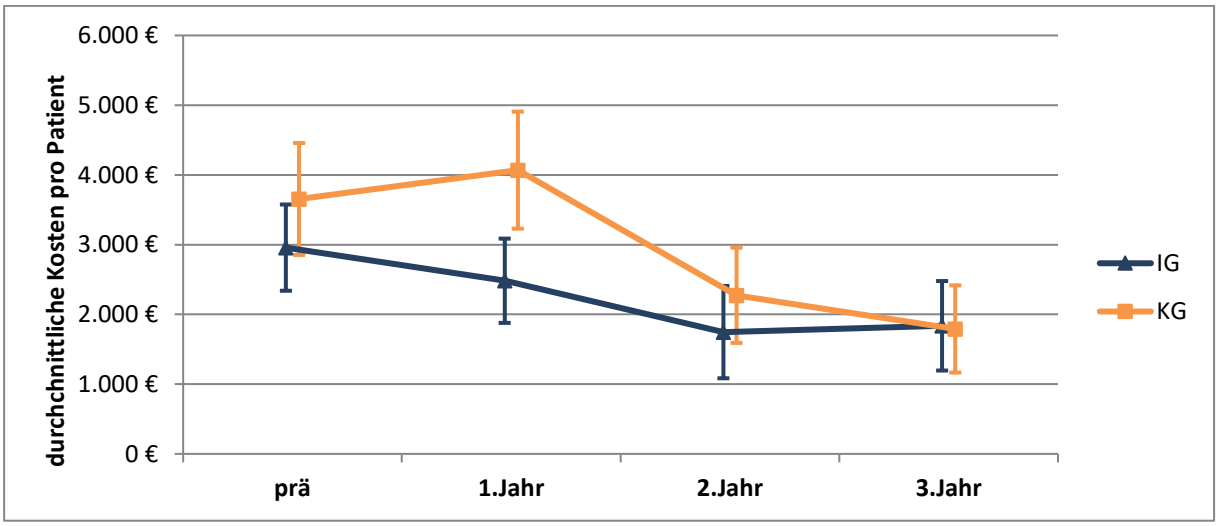
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	115	100	57	55	128	130	81	61
durchschnittliche Kosten	**2.957,43 €**	**2.482,30 €**	**1.745,37 €**	**1.836,59 €**	**3.655,39 €**	**4.068,40 €**	**2.274,24 €**	**1.791,39 €**
Standardabweichung	6.213,57 €	6.072,31 €	6.565,21 €	6.305,93 €	7.990,94 €	8.357,47 €	6.736,72 €	6.149,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	3.150,20 €	338,64 €	0,00 €	0,00 €	3.924,28 €	4.383,67 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	36.567,11 €	36.872,17 €	69.254,46 €	53.574,86 €	54.769,50 €	55.710,31 €	73.841,79 €	45.143,49 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied bzgl. durchschnittlicher vollstationärer Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant günstiger war als die KG. Dies war u.a. darauf zurückzuführen, dass in der IG weniger Individuen einen vollstationären Fall hatten (IG: 156; KG: 188).

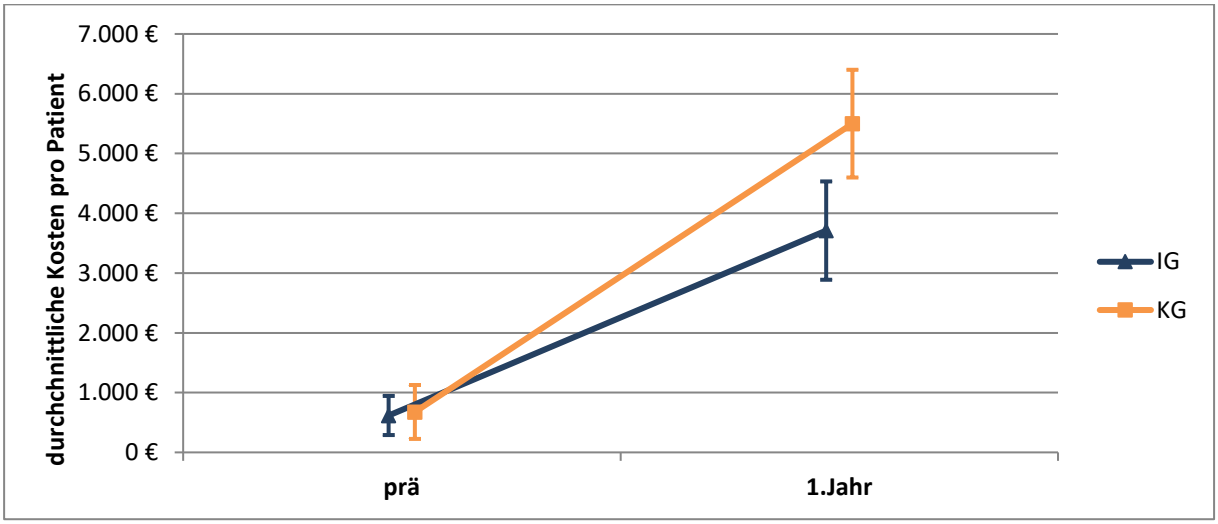
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 46 und Abbildung 30). In beiden Gruppen sanken die Kosten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr, es ergaben sich in diesen Jahren keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	28	141	35	192						
durchschnittliche Kosten	**617,20 €**	**3.710,36 €**	**676,38 €**	**5.499,56 €**	**-59,17 €**	**0,835**	**-1.789,19 €**	**0,004**	**-1.730,02 €**	**0,01**
Standardabweichung	2.984,91 €	7.507,69 €	4.115,22 €	8.224,65 €						
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 €	2.354,07 €						
75%-Perzentil	0,00 €	4.816,15 €	0,00 €	7.741,16 €						
Maximum	36.667,05 €	61.738,54 €	64.990,65 €	54.006,60 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 47)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 32). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sie in der IG signifikant günstiger waren als in der KG (p = 0,004). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.730,02 € günstiger als die KG (p = 0,01).

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.

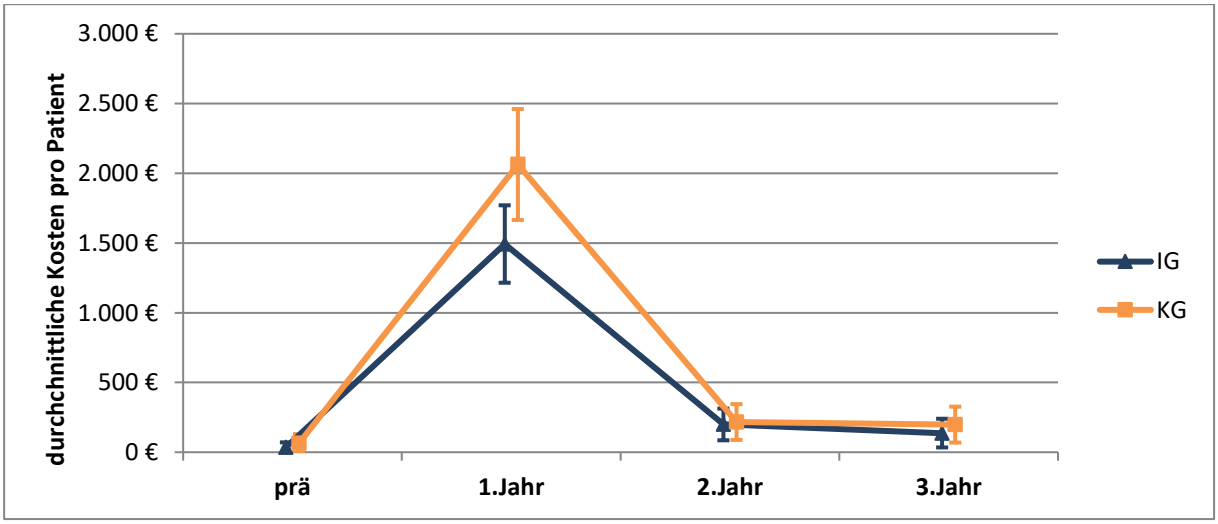
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	<10	113	15	11	<10	108	14	11
durchschnittliche Kosten	**35,30 €**	**1.492,68 €**	**199,22 €**	**137,01 €**	**64,98 €**	**2.062,94 €**	**216,52 €**	**197,94 €**
Standardabweichung	644,12 €	2.585,19 €	1.048,94 €	939,00 €	616,48 €	3.685,60 €	1.177,70 €	1.167,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	2.476,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.044,31 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	11.754,04 €	12.964,12 €	10.513,01 €	11.788,52 €	9.147,02 €	23.909,86 €	10.664,88 €	10.549,29 €

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



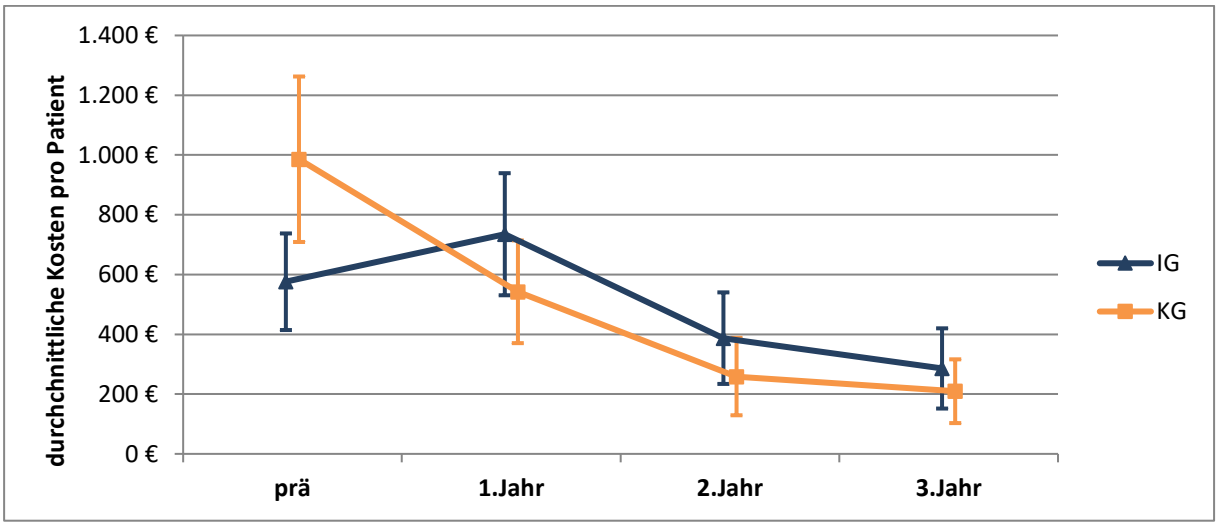
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	60	66	32	24	58	44	21	19
durchschnittliche Kosten	**575,95 €**	**734,92 €**	**387,15 €**	**285,85 €**	**985,81 €**	**542,32 €**	**258,62 €**	**209,65 €**
Standardabweichung	1.624,18 €	2.052,85 €	1.519,56 €	1.318,69 €	2.757,01 €	1.711,07 €	1.277,81 €	1.048,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.149,02 €	15.956,37 €	11.022,34 €	11.909,17 €	17.268,25 €	11.516,17 €	9.906,97 €	9.706,26 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bei den durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum keine Unterschiede im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant günstiger war. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder in etwa auf das Niveau des Prä-Zeitraums.

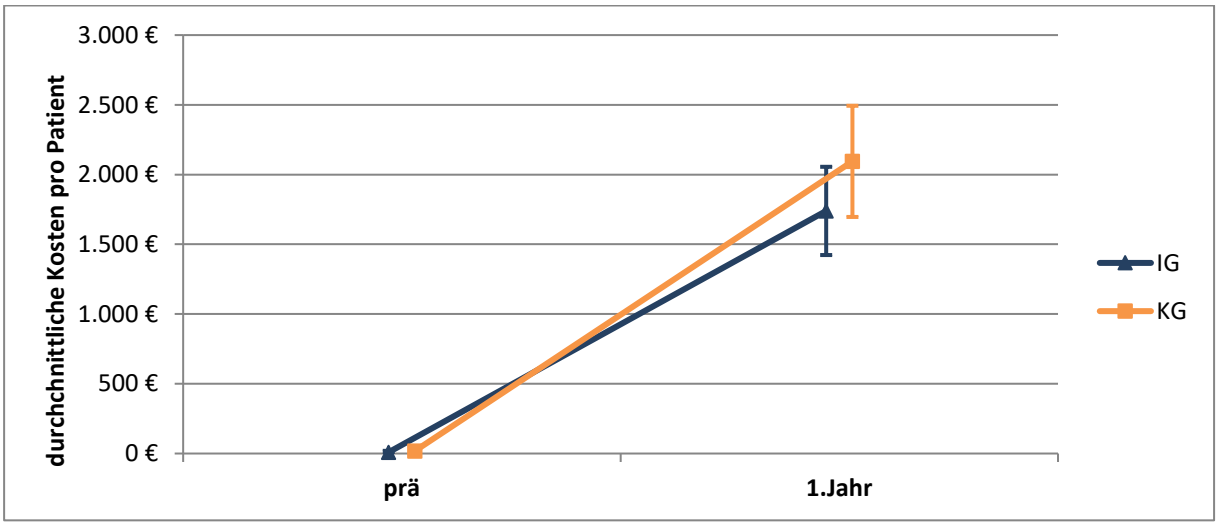
Im Prä-Zeitraum waren die Kosten der klinikbekannten Patienten der IG im Vergleich zur KG signifikant günstiger (Tabelle 49 und Abbildung 33). Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG. In beiden Gruppen sanken die Kosten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	112	<10	101						
durchschnittliche Kosten	**9,59 €**	**1.739,34 €**	**18,81 €**	**2.094,78 €**	**-9,21 €**	**0,663**	**-355,44 €**	**0,171**	**-346,23 €**	**0,185**
Standardabweichung	171,61 €	2.886,87 €	336,41 €	3.637,87 €						
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 €	3.739,38 €	0,00 €	3.724,24 €						
Maximum	3.069,91 €	19.305,56 €	6.017,91 €	19.902,48 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 50)

Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG ergab. Insgesamt zeigte sich im Zeitverlauf keine signifikant günstigere Entwicklung der IG (p = 0,185).

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

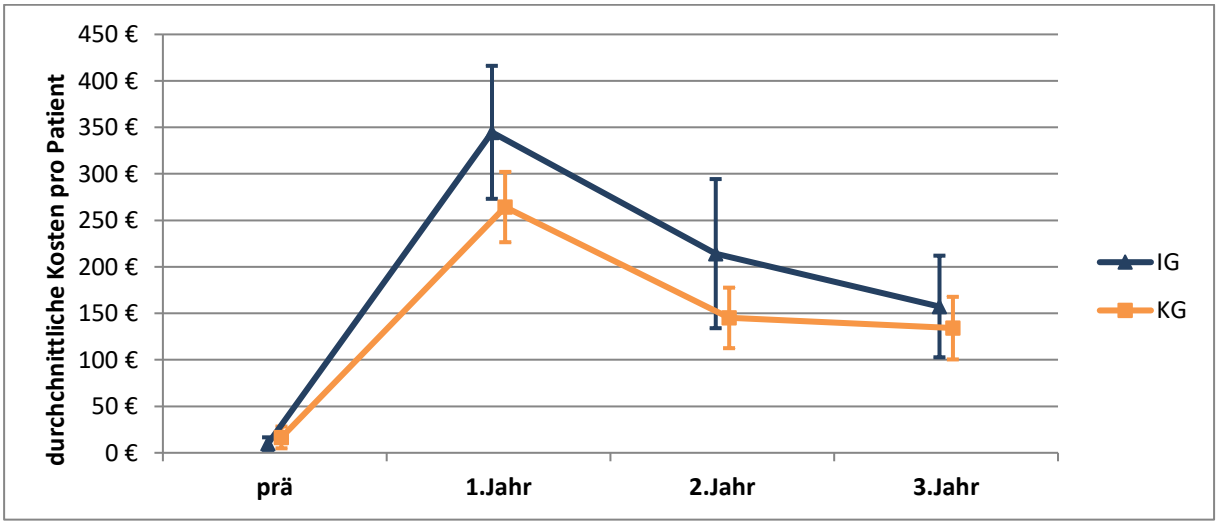
Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	11	234	108	86	11	170	73	59
durchschnittliche Kosten	**9,94 €**	**344,67 €**	**214,20 €**	**157,37 €**	**16,54 €**	**264,30 €**	**145,08 €**	**134,09 €**
Standardabweichung	62,55 €	665,79 €	738,73 €	498,88 €	108,42 €	350,53 €	298,88 €	304,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	103,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	212,81 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	391,60 €	92,20 €	36,78 €	0,00 €	425,62 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	556,70 €	5.784,33 €	8.078,17 €	4.590,23 €	1.173,92 €	1.467,40 €	1.103,83 €	1.145,63 €

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



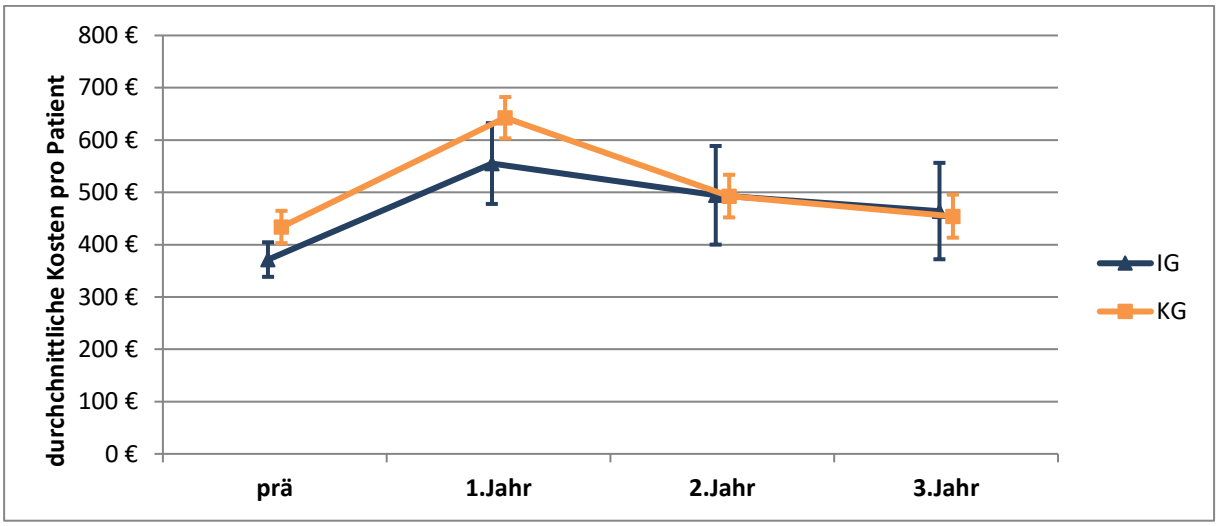
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	245	353	265	244	291	316	250	229
durchschnittliche Kosten	**371,48 €**	**555,06 €**	**494,34 €**	**464,25 €**	**433,77 €**	**642,73 €**	**492,83 €**	**454,46 €**
Standardabweichung	331,86 €	775,72 €	935,26 €	905,69 €	308,18 €	393,89 €	402,20 €	404,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	118,41 €	0,00 €	0,00 €	206,99 €	212,81 €	0,00 €	0,00 €
Median	413,98 €	263,70 €	118,11 €	109,78 €	620,97 €	851,24 €	654,57 €	449,26 €
75%-Perzentil	620,97 €	655,70 €	438,15 €	381,46 €	620,97 €	862,00 €	872,76 €	898,52 €
Maximum	827,96 €	6.084,08 €	6.643,45 €	7.321,50 €	1.034,95 €	1.489,67 €	1.429,46 €	1.359,02 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

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

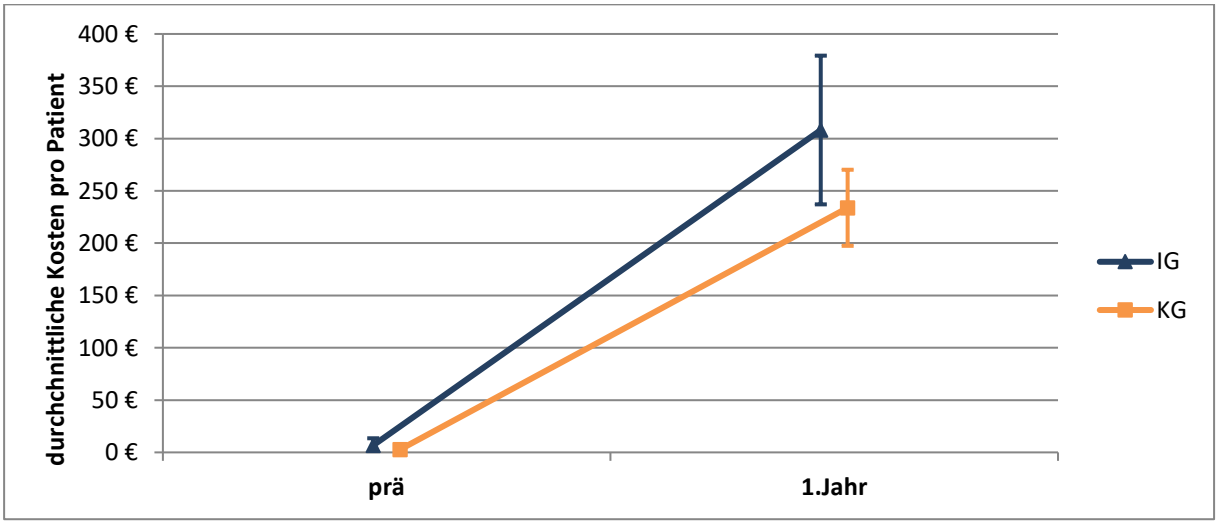
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG im Prä-Zeitraum und im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36). Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	233	<10	155						
durchschnittliche Kosten	**6,75 €**	**308,19 €**	**2,75 €**	**233,83 €**	**4,00 €**	**0,331**	**74,36 €**	**0,069**	**70,36 €**	**0,086**
Standardabweichung	62,46 €	648,76 €	38,88 €	331,88 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	84,94 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	320,37 €	0,00 €	230,25 €						
Maximum	879,20 €	6.430,18 €	661,01 €	1.145,63 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 53)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 37). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied ergab (p = 0,069). Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden in der IG im Vergleich zur KG deutlich mehr Patienten in der PIA behandelt (IG: 233; KG: 155). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 70,36 € teurer, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war (p = 0,086).

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.

