Zwischenbericht

Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 31.05.2022

Aktualisiert am 12.07.2022

Autoren:

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

[1] Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
[3] Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), 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], Prof. Dr. Stefanie March[3,4], Dr. rer. medic. Thomas Petzold[1], Dr. Olaf Schoffer[1], Dipl.-Volksw. Ines Weinhold[2], Dr. med. Jessika Weiß[5].

[1] Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden
[2] WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
[3] Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG), Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke- Universität Magdeburg
[4] Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung
[5] Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Inhalt

1. Zusammenfassung 19
2. Hintergrund 28
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes 28
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten 28
5. Methoden 28
6. Aufbereitung der Sekundärdaten 29
6.1 Patientenmatching 31
7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Heidenheim 34
8. Ergebnisse: Effektivität 35
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe 36
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter 45
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer 47
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen 63
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik 78
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem 108
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping 110
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten 117
8.2.7 Wiederaufnahmeraten 129
8.2.8 Komorbidität 133
8.2.9 Mortalität 137
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung 141
8.2.11 Leitlinienadhärenz 151
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung 159
9.1 Patientenmix 159
9.2 Leistungserbringung 165
10. Ergebnisse: Kosten 173
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten 173
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen 180
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen 186
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen 192

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 197
10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung 200
10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung 206
10.8 Kosten der Heilmittelversorgung 212
11. Ergebnisse: Effizienz 215
12. Diskussion 217
12.1 Hauptergebnisse 217
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) 224
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch) 226
13. Literatur 228
14. Anhang 229
14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 229
14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 258
14.3 Ergebnisse Modellierung 278
14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 331
14.5 Ergebnisse Kosten 332
14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 333
14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 337
14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 341
14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 349
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) 354
14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 356
14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 357

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 Dreistelller (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 . 51
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 59
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 67
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 75
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 93
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 104
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 108
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 109
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 113
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 115
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 120
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 126
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 129
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 131
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 134
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 136
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 138
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 139
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 144
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 149
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 151
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 157
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf 160
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf 161
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) 163
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 174
Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 175
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) 181
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 182
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 184
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 187
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 188
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 190
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 192
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 193
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 195
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) 197
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) 198
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 199
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 201
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 202
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 204
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 207
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 208
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 210
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 212

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 213
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 214
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 216
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 258
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 262
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 265
Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 268
Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 270
Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 271
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 272
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 273
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität 274
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 275
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 276
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 355

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 ... 36
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle ... 39
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 48
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 58
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 64
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 74
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 79
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 100
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 108
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 109
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 111
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 115
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 118
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 125
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 129
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 130
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 133
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 135
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 137
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 139
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ... 142
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 148
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 152
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 153
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 154
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ... 156
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ... 159
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ... 161
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ... 163
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) ... 166
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) ... 168
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) ... 169

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) 169
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) 170
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) 170
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) 172
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) 172
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 174
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 175
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) 181
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 182
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 184
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 187
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 188
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 190
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 192
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 193
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 195
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) 197
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) 198

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 199
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 201
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 202
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 204
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 207
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 208
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 210
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 212
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 213
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 214
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 215
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr 215
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 229
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 231
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 233
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 241
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 247
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 248
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 250
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 252
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 254
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 255
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 256
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 279
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 281
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 283
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr 285
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 288

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 290
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 292
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 294
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 296
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 298
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 300
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 301
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 302
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 303
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 304
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 305
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 306
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 308
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 310
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr 312
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 314
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 315
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 316
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 319
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 321
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 323
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 324
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 325
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 326
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 327
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) 328
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr 329
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr 330
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) 331
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 333

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 333
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 333
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 333
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 334
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 334
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 334
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 335
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 335
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 335
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 336
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 336
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 336
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 337
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 338
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 338
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 338
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 338
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 339
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 339
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 339
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 342
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 342
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 342
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 342

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 343
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 344
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 344
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 344
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 345
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 345
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 346
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 346
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 346
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 347
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 347
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 347
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 349
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 349
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 349
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 350
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 350
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 350
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 351
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 351
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 352
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 352
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 352
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 352

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 353
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 353
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 354
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr 356
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 356
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 356
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr 356
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 357
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr 357

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH (Klinikum Heidenheim). Das Klinikum startete zum 01.01.2017 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß § 64b SGB V. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte das Klinikum vor diesem Modellvorhaben keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur. 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 Heidenheim mit einer Kontrollgruppe (KG) von Patienten strukturähnlicher Vergleichskliniken ohne Vertrag nach § 64b SGB V verglichen. Die Datenquelle sind anonymisierte GKV-Routinedaten der am Modellvorhaben beteiligten Krankenkassen. Die jeweiligen Untersuchungskohorten (Patienten aus IG und KG) wurden je nach Zeitpunkt des Erstkontakts in der Modell- bzw. den Kontrollkliniken über einen Zeitraum von einem Jahr vor Eintritt in die Evaluation bis zu drei Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet (bzw. bis zu zwei Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter ≥ 18 Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder

Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und 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 Heidenheim wurde 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 dritten Modelljahr.

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

Für die Difference-in-Difference-Modellierung wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden loglineare Multi-Level-Modelle für alle Zielparameter berechnet, mit 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 Heidenheim für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.272 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 47 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Regelversorgung (KG) mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Im Niveau war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG. Dieser Unterschied war im ersten Jahr gering, vergrößerte sich jedoch über die patientenindividuelle Zeit. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (Seite 48 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der KG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Die Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungsdauer war dem der klinikneuen Patienten vergleichbar, mit stets mehr teilstationären Behandlungstagen in der IG im Vergleich zur KG (Seite 48 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen ein geringerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG. Während beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau starteten, stieg die Anzahl vollstationäre Behandlungstage in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG an. Auf der anderen Seite war der Anstieg teilstationärer Tage in der IG größer als in der KG (Seite 58 ff.). Weiterhin ist ersichtlich, dass Patienten der IG insgesamt etwas häufiger bzw. vergleichbar häufig vollstationär aufgenommen wurden, jedoch weniger Tage vollstationär verblieben im Vergleich zur KG.

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der Teilgruppe der erwerbstätigen Patienten in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Diese waren in der IG stets, aber sehr geringfügig, geringer als in der KG. Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak, als Anstieg vom Jahr vor zum ersten Jahr nach Referenzfall, war aber in der IG um 2,4 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Seite 118 ff.). Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe vergleichbar. Die Anzahl an AU-Episoden war weitgehend zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Die Anzahl an AU-Tagen war jedoch in der IG stets geringer als in der KG (Seite 118 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG weniger stark an als in der KG (Seite 125 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 63 ff.) klinikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und einer ab dem zweiten Jahr rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der *PIA* aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über

den gesamten Zeitraum ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets mehr PIA-Kontakte als die der KG. Auch das Muster einer zum ersten Jahr nach Referenzfall leicht ansteigenden und danach absinkenden ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei wies die IG im Durchschnitt ab dem ersten Jahr nach Referenzfall etwas weniger Kontakte als die KG auf (Seite 64 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in der PIA stets eine höhere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG und bei den *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* eine ab dem ersten Jahr nach Referenzfall etwas geringere Inanspruchnahme (Seite 64 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich in der IG eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der *PIA* Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach als in der KG. Auch der Anstieg der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG etwas größer als in der KG; dabei wies die IG bereits im Jahr vor Referenzfall eine höhere Inanspruchnahme als die KG auf (Seite 74 ff.).

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 129 ff.) war der Anteil an Personen mit stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG etwas geringer als in der KG (statistisch nicht signifikant). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG etwas größer als in der KG (statistisch signifikant).

Die Parameter *Behandlungskontinuität* (Seite 78 ff.), *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 110 ff.), *Komorbidität* (Seite 133 ff.), *Progressionsrate* (Seite 141 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinienahe Behandlung)* (Seite 151 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. Die erhöhte *Mortalität* (Seite 137 ff.), für die Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr im Vergleich zur KG kann mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden.

Kosten

Die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten im Vergleich zur KG ähnlich hohe, gesamte psychiatrische Versorgungskosten: Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr teurer, wenn auch nicht signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 839,49 € je Patient insignifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 274,17 € insignifikant teurer als die KG, wobei in der IG etwas mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 289 von 413; KG: 278 von 411). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 389,92 € insignifikant teurer, wobei in der IG etwas mehr Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 81; KG: 69). Im ersten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als

in der KG (118,85 € je Patient). Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten Jahr hatten in der IG 213 Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 191. Waren die Kostenverläufe im zweiten und dritten Jahr zwischen IG und KG in der Rgel sehr ähnlich und in ihrer Höhe nicht wesentlich voneinander verschieden, zeigte sich bei den Kosten für vollstationär-psychiatrische Leistungen im dritten Nachbeobachtungsjahr ein unterschiedlicher Verlauf. Während die Kosten in der IG vom zweiten zum dritten Modelljahr sanken (von 2.042,77 € auf 1.217,58 €), stiegen sie in der KG von 1.650,60 € auf 1.956,52 €. Hierfür zeichnet sich die in der IG geringere Zahl vollstationär versorgter Patienten (10% vs. 12,5% in der KG) aus.

Für die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kein signifikanter Kostenunterschied zur KG ersichtlich. Sowohl die Verläufe als auch die Höhe der Kosten in den einzelnen Jahren waren zwischen IG und KG im vollstationären und PIA-Bereich vergleichbar. Für den tagesklinischen Bereich zeigte sich in der IG eine Tendenz zu höheren Versorgungskosten aufgrund einer deutlich höheren Zahl erbrachter Tage vor allem im ersten Nachbeobachtungsjahr (Summe der Tage in IG Jahr 1= 3626; Summe der Tage in KG Jahr 1= 2567). Auch in den Folgekjahren waren die Zahl der erbrachten Tage in der IG und somit die Kosten je beobachtetem Versicherten höher.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 557,25 € insignifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.048,19 € insignifikant günstiger als die KG. Die teilstationären Kosten stiegen hingegen in der IG aufgrund der höheren Patientenzahl stärker (418,78 €) an. Während 241 von 458 Patienten der IG eine PIA-Behandlung hatten, traf dies in der KG nur auf 219 von ebenfalls 458 Patienten zu. Dadurch entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung in der IG höher: Die IG entwickelte sich im Zeitverlauf zwar um 102,48 € teurer als die KG ($p = 0,009$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen sowie der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr nicht signifikant voneinander. Auch 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.
Im Rahmen der Psychopharmakaversorgung waren insbesondere die Kosten der klinikbekannten Patienten der IG in den Nachbeobachtungsjahren signifikant höher die der KG.

Kosten-Effektivität

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 557,25 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 7,7 vollstationäre

Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 72,38 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 72,38 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.
Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 913,74 € je Patient insignifikant günstiger. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 11,3 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 80,72 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag konnten 82,72 € 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 Heidenheim 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 vier Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. (2) Patienten der Modellversorgung wurden insgesamt etwas häufiger bzw. vergleichbar häufig vollstationär aufgenommen, verblieben jedoch weniger Tage vollstationär im Vergleich zur Regelversorgung. (3) Eine erhöhte Inanspruchnahme teilstationärer Behandlungstage und der PIA-Kontakte zeigen die Veränderung der Behandlung im Modellvorhaben hin zu teilstationärer und ambulanter Versorgung im Krankenhaus. (4) Es sind Veränderungen über die Modelllaufzeit als Hinweis auf eine Einführungsphase des Modellvorhabens ersichtlich.

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 vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Demnach wurde ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich ver-

lagert. Auch bei den klinikbekannten Patienten war die vollstationäre Behandlungsdauer ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Zudem wies die IG, vergleichbar mit dem Muster bei den klinikneuen Patienten stets mehr teilstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten der IG insgesamt etwas häufiger bzw. vergleichbar häufig vollstationär aufgenommen wurden, jedoch weniger Tage vollstationär verblieben im Vergleich zur KG.

Der beobachtete Unterschied kürzerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Das festgestellte Muster weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten oder teilstationären Krankenhaussetting bewirkt hat.

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.

Ein sich stärkender Modelleffekt über die Modelllaufzeit war bei der Abnahme vollstationärer Behandlungstage und der AU-Tage ersichtlich und ist vermutlich auf eine Einführungsphase zurückzuführen. Diese weist darauf hin, dass der volle Modelleffekt erst nach einer Zeit von ca. ein bis zwei Jahren ersichtlich ist.

Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung (Wiederaufnahme) war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Die Zeit zwischen einer erneuten stationären Aufnahme war somit, hypothesenkonform, im Klinikum Heidenheim größer als 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 vollstationären 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 leicht höher als in der KG, was wiederum auf höhere voll- und teilstationäre sowie PIA-Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten nicht bestätigt werden. Ebenso kann die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten nicht bestätigt werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten klinikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr war vergleichbar zu denen der KG. Auch die Kosten der vollstationären Behandlung war in beiden Gruppen gleich hoch. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt und damit die Gesamtkosten sinken, nicht bestätigt werden.

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

Es zeigt sich demzufolge ein Effekt in der Modellversorgung, der erst nach einer gewissen Zeit (geringere Kosten bei Kohorte 3) sichtbar wird. Es ist davon auszugehen, dass die Umstellung von Regel- auf Modellversorgung ca. zwei Jahre in Anspruch nimmt, bevor Modelleffekte wirken und sichtbar werden.

Methodische Stärken und Limitationen

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der Ergebnisqualität. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden.

Fazit

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einem separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen. Die spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (1) beschrieben.

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum September bis November 2021. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte im November 2021.

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

- AOK Baden-Württemberg
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Audi
- BKK Mobil Oil
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK Scheufelen
- BKK Schwenninger (Fusion mit der atlas BKK ahlmann zum 01.01.2021 zur vivida BKK, Villingen-Schwenningen)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein und der BKK Basell zum 01.01.2016, der TBK und Brandenburgische BKK zum 01.01.2020)
- BKK VerbundPlus
- BKK Voralb HIL
- BKK ZF & Partner
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Hessen
- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016; Fusion mit der landesunmittelbaren BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zum 01.01.2021).

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.

Insgesamt kamen 2.148 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 2.148 Patienten verfügten über 1.766 Patienten (82,2 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 1.766 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 1.757 Patienten (99,5 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch 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 ergeben.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamt	**Kohorte 1**	996	37.091	817 (82,0%)	32.115 (86,6%)	814 (81,7% ; 99,6%)	814 (2,2% ; 2,5%)
	Kohorte 2	586	20.325	489 (83,4%)	16.985 (83,6%)	485 (82,8% ; 99,2%)	485 (2,4% ; 2,9%)
	Kohorte 3	566	17.525	460 (81,3%)	14.718 (84,0%)	458 (80,9% ; 99,6%)	458 (2,6% ; 3,1%)
	Gesamt	2.148	74.941	1.766 (82,2%)	63.818 (85,2%)	1.757 (81,8% ; 99,5%)	1.757 (2,3% ; 2,8%)
Klinikneu	**Kohorte 1**	546	18.117	429 (78,6%)	15.055 (83,1%)	428 (78,4% ; 99,8%)	428 (2,4% ; 2,8%)
	Kohorte 2	540	18.264	451 (83,5%)	15.194 (83,2%)	449 (83,1% ; 99,6%)	449 (2,5% ; 3,0%)
	Kohorte 3	532	16.572	434 (81,6%)	13.907 (83,9%)	432 (81,2% ; 99,5%)	432 (2,6% ; 3,1%)
	Gesamt	1.618	52.953	1.314 (81,2%)	44.156 (83,4%)	1.309 (80,9% ; 99,6%)	1.309 (2,5% ; 3,0%)
Klinik-be-kannt	**Kohorte 1**	450	18.974	388 (86,2%)	17.060 (89,9%)	386 (85,8% ; 99,5%)	386 (2,0% ; 2,3%)
	Kohorte 2	46	2.061	38 (82,6%)	1.791 (86,9%)	36 (78,3% ; 94,7%)	36 (1,7% ; 2,0%)
	Kohorte 3	34	953	26 (76,5%)	811 (85,1%)	26 (76,5% ; 100,0%)	26 (2,7% ; 3,2%)
	Gesamt	530	21.988	452 (85,3%)	19.662 (89,4%)	448 (84,5% ; 99,1%)	448 (2,0% ; 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	Eingeschlos-sene Kontroll-patienten
1	17,1	111
2	19,4	171
3	19,6	379
4	22,2	451
5	22,7	658
6	23,2	36
7	24,5	12
8	27,4	25
9	27,6	66
10	28,2	42

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	1.757	1.757		814	814		485	485		458	458				
	klinikneu	1.309	1.309		428	428		449	449		432	432				
	klinikbekannt	448	448		386	386		36	36		26	26				
Mittleres Alter	gesamt	51,9	51,0	0,781	51,8	50,9	>0,999	52,4	52,1	>0,999	51,7	50,0	>0,999	>0,999		
	klinikneu	51,9	50,9	0,803	51,1	51,0	>0,999	52,6	52,3	>0,999	51,9	49,5	0,540	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	52,1	51,1	>0,999	52,5	50,8	>0,999	50,5	49,9	>0,999	47,9	57,9	0,974	>0,999		
Anteil Frauen	gesamt	52,4%	50,5%	>0,999	55,8%	52,6%	>0,999	50,1%	48,5%	>0,999	48,9%	49,1%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	51,1%	50,3%	>0,999	54,0%	51,4%	>0,999	50,3%	50,1%	>0,999	49,1%	49,3%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	56,2%	51,3%	>0,999	57,8%	53,9%	>0,999	47,2%	27,8%	>0,999	46,2%	46,2%	>0,999	>0,999		
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	25,5%	25,5%	>0,999	47,4%	47,4%	>0,999	7,4%	7,4%	>0,999	5,7%	5,7%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			<0,001	<0,001
	klinikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%				
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	42,4%	44,3%	>0,999	48,9%	51,4%	>0,999	39,4%	41,9%	>0,999	34,1%	34,3%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	36,6%	36,7%	>0,999	35,5%	35,7%	>0,999	40,3%	41,0%	>0,999	33,8%	33,1%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	59,4%	66,5%	0,262	63,7%	68,7%	>0,999	27,8%	52,8%	0,546	38,5%	53,8%	>0,999	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	54,0%	50,3%	0,372	48,0%	43,0%	0,465	57,3%	52,8%	>0,999	60,9%	60,5%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	60,7%	57,1%	0,596	62,6%	55,8%	0,412	57,2%	53,5%	>0,999	62,5%	62,3%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	34,2%	30,1%	>0,999	31,9%	28,8%	>0,999	58,3%	44,4%	>0,999	34,6%	30,8%	>0,999	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,1%	3,4%	>0,999	2,7%	3,7%	>0,999	2,1%	3,7%	>0,999	4,8%	2,6%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	2,1%	3,6%	0,498	1,4%	4,7%	0,087	1,3%	3,8%	0,347	3,5%	2,3%	>0,999	>0,999	0,069	>0,999
	klinikbekannt	6,0%	2,9%	0,232	4,1%	2,6%	>0,999	11,1%	2,8%	>0,999	26,9%	7,7%	>0,999	>0,999		
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,6%	2,0%	0,002	0,4%	2,0%	0,062	1,2%	1,6%	>0,999	0,2%	2,6%	0,057	>0,999		
	klinikneu	0,6%	2,6%	0,001	0,5%	3,7%	0,020	1,1%	1,8%	>0,999	0,2%	2,3%	0,152	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	0,4%	0,4%	>0,999	0,3%	0,0%	>0,999	2,8%	0,0%	>0,999	0,0%	7,7%	>0,999			
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	12,9%	11,8%	>0,999	20,6%	18,6%	>0,999	5,6%	6,4%	>0,999	6,8%	5,7%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	3,8%	4,4%	>0,999	4,2%	4,4%	>0,999	2,7%	4,2%	>0,999	4,6%	4,6%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	39,3%	33,5%	0,797	38,9%	34,2%	>0,999	41,7%	33,3%	>0,999	42,3%	23,1%	>0,999	>0,999		
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,4%	2,5%	>0,999	3,9%	4,3%	>0,999	0,8%	0,8%	>0,999	1,3%	1,1%	>0,999			
	klinikneu	0,7%	1,0%	>0,999	0,7%	1,4%	>0,999	0,7%	0,7%	>0,999	0,7%	0,9%	>0,999		>0,999	>0,999
	klinikbekannt	7,4%	6,9%	>0,999	7,5%	7,5%	>0,999	2,8%	2,8%	>0,999	11,5%	3,8%	>0,999			
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	17,8%	18,7%	>0,999	32,8%	32,2%	>0,999	3,3%	5,6%	>0,999	6,3%	8,5%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	2,9%	3,1%	>0,999	3,0%	1,9%	>0,999	2,0%	2,7%	>0,999	3,7%	4,6%	>0,999	>0,999	0,286	<0,001
	klinikbekannt	61,2%	64,3%	>0,999	65,8%	65,8%	>0,999	19,4%	41,7%	0,660	50,0%	73,1%	>0,999	>0,999		
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	42,2%	40,7%	>0,999	43,2%	43,1%	>0,999	41,0%	37,1%	>0,999	41,7%	40,2%	>0,999	>0,999		
	klinikneu	40,1%	39,1%	>0,999	40,2%	40,4%	>0,999	39,4%	36,5%	>0,999	40,7%	40,5%	>0,999	>0,999	>0,999	>0,999
	klinikbekannt	48,4%	45,3%	>0,999	46,6%	46,1%	>0,999	61,1%	44,4%	>0,999	57,7%	34,6%	>0,999	>0,999		

(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 Heidenheim

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Klinikum Heidenheim begann zum 01.01.2017 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Das Modellvorhaben startete laut Vertrag bereits zum 01.12.2016, wird aber in dieser Evaluation als Start 01.01.2017 bewertet.

Am Klinikum Heidenheim sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 68 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 11 in der Psychosomatik und 14 in der Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre Leistungen, teilstationäre Leistungen, institutsambulante Behandlung (PIA), Home-Treatment und stationsersetzende Leistungen. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget.

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2017 und 2018 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Krisenmanagement/Notfallbehandlung, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen sowie intermittierend tagesklinisch (z.B. Mo, Mi, Fr). Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor Start des Modellvorhabens.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, welches im Rahmen des Vertrages voll ausgeglichen wird. Voll- und teilstationäre Leistungen werden nach dem PEPP-Katalog vergütet.