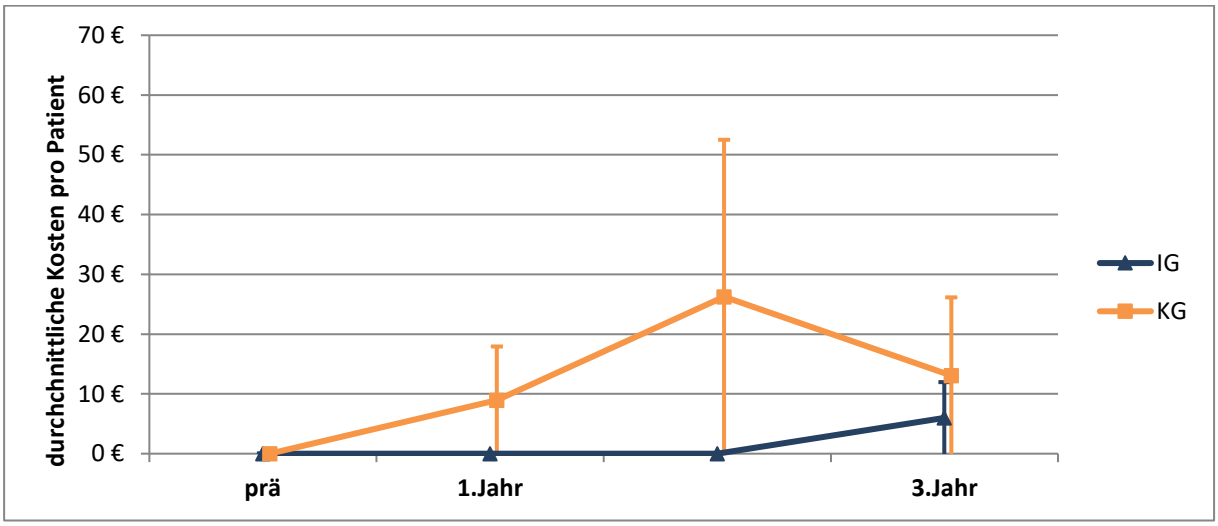
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**5,98 €**	**0,00 €**	**8,97 €**	**26,26 €**	**13,07 €**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	84,53 €	0,00 €	112,33 €	289,87 €	137,07 €
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 €	1.435,72 €	0,00 €	1.516,08 €	3.589,15 €	1.782,44 €

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)



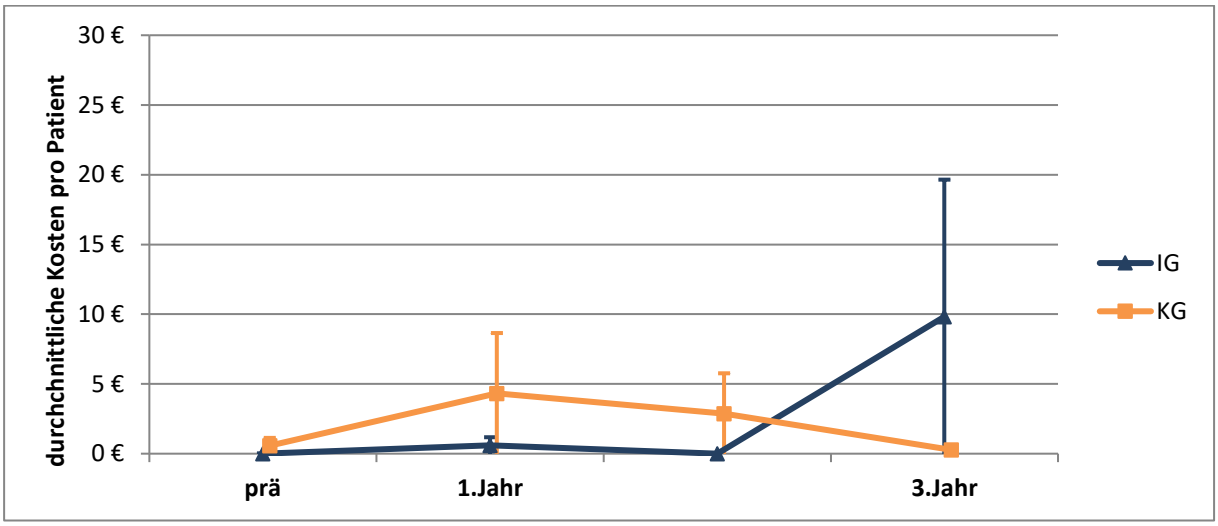
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,59 €**	**0,00 €**	**9,82 €**	**0,57 €**	**4,32 €**	**2,88 €**	**0,27 €**
Standardabweichung	0,00 €	11,60 €	0,00 €	171,18 €	11,03 €	84,40 €	55,72 €	5,25 €
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 €	228,44 €	0,00 €	3.277,67 €	215,39 €	1.647,37 €	1.077,60 €	101,20 €

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)

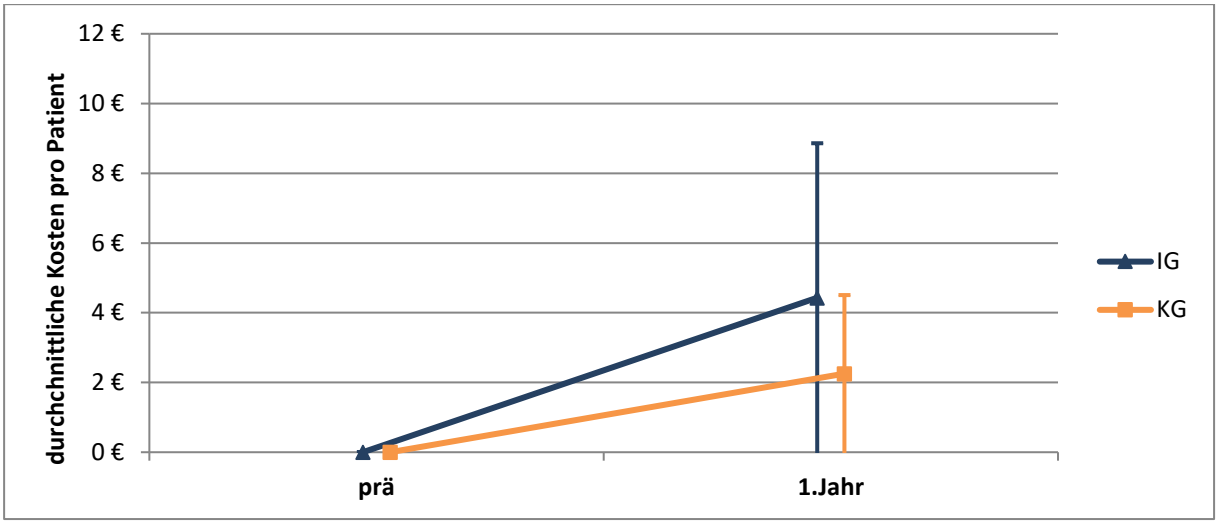
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 54, Tabelle 55, Abbildung 38 und Abbildung 39).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**4,43 €**	**0,00 €**	**2,25 €**	**0,00 €**		**2,18 €**	**0,591**	**2,18 €**	**0,591**
Standardabweichung	0,00 €	60,12 €	0,00 €	40,31 €						
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 €	986,80 €	0,00 €	721,12 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 56)

Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 56 und Abbildung 40).

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

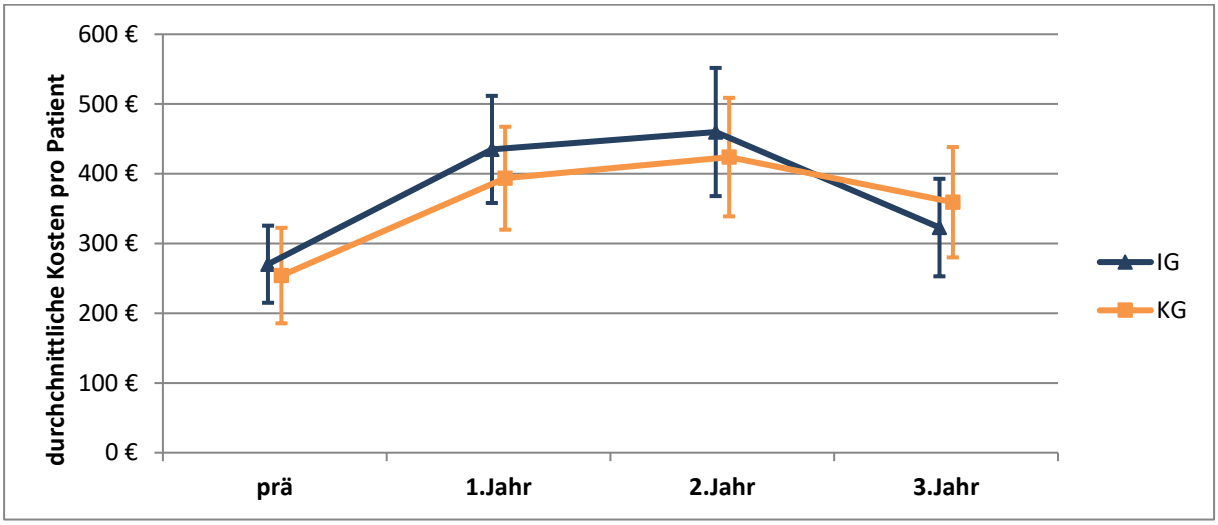
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3.Jahr
N gesamt	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	305	303	278	277	293	314	290	276
durchschnittliche Kosten	**270,27 €**	**434,89 €**	**459,83 €**	**322,80 €**	**253,95 €**	**393,56 €**	**423,82 €**	**359,14 €**
Standardabweichung	514,84 €	715,32 €	846,94 €	638,30 €	634,71 €	683,92 €	780,61 €	716,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,98 €	38,70 €	21,74 €	24,14 €	21,41 €	42,88 €	27,29 €	24,92 €
Median	87,55 €	130,07 €	92,77 €	93,48 €	76,46 €	129,85 €	94,18 €	88,04 €
75%-Perzentil	256,03 €	360,07 €	345,76 €	290,63 €	228,83 €	367,34 €	360,54 €	307,79 €
Maximum	2.967,98 €	2.979,93 €	6.015,77 €	5.625,47 €	8.651,65 €	4.584,81 €	4.383,57 €	5.602,56 €

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



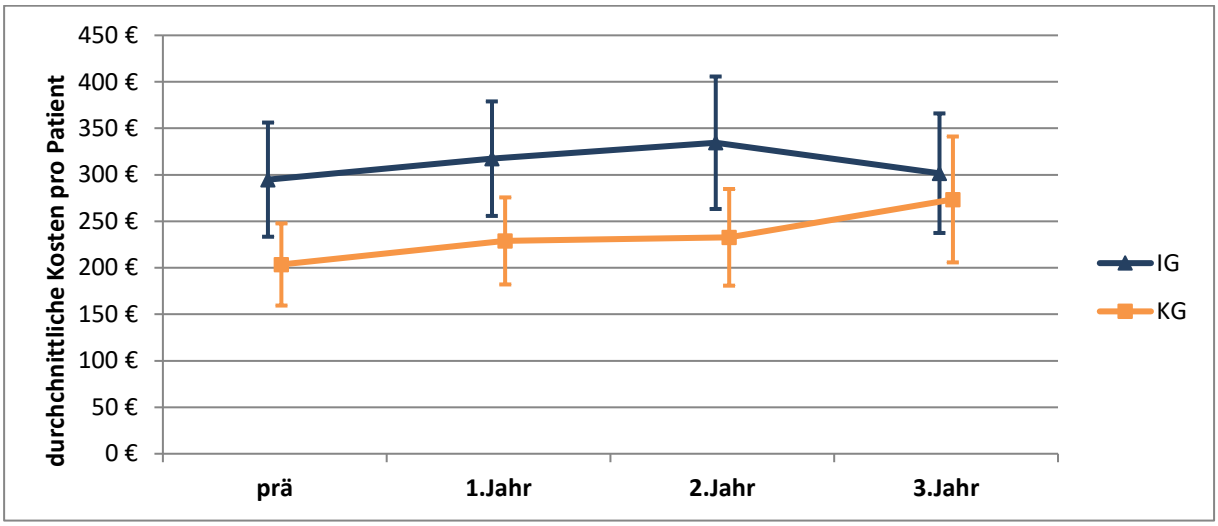
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

klinikbekannte 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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	372	369	354	349	363	367	350	347
durchschnittliche Kosten	**294,80 €**	**317,35 €**	**334,49 €**	**301,74 €**	**203,57 €**	**228,89 €**	**232,76 €**	**273,51 €**
Standardabweichung	617,10 €	618,81 €	706,69 €	631,74 €	440,12 €	466,12 €	512,92 €	665,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	22,35 €	36,34 €	29,91 €	31,30 €	19,15 €	30,04 €	30,25 €	29,90 €
Median	58,27 €	74,52 €	75,37 €	69,77 €	45,24 €	72,82 €	65,97 €	65,03 €
75%-Perzentil	166,62 €	218,45 €	234,86 €	195,49 €	167,18 €	160,17 €	182,23 €	205,02 €
Maximum	3.166,14 €	3.634,79 €	4.356,65 €	4.293,87 €	4.136,42 €	3.365,26 €	6.251,20 €	7.852,73 €

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)

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

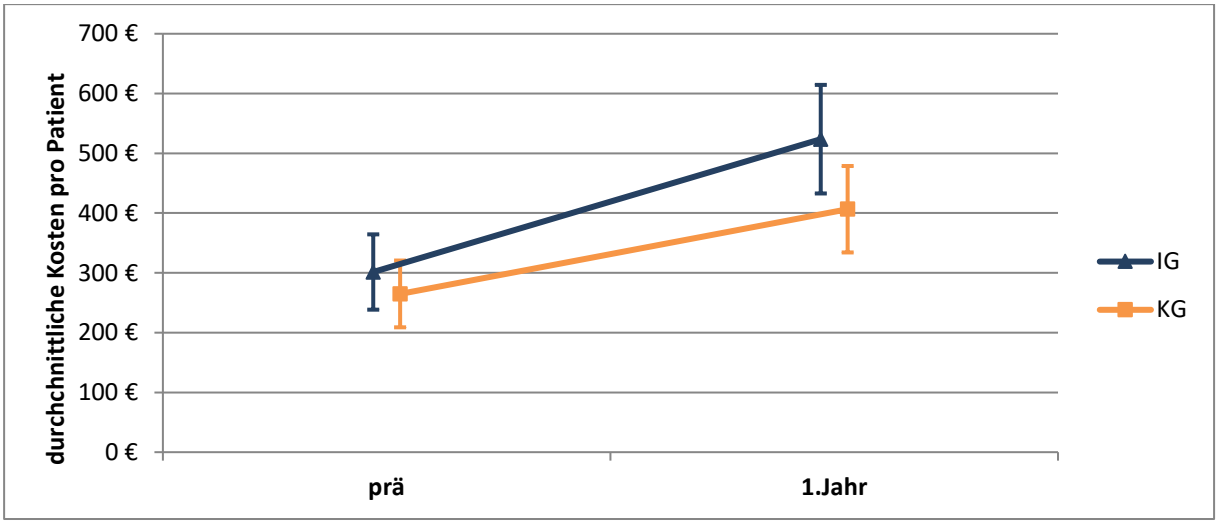
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum zweiten Modelljahr signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42). Im dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	296	295	289	290						
durchschnittliche Kosten	**301,40 €**	**523,63 €**	**264,72 €**	**406,42 €**	**36,68 €**	**0,394**	**117,20 €**	**0,048**	**80,52 €**	**0,17**
Standardabweichung	575,09 €	829,05 €	509,92 €	659,99 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	35,14 €	44,65 €	25,90 €	42,37 €						
Median	92,35 €	137,14 €	90,60 €	132,82 €						
75%-Perzentil	253,13 €	509,03 €	244,09 €	415,97 €						
Maximum	3.988,58 €	4.066,79 €	2.866,85 €	4.020,33 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 59)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung ergaben sich im Prä-Zeitraum bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zwischen IG und KG keine signifikanten Kostenunterschiede (vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG signifikant teurer war (p = 0,048). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 80,52 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war.

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.

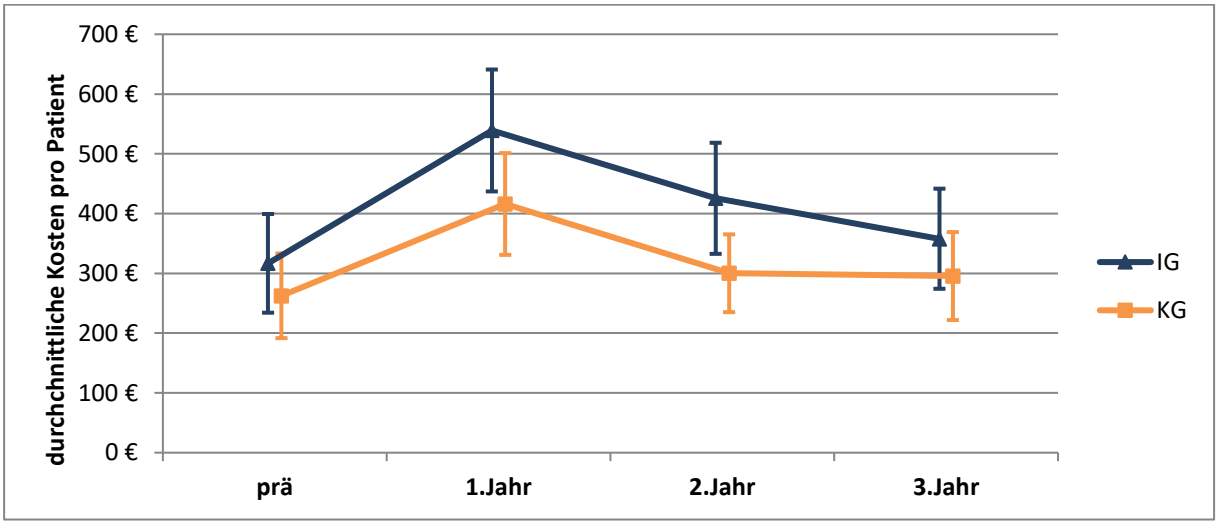
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	208	264	221	206	200	248	206	186
durchschnittliche Kosten	**316,78 €**	**539,06 €**	**425,55 €**	**357,94 €**	**262,49 €**	**416,08 €**	**300,19 €**	**295,49 €**
Standardabweichung	768,71 €	949,61 €	855,99 €	764,30 €	656,45 €	788,88 €	597,66 €	666,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	29,16 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12,15 €	0,00 €	0,00 €
Median	47,86 €	177,85 €	112,30 €	80,33 €	30,29 €	129,44 €	76,21 €	59,90 €
75%-Perzentil	261,89 €	548,20 €	453,26 €	357,51 €	191,55 €	510,56 €	349,01 €	355,66 €
Maximum	8.547,13 €	8.035,76 €	6.108,46 €	6.963,29 €	5.345,59 €	7.246,06 €	5.072,55 €	8.222,89 €

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



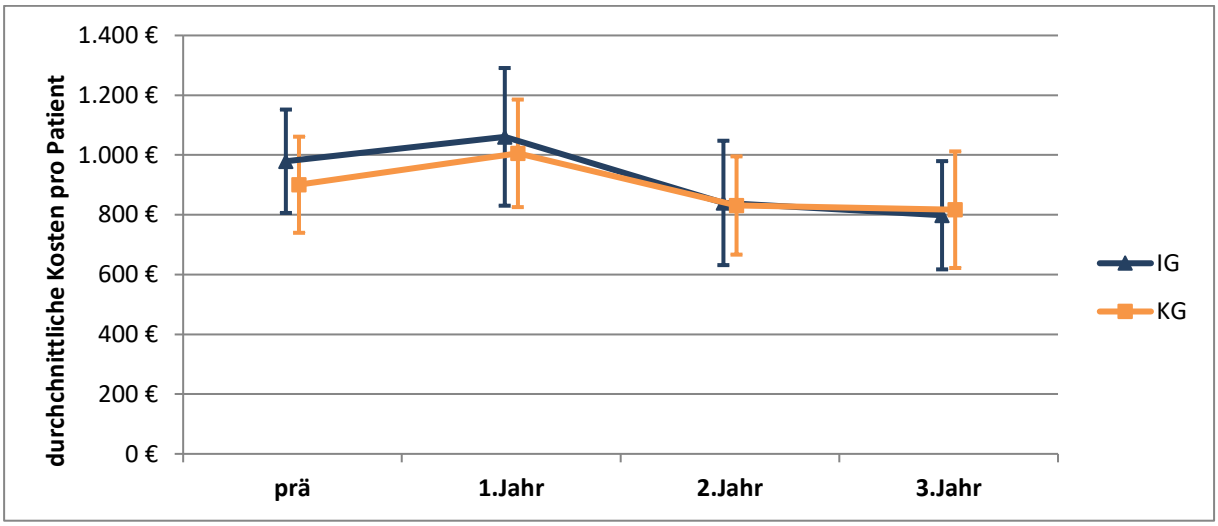
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	334	336	300	283	328	325	312	296
durchschnittliche Kosten	**979,04 €**	**1.060,69 €**	**839,63 €**	**798,40 €**	**900,48 €**	**1.005,56 €**	**831,02 €**	**816,96 €**
Standardabweichung	1.738,35 €	2.315,15 €	2.063,97 €	1.779,61 €	1.601,42 €	1.791,84 €	1.621,97 €	1.916,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	72,78 €	61,85 €	35,60 €	13,34 €	72,82 €	83,84 €	60,04 €	46,44 €
Median	292,84 €	332,83 €	221,79 €	173,52 €	256,10 €	297,78 €	229,66 €	215,63 €
75%-Perzentil	1.174,15 €	1.112,90 €	750,74 €	684,27 €	977,92 €	1.154,38 €	837,27 €	770,17 €
Maximum	11.416,76 €	30.750,92 €	26.636,25 €	13.803,68 €	12.044,79 €	13.487,81 €	12.128,53 €	16.392,12 €

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)

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten signifikant höhere durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44).

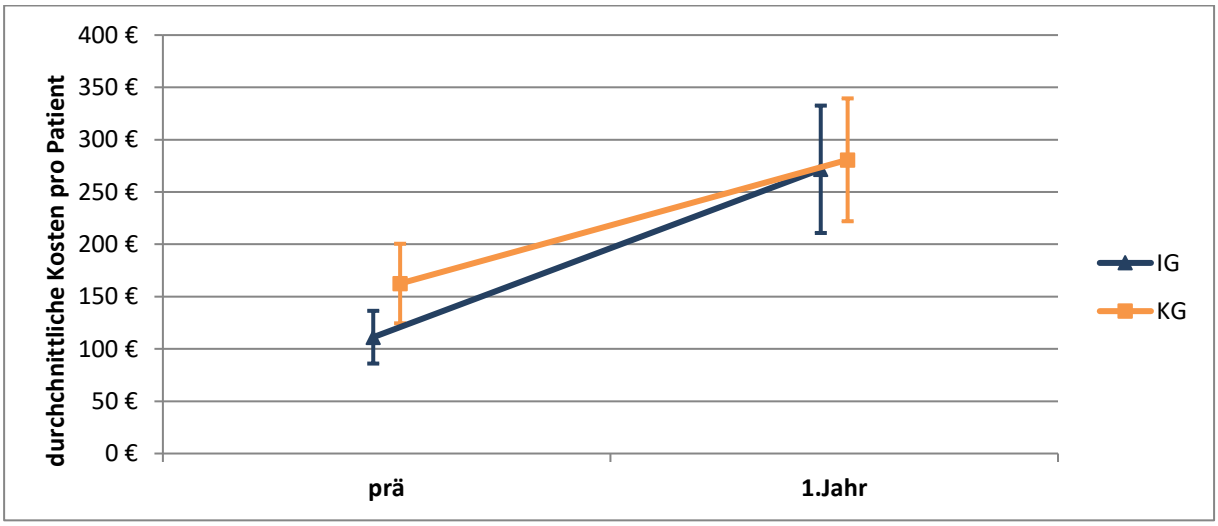
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 61 Abbildung 45). Es ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**111,20 €**	**271,70 €**	**162,49 €**	**280,76 €**	**-51,29 €**	**0,028**	**-9,05 €**	**0,834**	**42,23 €**	**0,28**
Standardabweichung	230,13 €	555,72 €	347,22 €	535,93 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	8,84 €	0,00 €	0,00 €						
Median	18,09 €	110,99 €	19,88 €	106,28 €						
75%-Perzentil	112,03 €	297,83 €	177,23 €	316,59 €						
Maximum	1.861,02 €	5.420,36 €	2.613,40 €	4.854,79 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung waren bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr im Prä-Zeitraum in der IG signifikant günstiger als in der KG (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG ergab. Entsprechend entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 42,23 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war.

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 Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

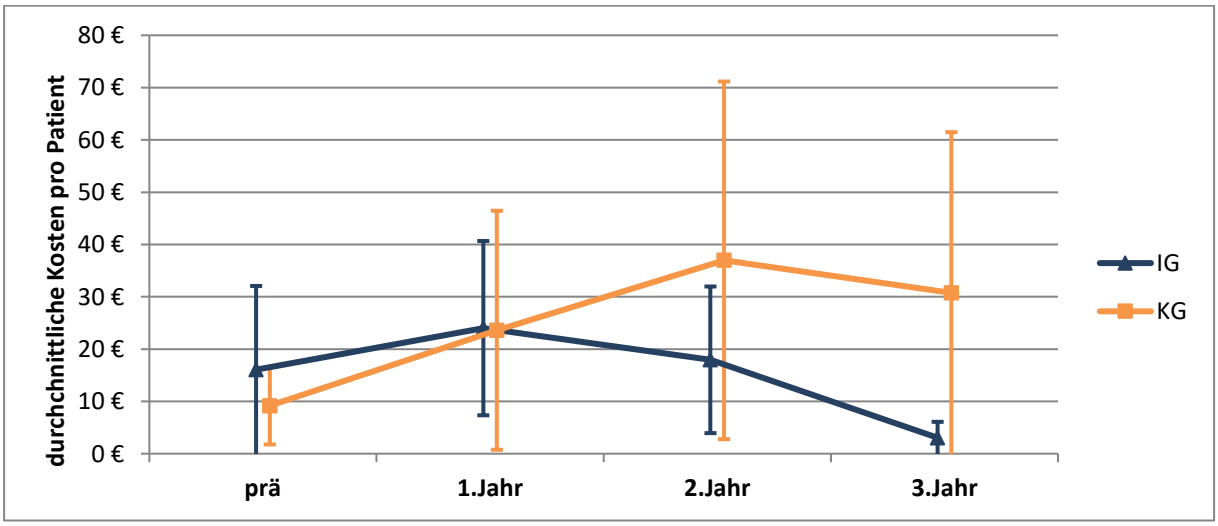
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	<10	13	10	<10	<10	12	12	<10
durchschnittliche Kosten	**16,04 €**	**24,01 €**	**17,95 €**	**3,05 €**	**9,18 €**	**23,60 €**	**36,97 €**	**30,74 €**
Standardabweichung	174,25 €	155,18 €	129,15 €	40,70 €	68,68 €	211,78 €	313,98 €	309,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.046,04 €	1.699,10 €	1.525,84 €	702,44 €	655,03 €	3.379,33 €	4.671,62 €	5.155,76 €

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



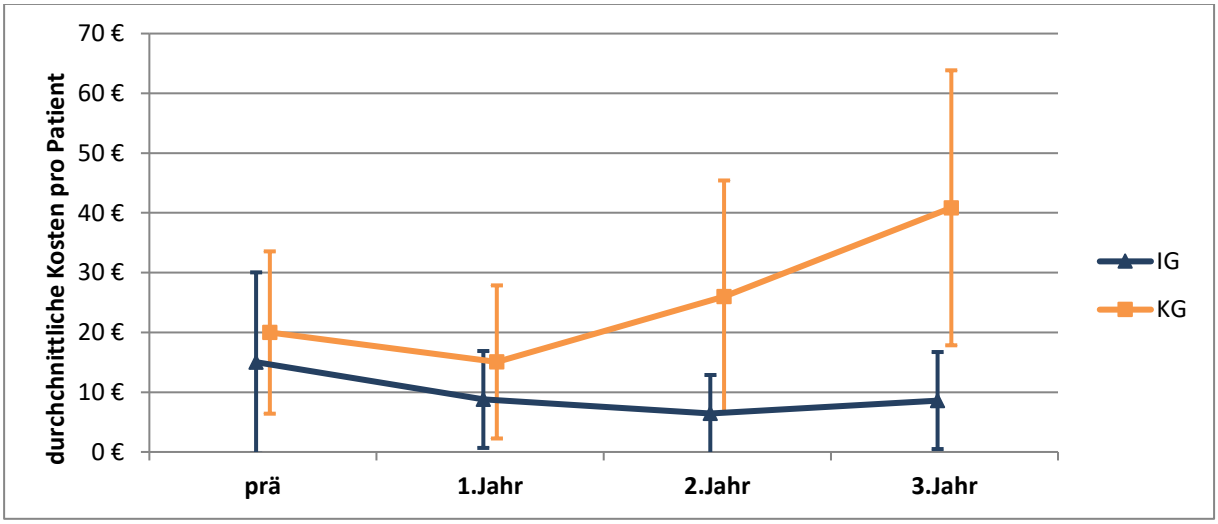
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	12	<10	<10	<10	13	<10	11	15
durchschnittliche Kosten	**15,02 €**	**8,78 €**	**6,44 €**	**8,61 €**	**19,98 €**	**15,06 €**	**25,99 €**	**40,85 €**
Standardabweichung	154,03 €	81,49 €	68,40 €	79,76 €	135,20 €	127,55 €	191,77 €	226,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.833,10 €	1.303,27 €	1.075,82 €	1.067,50 €	1.554,48 €	1.744,79 €	2.648,14 €	2.064,80 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

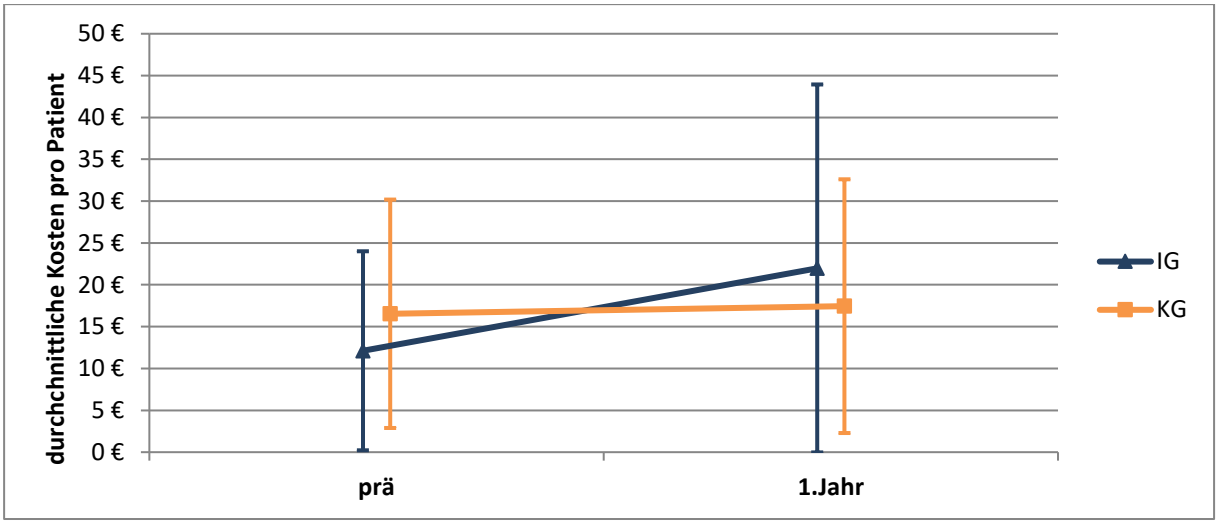
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche psychiatrische Heilmittel in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 63 , Tabelle 64, Abbildung 47 und Abbildung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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**12,11 €**	**21,97 €**	**16,54 €**	**17,45 €**	**-4,42 €**	**0,632**	**4,52 €**	**0,74**	**8,94 €**	**0,512**
Standardabweichung	108,53 €	200,78 €	124,57 €	138,37 €						
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	1.496,70 €	2.817,32 €	1.457,78 €	2.107,06 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 65)

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

11. Ergebnisse: Effizienz

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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

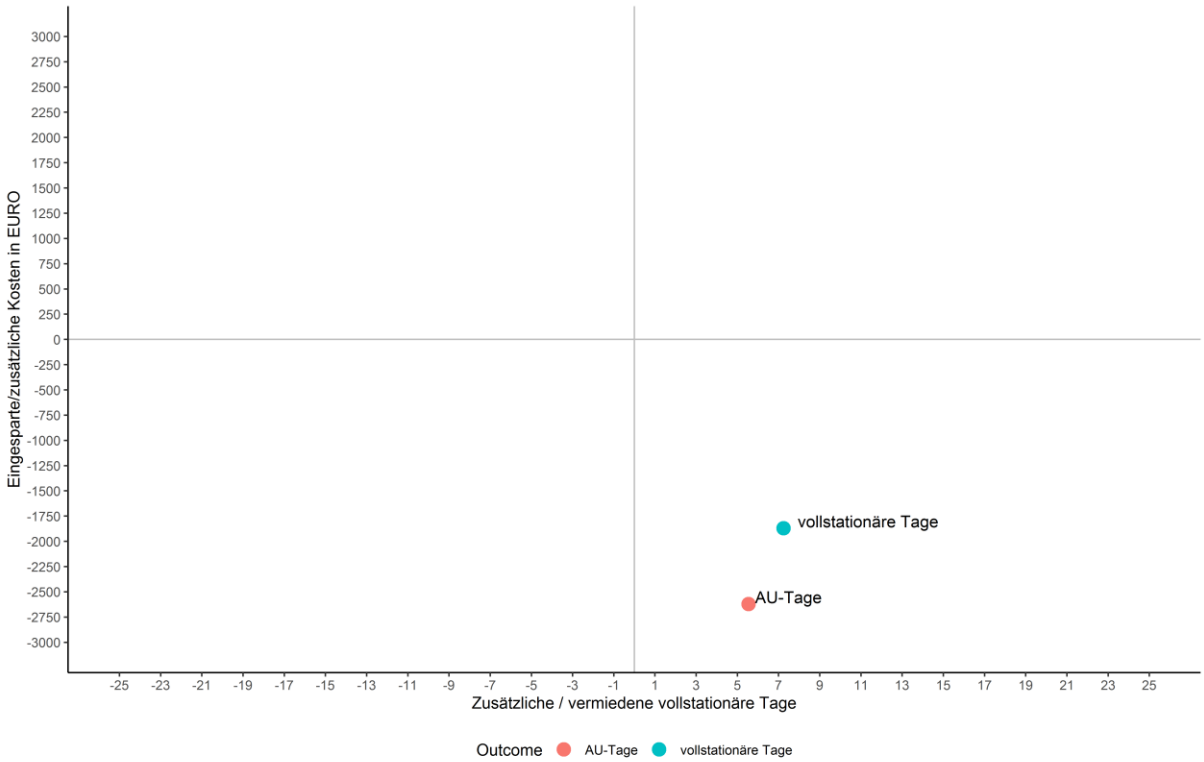
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	320	1.058,26 €	320	6.579,62 €	5.521,36 €
	KG	320	1.141,67 €	320	8.535,05 €	7.393,38 €
	Differenz IG-KG		-83,41 €		-1.955,43 €	-1.872,02 €
	p-Wert		0,779		0,004	0,012
(vermiedene) KH-Tage	IG	320	2,1	320	15,5	13,4
	KG	320	2,0	320	22,7	20,6
	Differenz IG-KG		0,1		-7,2	-7,3
	p-Wert		0,956		0,006	<0,001
	ICER					-258,21 €

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	215	868,48 €	215	5.694,62 €	4.826,14 €
	KG	206	915,73 €	206	8.364,48 €	7.448,75 €
	Differenz IG-KG		-47,25 €		-2.669,86 €	-2.622,62 €
	p-Wert		0,896		<0,001	0,002
(vermiedene) AU-Tage	IG	215	46,1	215	108,7	62,7
	KG	206	36,2	206	104,4	68,2
	Differenz IG-KG		9,9		4,4	-5,5
	p-Wert		0,179		0,708	<0,001
	ICER					-473,09 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.872,02 € je Patient günstiger als die KG (p = 0,012; vgl. Tabelle 66). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 7,3 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -258,21 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 258,21 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart (vgl. Abbildung 50).

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 2.622,62 € je Patient günstiger als die KG (p = 0,002; vgl. Tabelle 67). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 5,5 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -473,09 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag konnten 473,09 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart werden (vgl. Abbildung 50).

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Rüdersdorf in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 Kontrollklinken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen[2] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[3]. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den sechs Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

Effektivität

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

1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeits(AU)-Dauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
2) Die höhere Inanspruchnahme der IG in der PIA erklärt (teilweise) die geringere vollstationäre Behandlungsdauer.

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

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

Bezüglich der durchschnittlichen 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 niedriger als in der KG war (IG: 15,6 vollstationäre Tage; KG: 23,4 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dieser Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war auch bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einer einjährigen Nachbeobachtungszeit (DiD $_{additiv}$ = -7,01) sowie bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (DiD $_{additiv}$ = -7,25) ersichtlich. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken. Auch 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. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG um ca. sechs teilstationäre Tage geringer als in der KG. Die Modellversorgung scheint im Klinikum Rüdersdorf eine Auswirkung auf die voll- und teilstationären Behandlungstage zu haben. Eine Verringerung der vollstationären Tage führte nicht zu einer Erhöhung der teilstationären Tage. Vielmehr wurden in diesem Modellvorhaben sowohl voll- als auch teilstationäre Tage verringert.

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

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in der IG ein kontinuierlicher Trend von weniger vollstationären Tagen im Vergleich zum Prä-Zeitraum (mit leichtem Anstieg im dritten patientenindividuellen Jahr), während in der KG die Inanspruchnahme von vollstationären Tagen im ersten patientenindividuellen Jahr zunächst anstieg und danach auf dem ungefähren Niveau der IG absank. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungzeit zeigt sich, dass die Dauer vollstationärer Behandlungstage in der IG einen statistisch signifikant geringeren Anstieg verzeichnete als die der KG (DiD $_{additiv}$ = -6,11). Die Muster der Verläufe teilstationärer Aufenthalte waren zwischen IG und KG bei den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutli-

chen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Die vollstationäre Behandlungsdauer war in der IG stets geringer als in der KG (ausgenommen im dritten patientenindividuellen Jahr). Mutmaßlich weist zudem das bereits das im Prä-Zeitraum ersichtliche relativ vergleichbare Niveau der vollstationären Behandlungstage darauf hin, dass vor Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V eine vergleichbare Anzahl von voll- und teilstationären Behandlungstagen zwischen IG und KG in Anspruch genommen wurde. In der IG war die Dauer teilstationärer Tage im Prä-Zeitraum sogar noch niedriger als in der KG.

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung der vollstationären Behandlungstage auf ein Plateau erkennbar (klinikneu: bei ca. bei etwa 3-5 vollstationäre Behandlungstage; klinikbekannt: bei ca. 7-8 vollstationäre Behandlungstage). Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist. Weiterhin weisen klinikbekannte Patienten aufgrund der längeren Erkrankungs- bzw. Behandlungsdauer und weiterer möglicher Komorbiditäten eine höhere Inanspruchnahme verglichen mit klinikneuen Patienten auf (siehe auch Abschnitt 8.2.8 Komorbidität).

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer (vergleichbar niedriges Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau auf dem zweiten Modelljahr). Es gibt einen starken Zusammenhang von (voll)stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein (voll)stationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Vergleich man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG und die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im Durchschnitt ca. acht Tage weniger vollstationäre Behandlungsdauer und ca. sechs Tage weniger teilstationäre Behandlungsdauer aufwiesen, sowie 13 Tage weniger AU-Tage. Geht man davon aus, dass auch teilstationäre Behandlungstage AU-Zeiten bewirkten, dann würde sich die ca. 14 Tage weniger stationärer Aufenthalte (voll- und teilstationär) mit den ca. 13 Tagen weniger AU-Tagen decken.

Kongruent dazu ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr sowohl weniger voll- und teilstationäre Behandlungstage (-7,3 vollstationäre und -2,5 teilstationäre Behandlungstage) und weniger AU-Tage (-5,5 AU-Tage) zu verzeichnen waren.

Die Anzahl an AU-Tagen bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr sank sowohl in der IG als auch in der KG über die Zeit, war jedoch in der IG in jedem Beobachtungsjahr größer als in der KG, besonders im ersten patientenindividuellen Jahr. Dies spiegelt sich auch bei

den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur ein Jahr Nachbeobachtung wider. Hier sank die Anzahl an AU-Tagen in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (DiD $_{additiv}$ = 14,11).

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

Es lässt sich bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte feststellen, dass der Anstieg bezüglich der PIA-Inanspruchnahme in der IG bei den klinikneuen Patienten wesentlich höher ausfiel im Vergleich zur KG. Es scheint sich also die Verringerung der vollstationären und teilstationären Behandlungstage in eine Erhöhung der PIA-Inanspruchnahme auszuwirken. Die höhere PIA-Inanspruchnahme ist sowohl bei den klinikneuen Patienten (Referenzfall im ersten Jahr und ein Jahr Nachbeobachtung: DiD $_{additiv}$ = 4,71) und den klinikbekannten Patienten (Referenzfall im ersten Jahr und ein Jahr Nachbeobachtung: DiD $_{additiv}$ = 6,88) und bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr (DiD $_{additiv}$ = 3,94) ersichtlich.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar, wobei die IG hier stets eine leicht höhere ambulante Inanspruchnahme aufwies im Vergleich zur KG (sowohl bei den klinikbekannten, als auch bei den klinikneuen Patienten). Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, zeigt sich hier eine statistisch signifikant höhere Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG (DiD $_{additiv}$ = 1,29). Für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (und einem Jahr Nachbeobachtung) ergab sich hier jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied.

Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV – Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Bezüglich der Untersuchung der Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung in der IG um ca. 24 Tagen statistisch signifikant niedriger als in der KG (RR = 0,77, nur Vergleich erstes patientenindividuelles Jahr). Dies weist darauf hin, dass in der Modellversorgung ein kürzerer Zeitraum bis zu einer erneuten stationären Aufnahme vergeht als in der Regelversorgung. Vergleicht man dies jedoch mit den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit war die Dauer zwischen Entlassung stationärer Wiederaufnahme in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (klinikneu: RR = 1,18; klinikbekannt: RR = 1,1; nur Vergleich erstes patientenindividuelles Jahr 5).

Weiterhin war der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen in der IG um ca. 21%-Punkte und somit statistisch signifikant größer als in der KG (RR = 1,76).

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären und teilstationären Behandlungstagen und AU-Tagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität in der Modellklinik, ersichtlich ist. Ausgenommen hiervon ist die oben erwähnte geringere Zeit bis zur stationären Wiederaufnahme in der IG im Vergleich zur KG für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

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

Kosten

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten zwischen IG und KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich wiederum keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 2.212,05 € je Patient signifikant günstiger. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die stark unterschiedlich hohen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 1.877,92 € günstiger als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 156 von 333; KG: 188 von 303). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten ebenfalls um 570,26 € je Patient signifikant günstiger, wobei in beiden Gruppen etwa gleich viele Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 113; KG: 108). Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 80,37 €, im zweiten Jahr um 69,12 € je Patient. Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten (zweiten) Jahr hatten in der IG 234 (108) Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 170 (73).

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten signifikant günstiger als die KG. Im ersten Jahr waren die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 1.347,60 € geringer. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die niedrigeren Kosten vollstationärer Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 1.586,10 € je Patient günstiger als die KG, wobei in der IG 100 von 388 Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten, während dies auf 130 von 381 Patienten der KG zutraf. Bzgl. durchschnittlicher teilstationärer Versorgungskosten war die IG im Prä-Zeitraum signifikant günstiger als die KG. Vom ersten bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich jedoch keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung waren im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 87,67 € signifikant günstiger als in der KG – obwohl in der IG deutlich mehr Patienten einen PIA-Aufenthalt hatten (IG: 353; KG 316).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 1.872,02 € signifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.730,02 € signifikant günstiger als die KG. Während 233 von 320 Patienten der IG einen PIA-Aufenthalt hatten, traf dies in der KG nur auf 155 von ebenfalls 320 Patienten zu. Nichtsdestotrotz entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung in beiden Gruppen in etwa gleich: Die IG entwickelte sich im Zeitverlauf zwar um 70,36 € teurer als die KG, jedoch war diese Kostendifferenz nicht signifikant ($p = 0,086$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr nicht signifikant voneinander. Bei den klinikbekannten Patienten war jedoch die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich des zweiten Nachbeobachtungsjahres signifikant teurer als die KG, während es im dritten Beobachtungsjahr keine signifikanten Kostenunterschiede mehr gab. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

Fazit

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung bzgl. de direkten Verursachung der beschriebenen Effekte durch das Modellvorhaben zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl vollstationäre Tage als auch Arbeitsunfähigkeitstage in diesem Modellprojekt vermieden wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten (ausgenommen Dauer stationäre Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr). 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 zwei verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen,* sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

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

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung

getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Parameters verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Zielparametern strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Prä-Zeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vorneherein 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 andrerseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundärdiagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten, nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiat-

rischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnose-Übereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 20 % unterhalb der Kontrollkliniken und von 2014 bis 2016 in etwa auf dem Niveau der Kontrollkliniken. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr ist 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 konsentierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

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

hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch 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 Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

13. Literatur

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

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**343**	**343**	**343**	**343**
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)	6,7 %	35,9 %	10,5 %	41,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,7 %	1,5 %	1,5 %	2,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,5 %	11,1 %	12,2 %	13,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	2,9	15,3	3,4	22,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	11,6	0,6	17,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,1	26,8	4,0	40,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,6	0,3	0,2	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,6	0,3	0,2	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	1,3	1,4	1,3

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

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

[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**397**	**397**	**397**	**397**
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)	38,5 %	28,2 %	40,3 %	31,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,8 %	2,0 %	2,3 %	2,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	13,6 %	12,8 %	16,4 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	12,5	9,8	14,3	17,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	5,2	5,4	8,0	4,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	17,7	15,2	22,3	22,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	0,8	1,3	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,6	0,7	1,3	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,2	1,6	1,9	1,6

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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)	**343**	**343**	**343**	**343**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**337**	**338**	**334**	**340**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	6,9	0,1	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	4,1	5,9	3,6	5,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	7,3	7,5	7,3	9,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,3	0,4	0,4	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,3	0,3	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	8,7	8,7	6,8	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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**397**	**397**	**397**	**397**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**392**	**394**	**393**	**394**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,1	13,4	5,2	6,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	3,8	3,6	2,9	2,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	8,7	9,7	9,0	10,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,3	0,3	0,2	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	10,5	10,6	9,8	9,1

[1] Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder 016xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.
[3] Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60
[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69
[5] Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**27**	**271**	**48**	**360**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,4 %	22,9 %	4,2 %	6,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,1 %	15,9 %	14,6 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	51,9 %	38,7 %	25,0 %	45,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,5 %	12,2 %	10,4 %	7,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,4 %	6,6 %	4,2 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,7 %	0,0 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,9 %	40,6 %	22,9 %	23,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,0 %	33,2 %	54,2 %	37,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**22**	**164**	**36**	**205**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	4,5 %	22,6 %	5,6 %	7,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,6 %	20,1 %	16,7 %	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	54,5 %	39,6 %	25,0 %	37,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	18,2 %	10,4 %	11,1 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	9,1 %	6,7 %	5,6 %	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,2 %	0,0 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,3 %	44,5 %	27,8 %	26,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,8 %	31,7 %	50,0 %	42,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**72**	**28**	**116**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	27,8 %	7,1 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	27,8 %	17,9 %	19,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	40,0 %	33,3 %	28,6 %	31,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	0,0 %	8,3 %	14,3 %	6,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	6,9 %	7,1 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,2 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	54,2 %	32,1 %	30,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	30,6 %	42,9 %	43,1 %

[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

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**23**	**256**	**32**	**320**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,7 %	35,2 %	12,5 %	14,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,4 %	32,4 %	28,1 %	26,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	78,3 %	63,7 %	59,4 %	68,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,8 %	30,5 %	28,1 %	29,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,7 %	14,1 %	6,3 %	11,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,7 %	3,1 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,5 %	64,5 %	46,9 %	47,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,0 %	12,5 %	21,9 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**20**	**155**	**25**	**183**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	36,1 %	16,0 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	38,7 %	28,0 %	35,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	80,0 %	67,1 %	60,0 %	61,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	45,0 %	30,3 %	32,0 %	32,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,0 %	18,1 %	8,0 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,6 %	0,0 %	8,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	69,7 %	52,0 %	56,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	11,0 %	20,0 %	12,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**68**	**19**	**100**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	38,2 %	21,1 %	18,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,0 %	51,5 %	31,6 %	41,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	60,0 %	69,1 %	68,4 %	58,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,0 %	32,4 %	31,6 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	22,1 %	10,5 %	10,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,5 %	0,0 %	9,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,0 %	77,9 %	63,2 %	64,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	7,4 %	15,8 %	10,0 %

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

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	**17**	**237**	**22**	**281**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	41,2 %	38,4 %	13,6 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	35,3 %	40,9 %	54,5 %	39,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,4 %	81,4 %	81,8 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	76,5 %	53,6 %	72,7 %	54,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	23,5 %	18,1 %	22,7 %	19,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	8,9 %	4,5 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,5 %	73,0 %	72,7 %	62,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,9 %	4,6 %	9,1 %	4,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**15**	**141**	**18**	**158**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,0 %	39,0 %	16,7 %	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	48,9 %	55,6 %	51,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	80,0 %	82,3 %	83,3 %	83,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	80,0 %	57,4 %	77,8 %	55,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	26,7 %	22,0 %	16,7 %	24,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	10,6 %	0,0 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,3 %	78,7 %	72,2 %	74,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,7 %	4,3 %	5,6 %	1,9 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	<10	60	12	82
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	40,0 %	25,0 %	20,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	61,7 %	75,0 %	61,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	66,7 %	86,7 %	91,7 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	66,7 %	56,7 %	75,0 %	58,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	25,0 %	16,7 %	25,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	8,3 %	0,0 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	85,0 %	91,7 %	85,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	218	227	245	295
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,7 %	29,1 %	15,9 %	11,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,2 %	9,3 %	9,8 %	11,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,5 %	26,0 %	38,0 %	23,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,8 %	9,7 %	13,5 %	7,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,8 %	4,0 %	1,6 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,2 %	2,4 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,8 %	38,3 %	26,9 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,3 %	44,1 %	38,8 %	55,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	195	187	213	235
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,0 %	31,0 %	16,9 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	9,2 %	11,2 %	11,3 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	38,5 %	28,3 %	39,4 %	23,8 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,4 %	11,8 %	14,1 %	8,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,1 %	4,8 %	1,9 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	2,1 %	1,9 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,8 %	42,2 %	29,6 %	29,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,5 %	40,1 %	36,6 %	53,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**125**	**112**	**120**	**142**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,2 %	33,9 %	20,0 %	14,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	10,4 %	12,5 %	14,2 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	36,8 %	30,4 %	35,8 %	23,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,8 %	13,4 %	15,8 %	10,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,2 %	5,4 %	2,5 %	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	2,7 %	1,7 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,0 %	46,4 %	35,8 %	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,4 %	34,8 %	36,7 %	51,4 %