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

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

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
Schizophrenie (F20)
depressive Episoden (F32)
rezidivierende depressive Störungen (F33)
andere Angststörungen (F41) und
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**428**	**428**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	85,7 %	87,4 %
• Zwei Diagnosen	13,6 %	11,2 %
• Drei Diagnosen	0,7 %	1,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	6	7
2. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F32	5	7
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F41	5	5

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	**386**	**386**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	80,6 %	81,1 %
• Zwei Diagnosen	16,6 %	15,5 %
• Drei Diagnosen	2,8 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F33	7	7
2. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F32	6	6
3. IG: F10 & F33 / KG: F10 & F20	6	6

[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)	**458**	**458**
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I)[1]	85,8 %	86,9 %
• Zwei Diagnosen	13,1 %	11,4 %
• Drei Diagnosen	0,9 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F41 / KG: F10 & F43	5	5
2. F10 & F32	5	5
3. IG: F32 & F43 / KG: F33 & F41	4	4

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

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

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

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	367	374	428	428
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,4 %	1,3 %	1,6 %	1,6 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,2 %	5,3 %	4,7 %	4,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,5 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,2 %	22,5 %	25,7 %	24,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,9 %	11,0 %	10,7 %	10,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,3 %	31,3 %	36,7 %	36,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,6 %	11,8 %	12,1 %	13,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,5 %	2,1 %	3,5 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	12,8 %	12,0 %	14,7 %	14,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,6 %	1,9 %	2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	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 %	0,2 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	51,3	51,6	51,1	51,0
• Median	51	51	51	51
• (Interquartilsabstand)	(38 - 62)	(36 - 62)	(38 - 62)	(36 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,1 %	51,6 %	54,0 %	51,6 %
• Männer	46,9 %	48,4 %	46,0 %	48,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	63,8 %	65,5 %	64,5 %	64,3 %
• PIA	36,2 %	34,5 %	35,5 %	35,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	0,8 %	0,5 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	13,1 %	13,9 %	12,6 %	13,1 %

• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	12,5 %	11,2 %	12,1 %	11,0 %
• Abitur/Fachabitur	5,4 %	6,7 %	5,1 %	7,0 %
• Abschluss unbekannt	7,1 %	9,6 %	6,8 %	9,8 %
• Fehlende Angabe	61,6 %	57,8 %	62,9 %	58,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,7 %	7,8 %	5,8 %	7,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	24,5 %	23,0 %	23,8 %	23,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,1 %	1,2 %	1,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,2 %	2,7 %	1,9 %	2,6 %
• Promotion	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,6 %	7,8 %	4,2 %	7,2 %
• Fehlende Angabe	61,6 %	57,8 %	62,9 %	58,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,4 %	11,5 %	11,4 %	11,0 %
• Nein	50,1 %	59,4 %	50,9 %	60,5 %
• Fehlende Angabe	38,4 %	29,1 %	37,6 %	28,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	25,1 %	27,8 %	27,6 %	28,3 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	19,1 %	16,3 %	20,3 %	17,1 %
• Weder A noch B	55,9 %	55,9 %	52,1 %	54,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	59,9 %	62,8 %	59,1 %	63,6 %
• Familienversicherter	6,0 %	5,6 %	7,0 %	5,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	33,2 %	29,4 %	33,2 %	29,0 %
• Fehlende Angabe	0,8 %	2,1 %	0,7 %	1,9 %

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

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	**Population I (Einfach-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	311	313	386	386
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,3 %	1,0 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,3 %	1,0 %	0,8 %	1,6 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	18,6 %	18,8 %	22,8 %	24,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,9 %	29,1 %	27,2 %	26,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	35,7 %	36,1 %	40,9 %	39,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,3 %	1,6 %	6,2 %	4,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,0 %	2,8 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,0 %	8,0 %	11,9 %	14,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,2 %	3,2 %	4,9 %	3,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,8	51,9	52,5	50,8
• Median	53	54	53	52
• (Interquartilsabstand)	(45 - 62)	(38 - 62)	(44 - 61)	(37 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,5 %	54,3 %	57,8 %	53,9 %
• Männer	41,5 %	45,7 %	42,2 %	46,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	33,4 %	31,3 %	36,3 %	31,3 %
• PIA	66,6 %	68,7 %	63,7 %	68,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	3,2 %	0,5 %	2,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	9,3 %	8,3 %	9,6 %	8,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,3 %	8,9 %	8,0 %	9,6 %
• Abitur/Fachabitur	4,5 %	2,9 %	3,9 %	2,8 %
• Abschluss unbekannt	7,1 %	7,7 %	7,0 %	8,3 %

• Fehlende Angabe	69,5 %	69,0 %	71,0 %	67,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,8 %	8,3 %	4,7 %	8,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,9 %	15,0 %	18,7 %	15,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %
• Bachelor	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,3 %	1,3 %	1,8 %	1,3 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,2 %	5,1 %	3,6 %	6,0 %
• Fehlende Angabe	69,5 %	69,0 %	71,0 %	67,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,6 %	19,5 %	10,9 %	17,9 %
• Nein	49,2 %	49,2 %	49,0 %	52,3 %
• Fehlende Angabe	41,2 %	31,3 %	40,2 %	29,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	26,4 %	28,1 %	26,9 %	28,0 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	55,3 %	53,0 %	56,5 %	54,1 %
• Weder A noch B	18,3 %	18,8 %	16,6 %	17,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	48,6 %	51,4 %	47,7 %	52,8 %
• Familienversicherter	4,8 %	6,4 %	5,7 %	6,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	46,3 %	42,2 %	46,1 %	40,7 %
• Fehlende Angabe	0,3 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %

[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-Diag-nose)**		**Population II (alle)**	
Gruppe	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
Gesamtzahl (n)	393	398	458	458
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,3 %	4,8 %	4,6 %	4,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. … des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	24,2 %	24,1 %	25,8 %	25,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	11,7 %	10,6 %	11,4 %	10,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	37,2 %	36,4 %	41,5 %	40,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,9 %	11,3 %	12,4 %	13,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,3 %	2,0 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)[4]	9,4 %	9,3 %	11,8 %	11,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,3 %	0,7 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,8 %	0,5 %	1,5 %	0,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,5 %	0,9 %	1,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,7 %
Alter[1]				
• Mittelwert	52,1	50,2	51,7	50,0
• Median	52	51	52	51
• (Interquartilsabstand)	(37 - 64)	(34 - 63)	(36 - 64)	(34 - 62)
Geschlecht (%)				
• Frauen	48,6 %	49,5 %	49,1 %	49,1 %
• Männer	51,4 %	50,5 %	50,9 %	50,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	65,6 %	65,6 %	65,9 %	65,7 %
• PIA	34,4 %	34,4 %	34,1 %	34,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,8 %	1,0 %	1,3 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	12,2 %	11,3 %	11,1 %	11,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	10,2 %	10,8 %	9,6 %	10,5 %
• Abitur/Fachabitur	8,4 %	9,0 %	7,6 %	8,1 %
• Abschluss unbekannt	8,4 %	7,3 %	9,2 %	7,9 %

• Fehlende Angabe	60,1 %	60,6 %	61,1 %	60,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,9 %	8,8 %	6,6 %	8,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	22,6 %	22,6 %	21,0 %	22,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	2,0 %	1,5 %	2,0 %	1,7 %
• Bachelor	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,1 %	2,3 %	2,8 %	2,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,6 %	3,5 %	5,9 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	60,1 %	60,6 %	61,1 %	60,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,2 %	13,6 %	10,5 %	13,8 %
• Nein	57,8 %	62,6 %	57,6 %	62,2 %
• Fehlende Angabe	32,1 %	23,9 %	31,9 %	24,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium[2]	30,3 %	26,9 %	31,2 %	27,3 %
• B: Diagnostikkriterium[2] und Dauerkriterium[3]	19,3 %	20,6 %	21,2 %	21,8 %
• Weder A noch B	50,4 %	52,5 %	47,6 %	50,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,5 %	62,6 %	58,3 %	62,4 %
• Familienversicherter	6,9 %	7,3 %	6,6 %	7,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	32,6 %	28,6 %	32,3 %	28,2 %
• Fehlende Angabe	2,0 %	1,5 %	2,8 %	1,5 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population teilweise in 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 von Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit visualisieren (Prä-Zeit, 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.
- 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)	**413**	**413**	**386**	**371**	**411**	**411**	**386**	**376**
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt[1] ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	9,9 %	42,9 %	15,8 %	11,3 %	9,5 %	30,9 %	15,5 %	13,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	1,5 %	1,3 %	0,3 %	0,7 %	3,6 %	1,8 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,2 %	14,3 %	8,8 %	10,5 %	13,9 %	14,8 %	7,8 %	7,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	3,1	24,1	4,7	3,1	2,5	24,9	5,7	5,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	9,8	1,8	1,1	0,2	6,9	1,4	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,3	33,9	6,5	4,3	2,7	31,7	7,1	6,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,2	0,4	0,0	0,3	1,0	0,2	0,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,1	0,3	0,0	0,3	0,7	0,2	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,4	0,7	1,2	1,6	1,8	1,2	1,1

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**370**	**370**	**359**	**340**	**372**	**372**	**352**	**342**
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)	42,2 %	35,4 %	26,7 %	25,9 %	35,8 %	29,3 %	25,3 %	24,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,1 %	1,4 %	0,8 %	1,2 %	5,9 %	2,4 %	3,1 %	2,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,5 %	13,5 %	15,3 %	16,2 %	16,7 %	15,1 %	11,4 %	11,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	20,6	20,0	11,2	11,4	20,0	21,7	13,2	12,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	3,7	5,8	3,4	2,9	2,9	3,5	1,5	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	24,3	25,8	14,6	14,2	22,8	25,2	14,7	13,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,2	0,4	0,1	0,1	1,7	1,6	1,2	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	1,2	0,3	0,1	0,1	1,4	1,5	1,1	0,4

• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	2,5	2,2	2,1	1,4	1,5	2,0

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

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

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

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

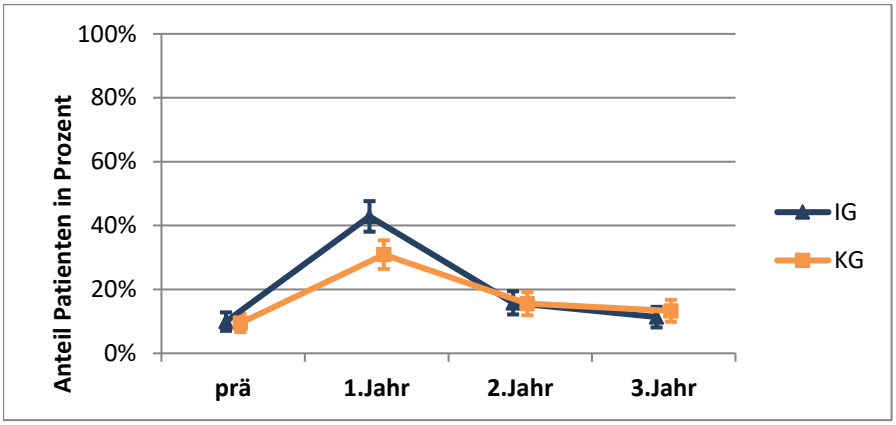
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

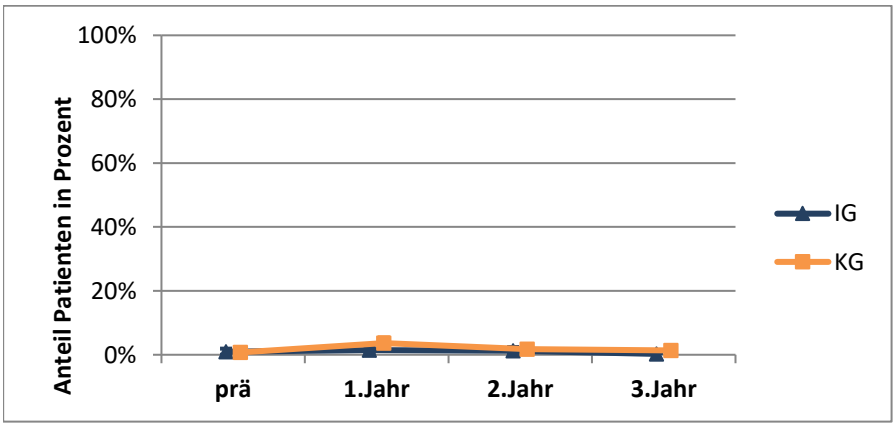
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

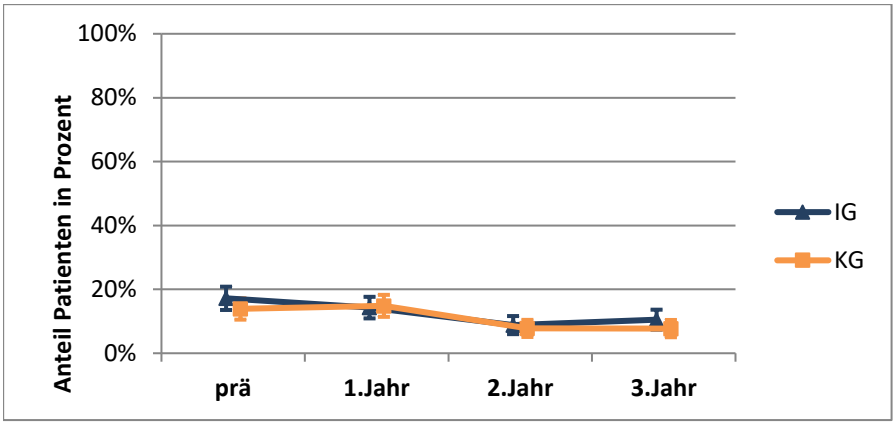
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

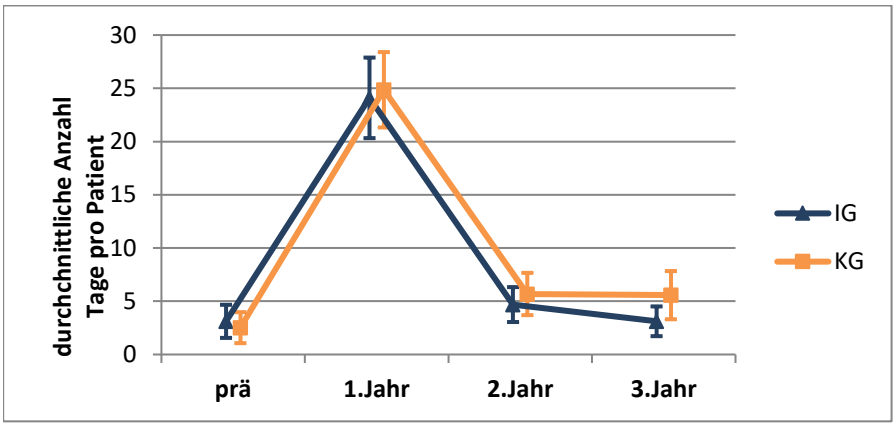


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

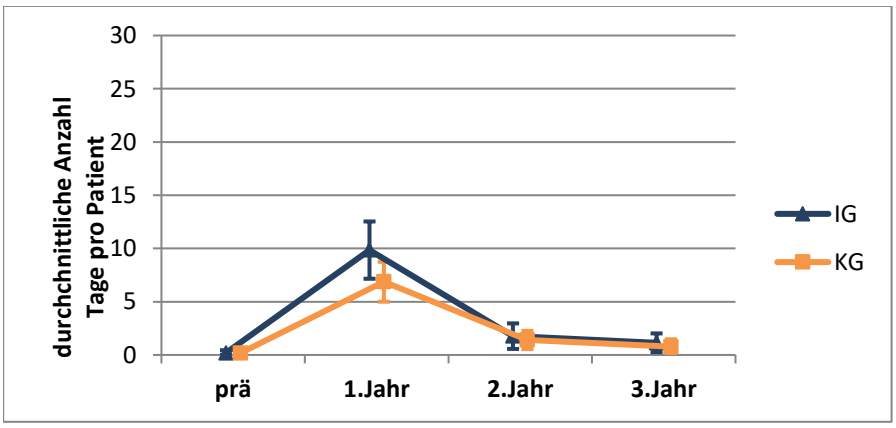


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

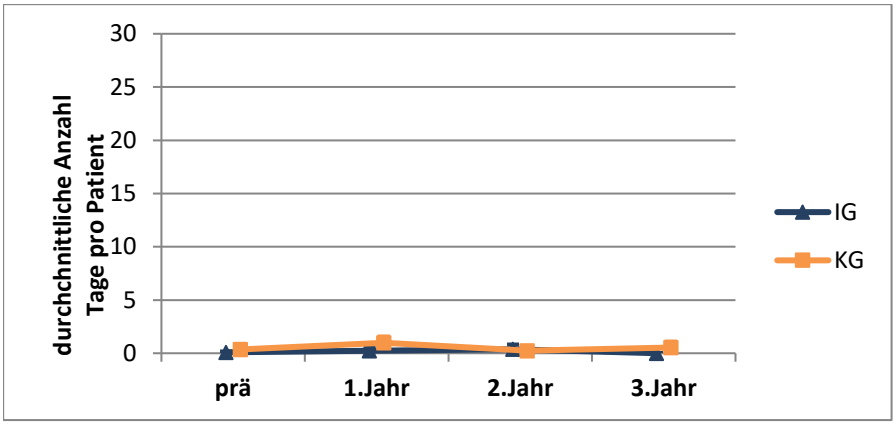
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



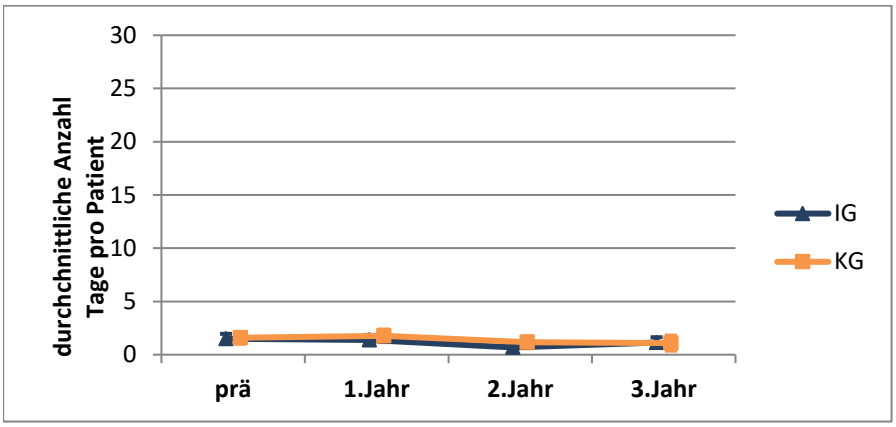
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



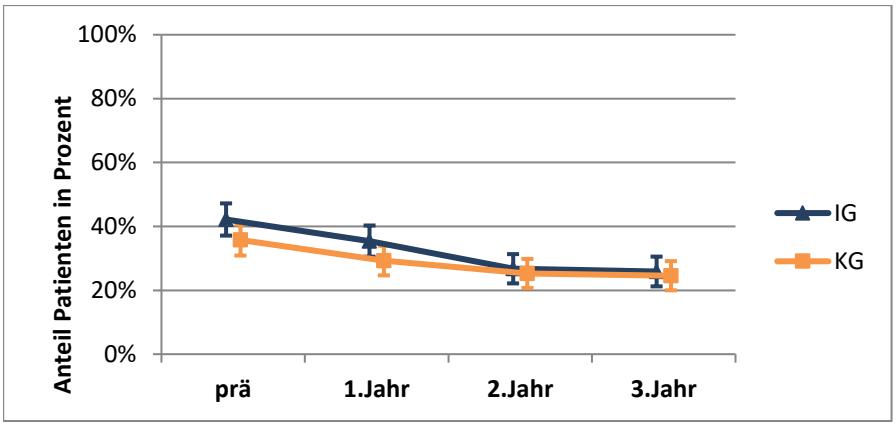
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

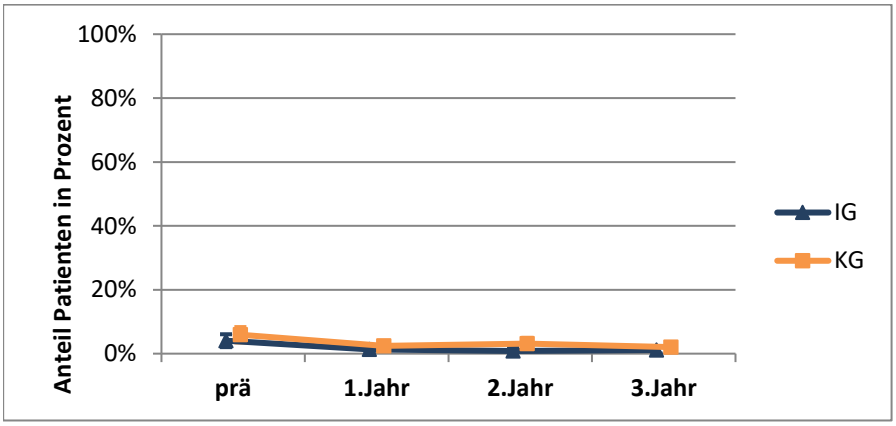
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

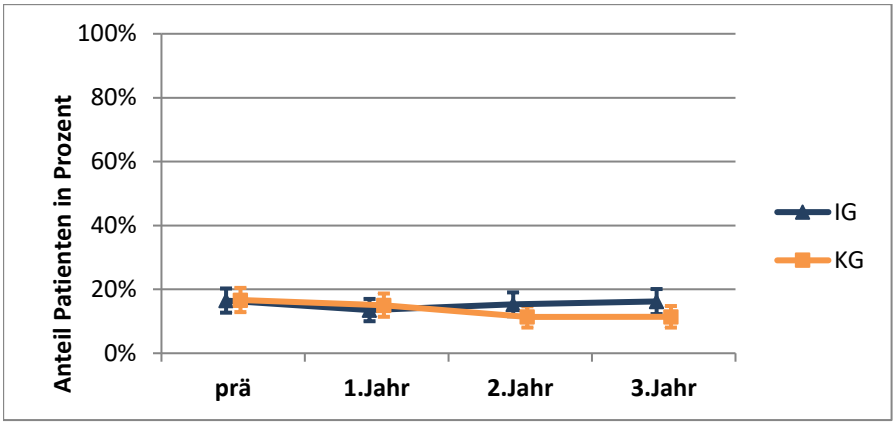
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