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

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**179**	**192**	**209**	**234**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,0 %	53,6 %	32,5 %	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,5 %	14,6 %	16,7 %	22,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	59,2 %	56,3 %	67,0 %	51,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	36,9 %	21,9 %	29,2 %	27,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,2 %	9,4 %	5,3 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	6,8 %	5,7 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,6 %	64,6 %	52,2 %	48,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	16,7 %	13,4 %	19,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**164**	**161**	**184**	**189**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,9 %	57,8 %	33,7 %	23,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	14,6 %	16,8 %	19,0 %	27,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,9 %	59,0 %	67,9 %	50,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	37,8 %	23,6 %	32,1 %	28,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	11,6 %	11,2 %	6,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	7,5 %	5,4 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	70,2 %	56,0 %	54,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,5 %	13,0 %	11,4 %	18,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**104**	**95**	**107**	**114**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,6 %	62,1 %	36,4 %	25,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,3 %	18,9 %	24,3 %	32,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	57,7 %	58,9 %	61,7 %	50,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	40,4 %	25,3 %	34,6 %	31,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,6 %	10,5 %	7,5 %	10,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	4,2 %	8,4 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,8 %	77,9 %	64,5 %	60,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,4 %	10,5 %	10,3 %	14,9 %

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

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	**139**	**159**	**154**	**175**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	55,4 %	67,9 %	43,5 %	28,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,7 %	18,9 %	23,4 %	32,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,8 %	83,6 %	87,0 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,3 %	42,8 %	57,1 %	58,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,3 %	16,4 %	10,4 %	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,2 %	14,5 %	11,0 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,7 %	79,9 %	68,2 %	64,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	4,4 %	3,2 %	4,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**129**	**133**	**141**	**147**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	55,0 %	73,7 %	45,4 %	29,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,6 %	21,8 %	25,5 %	36,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,6 %	84,2 %	88,7 %	82,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,7 %	45,1 %	58,2 %	61,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	17,8 %	19,5 %	11,3 %	16,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,4 %	15,8 %	10,6 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,6 %	87,2 %	72,3 %	68,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	3,0 %	2,8 %	3,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**84**	**86**	**84**	**92**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	54,8 %	75,6 %	46,4 %	30,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,7 %	22,1 %	33,3 %	40,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	86,9 %	87,2 %	86,9 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,5 %	46,5 %	58,3 %	67,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	14,3 %	16,3 %	14,3 %	16,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	15,1 %	14,3 %	12,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,0 %	89,5 %	81,0 %	72,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	1,2 %	1,2 %	3,3 %

[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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungs-zeitraum	**325**	**325**	**323**	**323**	**325**	**325**	**323**	**323**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	33	189	52	226	33	189	52	226
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	57	21	85	<10	57	21	85
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	18	<10	28	<10	18	<10	28
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	10	82	40	133	10	82	40	133
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	25	19	58	<10	25	19	58
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	20	<10	<10	<10	20

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem[2] (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA1)	27,3 %	16,4 %	19,2 %	15,0 %	12,1 %	9,5 %	15,4 %	12,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	20,0 %	12,2 %	12,5 %	8,3 %	10,0 %	4,9 %	10,0 %	5,3 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	0,0 %	1,8 %	4,8 %	8,2 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	3,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	0,0 %	0,0 %	5,3 %	6,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	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)	278,2	544,0	286,5	664,2	458,3	846,8	407,5	793,7
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	245,5	391,6	309,0	440,4	387,0	803,5	511,8	635,6

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	0,0	343,5	474,0	246,5	0,0	343,5	0,0	333,5
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	0,0	0,0	474,0	213,8	0,0	0,0	0,0	409,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

[2] Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende 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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungs-zeitraum	**376**	**376**	**376**	**376**	**376**	**376**	**376**	**376**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	297	236	314	274	297	236	314	274
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	111	95	135	134	111	95	135	134
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	34	30	45	51	34	30	45	51
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	198	151	205	179	198	151	205	179
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	78	60	94	90	78	60	94	90
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	25	18	32	34	25	18	32	34

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem[2] (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA1)	22,6 %	4,7 %	19,4 %	12,4 %	15,2 %	4,2 %	15,0 %	9,9 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	23,7 %	2,6 %	18,5 %	10,6 %	14,6 %	1,3 %	12,7 %	6,7 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	5,4 %	6,3 %	8,9 %	8,2 %	0,0 %	3,2 %	2,2 %	4,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	3,8 %	5,0 %	5,3 %	4,4 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	3,3 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	2,9 %	3,3 %	2,2 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	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)	259,9	574,1	361,5	408,9	339,6	755,5	480,1	506,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	223,9	250,0	326,8	379,8	289,8	451,5	440,7	527,2

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	168,8	387,7	260,3	367,5	0,0	436,8	296,5	506,1
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	157,2	392,0	175,2	335,8	0,0	514,5	0,0	392,7
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	156,7	134,2	167,0	126,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	134,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

[2] Unter Kontakt zum psychiatrisches Versorgungssystem werden Kontakte bei niedergelassenen Fachärzten (Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69) oder zur PIA oder im Krankenhaus mit Fachabteilung 29xx (Allgemeine Psychiatrie), 30xx (Kinder- und Jugendpsychiatrie) oder 31xx (Psychosomatik/Psychotherapie) definiert. Nicht berücksichtigt werden Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen sowie folgende 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)	**343**	**343**	**343**	**343**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**337**	**338**	**334**	**340**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,6%	1,7%	0,0%	1,5%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,3%	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)	**397**	**397**	**397**	**397**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**392**	**394**	**393**	**394**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,8%	0,8%	0,3%	0,8%
• Vier (B)	0,5%	0,0%	0,3%	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)	**206**	**206**	**200**	**200**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	169	117	171
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,3	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	43,7	103,5	32,3	113,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	31,1%	17,0%	36,5%	19,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,2	1,2	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**189**	**189**	**174**	**174**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	123	121	105	94
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,8	2,0	1,8	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	62,7	61,4	54,3	38,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	28,0%	13,2%	20,1%	9,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,5	1,8	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,5	2,7	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	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 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 aufweisen[1] (alle)	**232**	**257**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	24,6%	34,6%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	101,4	81,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**138**	**148**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	14,7%	19,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	97,1	72,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**61**	**75**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	6,5%	12,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	104,4	77,5

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**164**	**175**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	43,3%	56,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	114,7	99,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**145**	**148**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	37,2%	46,3%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	117,9	98,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**93**	**94**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	23,2%	31,4%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	128,1	82,5

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

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

Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**343**	**343**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,3	3,3
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 4	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		
• Mittelwert	2,3	2,2
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 3	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		
• Mittelwert	1,0	1,0
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**397**	**397**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,4	3,7
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 4	2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score[1] (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren		
• Mittelwert	2,7	2,9
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 4	2 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score[1] (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren		
• Mittelwert	0,7	0,8
• Median	0	0
• (Interquartilsabstand)	0 - 1	0 - 1

Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**343**	**343**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,0 %	1,7 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**397**	**397**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,5 %	1,8 %

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	**336**	**337**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	110	139
• Jegliche depr. Episode[3]	230	235
• ohne Suchterkrankung [5]	253	259
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	31,8 %	15,8 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,9 %	5,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	15,0 %	18,1 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	**387**	**390**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	72	107
• Jegliche depr. Episode[3]	244	232
• ohne Suchterkrankung [5]	261	250
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	12,5 %	5,6 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	0,8 %	0,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	8,0 %	5,6 %

[1] ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)
[2] ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)
[3] ICD-10: F32 (ohne F20-29)
[4] ICD-10: F33 (ohne F20-29)
[5] Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit[3]	**35**	**32**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	8,6 %	6,3 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**53**	**50**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	1,9 %	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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**40**	**33**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	0,0 %	3,0 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**11**	**13**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	63,6 %	53,8 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**23**	**21**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	43,5 %	52,4 %

[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)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**365**	**348**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	54,2 %	46,6 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**186**	**259**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	16,7 %	15,8 %

[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)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[2]	**77**	**74**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	81,8 %	87,8 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**34**	**40**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	85,3 %	85,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**<10**	**<10**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	40,0 %	40,0 %

[1] Alter ≥ 18 Jahre
[2] ICD-10: F20, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum
[3] ACT-Codes: N05A
[4] ICD-10: F20, nur stationäre Fälle, ohne Personen mit stationärem Aufenthalt länger als 6 Monate innerhalb Beobachtungszeitraum
[5] ICD-10: F20, ohne Personen mit Besuch einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder stationärem Aufenthalt mit F20 im gleichen oder folgenden Quartal (da Monitoring auf Nebenwirkungen in PIA und medikamentöse Therapie in Krankenhaus nicht ersichtlich)
[6] ≥ 2 Rezepte von Antipsychotika (ATC: N05AL05, N05AX12, N05AH05, N05AD07, N05AD06, N05AF03, N05AH02, N05AF01, N05AB02, N05AG01, N05AD01, N05AA02, N05AD03, N05AH03, N05AX13, N05AB10, N05AB03, N05AG02, N05AD05, N05AX07, N05AH04, N05AX08, N05AE03, N05AL01, N05AC02, N05AE04) innerhalb von 12 Monaten
[7] Monitoring abgebildet über EBM: 27320 (Ruhe-EKG), 32057 (Blutuntersuchung, Blutzucker), Gewichtskontrolle lässt sich über EBM nicht abbilden

14.2 Graphische Abbildungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

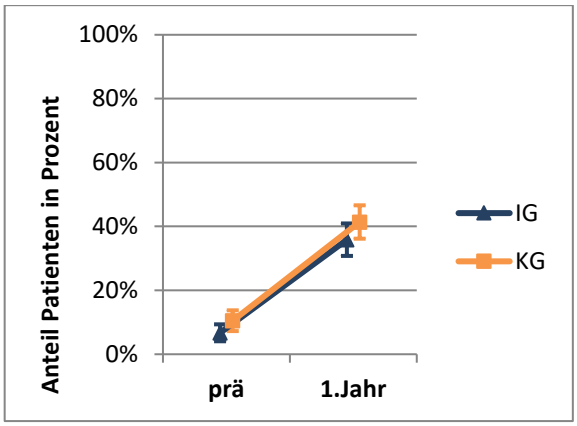
Legende für die folgenden Abbildungen:

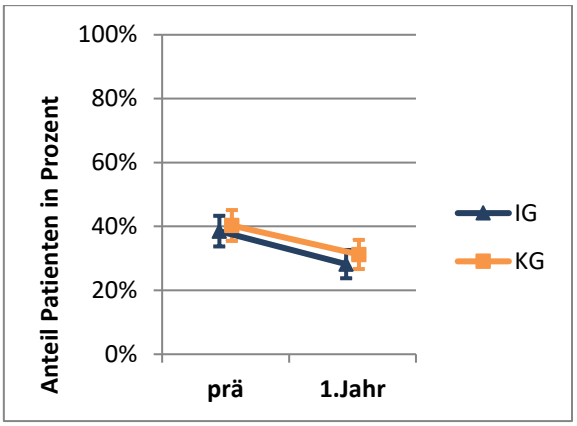
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**

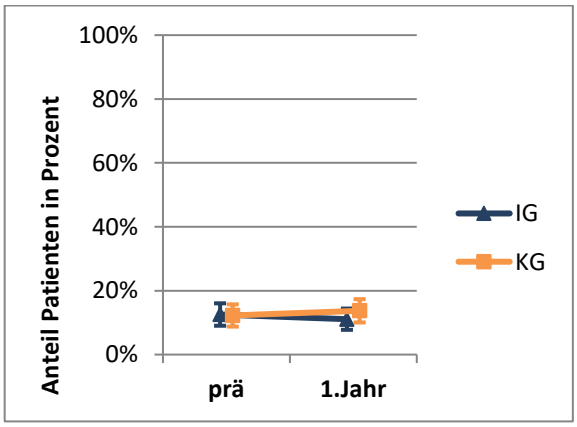


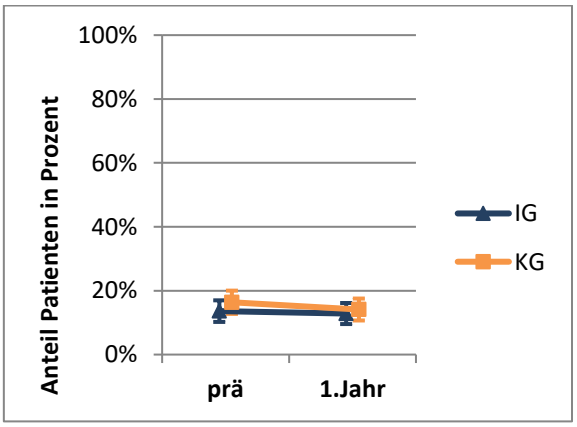


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

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

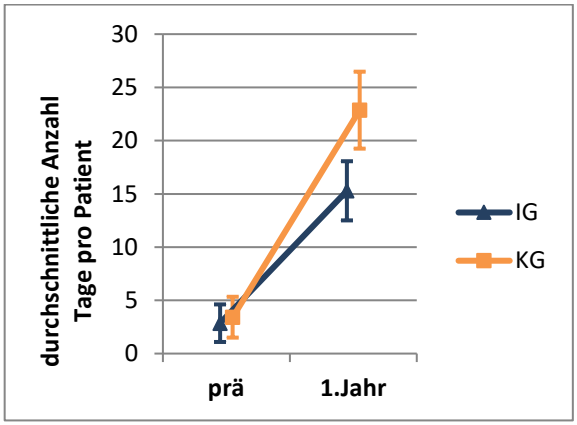


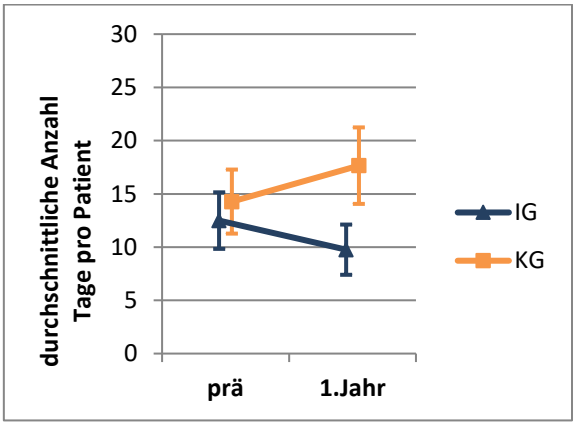


Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

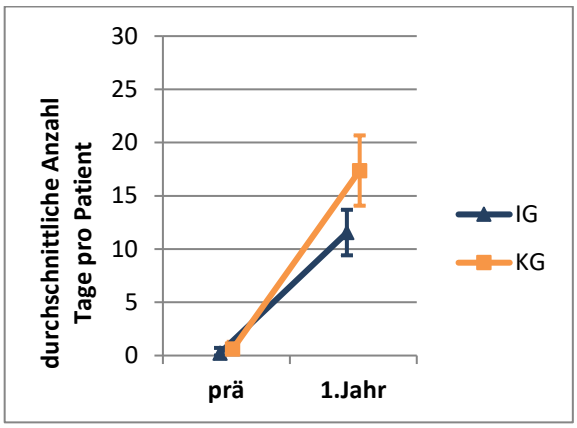
Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

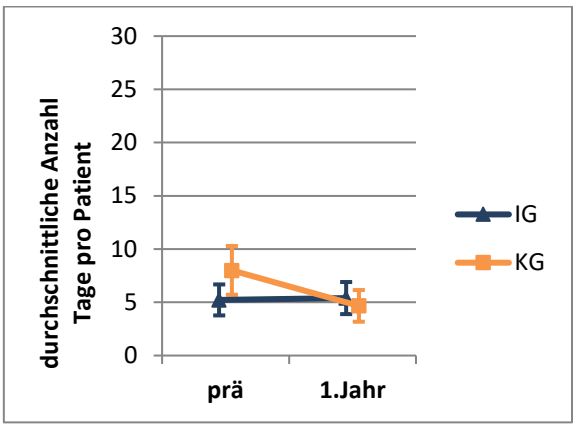
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**





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

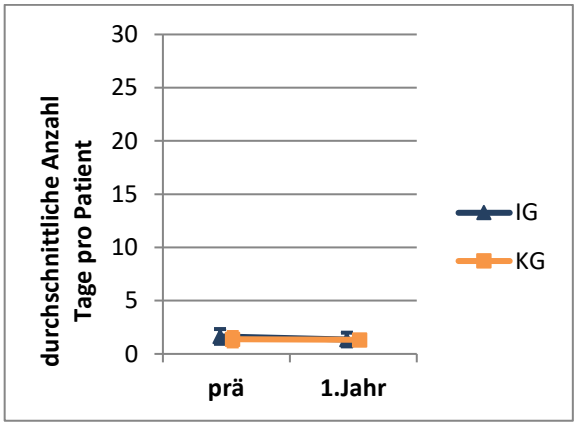




- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



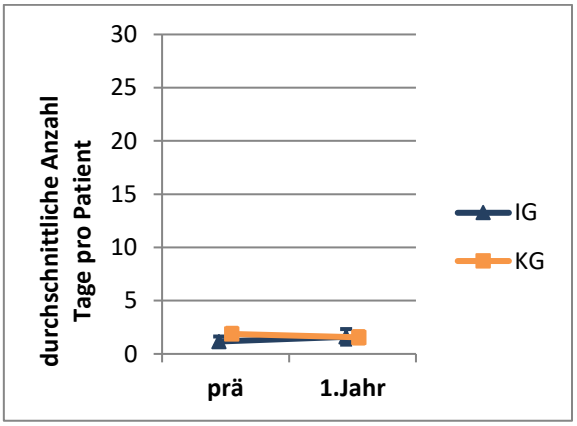


Abbildung 52: Graphische Abbildungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

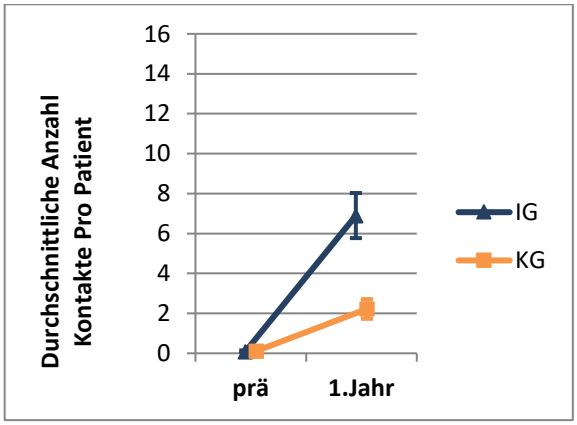
Legende für die folgenden Abbildungen:

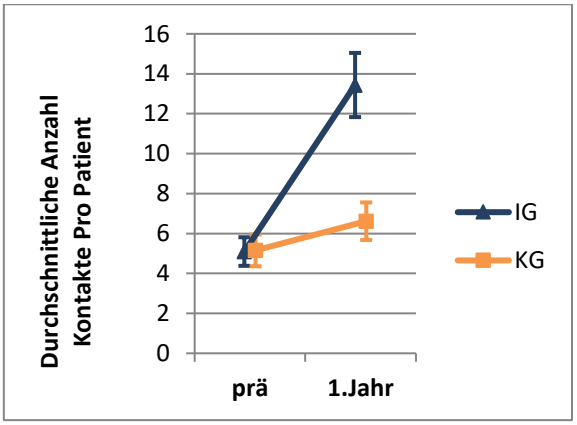
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

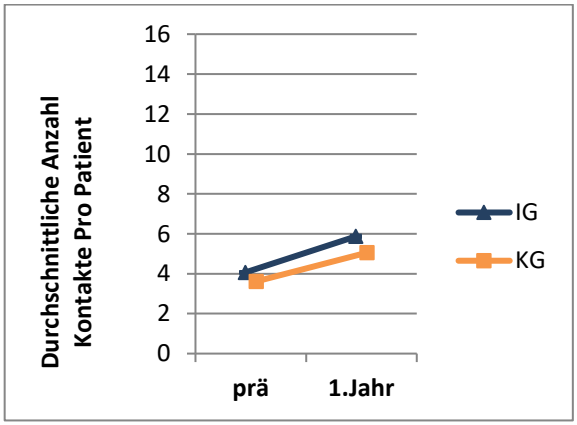
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

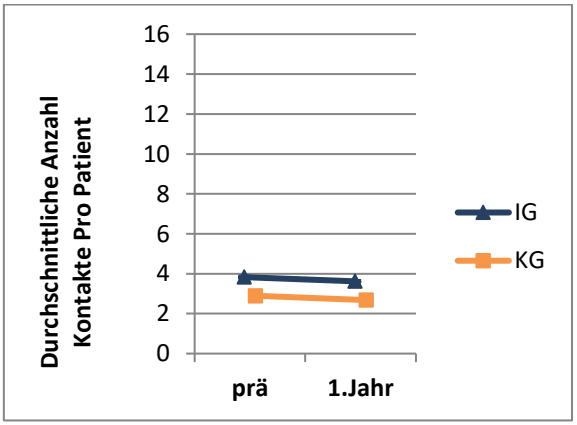
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



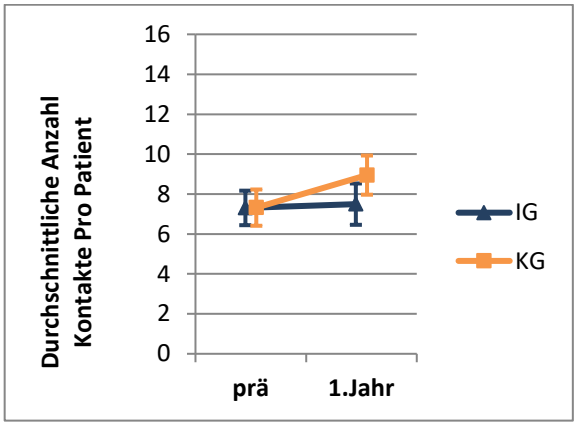


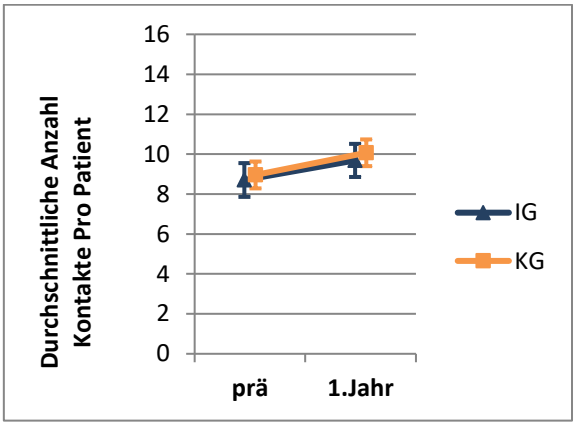
- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**





- **bei anderen Vertragsärzten (E)**





Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

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

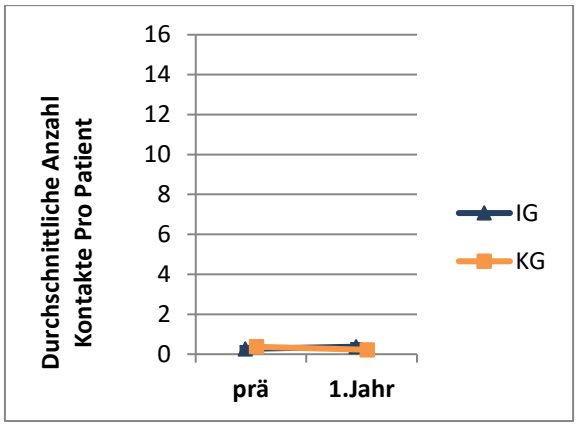
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

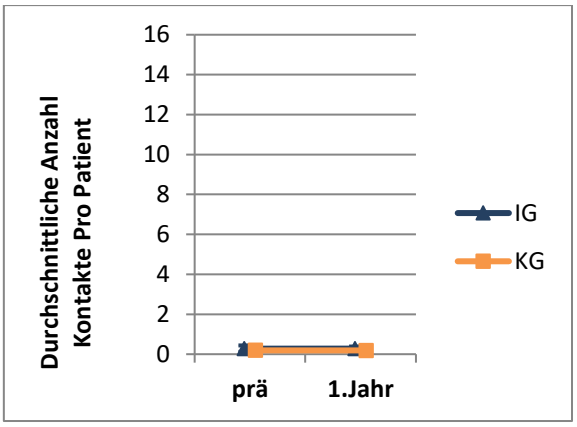
Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



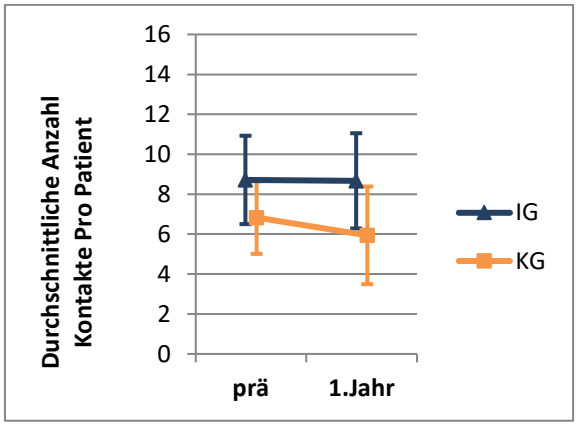


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



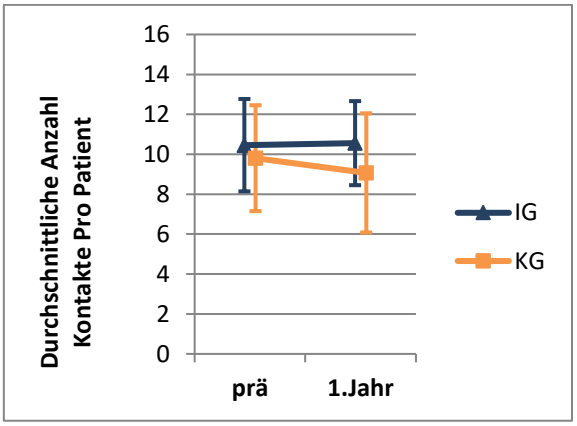


Abbildung 53: Graphische Abbildungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

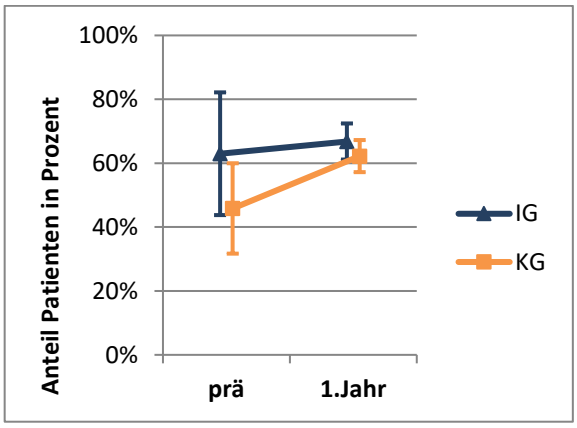
Legende für die folgenden Abbildungen:

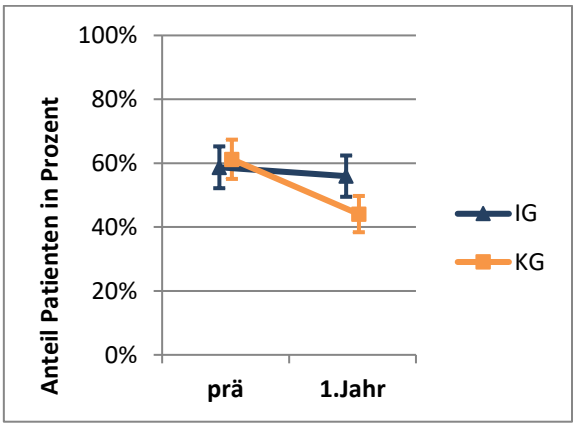
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

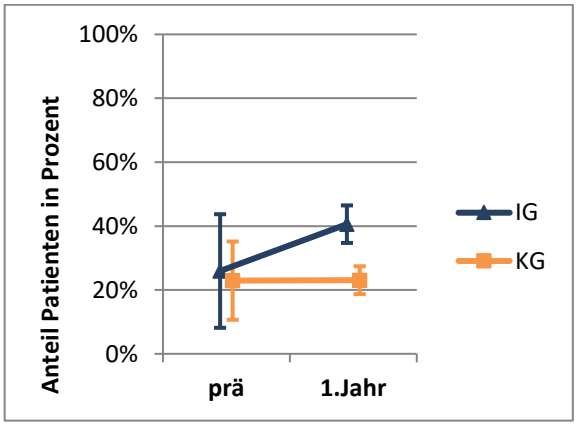
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

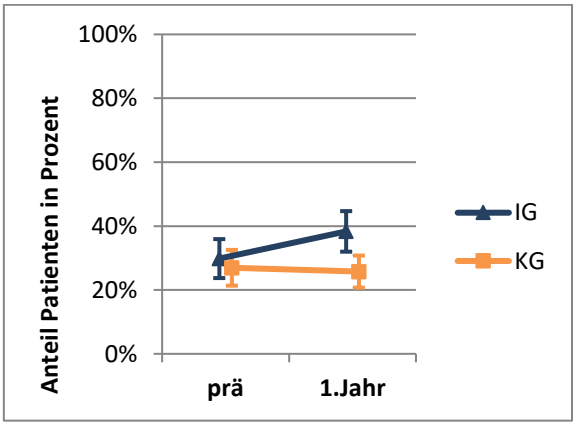
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

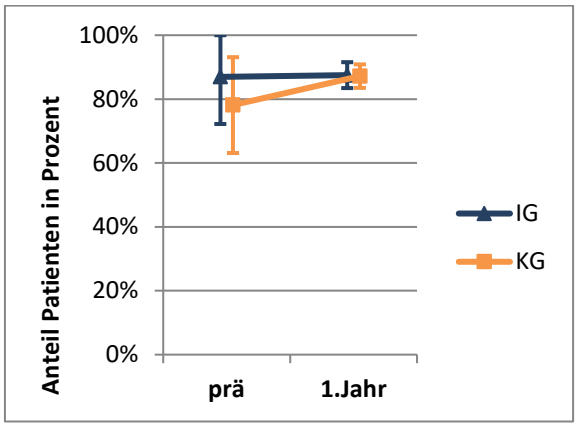


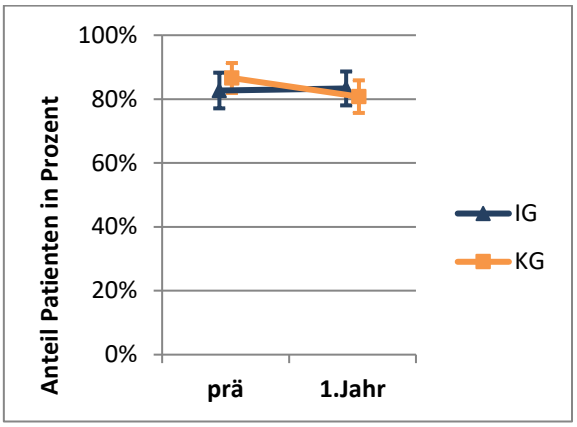


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

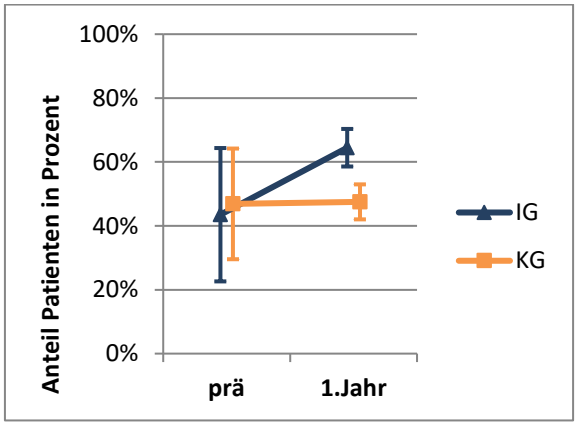
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

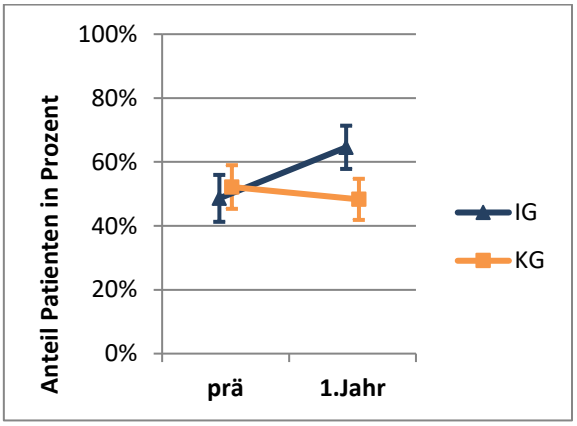
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

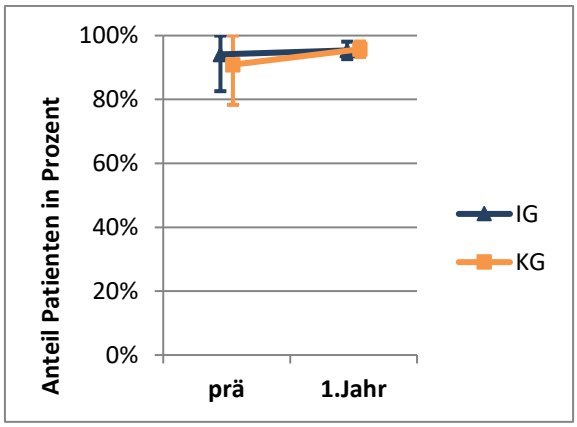


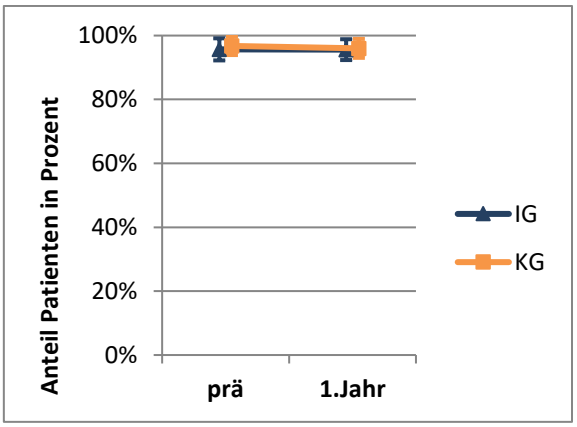


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

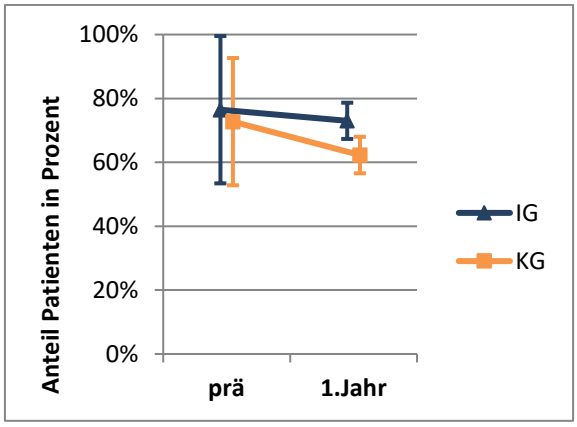
Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



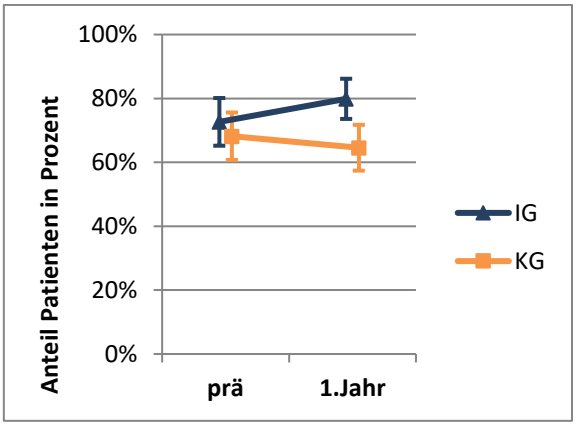


Abbildung 54: Graphische Abbildungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

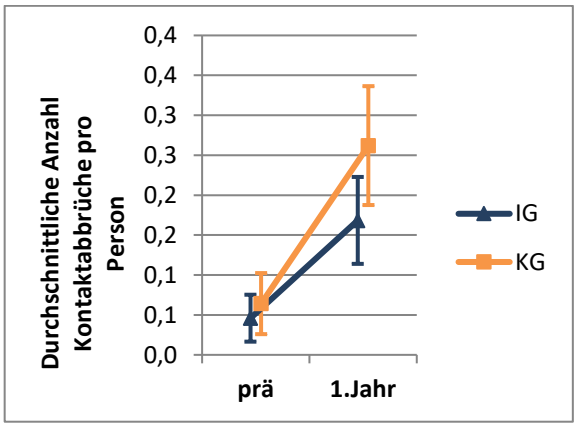
Legende für die folgenden Abbildungen:

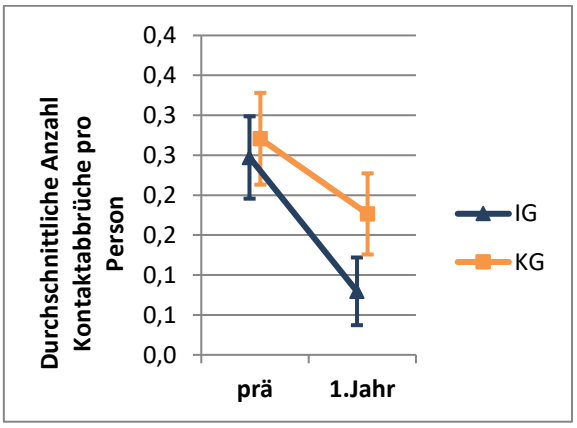
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

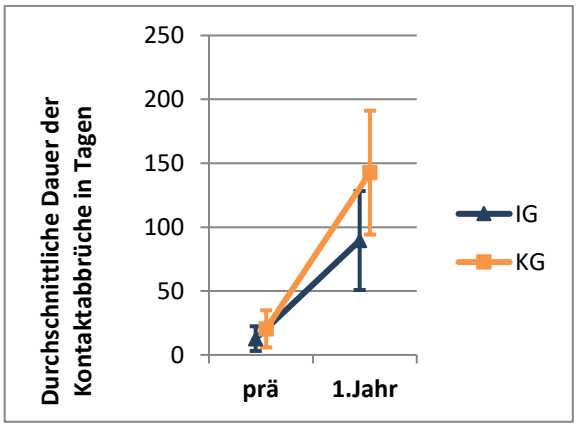


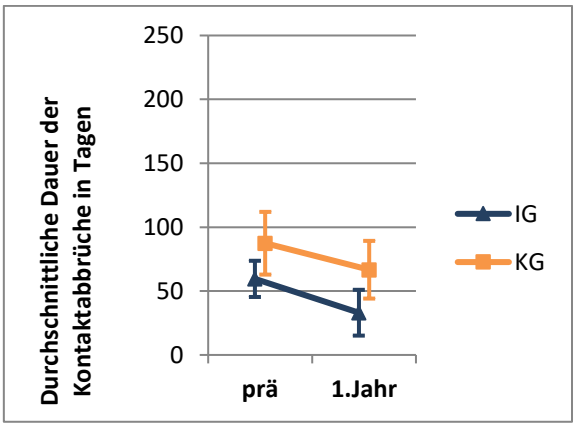


Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



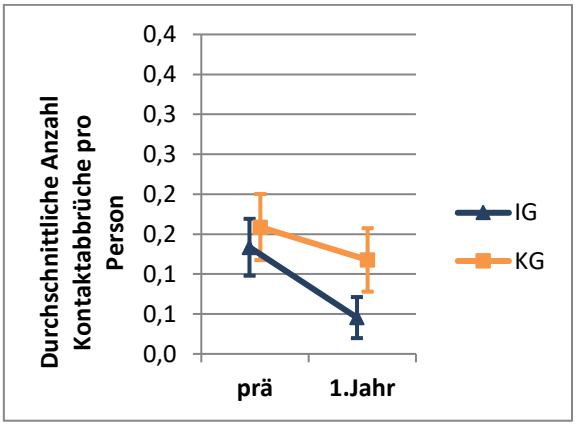


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein



Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

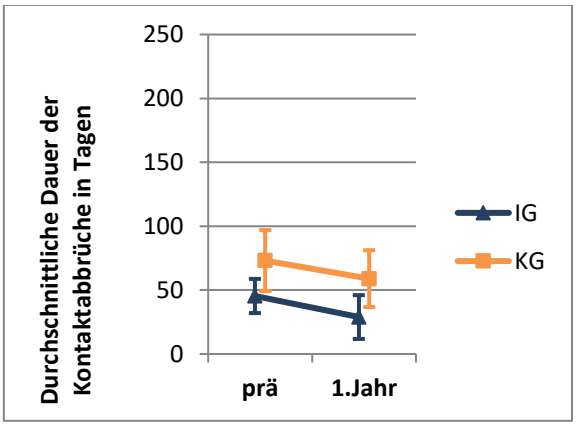


Abbildung 55: Graphische Abbildungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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 Abbildungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

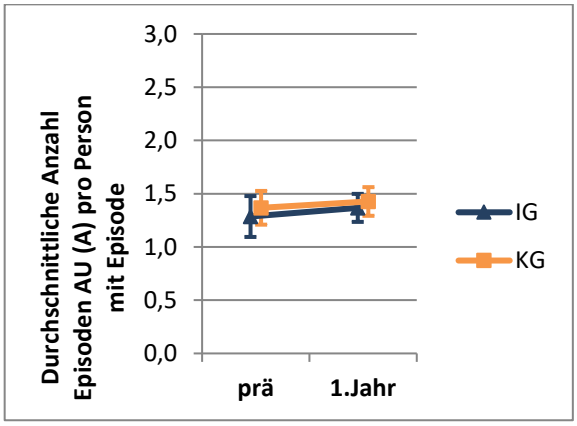
Legende für die folgenden Abbildungen:

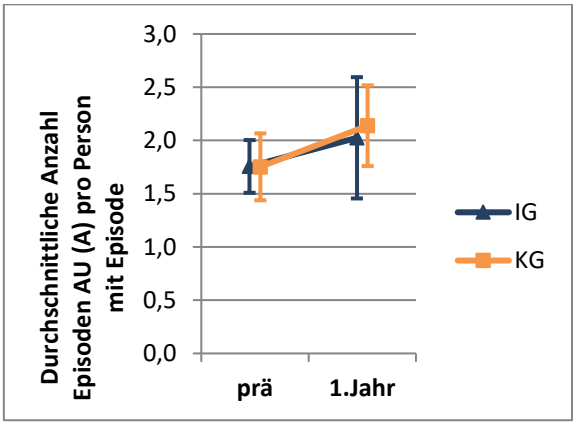
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

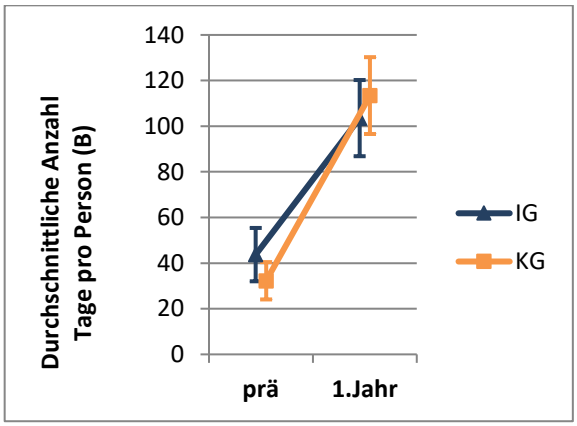
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

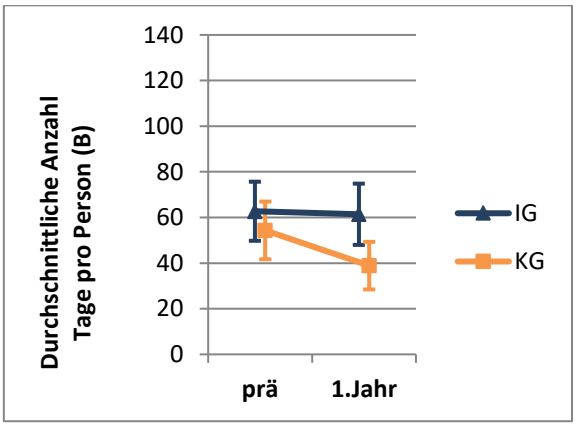
- **Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode**





- **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

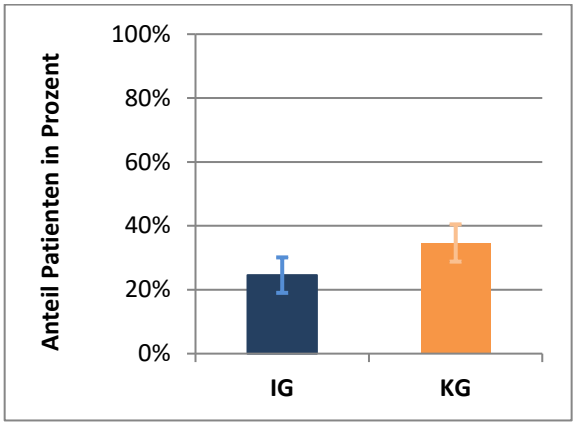
Abbildung 57: Graphische Abbildungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

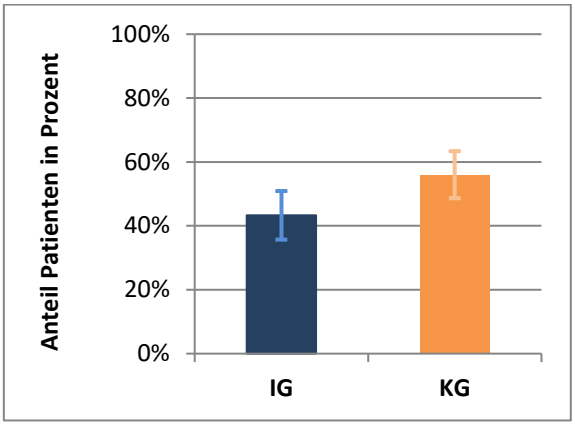
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

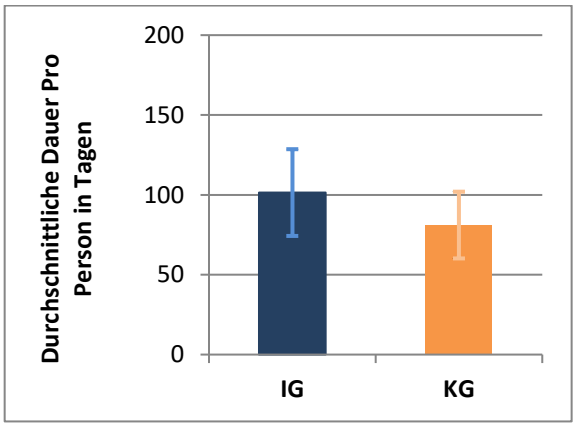
Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

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





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



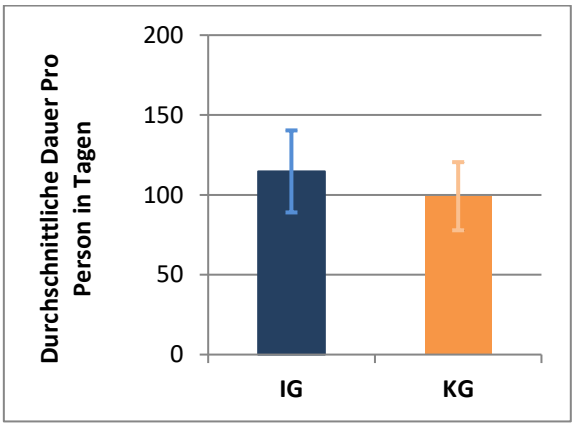


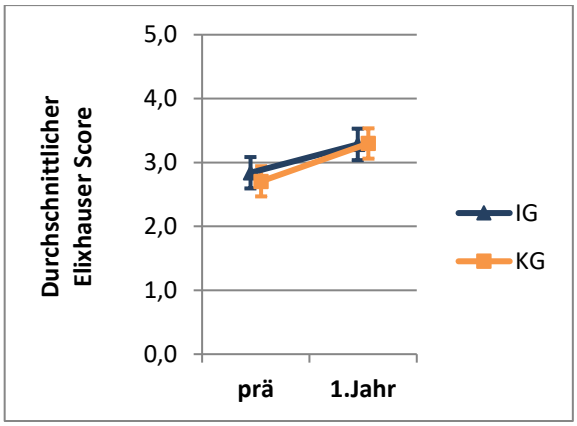
Abbildung 58: Graphische Abbildungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