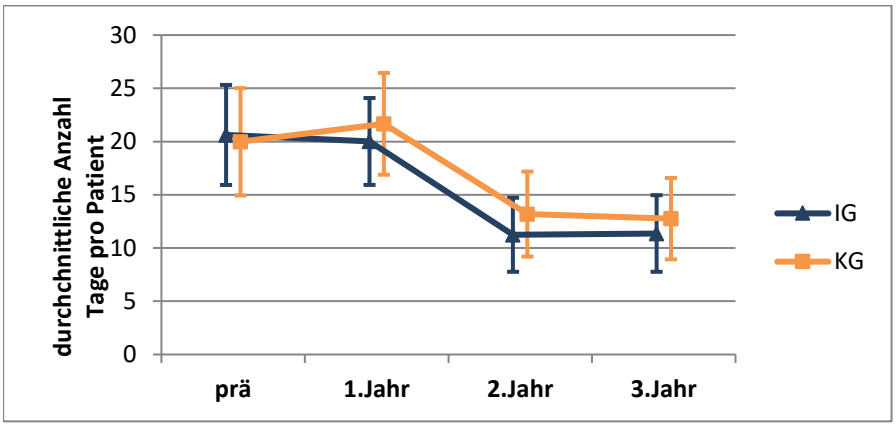


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

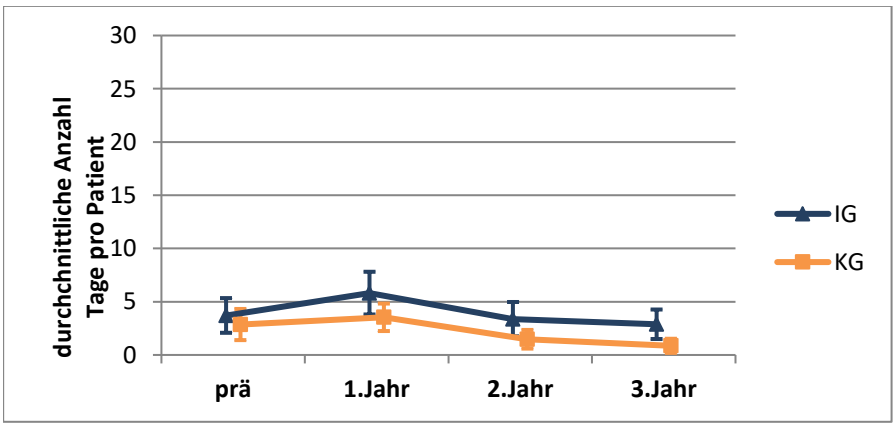


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

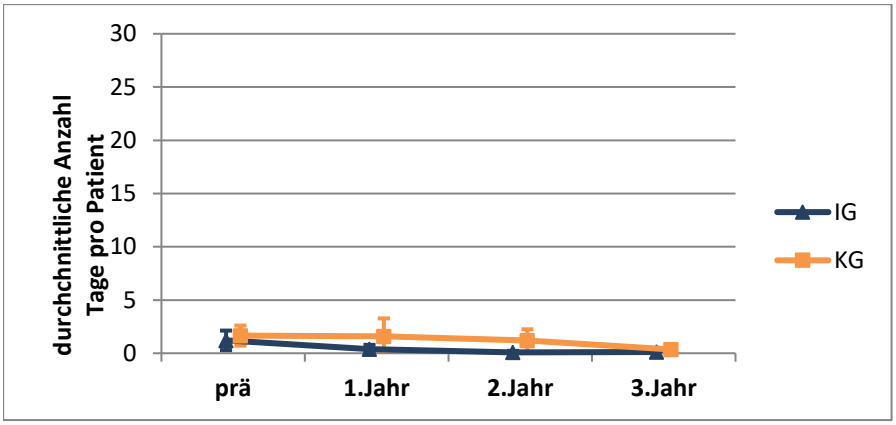
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



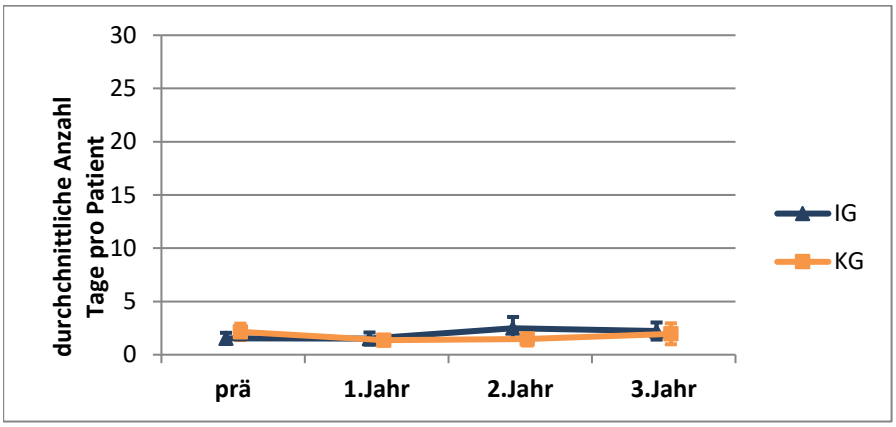
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{klinikneu}$: IG = 413, KG = 411; $n_{klinikbekannt}$: IG = 370, KG = 372).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (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: 3,1; KG: 2,5 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (IG: 24,1; KG: 24,9 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,7 und 3,1 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 5,7 und 5,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Im Niveau war die Anzahl der vollstationären Behandlungstage in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall geringer als in der KG. Dieser Unterschied war im ersten Jahr gering, vergrößerte sich jedoch über die patientenindividuelle Zeit (prä: +0,6; 1. Jahr: -0,8; 2. Jahr: -1,0; 3. Jahr: -2,5 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 9,8 teilstationäre Tage; KG: 6,9 teilstationäre Tage).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der KG sehr kleinem, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (prä: +0,6; 1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -1,9; 3. Jahr: -2,0 vollstationäre Tage). Die Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungsdauer waren dem der klinikneuen Patienten vergleichbar, mit stets mehr teilstationären Behandlungstagen in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,9; 1. Jahr: +2,3; 2. Jahr: +1,9; 3. Jahr: +2,0 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 vergleichbarer Verlauf mit wenigen Aufnahmen und überwiegend geringeren Behandlungstagen.

Der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall größer als in der KG (+12,0 %-Punkte) und ansonsten weitgehend vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten war diese Anteil stets größer, verringerte sich jedoch über die patientenindividuelle Zeit (prä: +6,4; 1. Jahr: +6,1; 2. Jahr: +1,5; 3. Jahr: +1,3 %-Punkte).

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)	**458**	**458**	**458**	**458**
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt[1] ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	7,6 %	38,2 %	8,7 %	34,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,3 %	3,9 %	3,5 %	3,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,2 %	11,8 %	12,9 %	12,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	1,8	18,2	3,0	27,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,4	10,2	0,6	7,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	2,2	28,4	3,6	34,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	1,7	0,6	1,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,7	1,3	0,4	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,4	1,3	1,6

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

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

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

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

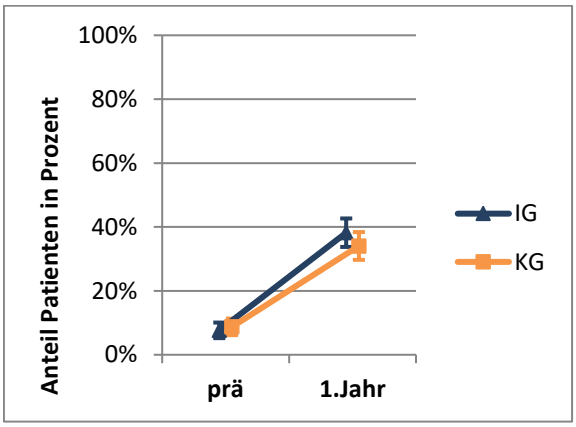
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

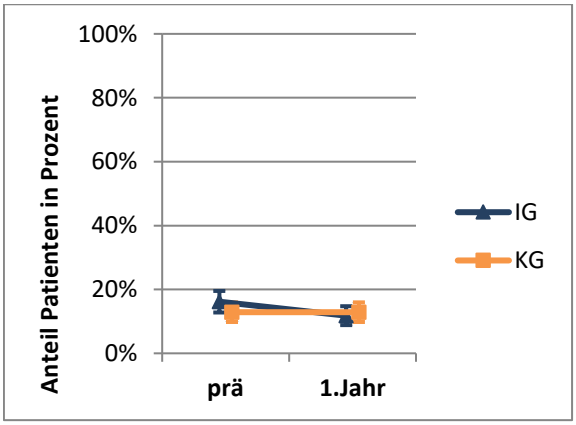
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

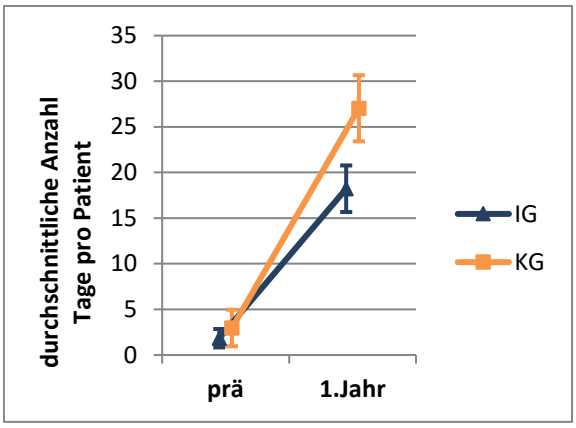
  Fallzahl zu klein

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

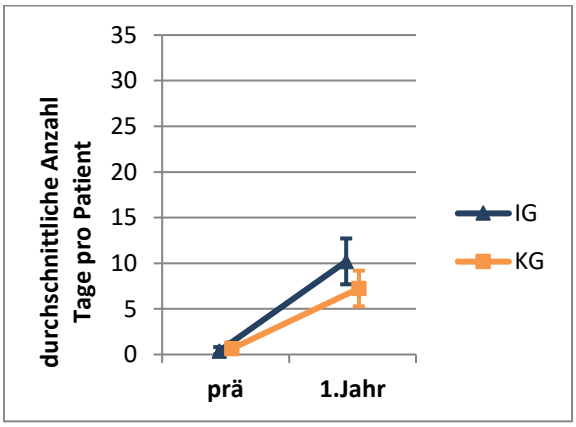


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

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



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



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

Fallzahl zu klein

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

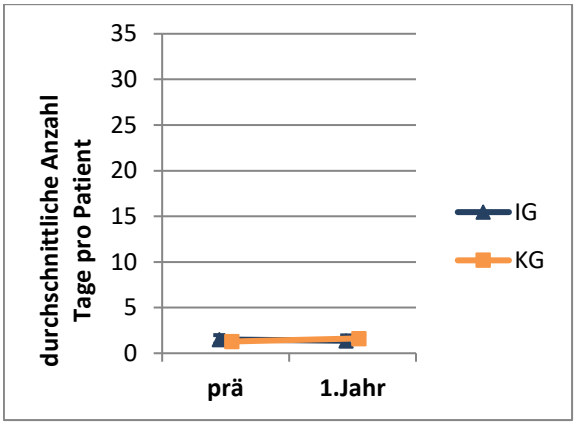


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 458 pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen ein geringerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG. Während beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau (IG: 1,8 KG: 3,0 vollstationäre Tage) starteten, stieg die Anzahl vollstationäre Behandlungstage in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +16,4; KG: 24,1 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -7,7 vollstationäre Tage). Auf der anderen Seite war der Anstieg teilstationärer Tage in der IG größer als in der KG (IG: +9,8; KG: +6,6 teilstationäre Tage).

Die Fallzahlen bezüglich stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose war generell in beiden Gruppen gering. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen wurde kein inferenzstatistischer Vergleich durchgeführt. Bei den somatischen Hauptdiagnosen mit Indexdiagnose als Nebendiagnose war ein leichtes Absinken der Behandlungstage in der IG und ein leichtes Ansteigen in der KG ersichtlich. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -0,5 Tage).

Der Anteil mit mindestens einem stationären Aufenthalt stieg in der IG stärker als in der KG (IG: +30,6; KG: +25,3 %-Punkte). Dieser Unterschied erreichte jedoch keine statistische Signifikanz.

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 bis dritten Modelljahr in der IG signifikant geringer als in der KG.

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

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 331 ff.).

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)	**412**	**412**	**385**	**370**	**410**	**410**	**385**	**375**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**401**	**409**	**377**	**360**	**402**	**406**	**376**	**365**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,1	2,5	2,0	0,1	2,9	1,6	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,0	3,0	2,3	1,6	1,7	3,4	2,7	2,2
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,9	12,1	10,1	10,1	9,5	11,5	10,3	10,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,5	0,5	0,5	0,9	1,2	1,5	1,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	1,4	0,3	0,3	0,4	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	11,8	10,5	9,1	8,5	7,7	6,0	6,6	9,7

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

[7] APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle Patienten (n)	**370**	**370**	**359**	**340**	**372**	**372**	**352**	**342**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**366**	**362**	**349**	**330**	**363**	**364**	**342**	**331**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,7	12,7	9,5	8,4	5,8	7,7	5,8	4,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,3	1,7	1,7	1,4	1,7	1,8	1,9	1,7
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	13,1	12,5	11,8	11,8	12,9	12,3	12,7	12,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1

• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	10,0	10,1	16,1	20,2	8,3	6,7	6,3	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

[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

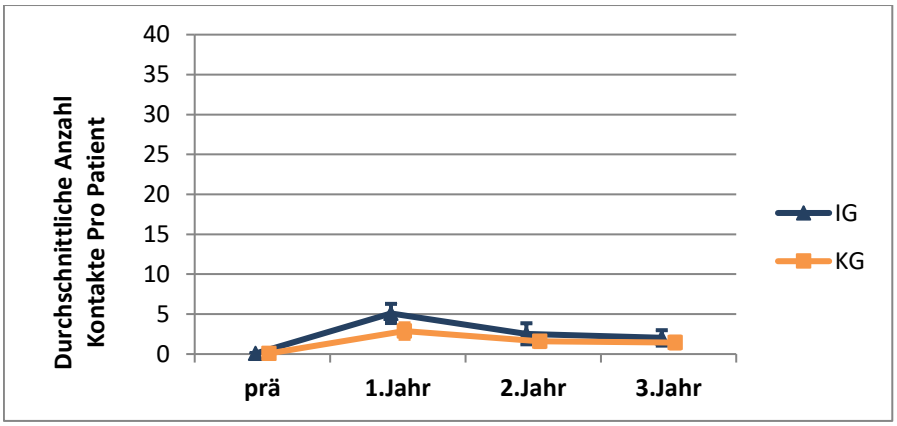
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

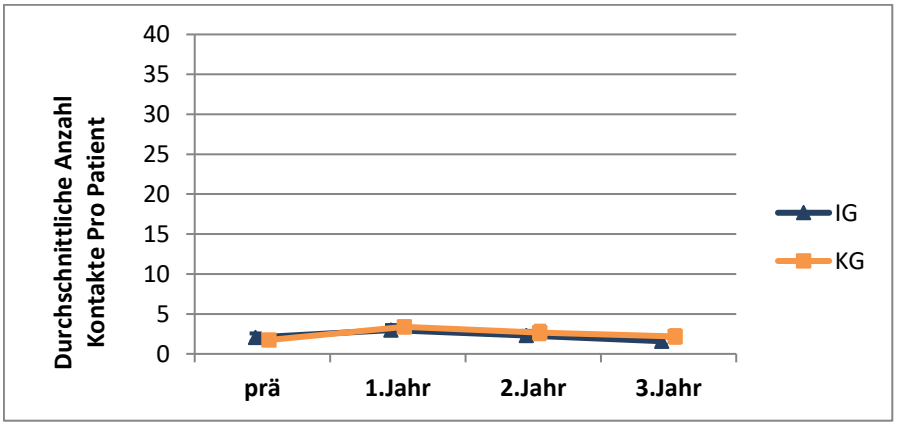
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

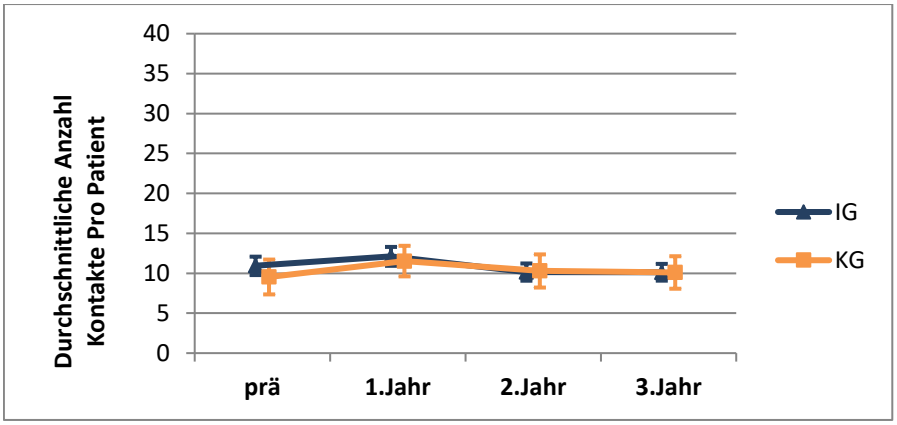
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

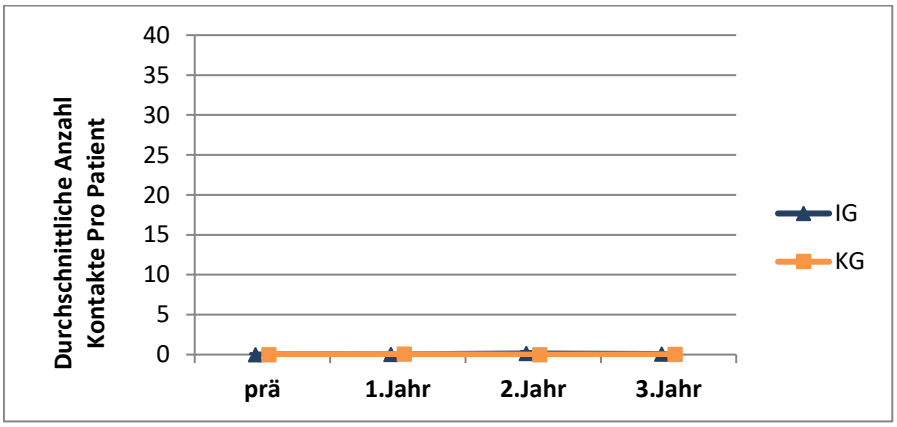


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

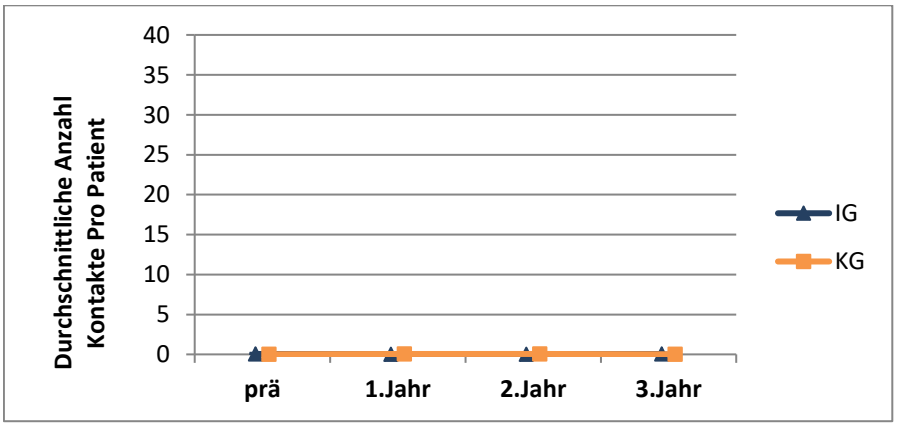


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

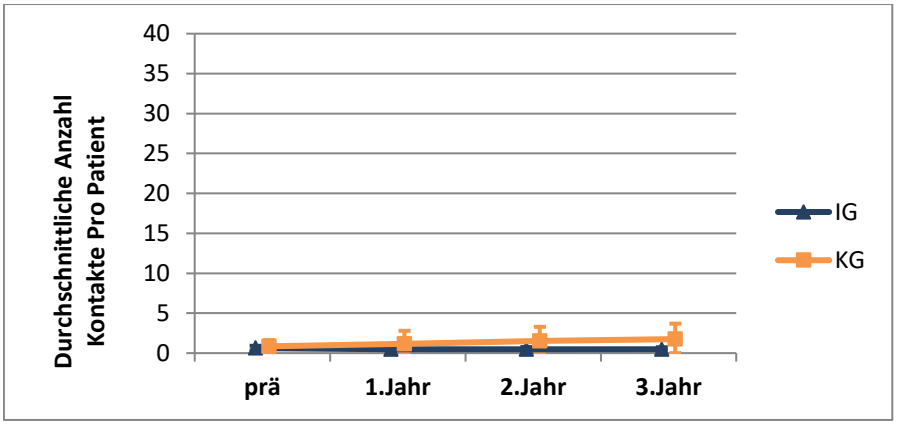
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

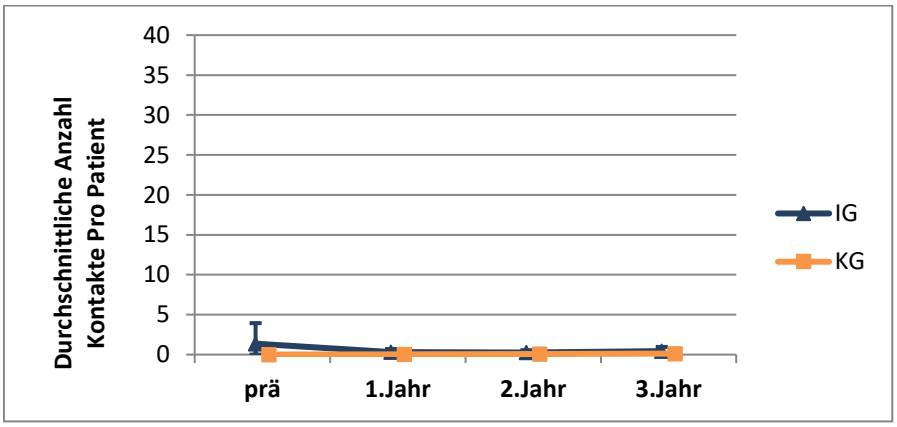


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

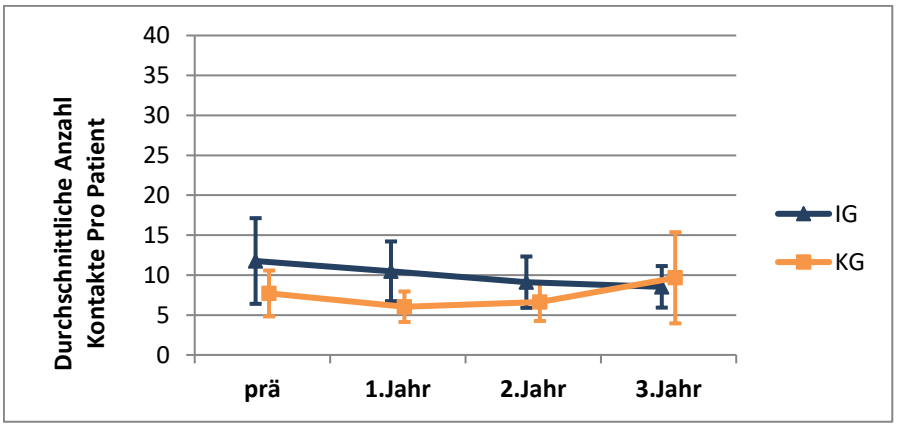


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



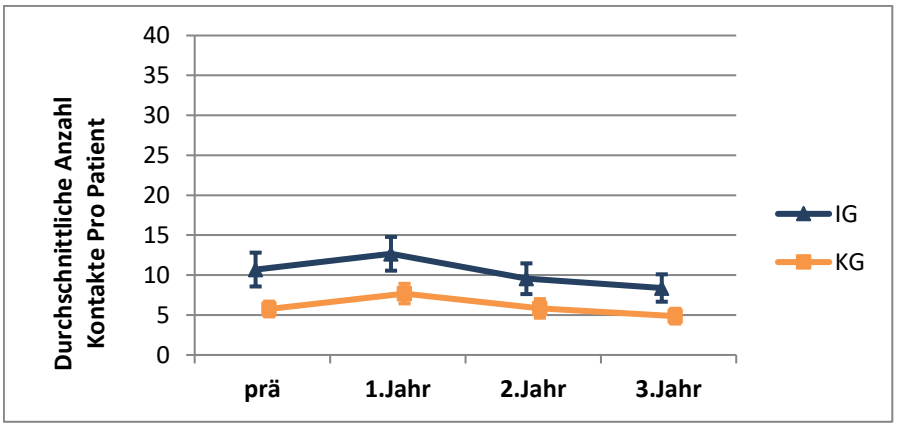
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