Mittlerer Elixhauser Score



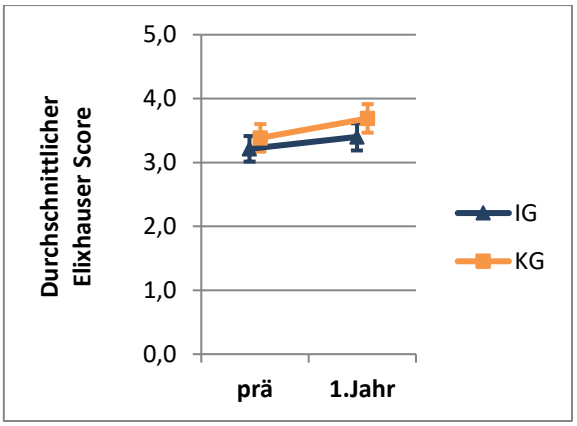


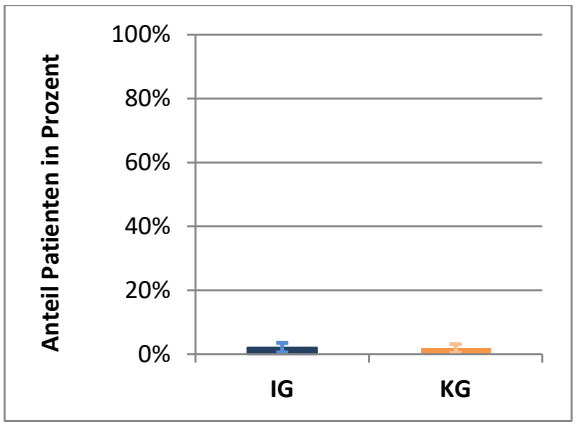
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

Anzahl Tode



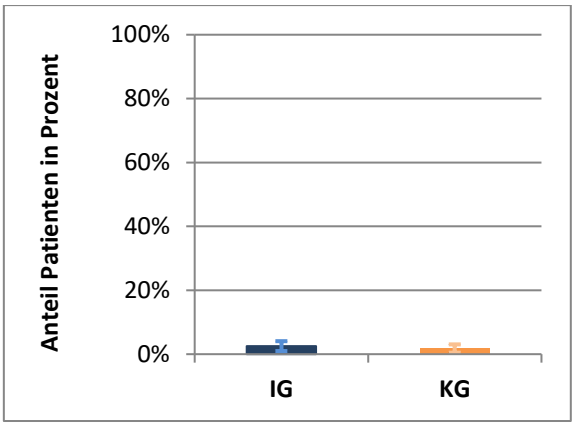


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten	Klinikbekannte Patienten
Progression A (→ schwere depressive Störung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein
Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein
Progression C (→ Suchterkrankung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alle Patienten

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

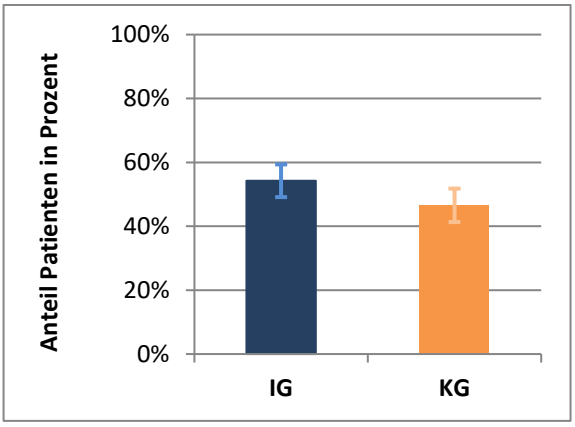
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

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

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar.

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-7,01*** -7,72…-6,31	kf	-0,24 -0,49…0,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,80*** 0,73…0,88	kf	0,85 0,72…1,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,21 0,63-2,34	kf	0,67 0,29-1,54	0,80*** 0,73-0,88	kf	0,84 0,70-1,01
Gruppe	0,69 0,39-1,23	kf	1,02 0,49-2,10	1,01 0,63-1,63	kf	0,63 0,29-1,36
Zeit	7,68*** 4,80-12,30	kf	1,18 0,67-2,10	6,72*** 6,32-7,15	kf	0,95 0,83-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,54-1,46	kf	0,61 0,23-1,61	1,79 0,87-3,67	kf	0,44 0,12-1,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,77-1,54	kf	0,85 0,43-1,67	0,86 0,50-1,47	kf	0,77 0,32-1,85
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,88 0,60-1,31	kf	0,44 0,20-1,00	0,85 0,46-1,57	kf	0,37 0,13-1,06
Psy A[1]	1,17 0,81-1,69	kf	0,63 0,29-1,37	1,88* 1,06-3,36	kf	0,54 0,21-1,40
Psy B[2]	1,16 0,78-1,73	kf	1,93 0,86-4,32	1,04 0,56-1,96	kf	1,73 0,63-4,73
Alter	0,99*** 0,99-1,00	kf	1,02 1,00-1,04	1,00 0,98-1,02	kf	1,02 0,99-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,68* 0,49-0,94	kf	1,42 0,74-2,73	0,65 0,39-1,08	kf	1,33 0,58-3,08
Komorbidität[3]	1,05 0,98-1,13	kf	1,52*** 1,29-1,77	1,10 0,97-1,24	kf	1,89*** 1,56-2,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,55-1,74	kf	1,30 0,48-3,58	2,09 0,87-5,02	kf	0,65 0,17-2,50
Anzahl AU Präzeit-raum (Median split)	1,71** 1,25-2,35	kf	1,37 0,74-2,54	0,96 0,59-1,58	kf	1,25 0,56-2,78
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69* 0,50-0,95	kf	0,64 0,35-1,21	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,52 0,23-1,16

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 Modell-jahr

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-6,11*** -6,83…-5,38	kf	0,75*** 0,51…1,00
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,63*** 0,60…0,67	kf	1,65*** 1,41…1,94
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,59-1,61	kf	1,11 0,58-2,13	0,63*** 0,60-0,67	kf	1,68*** 1,43-1,97
Gruppe	1,06 0,74-1,52	kf	1,01 0,61-1,68	0,81 0,46-1,42	kf	0,67 0,35-1,26
Zeit	0,54** 0,38-0,78	kf	0,80 0,51-1,26	1,23*** 1,19-1,28	kf	0,79*** 0,71-0,88
Indexgruppe 6 (F10)	2,56*** 1,65-3,98	kf	1,20 0,64-2,27	4,59** 1,90-11,10	kf	0,74 0,25-2,13
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,54 0,96-2,47	kf	0,70 0,34-1,43	6,24*** 2,42-16,08	kf	0,57 0,19-1,73
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,62-1,32	kf	0,99 0,57-1,72	0,64 0,30-1,39	kf	0,83 0,35-1,96
Psy A[1]	1,47 0,87-2,51	kf	1,43 0,65-3,14	1,66 0,57-4,79	kf	1,90 0,55-6,54
Psy B[2]	0,89 0,66-1,20	kf	0,98 0,62-1,55	0,67 0,36-1,27	kf	0,71 0,34-1,46
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,00 0,99-1,02	0,99 0,96-1,01	kf	1,00 0,98-1,03
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,67-1,25	kf	1,47 0,91-2,37	0,69 0,36-1,31	kf	1,33 0,63-2,80
Komorbidität[3]	0,98 0,92-1,06	kf	1,32*** 1,19-1,47	1,11 0,95-1,28	kf	1,55*** 1,32-1,83
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,54 0,95-2,49	kf	2,58** 1,40-4,74	2,24 0,88-5,69	kf	4,06** 1,43-11,57
Anzahl AU Präzeit-raum (Median split)	7,47*** 5,35-10,44	kf	1,29 0,85-1,97	19,26*** 10,73-34,55	kf	1,68 0,87-3,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,24*** 0,17-0,34	kf	0,30*** 0,18-0,51	0,02*** 0,01-0,05	kf	0,16*** 0,07-0,36

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-7,25*** -7,96…-6,54	kf	1,24*** 0,97…1,51
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,66*** 0,59…0,74	kf	2,56*** 2,12…3,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,07 0,55-2,05	kf	1,21 0,54-2,72	0,66*** 0,59-0,74	kf	2,33*** 1,93-2,81
Gruppe	0,75 0,42-1,33	kf	0,60 0,31-1,15	0,99 0,61-1,62	kf	0,34** 0,15-0,76
Zeit	8,28*** 5,12-13,39	kf	0,98 0,58-1,67	11,17*** 10,31-12,11	kf	0,88* 0,78-0,98
Indexgruppe 6 (F10)	1,07 0,68-1,69	kf	0,86 0,44-1,69	2,29* 1,20-4,35	kf	0,80 0,26-2,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21 0,83-1,75	kf	0,81 0,45-1,44	1,34 0,76-2,35	kf	0,49 0,19-1,27
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,56-1,42	kf	0,71 0,33-1,52	0,66 0,33-1,34	kf	0,44 0,13-1,52
Psy A[1]	1,57* 1,08-2,29	kf	1,40 0,78-2,53	1,31 0,73-2,32	kf	2,65* 1,01-6,97
Psy B[2]	1,12 0,73-1,73	kf	0,71 0,37-1,39	1,74 0,89-3,41	kf	0,43 0,14-1,30
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,04*** 1,02-1,06	1,00 0,99-1,02	kf	1,07*** 1,03-1,10
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,76-1,51	kf	1,00 0,59-1,72	0,78 0,47-1,31	kf	0,89 0,37-2,16
Komorbidität[3]	1,06 0,98-1,14	kf	1,22*** 1,10-1,37	1,06 0,95-1,19	kf	1,36** 1,14-1,63
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,52-2,01	kf	1,24 0,54-2,85	1,56 0,60-4,06	kf	2,63 0,58-11,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,33 0,96-1,83	kf	1,24 0,75-2,07	0,73 0,45-1,19	kf	1,32 0,58-3,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,66-1,30	kf	0,55* 0,32-0,95	0,03*** 0,02-0,05	kf	0,54 0,23-1,30

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-7,74*** -8,31…-7,16
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-9,12*** -9,72…-8,52
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-7,85*** -8,43…-7,28
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68*** 0,62…0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,60*** 0,55…0,66
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,56*** 0,50…0,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,67*** 0,67-0,67
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,60*** 0,55-0,66
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,56*** 0,51-0,62

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,14*** 1,14-1,14
Zeit	7,05*** 7,05-7,05
Indexgruppe 6 (F10)	1,98*** 1,98-1,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,20*** 1,20-1,20
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,53*** 0,53-0,53
Psy A[1]	1,93*** 1,93-1,93
Psy B[2]	1,29*** 1,29-1,29
Alter	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,73*** 0,73-0,73
Komorbidität[3]	1,04*** 1,04-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,81*** 1,81-1,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98*** 0,98-0,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,02-0,02
2. vs. 1.Jahr	1,10*** 1,10-1,10
3. vs. 1.Jahr	0,82*** 0,82-0,82

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	4,71*** 4,39…5,03	0,37 -0,09…0,82	-1,44*** -2,03…-0,85	kf	kf	0,26*** 0,14…0,38	kf	0,84** 0,26…1,42
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	4,32*** 2,64…7,08	1,03 0,94…1,14	0,84*** 0,78…0,91	kf	kf	2,37*** 1,60…3,50	kf	1,14** 1,06…1,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	4,35*** 2,66-7,11	1,03 0,93-1,14	0,84*** 0,78-0,90	kf	kf	3,11*** 2,09-4,63	kf	1,15** 1,06-1,24
Gruppe	1,04 0,59-1,85	1,31 0,92-1,88	0,97 0,87-1,09	kf	kf	0,98 0,48-2,00	kf	2,42** 1,34-4,36
Zeit	19,44*** 14,10-26,80	1,40*** 1,30-1,50	1,22*** 1,16-1,29	kf	kf	0,50*** 0,37-0,67	kf	0,87*** 0,82-0,92
Indexgruppe 6 (F10)	0,49* 0,28-0,86	0,28*** 0,15-0,52	0,96 0,80-1,14	kf	kf	0,43 0,13-1,41	kf	0,28* 0,10-0,77
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,95*** 1,36-2,80	1,58* 1,05-2,38	1,14* 1,01-1,29	kf	kf	0,54 0,25-1,16	kf	1,26 0,64-2,48
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,05 0,70-1,56	1,30 0,83-2,03	1,04 0,91-1,20	kf	kf	1,06 0,45-2,53	kf	2,09 0,99-4,38
Psy A[1]	0,99 0,68-1,44	2,31*** 1,49-3,60	1,28*** 1,12-1,46	kf	kf	0,58 0,25-1,33	kf	1,13 0,56-2,31
Psy B[2]	1,07 0,71-1,62	3,95*** 2,51-6,23	1,36*** 1,18-1,57	kf	kf	1,16 0,46-2,96	kf	0,66 0,30-1,45
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01 0,99-1,02	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,98 0,96-1,01	kf	1,07*** 1,04-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,75 0,54-1,04	1,50* 1,02-2,19	1,07 0,96-1,21	kf	kf	0,81 0,39-1,68	kf	2,73** 1,44-5,16
Komorbidität[3]	0,95 0,88-1,03	1,06 0,96-1,16	1,14*** 1,11-1,17	kf	kf	1,09 0,91-1,30	kf	1,44*** 1,24-1,67
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,48 0,83-2,61	0,53 0,27-1,04	0,99 0,81-1,21	kf	kf	1,18 0,33-4,22	kf	0,33* 0,11-0,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,34 0,97-1,85	1,72** 1,19-2,48	1,24*** 1,11-1,39	kf	kf	2,10* 1,03-4,25	kf	2,27** 1,23-4,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,87*** 4,16-8,30	0,36*** 0,25-0,52	1,05 0,93-1,17	kf	kf	0,75 0,37-1,56	kf	1,79 0,97-3,29

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Tabelle 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)	6,88*** 6,34…7,42	0,01 -0,35…0,36	-0,13 -0,73…0,47	kf	kf	0,01 -0,09…0,10	kf	0,84** 0,22…1,46
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,05*** 1,90…2,22	1,02 0,92…1,14	0,99 0,93…1,06	kf	kf	1,02 0,68…1,55	kf	1,09** 1,03…1,16
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,05*** 1,90-2,22	1,02 0,91-1,14	0,99 0,93-1,06	kf	kf	0,98 0,65-1,49	kf	1,09** 1,02-1,16
Gruppe	1,36** 1,10-1,69	1,51 0,88-2,59	0,99 0,90-1,10	kf	kf	1,17 0,51-2,67	kf	1,89* 1,11-3,22
Zeit	1,28*** 1,21-1,36	0,92 0,85-1,00	1,12*** 1,07-1,18	kf	kf	0,93 0,68-1,28	kf	0,93** 0,89-0,97
Indexgruppe 6 (F10)	0,75 0,52-1,08	0,19*** 0,07-0,47	0,85* 0,73-0,99	kf	kf	0,33 0,07-1,45	kf	0,40 0,16-1,02
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,45* 1,02-2,08	0,28* 0,11-0,74	0,82* 0,70-0,96	kf	kf	1,14 0,28-4,71	kf	0,12*** 0,05-0,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,23 0,92-1,63	1,82 0,86-3,83	1,03 0,91-1,17	kf	kf	1,31 0,42-4,11	kf	0,73 0,35-1,52
Psy A[1]	0,82 0,55-1,23	4,13* 1,41-12,09	0,96 0,80-1,14	kf	kf	0,40 0,09-1,75	kf	1,99 0,68-5,80
Psy B[2]	1,42** 1,12-1,80	1,27 0,69-2,33	1,30*** 1,17-1,45	kf	kf	0,82 0,33-2,05	kf	2,00* 1,08-3,69
Alter	1,00 1,00-1,01	0,99 0,97-1,01	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97 0,94-1,00	kf	1,04** 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,89-1,43	1,20 0,65-2,22	1,09 0,98-1,21	kf	kf	0,61 0,25-1,50	kf	3,50*** 1,87-6,55
Komorbidität[3]	0,95 0,89-1,00	0,94 0,82-1,09	1,11*** 1,09-1,14	kf	kf	1,36** 1,11-1,68	kf	1,16* 1,00-1,33
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,84 0,59-1,21	2,62* 1,05-6,52	1,03 0,88-1,20	kf	kf	0,28 0,05-1,47	kf	1,15 0,47-2,83
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,95 0,77-1,18	4,81*** 2,74-8,45	1,05 0,95-1,15	kf	kf	0,72 0,31-1,64	kf	1,12 0,65-1,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	8,98*** 6,56-12,31	0,08*** 0,04-0,17	1,18** 1,04-1,34	kf	kf	0,85 0,29-2,50	kf	3,57** 1,69-7,54

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	3,94*** 3,61…4,28	1,29*** 0,81…1,77	1,02** 0,39…1,65	kf	kf	-0,17* -0,30…-0,04	kf	1,66*** 1,03…2,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,79 0,36…1,75	1,18** 1,06…1,31	1,12** 1,04…1,21	kf	kf	0,62* 0,43…0,91	kf	1,22*** 1,13…1,31
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81 0,36-1,79	1,18** 1,06-1,31	1,12** 1,04-1,21	kf	kf	0,61* 0,42-0,89	kf	1,23*** 1,14-1,33
Gruppe	3,17** 1,36-7,35	1,26 0,87-1,83	1,03 0,91-1,17	kf	kf	1,43 0,64-3,19	kf	0,85 0,47-1,54
Zeit	101,15*** 50,58-202,26	1,63*** 1,51-1,75	1,08** 1,02-1,14	kf	kf	1,07 0,82-1,39	kf	1,00 0,95-1,06
Indexgruppe 6 (F10)	0,56* 0,35-0,90	0,26*** 0,15-0,46	0,91 0,76-1,08	kf	kf	1,58 0,54-4,65	kf	0,46 0,19-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,89-1,79	1,87** 1,22-2,87	0,92 0,80-1,06	kf	kf	0,81 0,32-2,05	kf	1,11 0,55-2,22
Indexgruppe 9 (F43)	0,74 0,48-1,15	0,89 0,52-1,53	0,84 0,70-1,00	kf	kf	0,48 0,14-1,60	kf	1,36 0,59-3,16
Psy A[1]	1,05 0,74-1,49	4,76*** 3,07-7,38	1,41*** 1,22-1,63	kf	kf	0,64 0,25-1,65	kf	1,53 0,76-3,08
Psy B[2]	1,08 0,69-1,67	1,78* 1,09-2,91	1,15 0,97-1,36	kf	kf	0,57 0,16-1,99	kf	0,88 0,38-2,01
Alter	0,99 0,98-1,01	1,00 0,99-1,02	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,97* 0,94-1,00	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,75-1,47	1,11 0,74-1,67	1,22** 1,06-1,39	kf	kf	0,60 0,25-1,44	kf	3,90*** 2,01-7,57
Komorbidität[3]	0,96 0,89-1,03	0,97 0,89-1,06	1,09*** 1,06-1,13	kf	kf	1,42*** 1,17-1,73	kf	1,23** 1,07-1,42
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,52-2,05	0,62 0,29-1,36	1,22 0,95-1,57	kf	kf	1,17 0,24-5,57	kf	0,98 0,30-3,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,96 0,70-1,30	2,14*** 1,48-3,11	1,41*** 1,24-1,60	kf	kf	0,38* 0,17-0,87	kf	4,04*** 2,20-7,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	7,94*** 5,61-11,24	0,55** 0,37-0,82	1,00 0,88-1,15	kf	kf	1,68 0,71-3,99	kf	1,31 0,70-2,48

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

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

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,11 -0,23…0,01	-0,15* -0,28…-0,01	-0,11 -0,25…0,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,05 0,54…2,03	1,00 0,54…1,85	1,05 0,53…2,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76 0,39-1,50	0,81 0,43-1,51	0,88 0,44-1,75
Gruppe	1,27 0,66-2,44	1,18 0,64-2,16	1,11 0,57-2,17
Zeit	1,36 0,87-2,12	1,22 0,80-1,86	1,15 0,73-1,84
Indexgruppe 6 (F10)	0,84 0,62-1,12	0,89 0,68-1,15	0,96 0,74-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,88-1,39	1,05 0,86-1,29	1,03 0,84-1,27
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,99 0,77-1,27	0,95 0,76-1,19	0,99 0,78-1,24
Psy A[1]	0,85 0,67-1,08	0,93 0,75-1,16	0,96 0,77-1,19
Psy B[2]	1,19 0,92-1,53	1,17 0,93-1,47	1,08 0,86-1,36
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,80-1,20	0,97 0,81-1,17	0,98 0,81-1,17
Komorbidität[3]	1,00 0,95-1,05	1,01 0,96-1,05	1,01 0,96-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,77-1,53	1,21 0,90-1,63	1,04 0,74-1,45
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	1,13 0,92-1,38	1,10 0,92-1,32	1,04 0,87-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,71-1,14	0,95 0,78-1,17	0,94 0,76-1,17

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,05 -0,07…0,16	0,01 -0,12…0,14	0,00 -0,12…0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,14 0,82…1,61	1,04 0,77…1,40	1,01 0,74…1,40
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,20 0,85-1,69	1,04 0,77-1,41	1,01 0,73-1,39
Gruppe	0,98 0,77-1,25	0,92 0,74-1,15	0,98 0,77-1,25
Zeit	0,89 0,70-1,13	1,05 0,85-1,29	1,07 0,85-1,34
Indexgruppe 6 (F10)	1,20 0,94-1,53	1,14 0,92-1,42	1,03 0,82-1,30
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,00 0,73-1,37	0,95 0,72-1,26	0,97 0,73-1,29
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,22 0,94-1,58	1,09 0,87-1,37	1,03 0,81-1,30
Psy A[1]	1,00 0,71-1,41	0,96 0,71-1,30	0,98 0,71-1,36
Psy B[2]	1,01 0,83-1,22	1,03 0,86-1,22	1,05 0,87-1,26
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,90-1,33	1,03 0,86-1,22	0,99 0,83-1,19
Komorbidität[3]	1,05* 1,01-1,10	1,02 0,99-1,06	1,02 0,97-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,93-1,63	1,16 0,90-1,49	1,05 0,80-1,38
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	1,43** 1,11-1,85	1,18 0,96-1,46	1,04 0,84-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,79-1,18	1,02 0,85-1,21	1,03 0,85-1,24

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,22 -0,37…0,82	0,04 -0,69…0,76	-0,11 -0,87…0,65
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,26 0,69…2,31	1,04 0,59…1,83	0,90 0,44…1,86
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,42 0,77-2,63	1,10 0,62-1,94	0,92 0,44-1,92
Gruppe	0,76 0,42-1,36	0,98 0,57-1,68	1,12 0,54-2,30
Zeit	0,83 0,55-1,27	0,80 0,53-1,21	1,01 0,59-1,75
Indexgruppe 6 (F10)	0,78 0,60-1,02	0,94 0,74-1,19	0,96 0,75-1,23
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,79-1,26	1,08 0,87-1,34	1,04 0,83-1,31
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,67-1,21	0,99 0,76-1,31	1,02 0,77-1,35
Psy A[1]	1,07 0,84-1,36	1,08 0,87-1,34	1,07 0,86-1,34
Psy B[2]	1,14 0,89-1,46	1,02 0,81-1,28	0,97 0,76-1,24
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,84-1,28	1,03 0,85-1,25	1,02 0,84-1,25
Komorbidität[3]	1,03 0,99-1,08	1,02 0,98-1,06	1,00 0,96-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,55-1,24	0,85 0,59-1,23	0,96 0,66-1,40
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	1,05 0,86-1,29	0,97 0,81-1,16	1,04 0,86-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01 0,81-1,26	0,95 0,77-1,16	0,92 0,74-1,14

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontaktabbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
DiD-Schätzer	0,90 0,34-2,37	0,95 0,90-1,00	kf	kf
Gruppe	0,74 0,31-1,76	0,41 0,09-1,77	kf	kf
Zeit	4,08*** 2,17-7,68	7,14*** 6,90-7,39	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,98* 1,12-3,49	5,60 0,34-93,41	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,57* 0,37-0,88	0,16* 0,03-0,88	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,81 0,49-1,34	0,38 0,07-2,06	kf	kf
Psy B[2]	0,67 0,44-1,02	0,27 0,06-1,24	kf	kf
Alter	0,99 0,97-1,00	0,97 0,92-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,52-1,23	0,23 0,05-1,07	kf	kf
Komorbidität[3]	1,00 0,89-1,12	0,92 0,63-1,35	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,30-1,86	0,12 0,00-3,34	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,73 0,48-1,12	0,30 0,07-1,40	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,52** 0,33-0,82	0,09** 0,02-0,42	kf	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
DiD-Schätzer	0,49* 0,29-0,84	0,73*** 0,71-0,75	0,46* 0,23-0,92	0,83*** 0,80-0,85
Gruppe	1,01 0,73-1,40	0,47 0,15-1,41	0,95 0,63-1,42	0,59 0,18-1,92
Zeit	0,65* 0,47-0,90	0,76*** 0,75-0,78	0,74 0,49-1,12	0,79*** 0,78-0,81
Indexgruppe 6 (F10)	3,10*** 2,16-4,44	203,90*** 18,13-INF	2,99*** 1,96-4,56	56,87** 4,63-698,20
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,11 0,71-1,74	8,10* 1,19-55,07	1,12 0,65-1,92	2,43 0,28-21,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,79 0,55-1,13	1,52 0,31-7,32	0,83 0,54-1,27	2,77 0,40-19,18
Psy B[2]	0,81 0,60-1,09	0,47 0,15-1,52	0,68* 0,48-0,97	0,37 0,11-1,25
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,91*** 0,87-0,96	0,99 0,98-1,00	0,97 0,93-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,59-1,07	0,34 0,10-1,16	0,70* 0,49-0,99	0,34 0,10-1,18
Komorbidität[3]	1,00 0,94-1,08	1,43* 1,07-1,91	0,96 0,88-1,05	1,08 0,78-1,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,62-1,75	0,37 0,04-3,10	1,49 0,84-2,64	0,71 0,07-7,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,42* 1,05-1,93	2,62 0,84-8,20	1,17 0,80-1,70	1,32 0,38-4,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49*** 0,35-0,67	0,48 0,11-2,13	0,49*** 0,33-0,73	1,15 0,22-6,13

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 Kontaktabbruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktabbruch (Tage)**
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Psy B[2]	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Psy A[1]	kf	kf
Psy B[2]	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,36…0,24	-21,34*** -23,69…-18,99	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus-tiert)	0,89 0,67…1,19	0,67*** 0,65…0,70	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,12 0,84-1,50	0,67*** 0,65-0,70	kf	kf
Gruppe	0,83 0,66-1,05	1,21 0,83-1,77	kf	kf
Zeit	1,52*** 1,25-1,86	3,52*** 3,42-3,61	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,73-1,13	0,42** 0,23-0,75	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84* 0,71-0,99	1,74* 1,10-2,74	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,98 0,81-1,18	1,01 0,61-1,66	kf	kf
Psy A[1]	1,16 0,97-1,38	1,86** 1,19-2,89	kf	kf
Psy B[2]	1,28* 1,06-1,54	0,98 0,57-1,69	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,86-1,16	0,94 0,63-1,40	kf	kf
Komorbidität[3]	1,02 0,97-1,07	1,06 0,93-1,19	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,56-2,15	0,68 0,12-3,74	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,88-1,19	0,27*** 0,18-0,40	kf	kf

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,36…0,24	-21,34*** -23,69…-18,99	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus-tiert)	0,89 0,67…1,19	0,67*** 0,65…0,70	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,12 0,84-1,50	0,67*** 0,65-0,70	kf	kf
Gruppe	0,83 0,66-1,05	1,21 0,83-1,77	kf	kf
Zeit	1,52*** 1,25-1,86	3,52*** 3,42-3,61	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,73-1,13	0,42** 0,23-0,75	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,84* 0,71-0,99	1,74* 1,10-2,74	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,98 0,81-1,18	1,01 0,61-1,66	kf	kf
Psy A[1]	1,16 0,97-1,38	1,86** 1,19-2,89	kf	kf
Psy B[2]	1,28* 1,06-1,54	0,98 0,57-1,69	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,86-1,16	0,94 0,63-1,40	kf	kf
Komorbidität[3]	1,02 0,97-1,07	1,06 0,93-1,19	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,56-2,15	0,68 0,12-3,74	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,02 0,88-1,19	0,27*** 0,18-0,40	kf	kf

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,05 -0,47…0,36	14,11*** 11,97…16,25	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,73…1,26	1,37*** 1,31…1,42	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,79-1,36	1,37*** 1,31-1,42	kf	kf
Gruppe	1,06 0,83-1,34	1,82* 1,08-3,06	kf	kf
Zeit	1,09 0,90-1,34	0,72*** 0,69-0,74	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,75*** 1,30-2,34	0,67 0,27-1,62	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,99 0,70-1,39	0,71 0,28-1,78	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,81-1,33	0,90 0,45-1,80	kf	kf
Psy A[1]	1,15 0,83-1,59	2,12 0,84-5,38	kf	kf
Psy B[2]	1,07 0,87-1,32	0,28*** 0,16-0,49	kf	kf
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,97* 0,95-0,99	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,68-1,06	1,57 0,85-2,89	kf	kf
Komorbidität[3]	1,02 0,95-1,08	1,07 0,90-1,27	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,41 0,91-2,20	0,46 0,12-1,80	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,61-1,01	0,15*** 0,07-0,33	kf	kf

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer, 1. Modell-jahr (additiv, nicht adjustiert)	-23,67*** -25,58…-21,75
DiD-Schätzer, 2. Modell-jahr (additiv, nicht adjustiert)	-11,18*** -13,11…-9,25
DiD-Schätzer, 3. Modell-jahr (additiv, nicht adjustiert)	-11,56*** -13,47…-9,66
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, nicht adjustiert)	0,66*** 0,64…0,68
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, nicht adjustiert)	0,77*** 0,74…0,79
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, nicht adjustiert)	0,78*** 0,75…0,80
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, adjustiert)	0,66*** 0,64-0,68
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, adjustiert)	0,77*** 0,75-0,79
DiD-Schätzer (multiplika-tiv, adjustiert)	0,78*** 0,75-0,80

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	1,13 0,81-1,59
Zeit	3,19*** 3,11-3,27
Indexgruppe 6 (F10)	0,48*** 0,35-0,67
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,17*** 1,71-2,74
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,85 0,64-1,14
Psy A[1]	2,05*** 1,60-2,62
Psy B[2]	0,84 0,61-1,15
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,90-1,41
Komorbidität[3]	1,05 0,99-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,51 0,19-1,35
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,31*** 0,25-0,39
2. vs. 1.Jahr	1,31 0,91-1,88
3. vs. 1.Jahr	1,11 0,77-1,60

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder-aufnahme	Dauer zw. Ent-lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,67 0,44-1,01	1,18*** 1,14-1,22
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,56-1,92	1,01 0,96-1,06
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,58-1,54	0,94** 0,91-0,99
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,68 0,38-1,22	0,82*** 0,77-0,87
Psy A[1]	0,74 0,44-1,27	0,98 0,93-1,03
Psy B[2]	1,65 0,94-2,88	1,09** 1,04-1,14
Alter	0,98* 0,97-1,00	1,00** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,60-1,46	0,80*** 0,77-0,83
Komorbidität[3]	1,11 0,99-1,24	0,95*** 0,94-0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,48-2,43	1,25*** 1,17-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,71-1,69	0,87*** 0,84-0,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65 0,39-1,09	1,03 0,99-1,08

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder-aufnahme	Dauer zw. Ent-lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,66 0,41-1,06	1,15*** 1,11-1,19
Indexgruppe 6 (F10)	3,17** 1,55-6,48	0,78*** 0,74-0,82
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,20 0,54-2,66	2,39*** 2,26-2,52
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,28 0,65-2,50	1,73*** 1,65-1,82
Psy A[1]	0,96 0,41-2,25	0,71*** 0,66-0,75
Psy B[2]	1,24 0,73-2,12	0,76*** 0,74-0,79
Alter	0,99 0,97-1,01	1,00*** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,60-1,78	0,95* 0,92-0,99
Komorbidität[3]	1,03 0,91-1,17	1,05*** 1,05-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,71** 1,69-8,14	0,92*** 0,88-0,96
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,74-1,99	0,84*** 0,81-0,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,82 0,50-1,36	1,11*** 1,07-1,14

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,68 0,43-1,07	0,77*** 0,74-0,80
Indexgruppe 6 (F10)	0,74 0,40-1,37	1,05 1,00-1,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,64-1,97	0,88*** 0,85-0,92
Indexgruppe 9 (F43)	1,35 0,69-2,66	1,19*** 1,14-1,25
Psy A[1]	1,09 0,63-1,89	1,12*** 1,07-1,17
Psy B[2]	0,82 0,43-1,55	0,98 0,93-1,03
Alter	0,99 0,97-1,01	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,39 0,84-2,31	0,88*** 0,85-0,91
Komorbidität[3]	1,08 0,96-1,21	0,95*** 0,95-0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44 0,15-1,29	0,79*** 0,70-0,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,82 0,51-1,31	1,14*** 1,09-1,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,41-1,29	1,18*** 1,13-1,24

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,15 -0,52…0,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,95 0,84…1,07
DiD-Schätzer	0,95*** 0,95-0,95
Gruppe	1,05*** 1,05-1,05
Zeit	1,22*** 1,22-1,22
Indexgruppe 6 (F10)	1,53*** 1,53-1,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,07-1,08
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,05*** 1,05-1,05
Psy A[1]	1,15*** 1,15-1,16
Psy B[2]	1,13*** 1,13-1,14
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,05*** 1,05-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,38*** 1,38-1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11*** 1,11-1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01*** 1,01-1,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,12 -0,48…0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,97 0,87…1,08
DiD-Schätzer	0,97 0,87-1,08
Gruppe	0,99 0,90-1,08
Zeit	1,09* 1,01-1,17
Indexgruppe 6 (F10)	1,36*** 1,21-1,52
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,03 0,91-1,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,91-1,11
Psy A[1]	1,29*** 1,12-1,49
Psy B[2]	1,11* 1,03-1,21
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,95-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,39*** 1,25-1,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08* 1,00-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,88-1,06

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,17 -0,23…0,56
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,06 0,94…1,20
DiD-Schätzer	1,06*** 1,06-1,06
Gruppe	0,95*** 0,95-0,95
Zeit	1,16*** 1,16-1,16
Indexgruppe 6 (F10)	1,27*** 1,26-1,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98*** 0,98-0,99
Indexgruppe 9 (F43)	0,98*** 0,98-0,98
Psy A[1]	1,14*** 1,14-1,14
Psy B[2]	1,06*** 1,06-1,06
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02*** 1,02-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,33*** 1,33-1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28*** 1,28-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,08*** 1,08-1,08

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,98 0,30-3,19
Psy A[1]	0,91 0,23-3,59
Psy B[2]	0,70 0,14-3,58
Alter	1,06* 1,01-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,25-2,61
Komorbidität[3]	1,41** 1,15-1,72
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26 0,04-1,71
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	1,06 0,28-3,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75 0,23-2,45

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,63 0,59-4,50
Psy A[1]	0,24 0,05-1,10
Psy B[2]	1,30 0,33-5,20
Alter	1,07** 1,03-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,22* 0,07-0,71
Komorbidität[3]	1,40** 1,16-1,69
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,15* 0,03-0,80
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	1,97 0,63-6,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,63 0,22-1,80

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,36 0,11-1,17
Psy A[1]	0,88 0,24-3,20
Psy B[2]	0,96 0,20-4,67
Alter	1,08** 1,03-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,21* 0,06-0,72
Komorbidität[3]	1,12 0,93-1,35
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,17 0,02-1,39
Anzahl AU Prä-zeitraum (Medi-an split)	0,91 0,29-2,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,04 0,33-3,28

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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	1,60*** 1,24-2,06	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,19 0,92-1,56	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,97-1,09	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,94 0,58-1,51	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,41** 1,09-1,82	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,89 0,69-1,15	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	**C**	**D**	**E**	**F**	**G**	**I**	**J**	**K**	**L**
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,76*** 1,34-2,30	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,49** 1,12-1,98	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,94-1,06	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,73 0,43-1,24	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,31* 1,00-1,71	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,84 0,64-1,10	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05
[1] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt
[2] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt
[3] Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

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

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

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

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2016	2016
Alle Patienten (n)	**942**	**8.969**
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)	41,3 %	52,9 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund		
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	9,2	13,0
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[4] (n)	**544**	**4.678**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	376	3.449
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	79,0	78,4

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)
[4] Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; 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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	328	325	315	312	326	323	314	309
durchschnittliche Kosten	**3.342,91 €**	**2.963,66 €**	**2.683,05 €**	**2.761,32 €**	**2.824,74 €**	**2.089,40 €**	**2.265,95 €**	**2.673,29 €**
Standardabweichung	7.896,81 €	7.315,41 €	5.817,60 €	8.069,63 €	6.493,66 €	3.884,07 €	4.825,16 €	6.450,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	277,98 €	264,19 €	277,58 €	261,38 €	298,71 €	244,15 €	254,82 €	299,99 €
Median	807,86 €	728,81 €	821,28 €	666,23 €	744,28 €	761,12 €	717,22 €	827,47 €
75%-Perzentil	2.508,04 €	2.612,69 €	2.527,87 €	2.059,10 €	2.503,30 €	2.079,13 €	1.999,02 €	2.310,72 €
Maximum	58.875,55 €	68.488,88 €	57.320,01 €	102.335,59 €	71.207,11 €	34.053,41 €	49.906,31 €	67.785,51 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	384	383	369	364	378	377	369	363
durchschnittliche Kosten	**2.350,96 €**	**2.795,02 €**	**2.713,02 €**	**2.501,69 €**	**2.843,97 €**	**2.702,69 €**	**2.542,73 €**	**2.794,01 €**
Standardabweichung	5.129,96 €	7.945,79 €	5.323,87 €	5.116,41 €	8.836,88 €	6.313,49 €	5.543,85 €	6.112,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	325,82 €	333,37 €	343,35 €	314,15 €	317,73 €	304,34 €	298,23 €	340,08 €
Median	811,95 €	767,33 €	915,05 €	880,53 €	801,57 €	763,59 €	840,59 €	915,46 €
75%-Perzentil	2.119,41 €	2.789,29 €	2.883,83 €	2.427,98 €	2.683,02 €	2.349,89 €	2.722,39 €	2.816,31 €
Maximum	45.883,01 €	115.680,35 €	45.741,95 €	49.534,66 €	150.060,01 €	74.550,78 €	62.181,12 €	62.882,72 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	84	76	76	62	97	81	63	72
durchschnittliche Kosten	**1.618,77 €**	**1.277,04 €**	**1.333,75 €**	**1.363,77 €**	**1.460,13 €**	**994,09 €**	**994,50 €**	**1.337,07 €**
Standardabweichung	5.073,62 €	4.085,35 €	4.167,20 €	5.500,85 €	3.892,78 €	2.883,05 €	3.478,86 €	5.252,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	611,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.518,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	44.119,75 €	34.729,43 €	38.238,21 €	66.502,31 €	41.093,54 €	27.360,95 €	48.062,16 €	61.565,11 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	80	81	93	71	98	81	86	93
durchschnittliche Kosten	**888,84 €**	**1.113,40 €**	**1.189,96 €**	**819,73 €**	**1.150,93 €**	**1.150,93 €**	**1.057,72 €**	**1.231,61 €**
Standardabweichung	2.688,16 €	4.916,20 €	3.445,61 €	2.401,19 €	3.051,39 €	3.885,07 €	3.853,81 €	4.126,39 €
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 €	631,42 €	0,00 €	0,00 €	344,85 €
Maximum	24.379,61 €	82.328,46 €	33.484,18 €	21.481,69 €	28.135,07 €	35.935,80 €	61.743,91 €	60.154,56 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**13,48 €**	**10,10 €**	**0,00 €**	**11,45 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**14,61 €**
Standardabweichung	178,65 €	184,33 €	0,00 €	180,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	259,29 €
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	2.782,76 €	3.363,63 €	0,00 €	3.196,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.601,99 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	**18,15 €**	**22,49 €**	**7,60 €**	**0,00 €**	**9,40 €**	**1,92 €**	**1,03 €**	**0,00 €**
Standardabweichung	231,41 €	260,26 €	147,85 €	0,00 €	168,21 €	37,40 €	19,97 €	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	3.196,18 €	3.918,98 €	2.874,52 €	0,00 €	3.269,12 €	730,00 €	386,27 €	0,00 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	18	16	16	18	12	21	25	20
durchschnittliche Kosten	**15,71 €**	**34,75 €**	**24,02 €**	**16,42 €**	**12,82 €**	**40,79 €**	**41,63 €**	**32,19 €**
Standardabweichung	96,04 €	279,69 €	176,61 €	93,57 €	109,14 €	282,78 €	348,51 €	212,19 €
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	1.388,31 €	3.802,43 €	2.027,77 €	1.155,26 €	1.818,34 €	3.556,16 €	4.868,64 €	2.532,07 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	24	23	19	18	22	28	18	17
durchschnittliche Kosten	**24,09 €**	**19,73 €**	**36,70 €**	**16,92 €**	**19,48 €**	**36,41 €**	**32,06 €**	**19,47 €**
Standardabweichung	201,19 €	153,22 €	353,00 €	124,90 €	112,38 €	262,09 €	301,24 €	135,72 €
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	3.056,15 €	2.559,26 €	5.689,28 €	2.020,21 €	1.277,72 €	3.887,60 €	5.330,63 €	1.943,56 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	324	324	315	312	323	323	313	308
durchschnittliche Kosten	**561,55 €**	**517,32 €**	**483,26 €**	**509,33 €**	**475,97 €**	**485,82 €**	**488,35 €**	**543,80 €**
Standardabweichung	609,77 €	578,25 €	439,12 €	470,68 €	390,27 €	475,30 €	482,63 €	543,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	168,29 €	169,85 €	186,13 €	195,78 €	197,00 €	166,26 €	174,98 €	192,70 €
Median	392,77 €	347,38 €	369,02 €	377,26 €	391,78 €	337,71 €	354,25 €	382,74 €
75%-Perzentil	712,38 €	691,91 €	663,98 €	654,32 €	659,75 €	676,49 €	652,57 €	722,17 €
Maximum	5.587,81 €	6.408,65 €	2.979,67 €	2.767,05 €	2.987,83 €	3.509,09 €	4.775,97 €	4.094,90 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	383	382	369	362	376	376	367	362
durchschnittliche Kosten	**541,72 €**	**545,93 €**	**554,02 €**	**584,70 €**	**480,82 €**	**486,00 €**	**483,82 €**	**505,49 €**
Standardabweichung	607,76 €	526,70 €	548,79 €	534,55 €	437,98 €	498,40 €	408,33 €	480,42 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	211,49 €	195,74 €	208,20 €	206,33 €	214,95 €	189,15 €	196,86 €	207,08 €
Median	361,25 €	369,92 €	390,56 €	413,60 €	355,70 €	350,33 €	380,06 €	379,24 €
75%-Perzentil	705,75 €	716,21 €	724,34 €	843,18 €	608,25 €	589,57 €	628,70 €	638,07 €
Maximum	5.509,35 €	3.747,34 €	5.833,27 €	3.874,39 €	3.708,06 €	3.837,64 €	2.558,32 €	4.579,72 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	276	275	269	268	280	258	279	263
durchschnittliche Kosten	**1.026,19 €**	**997,36 €**	**722,57 €**	**802,52 €**	**789,19 €**	**503,52 €**	**609,92 €**	**659,80 €**
Standardabweichung	3.971,01 €	4.472,09 €	2.653,36 €	3.202,60 €	4.048,11 €	1.625,79 €	2.415,73 €	2.664,71 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,23 €	19,17 €	19,51 €	25,03 €	24,87 €	14,41 €	27,24 €	24,50 €
Median	118,74 €	103,93 €	96,19 €	99,27 €	93,84 €	104,76 €	105,89 €	113,57 €
75%-Perzentil	425,46 €	416,55 €	406,28 €	496,30 €	310,34 €	366,43 €	378,42 €	352,07 €
Maximum	39.604,02 €	59.790,00 €	29.308,67 €	34.427,80 €	60.003,70 €	17.557,49 €	26.359,09 €	25.502,63 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	318	328	318	311	322	325	318	322
durchschnittliche Kosten	**742,22 €**	**941,56 €**	**774,92 €**	**960,07 €**	**1.054,05 €**	**900,87 €**	**846,78 €**	**921,87 €**
Standardabweichung	3.146,76 €	4.446,01 €	3.024,91 €	3.580,58 €	7.011,09 €	4.276,12 €	3.300,96 €	3.665,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,19 €	24,57 €	33,03 €	32,77 €	26,91 €	29,77 €	30,26 €	41,20 €
Median	102,90 €	114,41 €	133,31 €	134,88 €	124,07 €	140,55 €	142,36 €	151,69 €
75%-Perzentil	395,32 €	405,03 €	450,49 €	431,18 €	430,34 €	474,85 €	481,43 €	579,86 €
Maximum	38.730,78 €	62.250,61 €	40.975,22 €	40.678,89 €	129.685,09 €	65.756,54 €	39.168,67 €	45.543,27 €

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	333	333	326	320	330	330	324	315
N mit Fall	113	107	99	61	96	63	102	55
durchschnittliche Kosten	**107,21 €**	**127,09 €**	**119,46 €**	**57,83 €**	**86,61 €**	**65,18 €**	**131,54 €**	**85,82 €**
Standardabweichung	262,09 €	474,84 €	353,63 €	228,10 €	277,66 €	235,66 €	379,86 €	325,78 €
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	94,48 €	99,06 €	102,20 €	0,00 €	57,50 €	0,00 €	101,74 €	0,00 €
Maximum	2.202,96 €	6.518,48 €	4.447,38 €	3.250,07 €	3.534,42 €	2.263,64 €	3.510,78 €	3.455,49 €

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	388	388	378	371	381	381	374	371
N mit Fall	138	145	142	130	125	103	117	107
durchschnittliche Kosten	**135,95 €**	**151,91 €**	**149,82 €**	**120,27 €**	**129,29 €**	**126,57 €**	**121,31 €**	**115,57 €**
Standardabweichung	357,21 €	387,70 €	390,39 €	286,10 €	425,01 €	481,63 €	352,58 €	351,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	103,23 €	150,06 €	111,42 €	105,70 €	92,36 €	68,98 €	89,42 €	81,84 €
Maximum	3.017,93 €	3.690,30 €	3.767,94 €	2.604,36 €	5.349,68 €	5.798,59 €	3.274,32 €	3.547,00 €