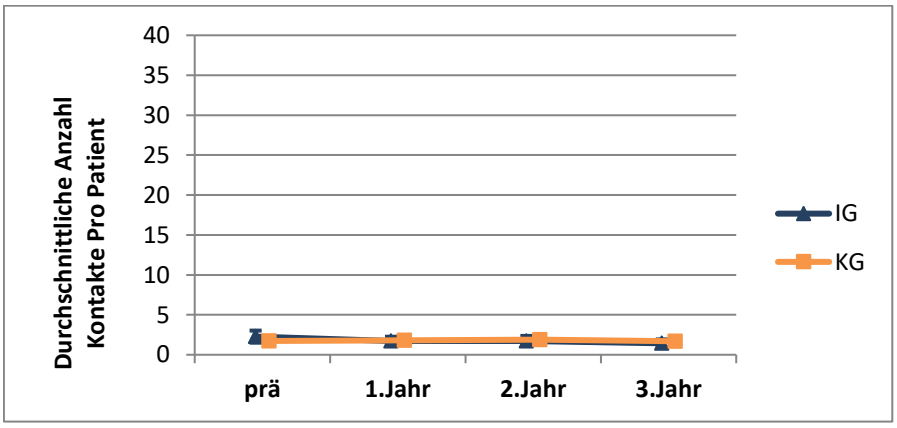
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

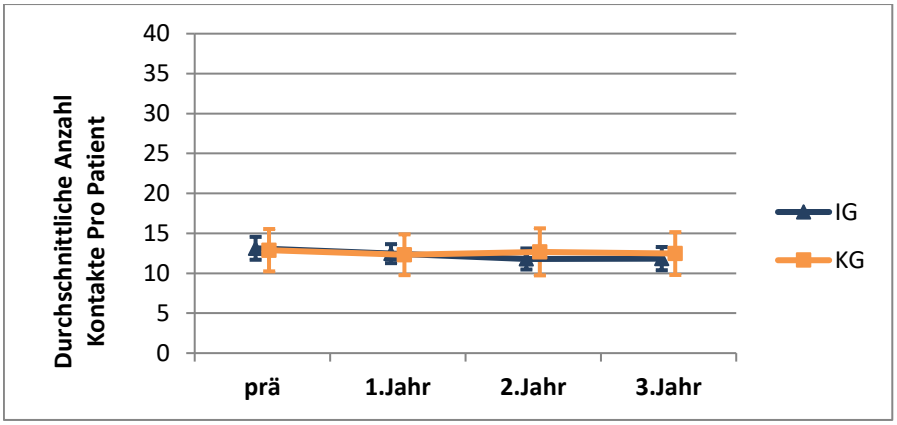
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

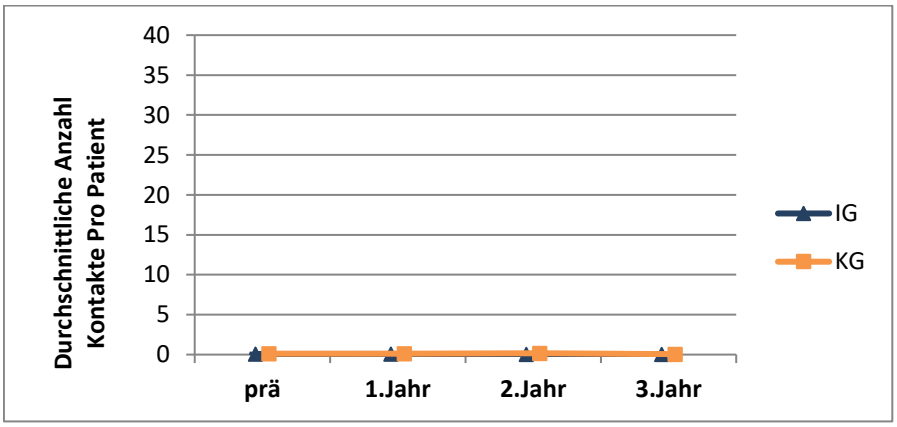


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

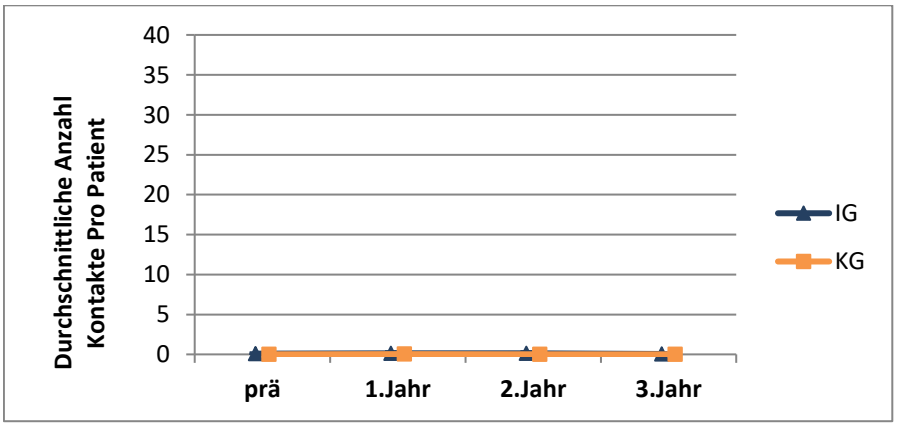


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

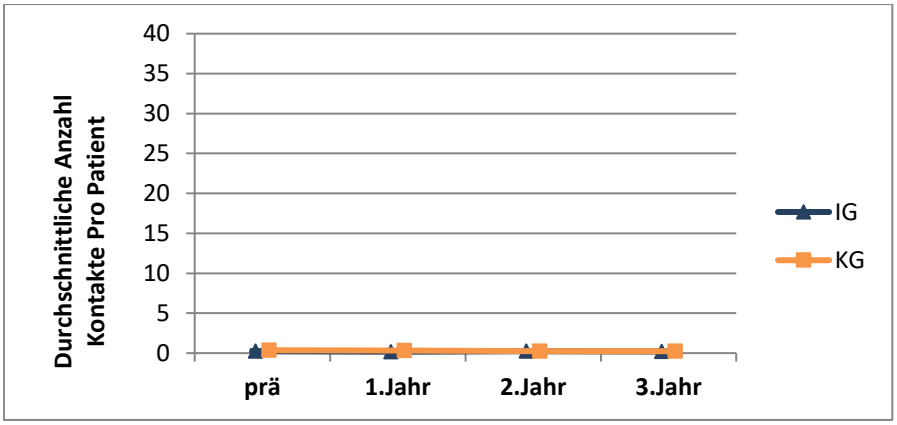
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

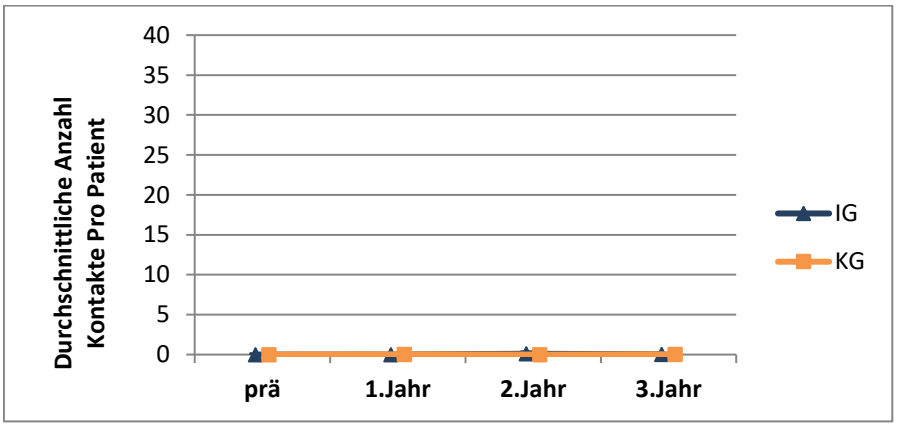


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

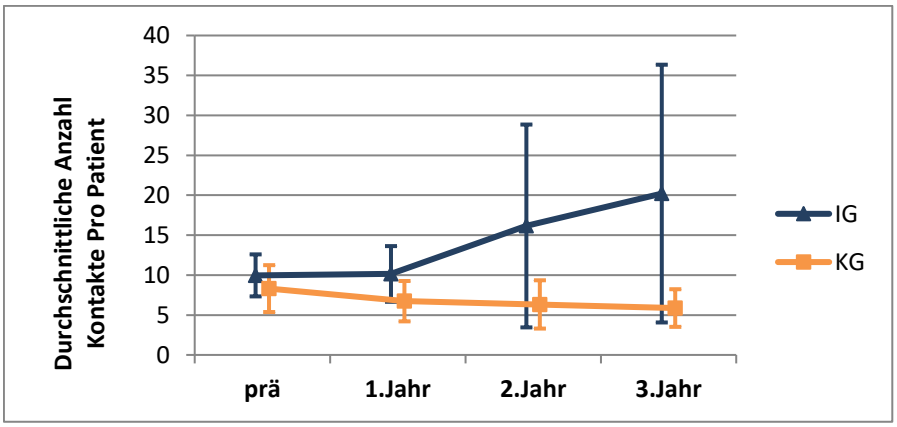


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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 = 409, KG = 406; $n_{klinikbekannt}$: IG = 362, KG = 364). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und einer ab dem zweiten Jahr rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der *PIA* aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets mehr PIA-Kontakte als die der KG (prä: 0,0; 1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +0,6 PIA-Kontakte).

Auch das Muster einer zum ersten Jahr nach Referenzfall leicht ansteigenden und danach absinkenden ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei wies die IG im Durchschnitt ab dem ersten Jahr nach Referenzfall etwas weniger Kontakte als die KG auf (prä: +0,3; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,6 Kontakte).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in der PIA stets eine höhere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (prä: +4,9; 1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +3,7; 3. Jahr: +3,5 Kontakte) und bei den *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* eine ab dem ersten Jahr nach Referenzfall etwas geringere Inanspruchnahme (prä: +0,5; 1. Jahr: -0,1; 2. Jahr: -0,2; 3. Jahr: -0,3 Kontakte).

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)	**456**	**456**	**456**	**456**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**442**	**448**	**446**	**451**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	4,0	0,3	2,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,2	3,6	1,7	2,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	11,0	12,7	10,8	12,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,8	0,6	0,9	0,7
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)	8,6	7,8	4,9	5,1

[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

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

[7] APN: alle

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

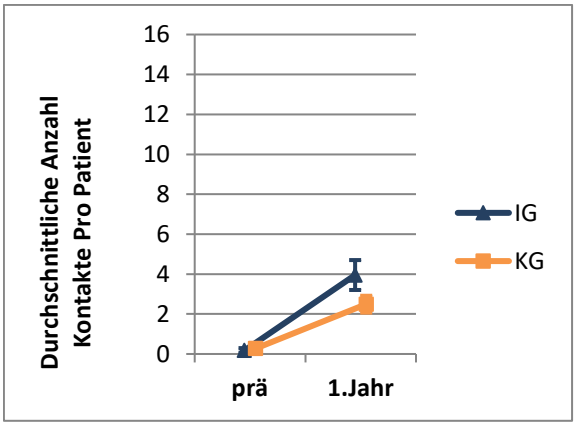
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

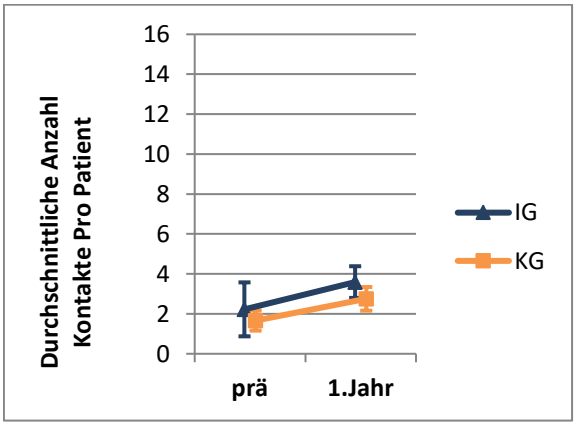
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

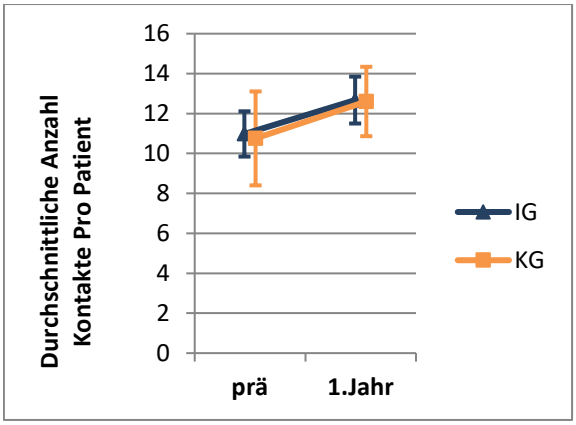
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

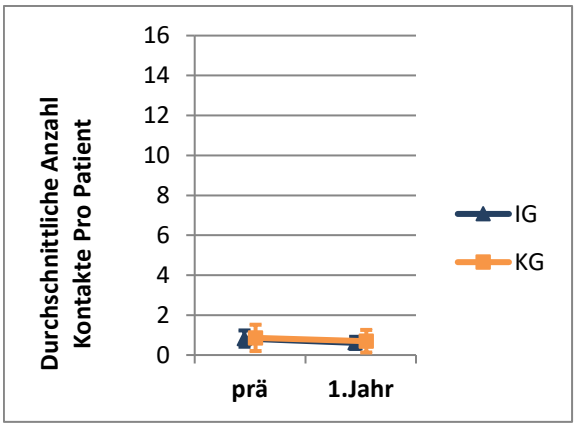
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

  Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

  Fallzahl zu klein

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

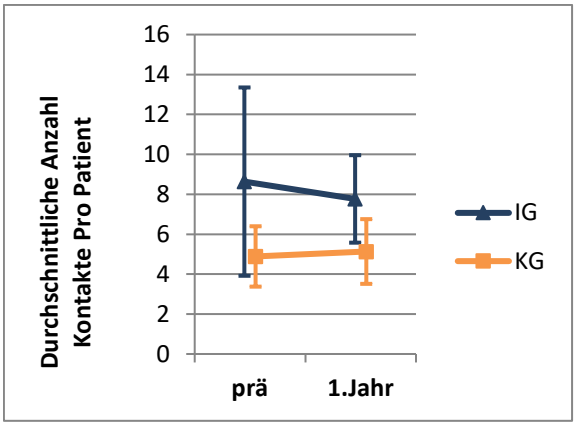


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 448 und 451) zeigte sich in der IG eine stärkere Zunahme der PIA Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach als in der KG (IG: +3,8; KG: +2,2 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 1,6 PIA-Kontakte). Auch der Anstieg der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG etwas größer als in der KG (IG: +1,4; KG: +1,1 Kontakte); dabei wies die IG bereits im Jahr vor Referenzfall eine höhere Inanspruchnahme als die KG auf (IG: von 2,2, auf 3,6 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 1,7 auf 2,8 Kontakte im 1. Jahr).

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	**45**	**425**	**84**	**53**	**36**	**408**	**83**	**72**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,7 %	13,4 %	19,0 %	15,1 %	19,4 %	7,4 %	14,5 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,9 %	5,6 %	4,8 %	3,8 %	11,1 %	7,6 %	8,4 %	4,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	55,6 %	47,3 %	50,0 %	34,0 %	41,7 %	46,1 %	41,0 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,6 %	11,5 %	6,0 %	7,5 %	5,6 %	10,5 %	9,6 %	5,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,2 %	5,2 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	1,2 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,3 %	23,8 %	25,0 %	18,9 %	30,6 %	16,4 %	22,9 %	12,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,1 %	35,5 %	31,0 %	43,4 %	38,9 %	41,9 %	43,4 %	54,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**34**	**232**	**65**	**37**	**22**	**197**	**43**	**34**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	5,9 %	15,5 %	20,0 %	18,9 %	27,3 %	10,7 %	14,0 %	14,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,8 %	6,0 %	6,2 %	5,4 %	13,6 %	11,7 %	9,3 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	58,8 %	49,1 %	46,2 %	37,8 %	50,0 %	43,1 %	37,2 %	26,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,7 %	13,4 %	6,2 %	10,8 %	9,1 %	11,2 %	9,3 %	2,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	5,2 %	3,1 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	0,9 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,7 %	26,3 %	27,7 %	24,3 %	40,9 %	24,4 %	23,3 %	20,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	31,9 %	32,3 %	32,4 %	27,3 %	43,1 %	51,2 %	55,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**103**	**29**	**17**	**13**	**76**	**23**	**16**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	18,4 %	27,6 %	17,6 %	30,8 %	13,2 %	13,0 %	18,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	9,7 %	3,4 %	5,9 %	15,4 %	13,2 %	8,7 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,2 %	49,5 %	55,2 %	35,3 %	30,8 %	44,7 %	30,4 %	18,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,4 %	16,5 %	10,3 %	23,5 %	7,7 %	13,2 %	4,3 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	1,0 %	3,4 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,4 %	28,2 %	34,5 %	23,5 %	46,2 %	28,9 %	21,7 %	31,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,2 %	30,1 %	24,1 %	23,5 %	38,5 %	36,8 %	56,5 %	62,5 %

[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

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	**39**	**400**	**74**	**51**	**33**	**367**	**69**	**62**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,7 %	19,5 %	28,4 %	27,5 %	27,3 %	12,3 %	13,0 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	11,5 %	8,1 %	13,7 %	15,2 %	16,9 %	18,8 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,9 %	68,5 %	75,7 %	62,7 %	60,6 %	66,2 %	68,1 %	54,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,8 %	30,3 %	25,7 %	29,4 %	24,2 %	29,4 %	21,7 %	19,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	8,8 %	5,4 %	3,9 %	0,0 %	7,1 %	2,9 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	4,8 %	6,8 %	2,0 %	6,1 %	5,7 %	1,4 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,6 %	37,0 %	37,8 %	35,3 %	42,4 %	33,2 %	34,8 %	22,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	13,0 %	10,8 %	19,6 %	21,2 %	18,8 %	15,9 %	30,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**29**	**216**	**56**	**35**	**20**	**176**	**34**	**28**

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,9 %	23,1 %	32,1 %	37,1 %	40,0 %	18,2 %	11,8 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,7 %	13,9 %	7,1 %	17,1 %	20,0 %	22,7 %	23,5 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,8 %	68,5 %	80,4 %	68,6 %	65,0 %	66,5 %	67,6 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,5 %	34,7 %	32,1 %	31,4 %	35,0 %	31,8 %	20,6 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,3 %	10,2 %	7,1 %	2,9 %	0,0 %	9,7 %	5,9 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,9 %	4,2 %	7,1 %	0,0 %	5,0 %	6,3 %	0,0 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	43,5 %	41,1 %	45,7 %	60,0 %	45,5 %	41,2 %	39,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	10,6 %	7,1 %	8,6 %	15,0 %	14,2 %	14,7 %	32,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**93**	**22**	**16**	**12**	**63**	**19**	**14**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	25,8 %	40,9 %	31,3 %	41,7 %	22,2 %	10,5 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,0 %	21,5 %	4,5 %	6,3 %	25,0 %	28,6 %	31,6 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,0 %	73,1 %	90,9 %	62,5 %	58,3 %	74,6 %	57,9 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,0 %	41,9 %	31,8 %	56,3 %	25,0 %	34,9 %	15,8 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,0 %	1,1 %	9,1 %	0,0 %	0,0 %	9,5 %	5,3 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	5,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	45,2 %	50,0 %	37,5 %	66,7 %	54,0 %	47,4 %	57,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	8,6 %	0,0 %	6,3 %	25,0 %	7,9 %	21,1 %	35,7 %

[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**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**25**	**358**	**58**	**41**	**22**	**318**	**58**	**49**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,0 %	22,9 %	32,8 %	39,0 %	27,3 %	16,7 %	19,0 %	22,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,0 %	22,1 %	19,0 %	14,6 %	27,3 %	25,2 %	31,0 %	12,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,0 %	86,0 %	86,2 %	85,4 %	59,1 %	84,6 %	79,3 %	69,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,0 %	53,1 %	44,8 %	48,8 %	40,9 %	52,5 %	32,8 %	38,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,0 %	13,7 %	6,9 %	7,3 %	13,6 %	11,9 %	6,9 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	9,8 %	6,9 %	9,8 %	9,1 %	9,4 %	3,4 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,0 %	48,9 %	50,0 %	46,3 %	59,1 %	47,5 %	53,4 %	36,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,0 %	3,1 %	5,2 %	4,9 %	13,6 %	6,3 %	8,6 %	12,2 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**18**	**183**	**40**	**28**	**13**	**156**	**28**	**22**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,8 %	27,3 %	40,0 %	39,3 %	30,8 %	20,5 %	17,9 %	31,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	26,2 %	20,0 %	17,9 %	30,8 %	32,7 %	39,3 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,9 %	84,2 %	90,0 %	89,3 %	69,2 %	84,6 %	78,6 %	54,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	72,2 %	59,0 %	45,0 %	42,9 %	53,8 %	55,1 %	28,6 %	36,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	17,5 %	10,0 %	7,1 %	23,1 %	16,0 %	10,7 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	11,5 %	7,5 %	7,1 %	7,7 %	9,0 %	0,0 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,6 %	56,8 %	57,5 %	50,0 %	69,2 %	60,9 %	64,3 %	59,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	3,8 %	5,0 %	3,6 %	7,7 %	5,1 %	7,1 %	18,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**79**	**17**	**12**	**<10**	**57**	**15**	**12**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,5 %	31,6 %	41,2 %	25,0 %	28,6 %	22,8 %	26,7 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,5 %	34,2 %	11,8 %	8,3 %	42,9 %	36,8 %	53,3 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,0 %	89,9 %	100,0 %	83,3 %	71,4 %	87,7 %	73,3 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	62,5 %	64,6 %	52,9 %	58,3 %	42,9 %	52,6 %	26,7 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	25,0 %	8,9 %	11,8 %	0,0 %	28,6 %	12,3 %	13,3 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,5 %	10,1 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	58,2 %	58,8 %	33,3 %	85,7 %	64,9 %	86,7 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %	1,8 %	6,7 %	25,0 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
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	**246**	**321**	**176**	**157**	**193**	**274**	**154**	**177**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,7 %	19,9 %	18,2 %	20,4 %	18,7 %	16,1 %	13,0 %	12,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,3 %	3,4 %	5,7 %	1,9 %	8,3 %	7,3 %	9,1 %	7,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,5 %	35,5 %	31,8 %	28,0 %	35,2 %	31,8 %	37,7 %	33,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	9,3 %	12,8 %	6,3 %	8,3 %	9,8 %	7,7 %	9,7 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	1,6 %	2,8 %	1,1 %	0,0 %	2,1 %	2,2 %	2,6 %	0,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	2,2 %	3,4 %	2,5 %	5,7 %	2,2 %	2,6 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,8 %	25,5 %	25,0 %	22,3 %	28,5 %	24,8 %	24,0 %	20,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,7 %	41,1 %	51,7 %	52,9 %	42,0 %	47,1 %	44,8 %	49,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**195**	**231**	**128**	**130**	**162**	**214**	**125**	**128**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,5 %	23,8 %	21,1 %	20,0 %	21,0 %	17,8 %	14,4 %	15,6 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,7 %	4,8 %	7,8 %	2,3 %	9,9 %	8,9 %	11,2 %	7,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,6 %	35,9 %	29,7 %	28,5 %	37,7 %	33,2 %	39,2 %	32,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,3 %	15,2 %	8,6 %	7,7 %	10,5 %	7,9 %	9,6 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,1 %	3,9 %	1,6 %	0,0 %	1,2 %	2,8 %	3,2 %	0,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	2,2 %	2,3 %	3,1 %	6,2 %	2,3 %	2,4 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,2 %	31,6 %	30,5 %	22,3 %	31,5 %	28,5 %	28,0 %	24,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,9 %	35,9 %	50,8 %	53,1 %	38,3 %	43,0 %	42,4 %	47,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**112**	**136**	**78**	**73**	**102**	**140**	**92**	**84**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,4 %	19,9 %	23,1 %	23,3 %	24,5 %	20,7 %	16,3 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,0 %	4,4 %	10,3 %	2,7 %	13,7 %	12,9 %	13,0 %	9,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	42,9 %	39,0 %	32,1 %	31,5 %	41,2 %	32,9 %	37,0 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	9,8 %	20,6 %	11,5 %	5,5 %	14,7 %	9,3 %	10,9 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,7 %	5,9 %	2,6 %	0,0 %	1,0 %	2,1 %	2,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,7 %	1,5 %	3,8 %	1,4 %	7,8 %	2,1 %	2,2 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,4 %	29,4 %	35,9 %	26,0 %	38,2 %	34,3 %	30,4 %	26,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,6 %	35,3 %	44,9 %	49,3 %	29,4 %	37,9 %	42,4 %	47,6 %

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

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

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

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	**203**	**277**	**140**	**122**	**165**	**225**	**124**	**133**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,9 %	36,5 %	36,4 %	45,9 %	35,2 %	26,7 %	25,8 %	29,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,8 %	9,7 %	10,0 %	5,7 %	17,6 %	16,0 %	18,5 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,0 %	63,5 %	60,7 %	59,8 %	59,4 %	57,8 %	62,1 %	53,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	27,1 %	32,5 %	20,7 %	29,5 %	26,1 %	18,2 %	27,4 %	24,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,0 %	5,8 %	1,4 %	1,6 %	4,2 %	6,7 %	4,8 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	4,0 %	9,3 %	4,1 %	7,3 %	3,6 %	8,9 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,7 %	48,4 %	44,3 %	50,0 %	53,3 %	46,2 %	47,6 %	47,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	15,8 %	13,7 %	18,6 %	19,7 %	19,4 %	23,6 %	14,5 %	16,5 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**161**	**206**	**99**	**103**	**139**	**175**	**104**	**95**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,0 %	41,7 %	43,4 %	50,5 %	37,4 %	29,7 %	28,8 %	35,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,4 %	12,6 %	14,1 %	6,8 %	20,1 %	18,9 %	22,1 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,6 %	63,6 %	60,6 %	64,1 %	62,6 %	61,1 %	61,5 %	55,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	29,8 %	35,9 %	25,3 %	31,1 %	28,1 %	18,9 %	29,8 %	20,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	7,8 %	2,0 %	1,9 %	3,6 %	8,0 %	5,8 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,9 %	10,1 %	3,9 %	6,5 %	3,4 %	6,7 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,4 %	57,3 %	54,5 %	55,3 %	56,8 %	52,6 %	54,8 %	55,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,4 %	8,7 %	14,1 %	14,6 %	16,5 %	19,4 %	13,5 %	14,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**86**	**117**	**65**	**61**	**87**	**112**	**77**	**67**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,0 %	41,9 %	46,2 %	54,1 %	40,2 %	29,5 %	29,9 %	38,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	22,1 %	12,0 %	15,4 %	6,6 %	24,1 %	25,9 %	27,3 %	22,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,6 %	65,0 %	66,2 %	70,5 %	65,5 %	60,7 %	58,4 %	56,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,9 %	41,9 %	24,6 %	31,1 %	33,3 %	17,9 %	29,9 %	16,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,7 %	11,1 %	3,1 %	1,6 %	3,4 %	8,0 %	5,2 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	5,1 %	10,8 %	3,3 %	6,9 %	3,6 %	5,2 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,3 %	59,0 %	60,0 %	60,7 %	63,2 %	58,0 %	59,7 %	62,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	6,0 %	10,8 %	11,5 %	12,6 %	16,1 %	14,3 %	11,9 %

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**				**KG**			
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	**144**	**221**	**100**	**89**	**122**	**177**	**84**	**91**
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	50,0 %	42,5 %	48,0 %	57,3 %	48,4 %	32,8 %	41,7 %	38,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	18,8 %	19,5 %	16,0 %	10,1 %	26,2 %	27,1 %	29,8 %	20,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,7 %	84,2 %	80,0 %	83,1 %	77,0 %	77,4 %	81,0 %	84,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,7 %	55,7 %	41,0 %	47,2 %	46,7 %	42,4 %	47,6 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,3 %	9,0 %	2,0 %	1,1 %	4,1 %	7,3 %	6,0 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	7,7 %	14,0 %	7,9 %	13,1 %	10,2 %	9,5 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	62,0 %	59,0 %	62,9 %	71,3 %	59,9 %	72,6 %	60,4 %

- kein Kontakt in 90 Tagen	4,2 %	5,4 %	6,0 %	6,7 %	6,6 %	9,0 %	3,6 %	4,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**117**	**173**	**76**	**73**	**102**	**138**	**75**	**72**
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	54,7 %	48,6 %	53,9 %	63,0 %	51,0 %	37,7 %	44,0 %	45,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	22,2 %	24,3 %	21,1 %	11,0 %	28,4 %	31,9 %	32,0 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	92,3 %	85,5 %	78,9 %	86,3 %	75,5 %	79,0 %	80,0 %	84,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	53,0 %	57,2 %	47,4 %	50,7 %	51,0 %	43,5 %	49,3 %	51,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,8 %	11,6 %	2,6 %	1,4 %	3,9 %	8,7 %	6,7 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	7,5 %	14,5 %	6,8 %	12,7 %	8,7 %	9,3 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,4 %	72,8 %	68,4 %	69,9 %	75,5 %	68,8 %	77,3 %	69,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,6 %	2,9 %	5,3 %	4,1 %	5,9 %	5,8 %	2,7 %	2,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**62**	**100**	**48**	**48**	**70**	**87**	**56**	**51**
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	61,3 %	50,0 %	62,5 %	70,8 %	52,9 %	36,8 %	46,4 %	49,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,2 %	25,0 %	25,0 %	8,3 %	35,7 %	43,7 %	37,5 %	27,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,3 %	86,0 %	89,6 %	87,5 %	77,1 %	78,2 %	76,8 %	82,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,7 %	66,0 %	52,1 %	50,0 %	54,3 %	43,7 %	50,0 %	51,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,5 %	16,0 %	4,2 %	2,1 %	2,9 %	11,5 %	5,4 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	10,0 %	20,8 %	6,3 %	12,9 %	6,9 %	7,1 %	3,9 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	82,3 %	78,0 %	81,3 %	79,2 %	84,3 %	79,3 %	82,1 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	1,0 %	0,0 %	4,2 %	2,9 %	3,4 %	1,8 %	3,9 %

[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

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

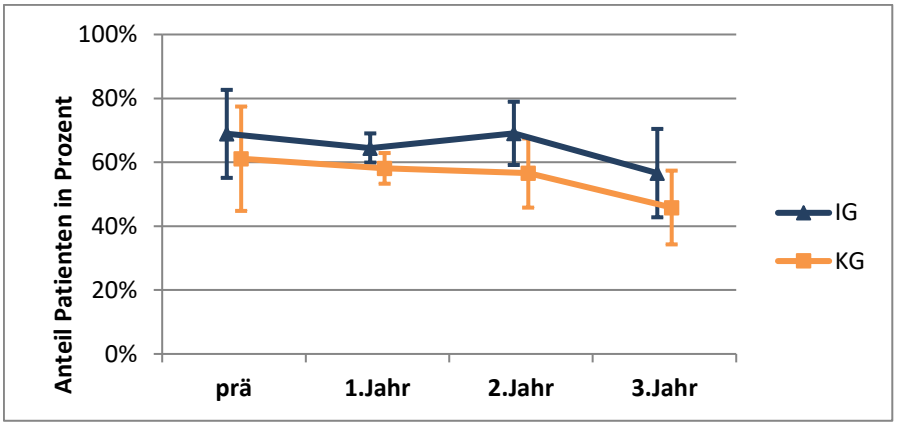
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

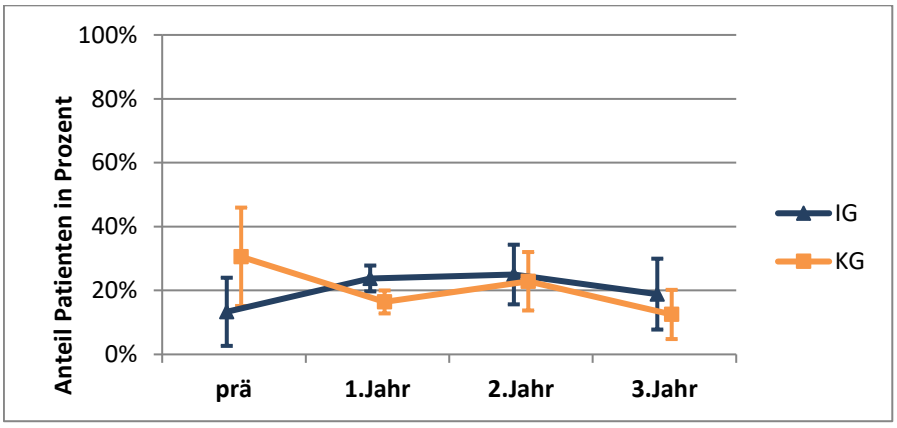
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



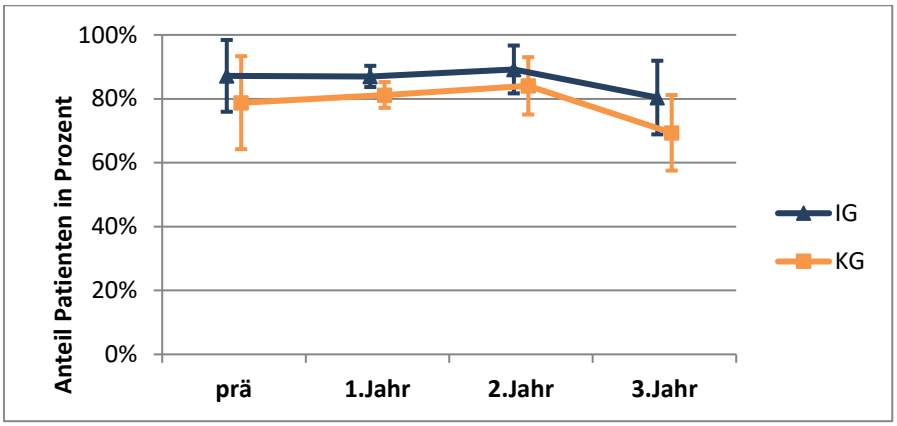
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



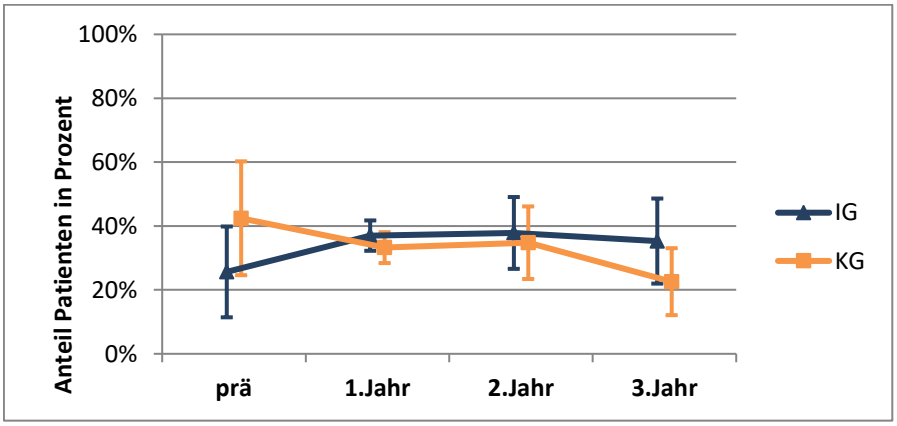
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



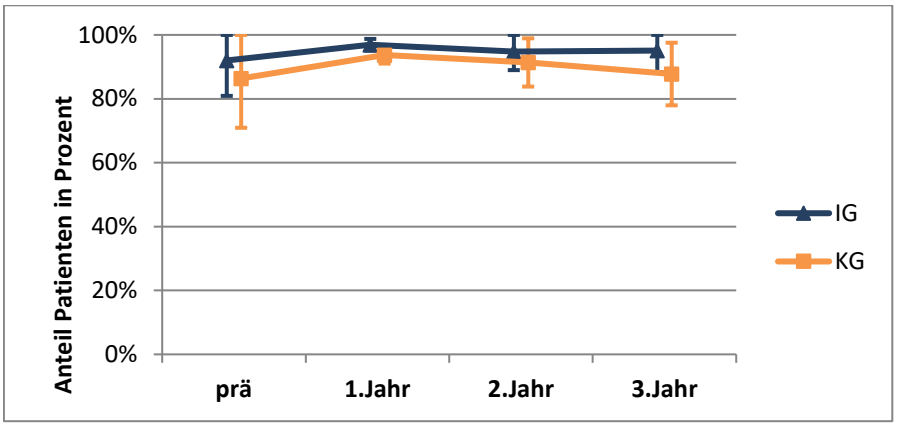
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



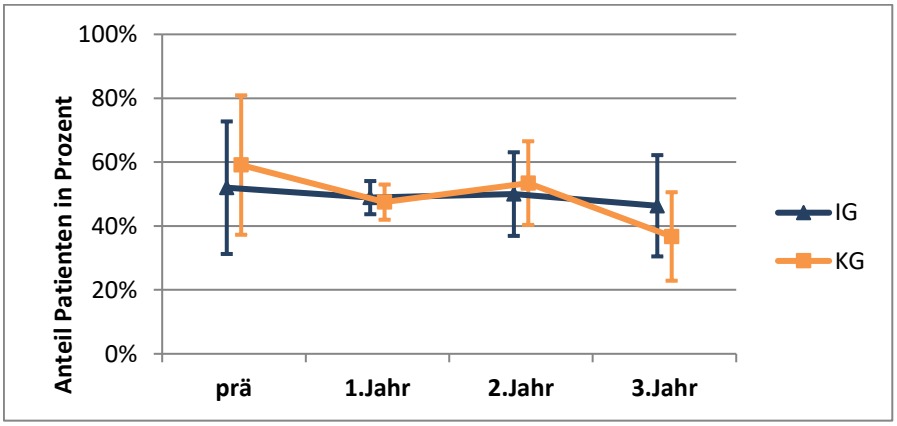
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



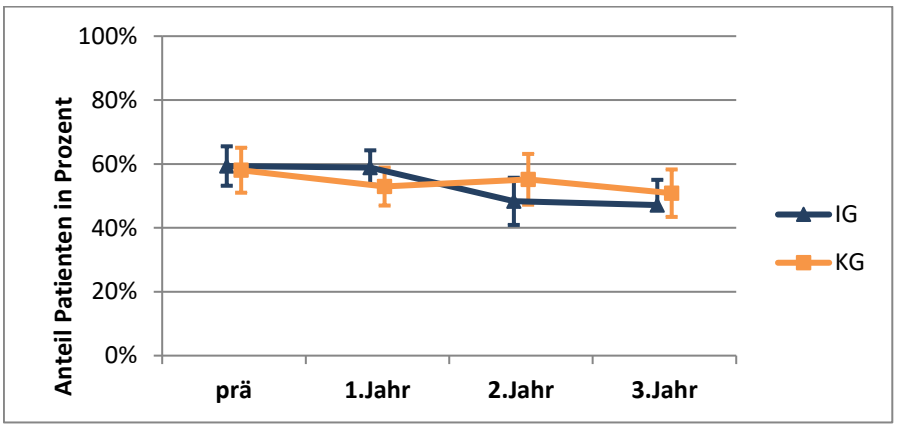
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

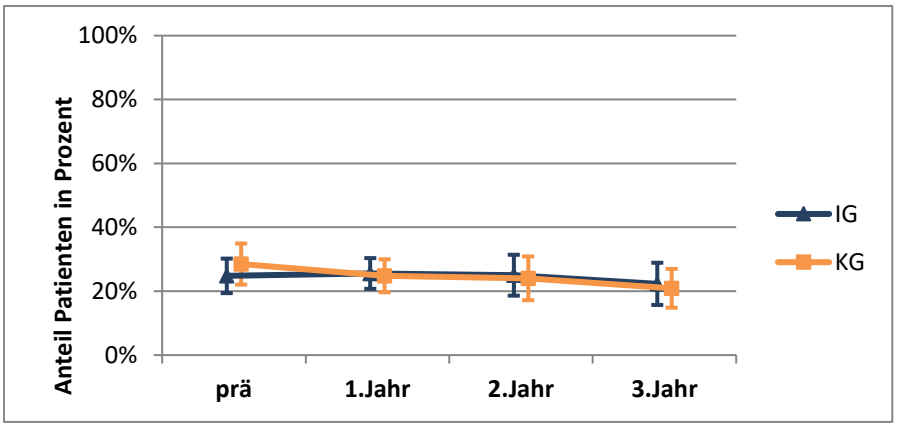
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



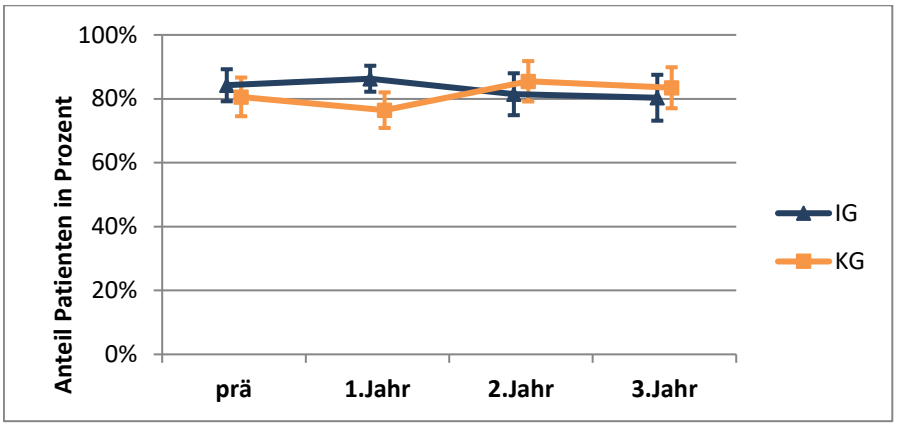
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



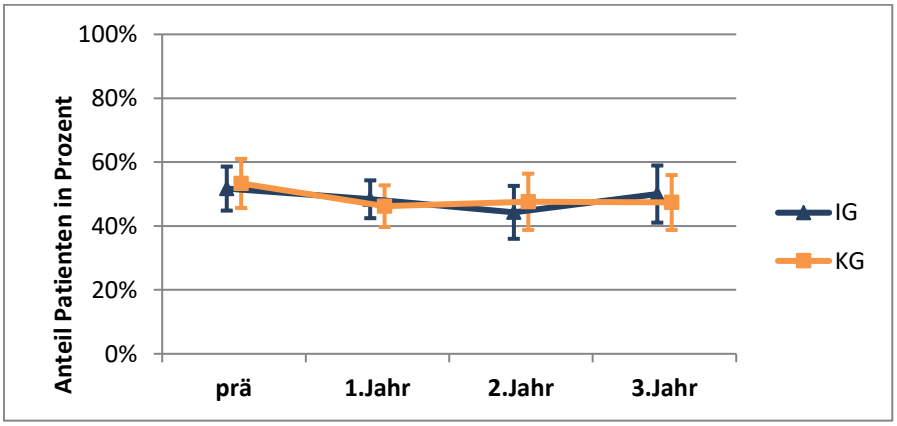
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



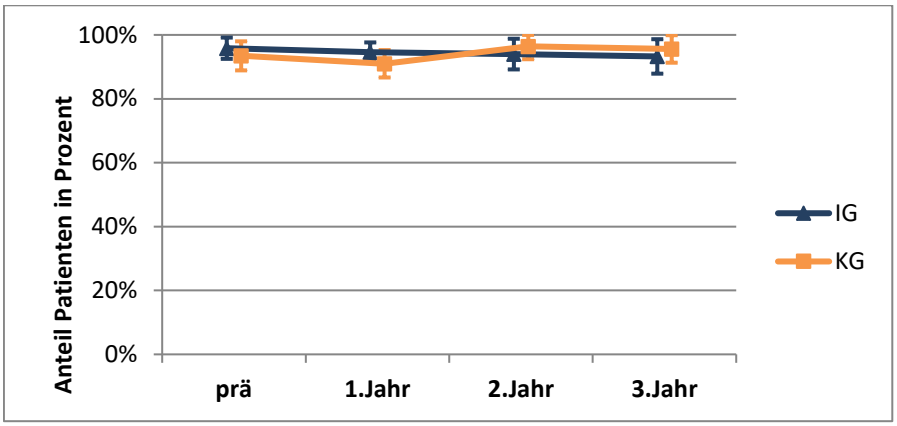
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



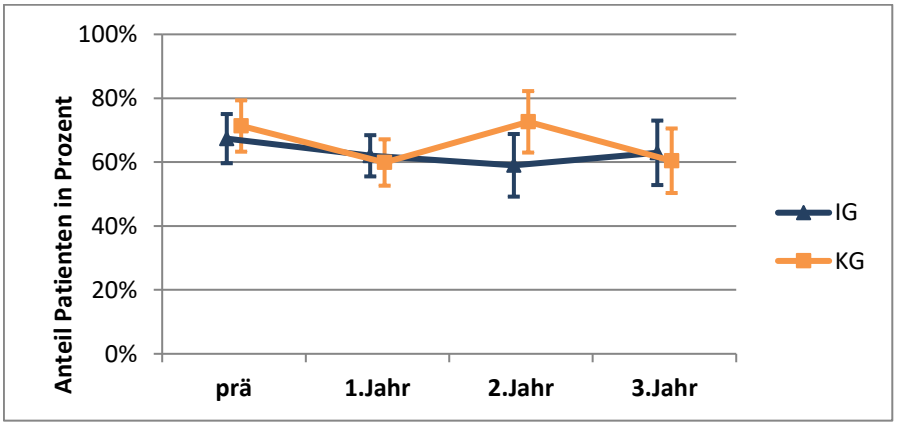
Klinikbekannte Patienten

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 = 425, KG = 408; $n_{klinikbekannt}$: IG = 321, KG = 274). 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. Dabei war zudem jeweils auch kein deutlicher Unterschied zwischen IG und KG festzustellen. Zu beachten ist, dass die zu betrachtende Fallzahl bei den klinikneuen Patienten, außer im Jahr nach Referenzfall, sehr gering war.