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							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	316	310	309	312						
durchschnittliche Kosten	**3.302,93 €**	**3.159,49 €**	**2.991,17 €**	**2.821,80 €**	**311,75 €**	**0,596**	**337,70 €**	**0,55**	**25,94 €**	**0,968**
Standardabweichung	8.807,95 €	8.157,07 €	5.753,53 €	5.951,11 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	314,53 €	293,26 €	355,11 €	320,86 €						
Median	817,95 €	691,85 €	983,33 €	756,86 €						
75%-Perzentil	2.394,76 €	2.130,44 €	3.087,37 €	2.459,21 €						
Maximum	88.615,13 €	77.822,57 €	54.016,82 €	52.208,89 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	80	61	90	80						
durchschnittliche Kosten	**1.391,50 €**	**1.491,98 €**	**1.668,55 €**	**1.496,84 €**	**-277,04 €**	**0,514**	**-4,86 €**	**0,991**	**272,19 €**	**0,632**
Standardabweichung	5.893,37 €	5.918,59 €	4.785,38 €	4.721,89 €						
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	172,41 €	0,00 €	1.253,53 €	129,89 €						
Maximum	87.455,28 €	56.141,46 €	48.988,77 €	50.668,47 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**30,61 €**	**20,23 €**	**35,78 €**	**36,17 €**	**-5,17 €**	**0,841**	**-15,95 €**	**0,491**	**-10,78 €**	**0,655**
Standardabweichung	320,08 €	257,53 €	329,31 €	323,60 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	4.046,86 €	3.647,22 €	4.727,63 €	4.356,24 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	12	21	18	16						
durchschnittliche Kosten	**12,05 €**	**35,34 €**	**15,03 €**	**27,66 €**	**-2,98 €**	**0,691**	**7,68 €**	**0,66**	**10,66 €**	**0,472**
Standardabweichung	104,39 €	241,69 €	84,43 €	197,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.671,73 €	3.603,17 €	958,94 €	2.431,99 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	315	309	308	308						
durchschnittliche Kosten	**600,79 €**	**581,43 €**	**527,72 €**	**484,35 €**	**73,07 €**	**0,128**	**97,08 €**	**0,035**	**24,01 €**	**0,594**
Standardabweichung	730,80 €	686,03 €	448,84 €	453,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	208,53 €	199,88 €	206,28 €	186,41 €						
Median	406,46 €	367,32 €	441,43 €	383,66 €						
75%-Perzentil	750,07 €	712,36 €	696,62 €	654,25 €						
Maximum	8.122,17 €	6.087,80 €	2.786,03 €	3.534,50 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	269	261	275	257						
durchschnittliche Kosten	**1.171,80 €**	**970,55 €**	**646,14 €**	**726,89 €**	**525,66 €**	**0,11**	**243,67 €**	**0,37**	**-282,00 €**	**0,26**
Standardabweichung	5.473,21 €	4.115,23 €	2.125,38 €	2.583,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	22,16 €	15,85 €	26,05 €	19,36 €						
Median	93,55 €	84,56 €	105,13 €	109,14 €						
75%-Perzentil	320,72 €	367,90 €	482,27 €	409,83 €						
Maximum	72.040,57 €	53.571,83 €	23.067,47 €	26.576,34 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	320	320	320	320						
N mit Fall	101	65	104	62						
durchschnittliche Kosten	**96,18 €**	**59,96 €**	**97,97 €**	**49,89 €**	**-1,79 €**	**0,928**	**10,07 €**	**0,549**	**11,86 €**	**0,567**
Standardabweichung	264,86 €	241,41 €	232,13 €	179,25 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	102,90 €	0,00 €	106,51 €	0,00 €						
Maximum	2.704,16 €	2.640,28 €	1.757,97 €	2.232,28 €						

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							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	318	343	311	343						
durchschnittliche Kosten	**1.503,53 €**	**6.326,93 €**	**1.530,94 €**	**8.490,59 €**	**-27,41 €**	**0,944**	**-2.163,65 €**	**<0,001**	**-2.136,25 €**	**0,004**
Standardabweichung	4.769,30 €	7.200,57 €	5.366,11 €	8.809,82 €						
Minimum	0,00 €	49,18 €	0,00 €	212,81 €						
25%-Perzentil	48,13 €	1.104,90 €	35,91 €	1.463,02 €						
Median	206,99 €	4.187,20 €	169,01 €	5.845,61 €						
75%-Perzentil	937,39 €	8.535,32 €	811,48 €	11.496,10 €						
Maximum	61.413,35 €	43.148,04 €	55.162,88 €	46.933,78 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	27	160	34	192						
durchschnittliche Kosten	**866,36 €**	**3.531,61 €**	**936,12 €**	**5.328,69 €**	**-69,75 €**	**0,846**	**-1.797,09 €**	**0,001**	**-1.727,33 €**	**0,009**
Standardabweichung	4.448,96 €	6.061,95 €	4.940,68 €	7.978,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	990,33 €						
75%-Perzentil	0,00 €	4.856,57 €	0,00 €	7.833,05 €						
Maximum	58.062,19 €	31.517,01 €	52.736,39 €	44.020,68 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	<10	116	<10	113						
durchschnittliche Kosten	**34,27 €**	**1.479,72 €**	**62,52 €**	**2.076,67 €**	**-28,25 €**	**0,551**	**-596,95 €**	**0,014**	**-568,70 €**	**0,021**
Standardabweichung	634,66 €	2.574,02 €	604,77 €	3.675,08 €						
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 €	2.434,94 €	0,00 €	4.207,40 €						
Maximum	11.754,04 €	12.964,12 €	9.147,02 €	23.909,86 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	11	240	11	177						
durchschnittliche Kosten	**9,65 €**	**339,65 €**	**15,91 €**	**261,76 €**	**-6,26 €**	**0,346**	**77,89 €**	**0,053**	**84,15 €**	**0,039**
Standardabweichung	61,65 €	657,91 €	106,38 €	346,93 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	98,36 €	0,00 €	212,81 €						
75%-Perzentil	0,00 €	382,34 €	0,00 €	425,62 €						
Maximum	556,70 €	5.784,33 €	1.173,92 €	1.467,40 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe-renzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**8,63 €**	**0,00 €**		**-8,63 €**	**0,148**	**-8,63 €**	**0,148**
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	110,19 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.516,08 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	315	310	304	324						
durchschnittliche Kosten	**267,14 €**	**426,45 €**	**252,86 €**	**388,50 €**	**14,28 €**	**0,745**	**37,95 €**	**0,474**	**23,67 €**	**0,736**
Standardabweichung	510,53 €	707,10 €	631,63 €	679,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	24,72 €	36,54 €	21,23 €	40,05 €						
Median	87,00 €	126,96 €	76,40 €	124,82 €						
75%-Perzentil	250,73 €	354,18 €	224,98 €	360,01 €						
Maximum	2.967,98 €	2.979,93 €	8.651,65 €	4.584,81 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	<10	13	<10	12						
durchschnittliche Kosten	**310,54 €**	**526,20 €**	**254,70 €**	**403,63 €**	**55,84 €**	**0,3**	**122,57 €**	**0,063**	**66,72 €**	**0,438**
Standardabweichung	758,48 €	938,86 €	645,93 €	776,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	28,20 €	0,00 €	0,00 €						
Median	48,60 €	174,07 €	28,73 €	121,14 €						
75%-Perzentil	260,11 €	541,43 €	188,41 €	483,92 €						
Maximum	8.547,13 €	8.035,76 €	5.345,59 €	7.246,06 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	<10	13	<10	12						
durchschnittliche Kosten	**15,57 €**	**23,31 €**	**8,83 €**	**22,71 €**	**6,74 €**	**0,499**	**0,60 €**	**0,966**	**-6,14 €**	**0,722**
Standardabweichung	171,70 €	152,95 €	67,39 €	207,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.046,04 €	1.699,10 €	655,03 €	3.379,33 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	392	397	395	397						
durchschnittliche Kosten	**5.145,70 €**	**5.082,63 €**	**6.122,79 €**	**6.598,56 €**	**-977,09 €**	**0,076**	**-1.515,93 €**	**0,009**	**-538,84 €**	**0,495**
Standardabweichung	6.566,78 €	7.198,09 €	8.763,70 €	9.070,83 €						
Minimum	0,00 €	37,85 €	0,00 €	221,89 €						
25%-Perzentil	898,65 €	743,10 €	906,23 €	1.169,30 €						
Median	2.357,58 €	2.267,16 €	2.247,19 €	2.694,51 €						
75%-Perzentil	7.007,92 €	6.604,12 €	8.419,68 €	7.722,96 €						
Maximum	38.564,80 €	48.304,93 €	56.677,88 €	61.609,35 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	115	100	135	137						
durchschnittliche Kosten	**2.890,38 €**	**2.426,03 €**	**3.635,26 €**	**4.164,35 €**	**-744,88 €**	**0,138**	**-1.738,33 €**	**0,001**	**-993,45 €**	**0,162**
Standardabweichung	6.158,35 €	6.014,30 €	7.878,20 €	8.483,59 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	2.832,20 €	300,86 €	3.927,04 €	4.657,76 €						
Maximum	36.567,11 €	36.872,17 €	54.769,50 €	55.710,31 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	62	67	58	48						
durchschnittliche Kosten	**592,27 €**	**728,48 €**	**946,08 €**	**558,53 €**	**-353,81 €**	**0,027**	**169,95 €**	**0,204**	**523,76 €**	**0,011**
Standardabweichung	1.651,03 €	2.038,91 €	2.707,71 €	1.717,42 €						
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	9.149,02 €	15.956,37 €	17.268,25 €	11.516,17 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	254	362	299	325						
durchschnittliche Kosten	**379,22 €**	**561,40 €**	**425,95 €**	**632,22 €**	**-46,73 €**	**0,041**	**-70,82 €**	**0,108**	**-24,09 €**	**0,625**
Standardabweichung	332,68 €	782,01 €	309,90 €	397,86 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	119,06 €	110,44 €	212,81 €						
Median	413,98 €	264,95 €	620,97 €	851,24 €						
75%-Perzentil	620,97 €	662,89 €	620,97 €	856,62 €						
Maximum	827,96 €	6.084,08 €	1.034,95 €	1.489,67 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**0,00 €**	**0,58 €**	**0,54 €**	**5,35 €**	**-0,54 €**	**0,318**	**-4,78 €**	**0,273**	**-4,24 €**	**0,335**
Standardabweichung	0,00 €	11,47 €	10,81 €	86,04 €						
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 €	228,44 €	215,39 €	1.647,37 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	379	377	379	383						
durchschnittliche Kosten	**301,22 €**	**316,81 €**	**204,59 €**	**229,46 €**	**96,64 €**	**0,013**	**87,35 €**	**0,024**	**-9,28 €**	**0,863**
Standardabweichung	633,20 €	617,79 €	437,52 €	460,88 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	21,57 €	36,31 €	19,56 €	30,04 €						
Median	57,28 €	74,75 €	48,21 €	74,46 €						
75%-Perzentil	165,23 €	213,74 €	170,36 €	167,09 €						
Maximum	3.211,04 €	3.634,79 €	4.136,42 €	3.365,26 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	12	<10	14	10						
durchschnittliche Kosten	**967,92 €**	**1.040,74 €**	**886,79 €**	**989,62 €**	**81,14 €**	**0,489**	**51,12 €**	**0,725**	**-30,02 €**	**0,872**
Standardabweichung	1.722,63 €	2.292,71 €	1.577,30 €	1.766,78 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	72,34 €	61,76 €	72,37 €	80,59 €						
Median	291,01 €	328,17 €	253,07 €	289,41 €						
75%-Perzentil	1.164,19 €	1.054,04 €	977,92 €	1.147,09 €						
Maximum	11.416,76 €	30.750,92 €	12.044,79 €	13.487,81 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	12	<10	14	10						
durchschnittliche Kosten	**14,68 €**	**8,58 €**	**23,59 €**	**19,01 €**	**-8,90 €**	**0,42**	**-10,43 €**	**0,221**	**-1,53 €**	**0,911**
Standardabweichung	152,28 €	80,57 €	158,43 €	149,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.833,10 €	1.303,27 €	1.749,63 €	1.744,79 €						

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							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	338	335	338	334						
durchschnittliche Kosten	**3.265,92 €**	**2.902,27 €**	**2.735,28 €**	**2.036,55 €**	**530,65 €**	**0,33**	**865,72 €**	**0,05**	**335,07 €**	**0,6**
Standardabweichung	7.794,50 €	7.218,43 €	6.386,10 €	3.829,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	277,65 €	259,35 €	287,75 €	237,16 €						
Median	783,94 €	721,26 €	717,15 €	708,99 €						
75%-Perzentil	2.434,57 €	2.595,54 €	2.432,93 €	2.069,64 €						
Maximum	58.875,55 €	68.488,88 €	71.207,11 €	34.053,41 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	84	77	98	82						
durchschnittliche Kosten	**1.571,57 €**	**1.244,46 €**	**1.409,82 €**	**972,48 €**	**161,76 €**	**0,635**	**271,98 €**	**0,308**	**110,22 €**	**0,783**
Standardabweichung	5.006,33 €	4.030,41 €	3.827,55 €	2.844,27 €						
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 €	1.457,02 €	0,00 €						
Maximum	44.119,75 €	34.729,43 €	41.093,54 €	27.360,95 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**13,09 €**	**9,81 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**13,09 €**	**0,169**	**9,81 €**	**0,318**	**-3,28 €**	**0,811**
Standardabweichung	176,03 €	181,62 €	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	2.782,76 €	3.363,63 €	0,00 €	0,00 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	18	16	12	21						
durchschnittliche Kosten	**15,25 €**	**33,73 €**	**12,34 €**	**39,24 €**	**2,91 €**	**0,706**	**-5,51 €**	**0,794**	**-8,42 €**	**0,708**
Standardabweichung	94,66 €	275,63 €	107,07 €	277,47 €						
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	1.388,31 €	3.802,43 €	1.818,34 €	3.556,16 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	334	334	335	334						
durchschnittliche Kosten	**558,66 €**	**513,56 €**	**467,89 €**	**475,46 €**	**90,77 €**	**0,02**	**38,10 €**	**0,342**	**-52,68 €**	**0,33**
Standardabweichung	605,88 €	573,57 €	386,76 €	470,38 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	167,15 €	167,76 €	194,60 €	161,95 €						
Median	393,39 €	347,38 €	385,57 €	325,65 €						
75%-Perzentil	704,66 €	690,07 €	646,60 €	649,41 €						
Maximum	5.587,81 €	6.408,65 €	2.987,83 €	3.509,09 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	285	283	289	266						
durchschnittliche Kosten	**1.002,70 €**	**974,81 €**	**761,65 €**	**486,40 €**	**241,05 €**	**0,424**	**488,41 €**	**0,054**	**247,36 €**	**0,525**
Standardabweichung	3.915,46 €	4.408,66 €	3.972,90 €	1.596,99 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	17,54 €	19,27 €	22,45 €	14,18 €						
Median	116,89 €	103,93 €	90,15 €	98,49 €						
75%-Perzentil	419,70 €	406,17 €	296,45 €	348,94 €						
Maximum	39.604,02 €	59.790,00 €	60.003,70 €	17.557,49 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	343	343	343	343						
N mit Fall	115	109	97	64						
durchschnittliche Kosten	**104,65 €**	**125,90 €**	**83,59 €**	**62,97 €**	**21,07 €**	**0,3**	**62,93 €**	**0,026**	**41,87 €**	**0,209**
Standardabweichung	258,73 €	469,16 €	272,80 €	231,45 €						
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	93,90 €	99,06 €	57,06 €	0,00 €						
Maximum	2.202,96 €	6.518,48 €	3.534,42 €	2.263,64 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	393	392	394	393						
durchschnittliche Kosten	**2.373,49 €**	**2.776,58 €**	**2.815,91 €**	**2.651,29 €**	**-442,42 €**	**0,381**	**125,30 €**	**0,803**	**567,72 €**	**0,419**
Standardabweichung	5.095,62 €	7.860,25 €	8.680,81 €	6.207,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	328,63 €	334,77 €	309,61 €	297,46 €						
Median	820,14 €	774,85 €	784,21 €	751,85 €						
75%-Perzentil	2.122,39 €	2.800,53 €	2.683,02 €	2.279,45 €						
Maximum	45.883,01 €	115.680,35 €	150.060,01 €	74.550,78 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	84	84	104	84						
durchschnittliche Kosten	**906,49 €**	**1.101,40 €**	**1.157,93 €**	**1.120,20 €**	**-251,44 €**	**0,216**	**-18,80 €**	**0,952**	**232,64 €**	**0,527**
Standardabweichung	2.682,11 €	4.863,69 €	3.024,71 €	3.813,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	673,61 €	0,00 €						
Maximum	24.379,61 €	82.328,46 €	28.135,07 €	35.935,80 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	**17,73 €**	**21,98 €**	**9,02 €**	**1,84 €**	**8,71 €**	**0,538**	**20,14 €**	**0,123**	**11,43 €**	**0,554**
Standardabweichung	228,78 €	257,30 €	164,79 €	36,64 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.196,18 €	3.918,98 €	3.269,12 €	730,00 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	25	24	23	29						
durchschnittliche Kosten	**24,06 €**	**19,47 €**	**18,86 €**	**34,95 €**	**5,20 €**	**0,649**	**-15,48 €**	**0,301**	**-20,68 €**	**0,275**
Standardabweichung	199,13 €	151,52 €	110,17 €	256,84 €						
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	3.056,15 €	2.559,26 €	1.277,72 €	3.887,60 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	392	391	392	392						
durchschnittliche Kosten	**547,53 €**	**547,78 €**	**476,02 €**	**485,11 €**	**71,50 €**	**0,057**	**62,67 €**	**0,085**	**-8,84 €**	**0,866**
Standardabweichung	607,35 €	526,45 €	435,18 €	498,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	216,09 €	196,29 €	207,06 €	185,80 €						
Median	364,84 €	372,48 €	352,52 €	349,98 €						
75%-Perzentil	710,33 €	720,81 €	607,48 €	581,45 €						
Maximum	5.509,35 €	3.747,34 €	3.708,06 €	3.837,64 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	326	335	334	336						
durchschnittliche Kosten	**732,49 €**	**924,66 €**	**1.025,96 €**	**881,41 €**	**-293,47 €**	**0,439**	**43,25 €**	**0,887**	**336,72 €**	**0,488**
Standardabweichung	3.112,01 €	4.396,69 €	6.872,33 €	4.196,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	25,37 €	24,69 €	23,30 €	28,89 €						
Median	106,58 €	114,93 €	121,31 €	130,70 €						
75%-Perzentil	397,07 €	397,26 €	423,65 €	473,48 €						
Maximum	38.730,78 €	62.250,61 €	129.685,09 €	65.756,54 €						

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

	IG		KG							
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
N gesamt	397	397	397	397						
N mit Fall	143	150	129	105						
durchschnittliche Kosten	**145,19 €**	**161,30 €**	**128,11 €**	**127,78 €**	**17,08 €**	**0,556**	**33,52 €**	**0,304**	**16,44 €**	**0,711**
Standardabweichung	395,13 €	429,68 €	421,64 €	486,24 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	106,62 €	151,11 €	82,66 €	60,78 €						
Maximum	3.635,18 €	3.983,62 €	5.349,68 €	5.798,59 €						

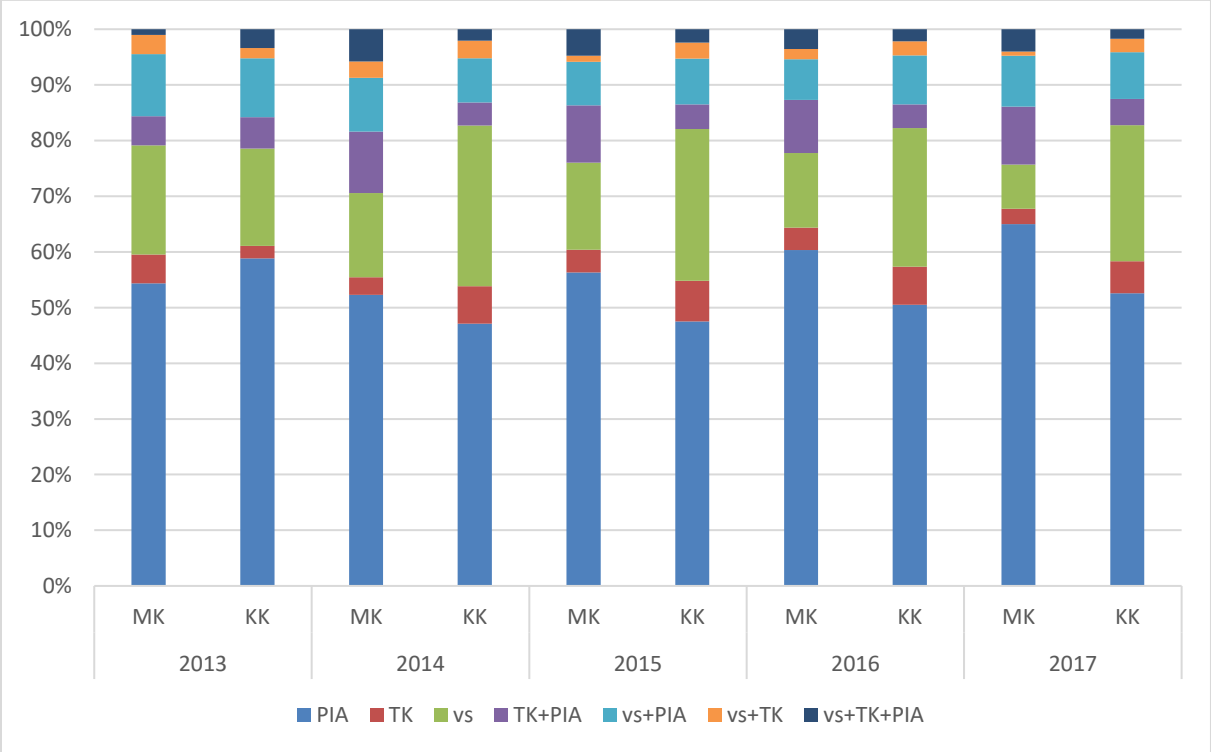
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken	Modellklinik	Kontroll-kliniken
vs+TK+PIA	4	133	49	162	43	190	33	189	42	109
vs+TK	14	71	25	242	10	231	17	219	8	159
vs+PIA	45	414	82	622	71	655	68	756	96	541
TK+PIA	21	221	94	322	94	350	89	369	109	305
vs	79	685	128	2.247	142	2.168	125	2.151	83	1.579
TK	21	88	27	524	37	582	37	594	29	368
PIA	219	2.302	444	3.666	512	3.783	562	4.364	682	3.397
Gesamtergebnis	403	3.914	849	7.785	909	7.959	931	8.642	1.049	6.458

($N_{Kontrollkliniken}$ = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



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

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	849	779	909	796	931	864
Anzahl Fälle	2361	1872	2413	1957	2491	2120
Ausgaben	3.010.139 €	3.611.217 €	3.323.345 €	3.654.087 €	3.186.992 €	3.806.030 €
Ausgaben je Patient	3.546 €	4.639 €	3.656 €	4.591 €	3.423 €	4.404 €
Ausgaben je Fall	1.275 €	1.929 €	1.377 €	1.867 €	1.279 €	1.795 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	284	327	266	324	243	332
Anzahl Fälle	370	446	319	439	294	446
Ausgaben	1.922.777 €	2.589.627 €	2.015.805 €	2.576.454 €	1.947.926 €	2.635.415 €
Ausgaben je vs Patient	6.770 €	7.912 €	7.578 €	7.942 €	8.016 €	7.950 €
Ausgaben je Fall	5.197 €	5.808 €	6.319 €	5.869 €	6.626 €	5.914 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	195	125	184	135	176	137
Anzahl Fälle	227	141	206	157	189	154
Ausgaben	766.098 €	748.125 €	940.228 €	780.419 €	873.407 €	829.165 €
Ausgaben je TK-Patient	3.929 €	5.985 €	5.110 €	5.768 €	4.963 €	6.048 €
Ausgaben je Fall	3.375 €	5.291 €	4.564 €	4.980 €	4.621 €	5.370 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	669	477	720	498	752	568
Anzahl Fälle	1764	1285	1888	1361	2008	1520
Ausgaben	321.265 €	273.465 €	367.312 €	297.214 €	365.659 €	341.450 €
Ausgaben je PIA-Patient	480 €	573 €	510 €	597 €	486 €	601 €
Ausgaben je Fall	182 €	213 €	195 €	218 €	182 €	225 €

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	343	1.503,53 €	343	6.326,93 €	4.823,40 €
	KG	343	1.530,94 €	343	8.490,59 €	6.959,65 €
	Differenz IG-KG		-27,41 €		-2.163,65 €	-2.136,25 €
	p-Wert		0,944		<0,001	0,003
(vermiedene) KH-Tage	IG	343	2,9	343	15,3	12,4
	KG	343	3,4	343	22,9	19,4
	Differenz IG-KG		-0,6		-7,6	-7,0
	p-Wert		0,672		0,001	<0,001
	ICER (Diff in Diff)					-304,67 €

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	206	967,00 €	206	6.151,90 €	5.184,90 €
	KG	200	1.292,77 €	200	8.156,53 €	6.863,76 €
	Differenz IG-KG		-325,77 €		-2.004,63 €	-1.678,86 €
	p-Wert		0,422		0,007	0,047
(vermiedene) AU-Tage	IG	206	43,7	206	103,5	59,8
	KG	200	32,3	200	113,4	81,2
	Differenz IG-KG		11,5		-9,9	-21,3
	p-Wert		0,116		0,415	<0,001
	ICER					-78,67 €