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	**31**	**446**	**48**	**481**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,5 %	14,3 %	4,2 %	7,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,1 %	3,8 %	8,3 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	54,8 %	46,9 %	47,9 %	46,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,9 %	11,4 %	4,2 %	11,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,2 %	4,3 %	4,2 %	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	1,1 %	8,3 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,6 %	21,3 %	16,7 %	16,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	22,6 %	36,1 %	33,3 %	39,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**24**	**237**	**37**	**264**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,3 %	15,2 %	5,4 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,8 %	5,1 %	10,8 %	9,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,8 %	46,8 %	48,6 %	50,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	12,5 %	12,2 %	5,4 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,2 %	3,8 %	5,4 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	1,7 %	10,8 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	29,2 %	22,8 %	21,6 %	20,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,0 %	34,6 %	27,0 %	33,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**15**	**93**	**21**	**124**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,7 %	14,0 %	4,8 %	12,9 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,3 %	4,3 %	14,3 %	9,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	40,0 %	45,2 %	47,6 %	49,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	13,3 %	15,1 %	4,8 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,7 %	2,2 %	4,8 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,3 %	2,2 %	14,3 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	20,4 %	23,8 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,0 %	36,6 %	23,8 %	29,0 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**24**	**418**	**42**	**440**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,8 %	19,4 %	14,3 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,0 %	9,8 %	11,9 %	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,0 %	70,8 %	59,5 %	68,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	41,7 %	30,1 %	33,3 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	8,3 %	10,0 %	7,1 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	6,2 %	11,9 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,7 %	35,9 %	31,0 %	30,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,3 %	12,4 %	9,5 %	17,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**19**	**225**	**32**	**237**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,3 %	23,1 %	18,8 %	14,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	31,6 %	13,3 %	15,6 %	16,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,4 %	72,4 %	62,5 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,4 %	30,2 %	31,3 %	28,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,5 %	12,0 %	9,4 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	7,1 %	15,6 %	5,1 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,6 %	44,4 %	40,6 %	35,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	9,8 %	6,3 %	14,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**12**	**90**	**18**	**109**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,7 %	21,1 %	27,8 %	19,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	16,7 %	11,1 %	22,2 %	18,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	66,7 %	70,0 %	61,1 %	67,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	58,3 %	37,8 %	27,8 %	32,1 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	12,2 %	5,6 %	10,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	7,8 %	16,7 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	42,2 %	50,0 %	42,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	10,0 %	11,1 %	14,7 %

[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	**19**	**371**	**25**	**379**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,6 %	22,1 %	28,0 %	16,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	31,6 %	20,5 %	20,0 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	89,5 %	84,6 %	76,0 %	85,5 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	47,4 %	50,9 %	60,0 %	49,6 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	5,3 %	15,6 %	8,0 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,8 %	11,1 %	12,0 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	46,4 %	52,0 %	42,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,3 %	6,2 %	0,0 %	5,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**14**	**200**	**20**	**200**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,7 %	26,5 %	35,0 %	19,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	42,9 %	28,0 %	25,0 %	28,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	85,7 %	88,5 %	75,0 %	90,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,0 %	57,5 %	60,0 %	53,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,1 %	19,0 %	10,0 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,4 %	11,0 %	15,0 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,4 %	58,0 %	65,0 %	54,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	3,0 %	0,0 %	1,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	**<10**	**80**	**12**	**92**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,5 %	26,3 %	41,7 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,0 %	25,0 %	33,3 %	32,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	87,5 %	88,8 %	83,3 %	89,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	62,5 %	63,8 %	66,7 %	59,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	12,5 %	17,5 %	8,3 %	16,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	12,5 %	8,3 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,5 %	56,3 %	75,0 %	64,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %

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

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

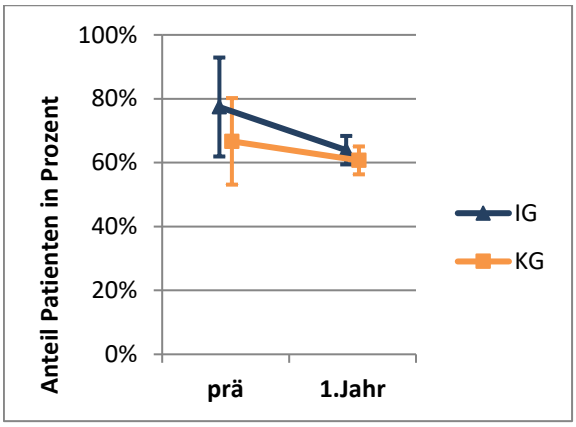
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

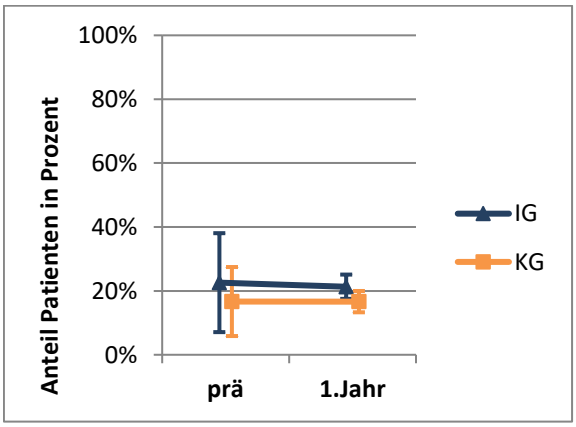
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**

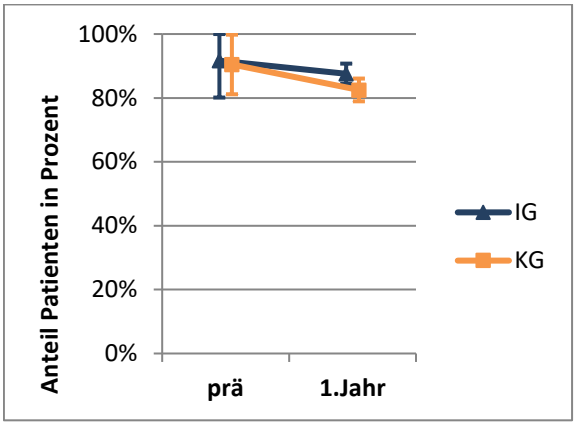


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

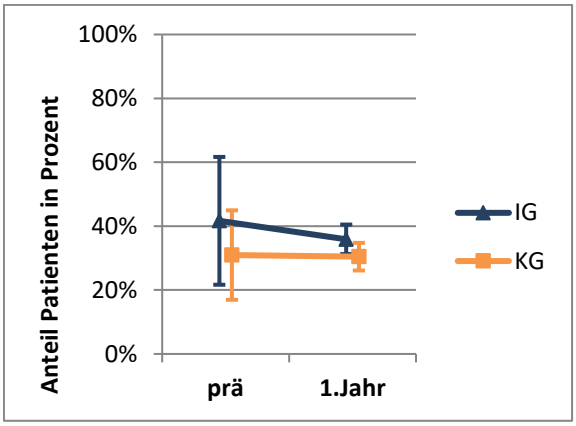


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**

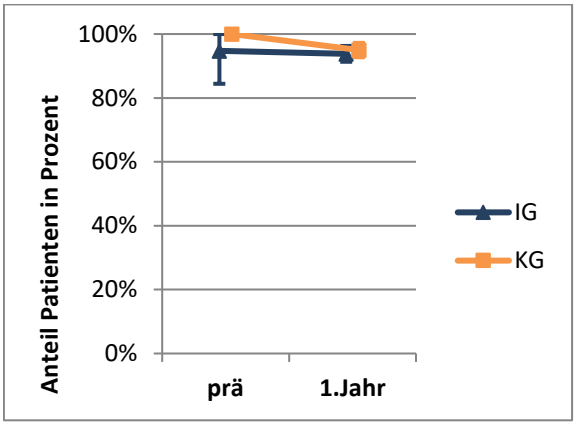


- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

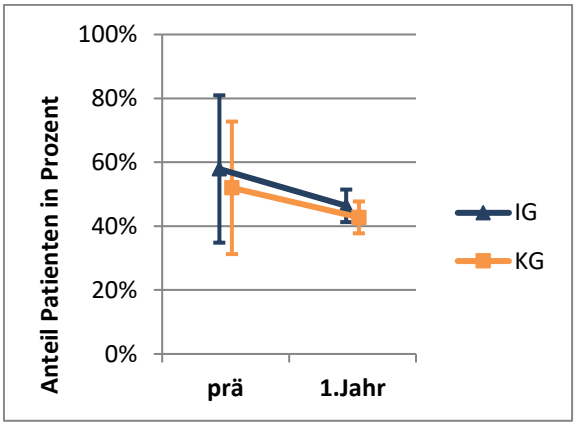


Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Graphischen Darstellungen für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine weitgehend vergleiche Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage). Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren.

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**412**	**412**	**412**	**412**	**410**	**410**	**410**	**410**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**401**	**409**	**377**	**360**	**402**	**406**	**377**	**365**
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)	0,7%	1,2%	0,0%	0,0%	0,5%	1,0%	1,7%	0,2%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**370**	**370**	**370**	**370**	**372**	**372**	**372**	**372**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**366**	**362**	**349**	**330**	**363**	**364**	**342**	**331**
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)	1,4%	2,2%	0,5%	0,3%	1,6%	1,6%	0,8%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,3%

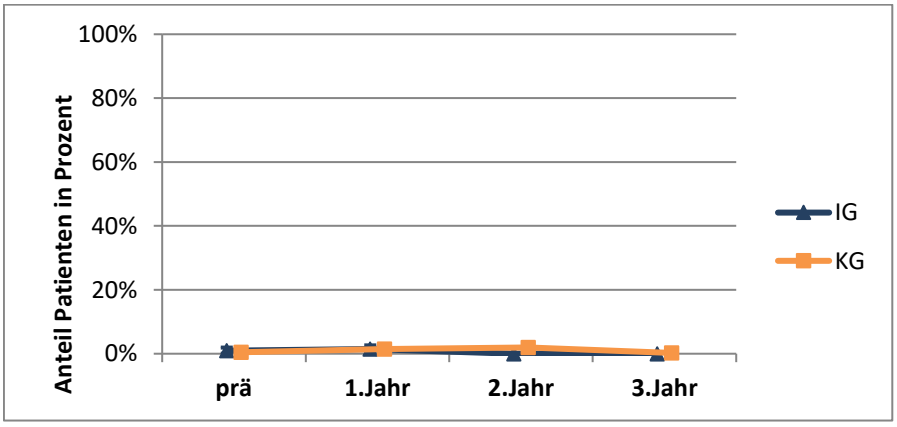
[1] stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

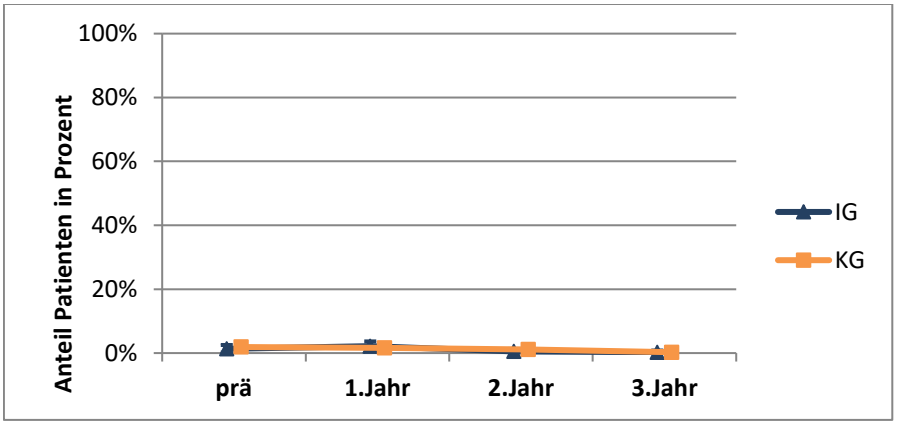
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 = 409, KG = 406; $n_{klinikbekannt}$: IG = 362, KG = 364) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster vergleichbar 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)	**456**	**456**	**456**	**456**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**442**	**448**	**446**	**451**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,4%	1,5%	0,4%	1,8%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 10: Graphische Darstellungen für 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 Darstellungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272ff.).

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 geringere Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) aufwies (Tabelle 5), hat die IG auch eine geringere 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)	**239**	**239**	**235**	**232**	**258**	**258**	**257**	**255**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	113	207	62	49	117	215	87	71
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	1,6	1,6	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,7	87,2	23,5	13,9	27,9	88,8	27,4	12,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,7%	17,2%	5,1%	2,6%	27,9%	18,2%	7,4%	3,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,4	1,0	1,0	1,0	1,5	1,3	1,5	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,6	0,7	1,7	0,1	0,3	0,9	0,3	1,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	1,2%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[1] (n)	**172**	**172**	**172**	**168**	**192**	**192**	**188**	**187**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	98	102	71	58	108	115	85	76
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,7	1,9	1,8	2,2	2,0	1,9	2,0	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	45,7	47,9	24,6	26,6	53,5	52,3	35,5	32,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,0%	9,3%	6,4%	4,8%	23,4%	9,9%	10,1%	7,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,5	1,3	1,8	1,3	2,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,1	0,0	0,2	0,7	0,6	0,5	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

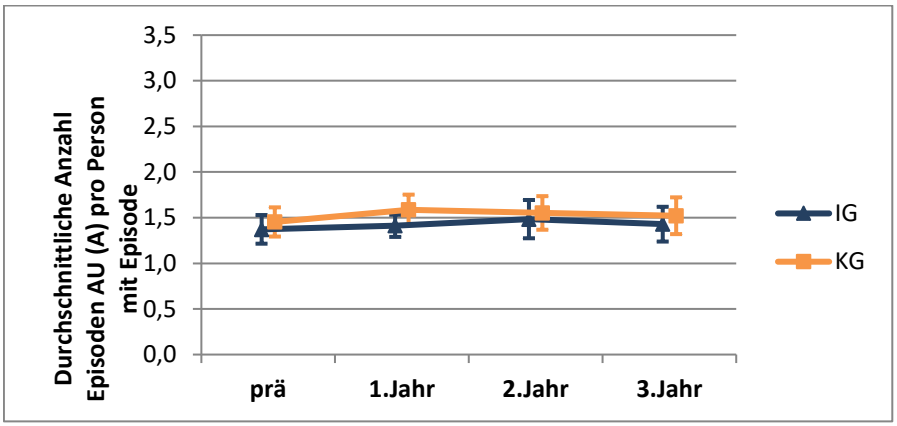
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

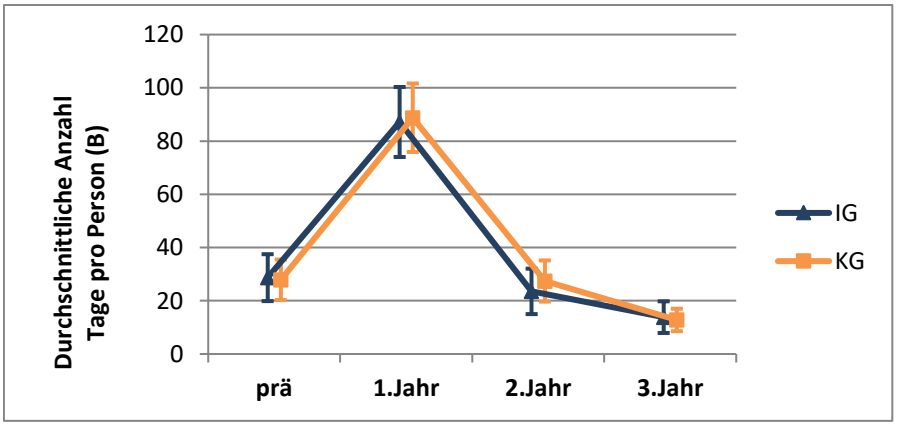
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

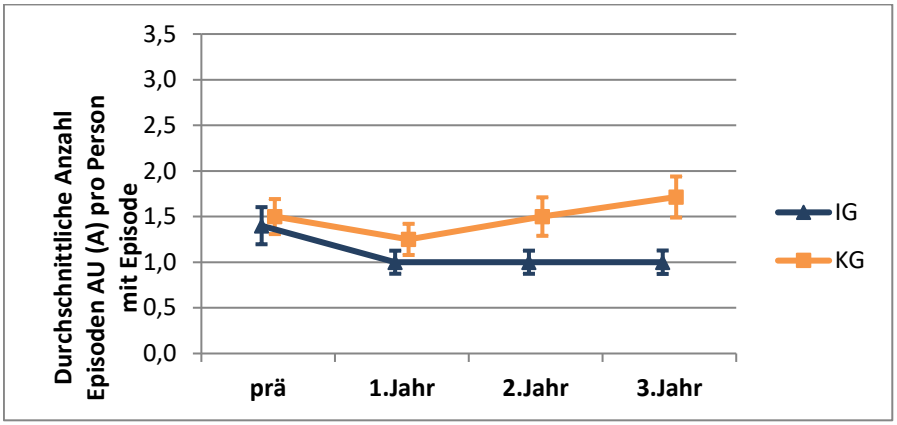


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

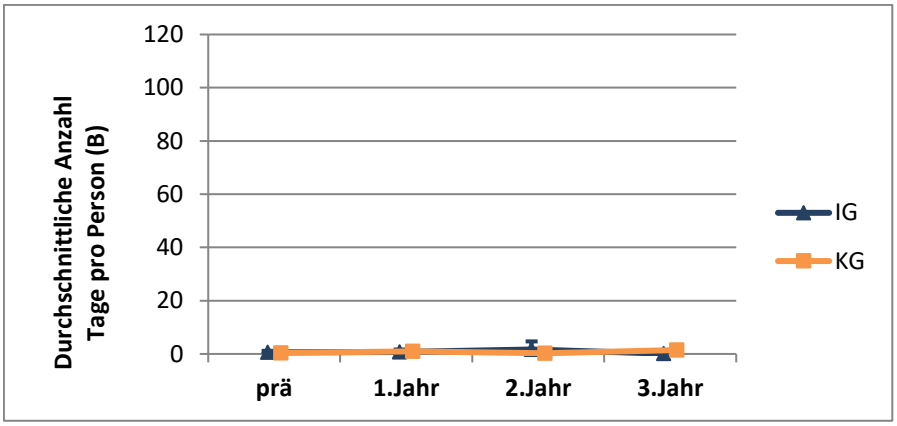


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



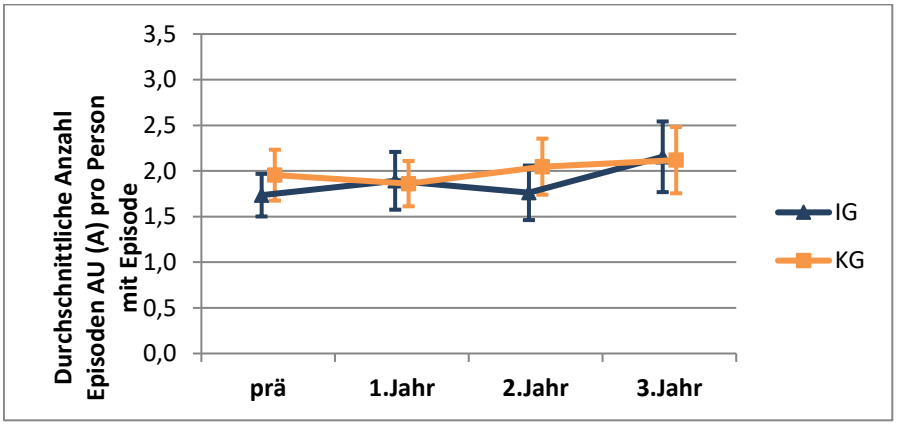
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

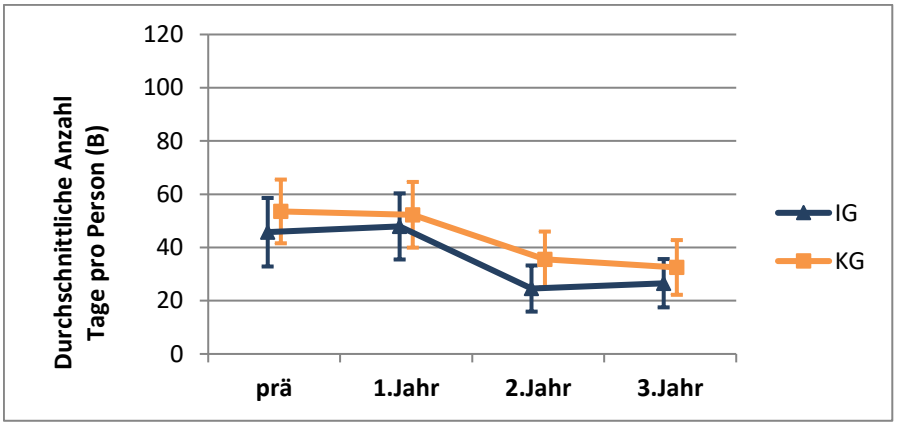
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

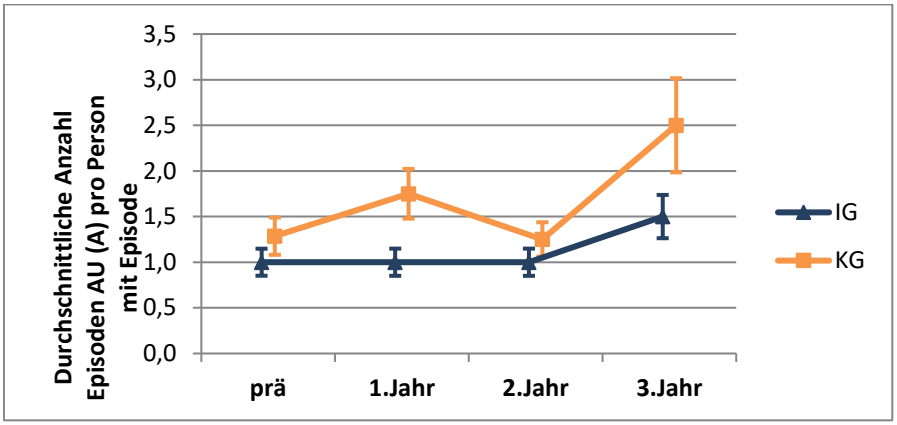


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

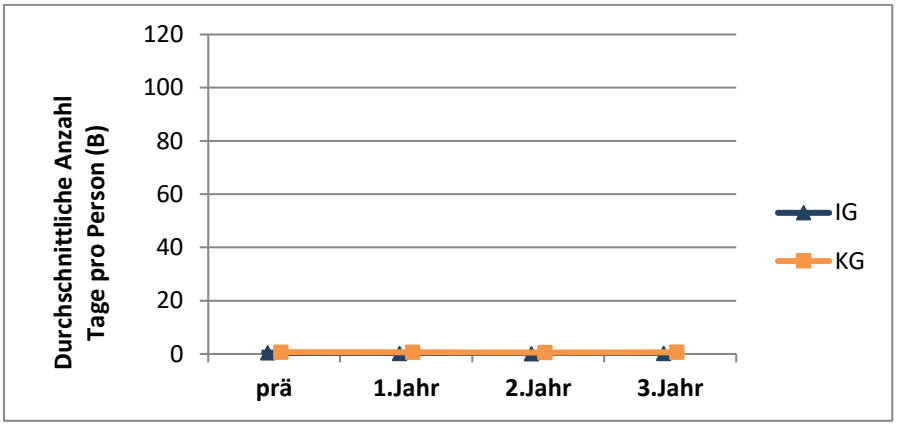


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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 = 239, KG = 258; $n_{klinikbekannt}$: IG = 172, KG = 192). 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. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,4-1,6). Diese waren in der IG stets, aber sehr geringfügig, geringer als in der KG. Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak, als Anstieg vom Jahr vor zum ersten Jahr nach Referenzfall, war in der IG um 2,4 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (prä: +0,8; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -3,9; 3. Jahr: +1,1 AU-Tage; Anstieg im ersten Jahr: IG = +58,5; KG = +60,9 AU-Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe vergleichbar. Die Anzahl an AU-Episoden war weitgehend zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Die Anzahl an AU-Tagen war jedoch in der IG stets geringer als in der KG (prä: -7,8; 1. Jahr: -4,4; 2. Jahr: -10,9; 3. Jahr: -5,9 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)	**267**	**267**	**286**	**286**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	118	231	122	242
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,5	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	25,2	77,5	24,4	88,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,6%	14,2%	21,0%	15,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	10	10	12	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,5	1,5	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,9	2,4	0,4	1,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	1,1%	0,3%	0,3%

[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 Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

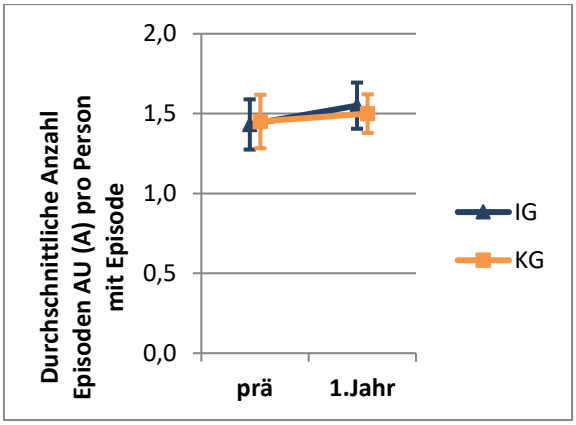
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

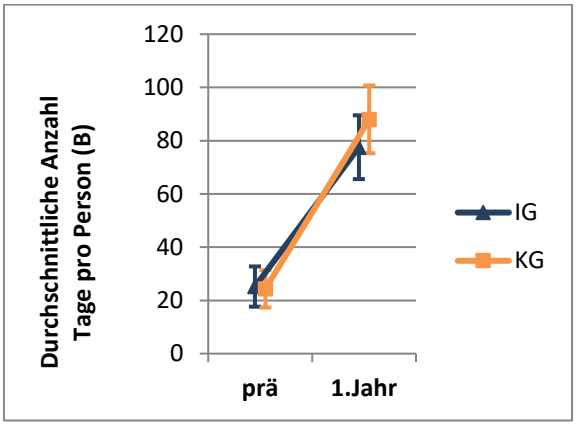
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



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



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

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

  Fallzahl zu klein

Abbildung 11 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 12 die Graphischen Darstellungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 331 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 267 und 286) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 25,2; 1. Jahr: 77,5 AU-Tage) weniger stark an als in der KG (prä: 24,4; 1. Jahr: 88,0 AU-Tage) (Anstieg: IG = +52,3; KG = +63,7 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -11,3 AU-Tage).

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten affektiven Störungen und eine signifikant geringere Dauer bei Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie bei Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 331 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)	**301**	**312**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	30,2%	33,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	108,5	107,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**159**	**164**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	17,3%	17,6%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	123,4	113,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**64**	**74**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	6,6%	9,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	138,7	125,8

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

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

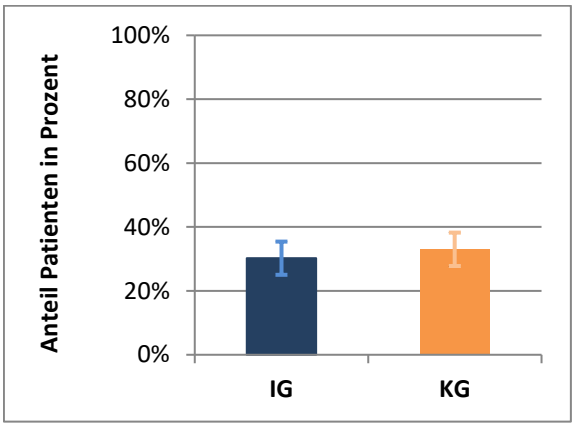
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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



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

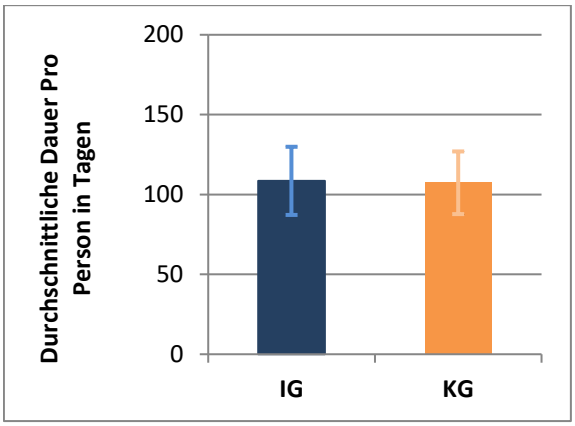


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Graphische Darstellungen für Wiederaufnahme-

raten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 301 und 312) war der Anteil an Personen mit stationärer Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 30,2 %; KG: 33,0 %). 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 etwas größer als in der KG (IG: 108,5 Tage; KG: 107,3 Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenvergleich = +1,1).

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)	**413**	**413**	**386**	**371**	**411**	**411**	**386**	**376**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,8	3,2	3,2	3,0	3,7	3,1	3,1

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	**IG**				**KG**			
	prä	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
Anzahl Personen (n)	**370**	**370**	**359**	**340**	**372**	**372**	**352**	**342**
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	3,9	4,0	3,8	3,9	3,9	3,8	3,8

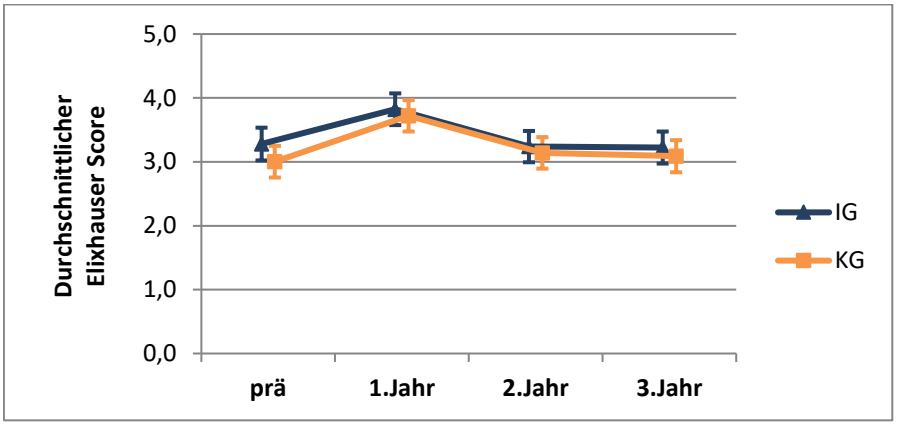
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

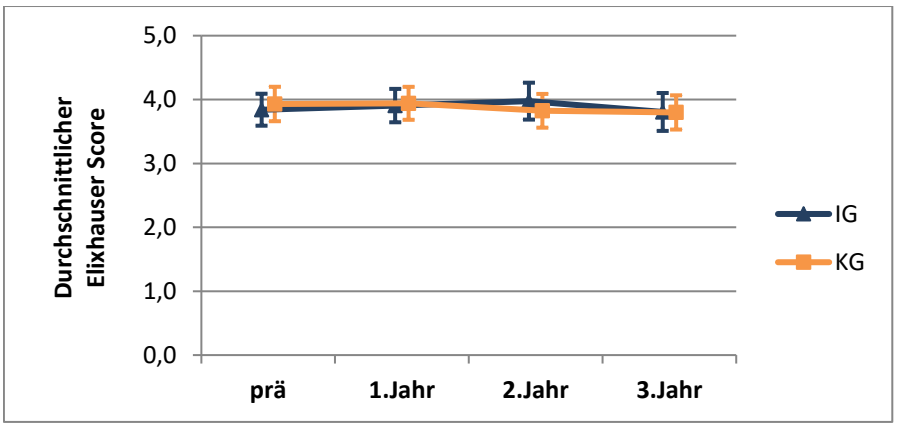


Klinikbekannte Patienten

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 = 413, KG = 411; $n_{klinikbekannt}$: IG = 370, KG = 372) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten der IG wiesen im Jahr vor Referenzfall einen etwas höheren Score im Vergleich zur KG auf (IG: 3,3; KG: 3,0), welcher sich ab dem ersten Jahr nach Referenzfall anglich. 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 (3,8-4,0), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit sowie kaum Unterschiede zwischen IG und KG.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	**IG**	**KG**
Anzahl Personen (n)	**458**	**458**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,9	3,9
• 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	2,7	2,6
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 4	1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score[1] (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren		
• Mittelwert	1,2	1,3
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

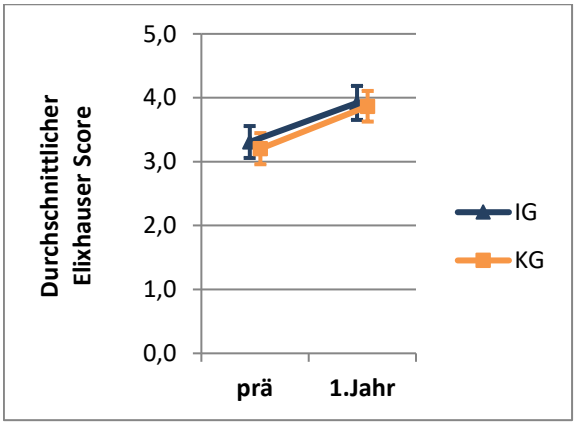


Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Graphischen Darstellungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung zwischen IG und KG. Beide Verläufe waren nahezu identisch.

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	**413**	**413**	**413**	**411**	**411**	**411**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	6,5 %	10,2 %	12,3 %	6,1 %	8,5 %	11,9 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)	**370**	**370**	**370**	**372**	**372**	**372**
• Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	3,0 %	8,1 %	10,3 %	5,1 %	8,1 %	9,9 %

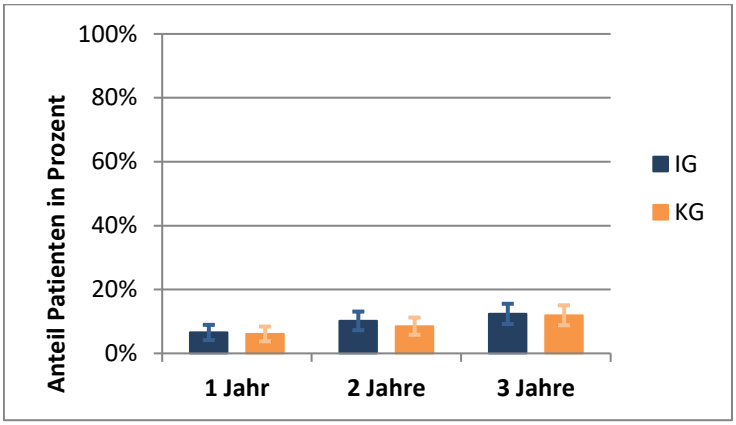
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

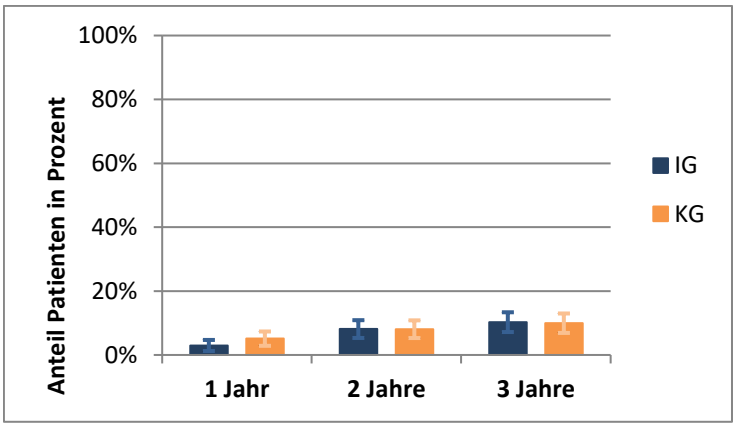


Klinikbekannte Patienten

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 = 413, KG = 411; $n_{klinikbekannt}$: IG = 370896, KG = 372) zeigten sich sowohl bei klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Anteile an Verstorbenen.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**458**	**458**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	7,0 %	3,5 %

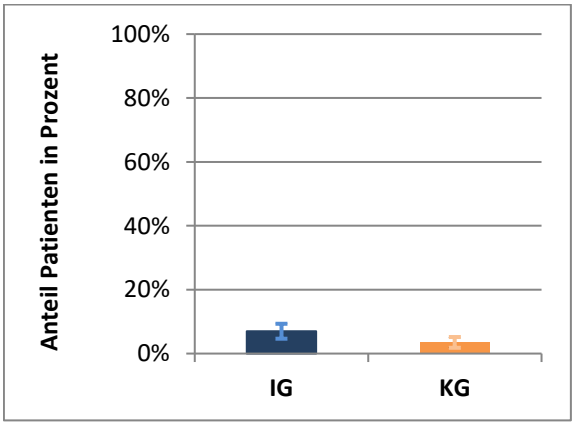
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(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 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

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 statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 7,0 %; KG: 3,5 %) (OR: +2,0).

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	**386**	**371**	**362**	**386**	**376**	**362**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	141	138	141	133	137	139
• Jegliche depr. Episode[3]	223	222	219	215	215	211
• ohne Suchterkrankung [5]	251	239	233	264	256	247
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	25,5 %	28,3 %	29,1 %	29,3 %	30,7 %	31,7 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,3 %	4,5 %	5,0 %	3,3 %	5,6 %	6,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	15,9 %	18,8 %	22,3 %	18,9 %	21,5 %	24,7 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	**359**	**340**	**332**	**353**	**342**	**335**
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	69	68	70	77	80	78
• Jegliche depr. Episode[3]	148	142	137	155	153	153
• ohne Suchterkrankung [5]	198	190	186	191	186	183
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	13,0 %	14,7 %	18,6 %	7,8 %	12,5 %	15,4 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,4 %	1,4 %	2,9 %	3,2 %	5,2 %	7,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	3,5 %	6,8 %	11,8 %	11,5 %	16,1 %	19,1 %

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

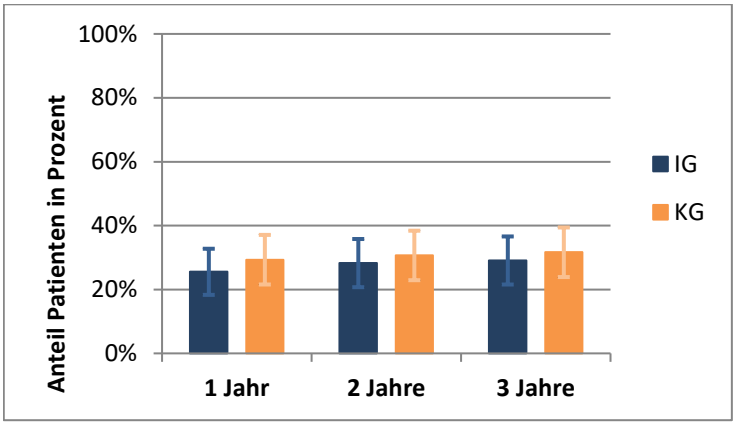
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

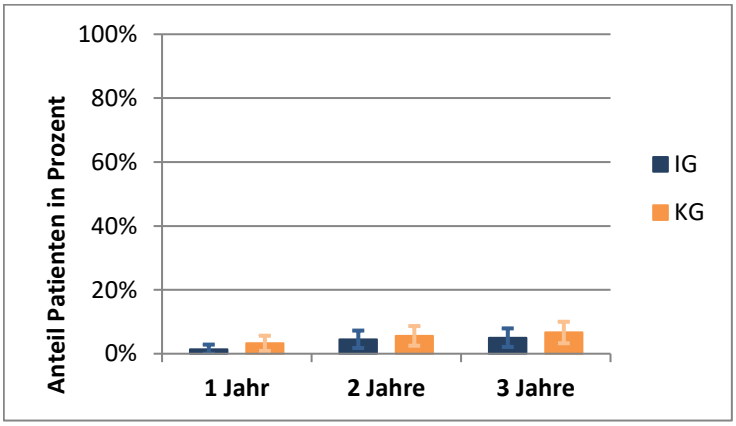
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

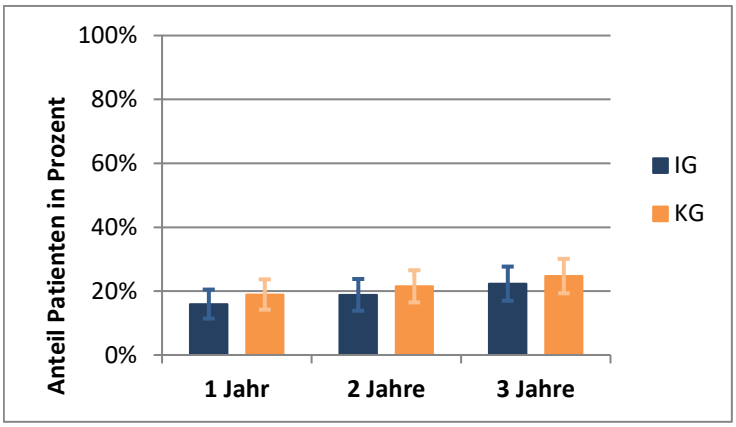
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

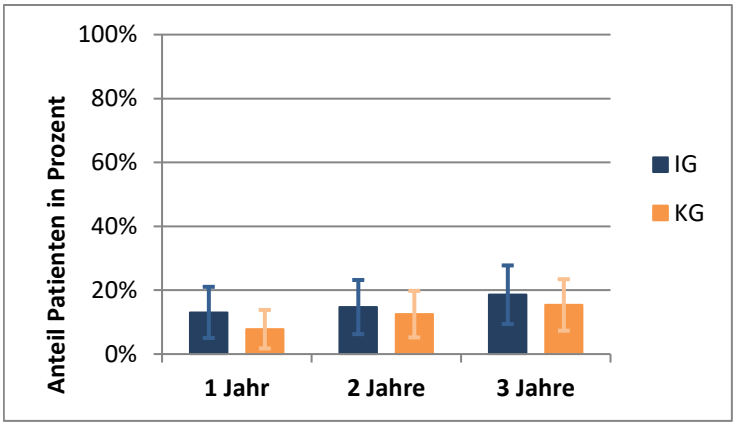


Klinikbekannte Patienten

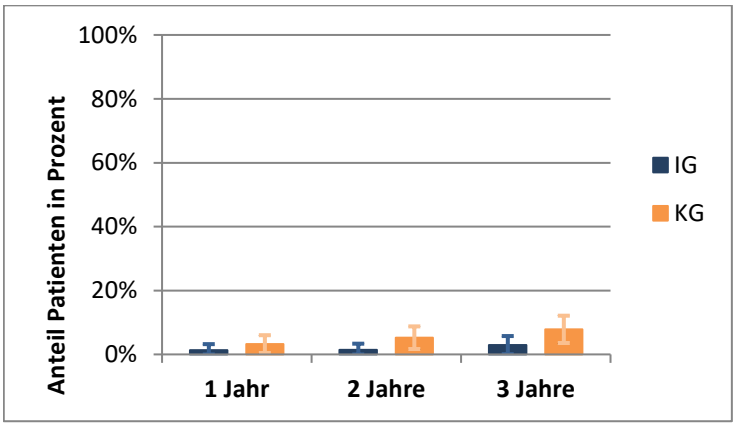
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

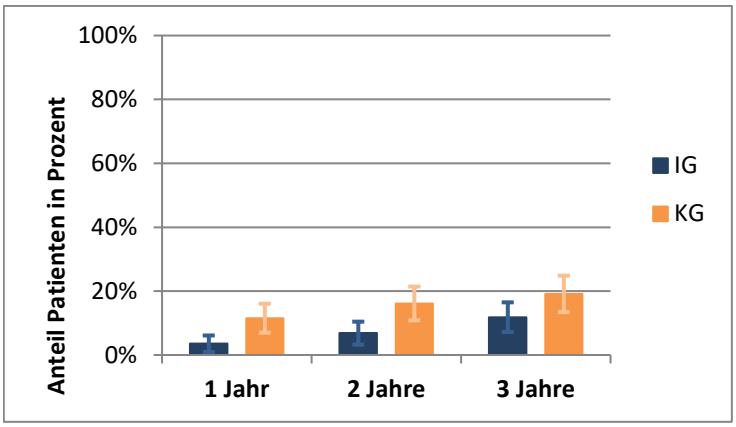
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{klinikneu}$: IG = 386, KG = 386; $n_{klinikbekannt}$: IG = 359, KG = 353) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung bei den klinikneuen Patienten der IG stets (etwas) geringere Anteile an Patienten mit Progression im Vergleich zu Patienten der KG. Bei den klinikbekannten Patienten entwickelten die Patienten der IG zu stets höheren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A); während die Anteile, die eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) oder eine Suchterkrankung (Progression C) entwickelten, in der IG stets geringer als in der KG waren.

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	**426**	**442**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	119	137
• Jegliche depr. Episode[3]	232	230
• ohne Suchterkrankung [5]	288	292
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	26,9 %	18,2 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	2,6 %	3,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	20,5 %	19,9 %

[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)

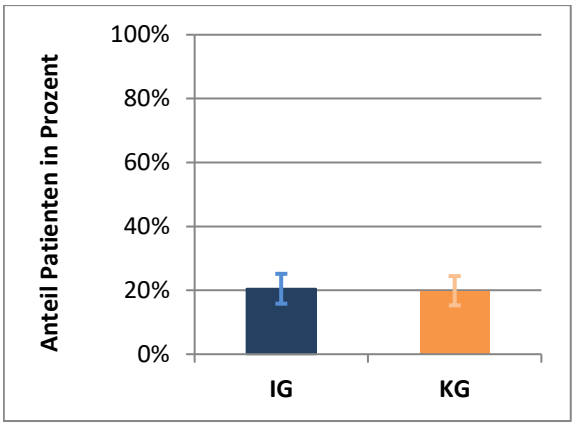


Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

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 größer als in der KG (+8,6 %-Punkte). Die Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden derpressiven Störung (*Progression B*) war in der IG etwas geringer als in der KG (-1,3 %-Punkte). Der Anteil an Patienten, die eine Suchterkrankung entwickelten (*Progression C*) war zwischen IG und KG vergleichbar. Der geschätzte Gruppenvergleich von Progression C zeigte jedoch keine statistische Signifikanz. Für die Progression A und B konnte aufgrund zu geringer Fallzahlen keine Inferenzstatistik gerechnet werden.

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]	**57**	**42**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	0,0 %	0,0 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**58**	**42**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	0,0 %	0,0 %

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

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

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	**IG**	**KG**
Diagnostik / Bildgebung (D)		
• Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz[1]	**29**	**36**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	3,4 %	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]	50,0 %	50,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**16**	**19**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	43,8 %	36,8 %

[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]	**179**	**181**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	39,1 %	53,0 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**154**	**159**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	0,6 %	0,0 %

[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 statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 39,1 %; KG: 53,0 %) (Gruppenvergleich: 0,6).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar gering (IG: 0,6 %; KG: 0,0%).

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 sechs 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 sechs 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 (≥ zwei Rezepte mit Antipsychotika innerhalb von zwölf 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 sechs 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]	**41**	**35**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	85,4 %	88,6 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**27**	**24**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	88,9 %	83,3 %
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	28,6 %	37,5 %

[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

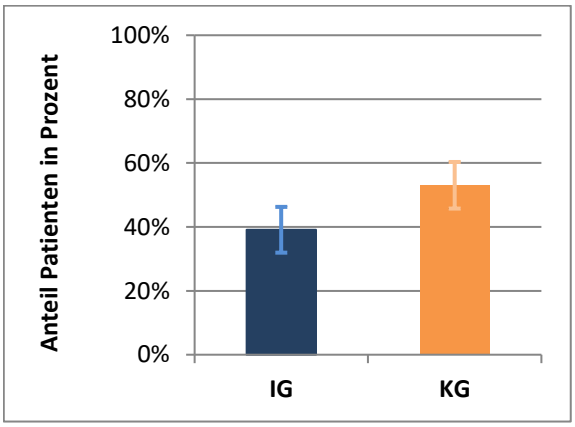
Demenz E

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 258 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 272 ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

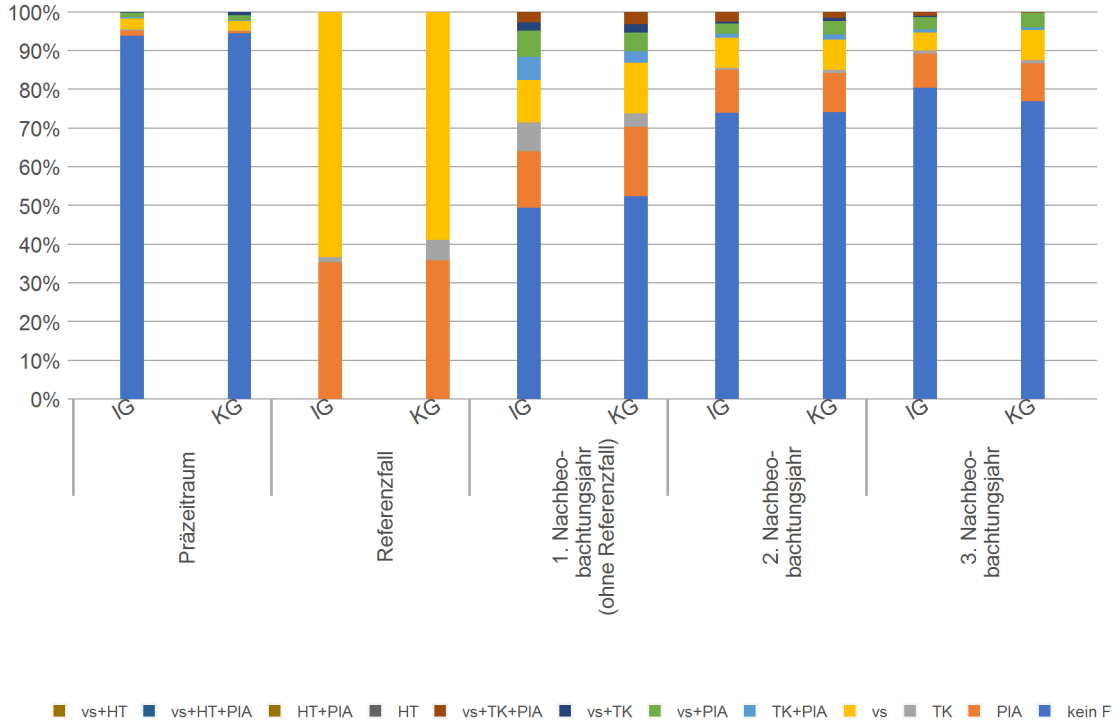
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten 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. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungs-setting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							11	13	>0,999	10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				28	20	>0,999	10	14	>0,999	12	14	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				25	12	0,316	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	12	10	>0,999	262	242	0,408	45	54	>0,999	30	30	>0,999	17	29	0,933
TK	<10	<10	>0,999	<10	22	0,007	31	14	0,134	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	<10	<10	>0,999	146	147	0,959	60	74	>0,999	43	39	>0,999	33	37	>0,999
HT															
kein Fall	387	388	>0,999				204	215	>0,999	285	286	>0,999	298	289	>0,999
Gesamt-ergeb-nis	**413**	**411**	**>0,999**	**413**	**411**	**0,010**	**413**	**411**	**0,282**	**386**	**386**	**>0,999**	**371**	**376**	**>0,999**

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

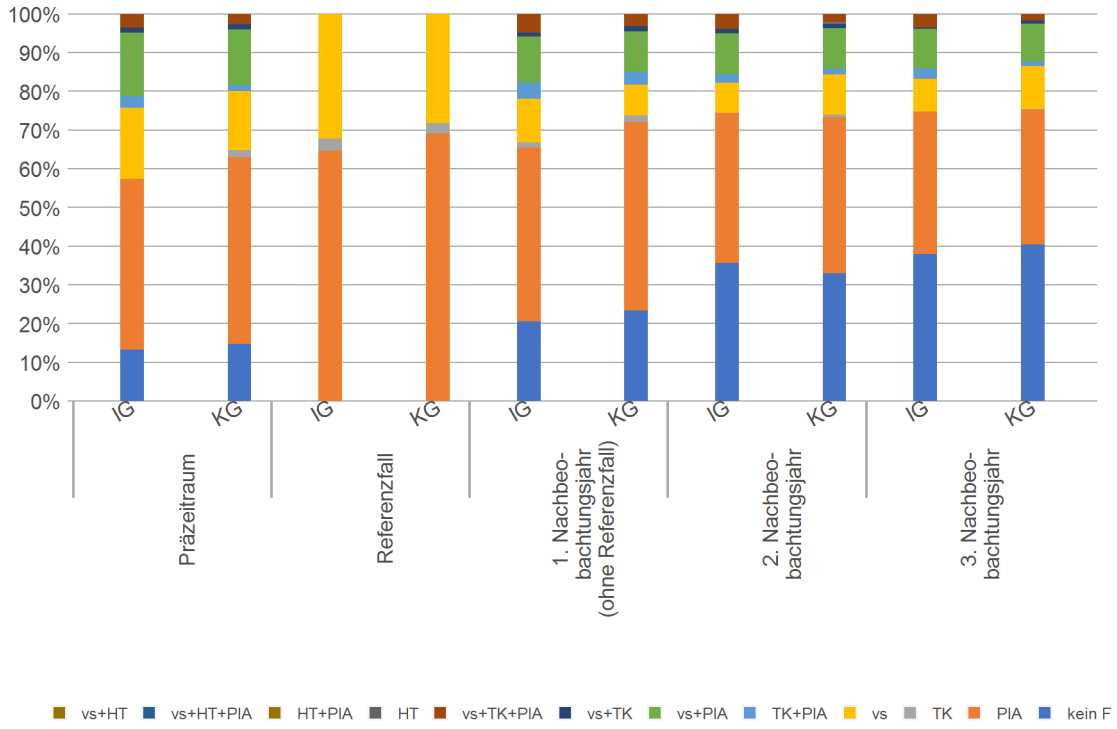


Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
Behandlungs-setting	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	13	10	>0,999				18	12	>0,999	14	<10	>0,999	12	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA											<10	>0,999			
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	61	54	>0,999				44	39	>0,999	38	37	>0,999	35	33	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	11	<10	>0,999				15	12	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	68	57	>0,999	119	105	0,888	42	30	>0,999	28	37	>0,999	29	38	>0,999
TK		<10	0,208	12	10	0,888	<10	<10	>0,999		<10	>0,999		<10	>0,999
PIA	163	179	>0,999	239	257	0,888	166	181	>0,999	139	142	>0,999	125	119	>0,999
HT															
kein Fall	49	55	>0,999				76	87	>0,999	128	116	>0,999	129	138	>0,999
Gesamt-er-gebnis	**370**	**372**	**0,772**	**370**	**372**	**0,888**	**370**	**372**	**>0,999**	**359**	**352**	**>0,999**	**340**	**342**	**>0,999**

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 und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24).

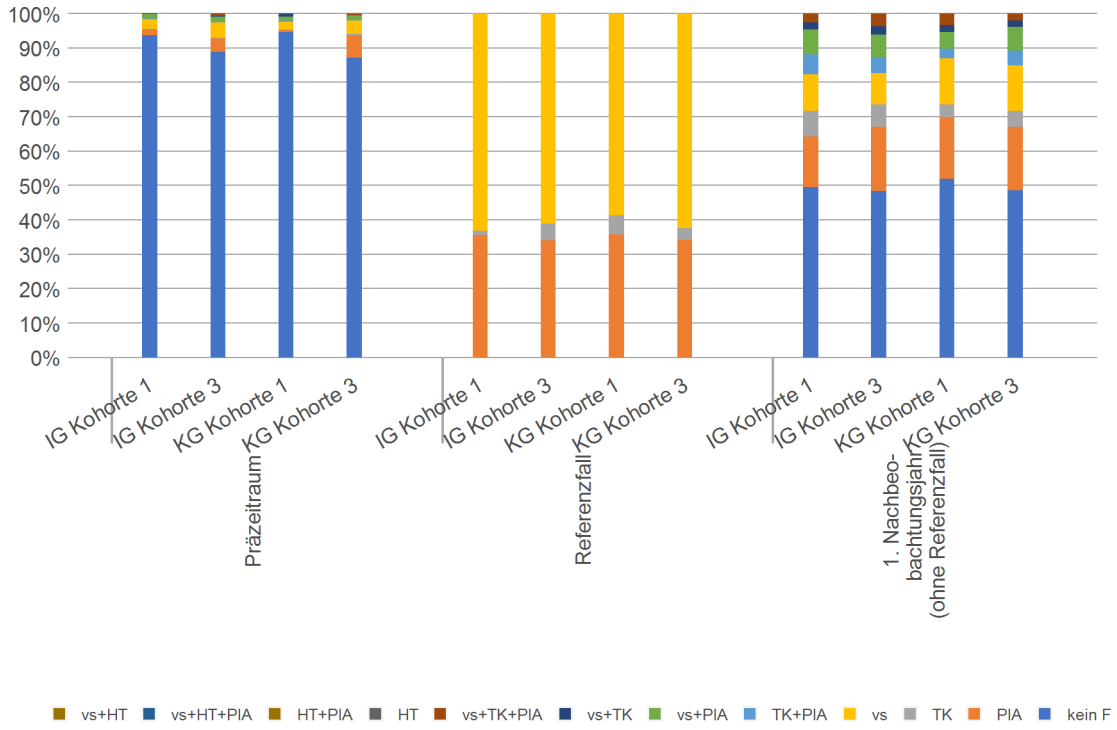
<u>Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3</u>

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)

	Prä-zeit-raum	Prä-zeit-raum	Prä-zeit-raum	Prä-zeit-raum	Refe-renz-fall	Refe-renz-fall	Refe-renz-fall	Refe-renz-fall	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr
	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG
Behandlungs-setting	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3	Ko-horte Jahr 1	Ko-horte Jahr 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA		<10		<10					11	17	14	<10
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	<10						<10	11	<10	<10
vs+PIA	<10	<10	<10	<10					31	31	21	31
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	<10	<10					25	20	12	20
TK+HT												
HT+PIA												
vs	12	20	10	18	270	280	251	286	45	42	57	61
TK	<10	<10	<10	<10	<10	22	24	15	32	30	16	21
PIA	<10	18	<10	30	152	156	153	157	63	85	77	84
HT												
kein Fall	401	407	405	399					212	222	222	223
Gesamtergeb-nis	**428**	**458**	**428**	**458**	**428**	**458**	**428**	**458**	**428**	**458**	**428**	**458**

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)

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (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. Zusätzlich wurden die Kontakthäufigkeit und die Behandlungsintensität in der PIA über die Schlüssel der PIA-Doku-Vereinbarung ermittelt.

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	413	411	413	411	413	411	413	411	413	411	413	411	386	386	386	386
N mit Fall	18	19	3	6	262	242	5	22	93	96	76	48	52	53	18	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,3	0,0	0,1	1,2	1,6	0,0	0,6	1,0	0,9	1,7	0,7	0,3	0,3	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,8	0,1	0,1	4,2	3,9	0,2	1,3	3,2	3,3	4,8	2,5	1,0	1,2	0,6	1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0			0,5	0,3			0,2	0,3		0,0	0,1	0,0		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2			0,9	0,7			0,5	0,7		0,0	0,2	0,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2				0,0	0,3			0,1	0,5	0,1	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1				0,0	0,3			0,0	1,1	0,1	0,5	0,0	0,1	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	**1,9**	**1,4**	**0,1**	**0,2**	**6,8**	**7,2**	**0,2**	**1,9**	**5,0**	**6,8**	**6,8**	**4,4**	**1,6**	**1,8**	**0,7**	**1,4**

(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. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	413	411	413	411	413	411	413	411	413	411	413	411	386	386	386	386
N mit Fall	18	19	3	6	262	242	5	22	93	96	76	48	52	53	18	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	15,7	7,4	5,5	5,0	1,9	2,8	2,2	10,8	4,3	3,9	9,2	6,4	2,3	2,3	2,9	4,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	17,3	17,7	7,8	7,4	6,6	6,7	13,2	24,2	14,2	13,9	26,3	21,4	7,6	8,7	11,8	22,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8	0,8			0,8	0,6			0,9	1,3		0,0	0,8	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,8	5,2			1,4	1,2			2,3	3,0		0,1	1,1	0,5		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	3,8				0,0	0,5			0,4	2,2	0,7	4,9	0,1	0,5	0,3	3,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,1				0,0	0,5			0,2	4,6	0,6	4,7	0,1	0,5	0,2	2,7
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																
Gesamt	**43,5**	**31,1**	**13,2**	**12,4**	**10,7**	**12,2**	**15,4**	**35,0**	**22,3**	**29,0**	**36,8**	**37,6**	**12,0**	**12,8**	**15,3**	**32,2**

(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)

	Präzeit-raum		Referenz-fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	413	411	413	411	413	411	386	386	371	376
N mit Fall	12	8	146	147	124	119	67	64	52	55
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,2	1,8	1,1	1,3	0,9	0,9	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,5	0,5	1,8	1,0	1,1	0,7	0,8	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,2	0,0	1,5	0,1	0,3	0,0	0,3	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,1	2,0	0,3	0,4	0,1	0,5	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,6	0,7	3,6	2,1	2,4	1,6	1,8	1,4
Gesamt	**0,1**	**0,1**	**0,8**	**0,8**	**5,6**	**2,4**	**2,8**	**1,7**	**2,3**	**1,4**

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

	Präzeit-raum		Referenz-fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	413	411	413	411	413	411	386	386	371	376
N mit Fall	12	8	146	147	124	119	67	64	52	55
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,2	1,4	0,1	0,5	6,1	3,7	7,5	5,2	6,6	4,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,7	2,8	1,5	1,4	5,8	3,4	6,3	4,5	5,9	5,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,1	0,2	0,2	1,7	0,8	0,7	0,4	1,3	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4	0,5	0,0	4,9	0,2	1,9	0,2	2,4	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,5	0,7	0,3	6,6	1,1	2,6	0,6	3,7	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,9	4,1	1,7	1,9	11,9	7,1	13,8	9,7	12,5	9,5
Gesamt	**3,0**	**4,6**	**2,4**	**2,2**	**18,5**	**8,2**	**16,4**	**10,3**	**16,2**	**9,7**

Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	370	372	370	372	370	372	370	372	370	372	370	372	359	352	359	352
N mit Fall	147	126	29	27	119	105	12	10	108	86	42	35	84	86	26	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,5	1,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,2	0,1	1,2	0,9	0,8	0,5	0,6	0,6	0,5	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5,4	3,6	2,5	1,5	1,6	2,0	0,7	0,4	2,7	3,5	2,3	1,4	2,0	2,5	1,6	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,6			0,2	0,3			0,3	0,5			0,1	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	1,6			0,4	0,6			0,4	2,0			0,3	1,6		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,5	0,0	0,1			0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,6	0,0	0,1				0,1	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,0														
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,0														
Gesamt	**9,0**	**8,3**	**3,2**	**2,3**	**2,7**	**3,4**	**0,9**	**0,7**	**4,6**	**7,3**	**3,1**	**2,1**	**3,1**	**5,2**	**2,2**	**0,7**

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr			
	vs	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**	**vs**	**vs**	**tk**	**tk**
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	370	372	370	372	370	372	370	372	370	372	370	372	359	352	359	352
N mit Fall	147	126	29	27	119	105	12	10	108	86	42	35	84	86	26	20
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,8	4,3	8,1	8,4	1,6	1,8	7,6	4,6	4,2	3,9	6,8	5,3	2,5	2,5	7,1	2,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	13,6	10,7	31,5	20,7	5,1	7,2	20,2	13,9	9,1	15,2	20,2	14,5	8,4	10,3	21,5	6,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,5	1,6			0,5	1,0			1,0	2,2			0,5	1,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,6	4,7			1,2	2,2			1,2	8,5			1,2	6,6		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	1,4	0,4	1,5			0,4	2,8	0,2	0,7	0,2	0,8	0,2	0,5	0,5	1,7
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	1,7	0,6	1,1				3,4	0,1	1,1	0,1	1,4	0,2	0,3	0,6	1,6
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,1														
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,1														
Gesamt	**22,7**	**24,6**	**40,6**	**31,7**	**8,4**	**12,1**	**28,3**	**24,8**	**15,9**	**31,7**	**27,4**	**22,0**	**13,1**	**21,3**	**29,7**	**11,9**

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)

	Präzeit-raum		Referenz-fall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	370	372	370	372	370	372	359	352	340	342
N mit Fall	248	247	239	257	243	244	199	193	181	162
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,9	2,1	1,5	0,7	5,0	2,7	5,4	2,6	4,4	2,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	3,5	1,4	1,2	4,6	3,0	3,8	2,9	3,3	2,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,4	0,2	0,2	0,8	0,4	0,6	0,4	0,6	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,2	0,4	0,1	1,5	0,2	0,8	0,2	0,7	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6	0,6	0,2	2,3	0,6	1,4	0,6	1,3	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	10,9	5,6	2,9	1,8	9,6	5,7	9,1	5,5	7,7	5,0
Gesamt	11,1	6,2	3,5	2,1	11,9	6,4	10,5	6,1	9,0	5,1

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

	Präzeit-raum		**Referenz-fall**		**1. Jahr (ohne Ref.Fall)**		**2. Jahr**		**3. Jahr**	
Art	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**	**IG**	**KG**
N	370	372	370	372	370	372	359	352	340	342
N mit Fall	248	247	239	257	243	244	199	193	181	162
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	8,9	3,2	2,3	1,0	7,7	4,2	9,7	4,7	8,3	4,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	7,5	5,3	2,1	1,7	6,9	4,6	6,8	5,2	6,3	5,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,6	0,3	0,3	1,3	0,6	1,1	0,7	1,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,7	0,1	2,3	0,3	1,4	0,4	1,3	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,9	1,0	0,3	3,6	1,0	2,5	1,1	2,4	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	16,3	8,5	4,4	2,7	14,6	8,8	16,5	9,9	14,5	10,5
Gesamt	**16,5**	**9,4**	**5,4**	**3,0**	**18,2**	**9,7**	**19,0**	**11,1**	**16,9**	**10,9**

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.

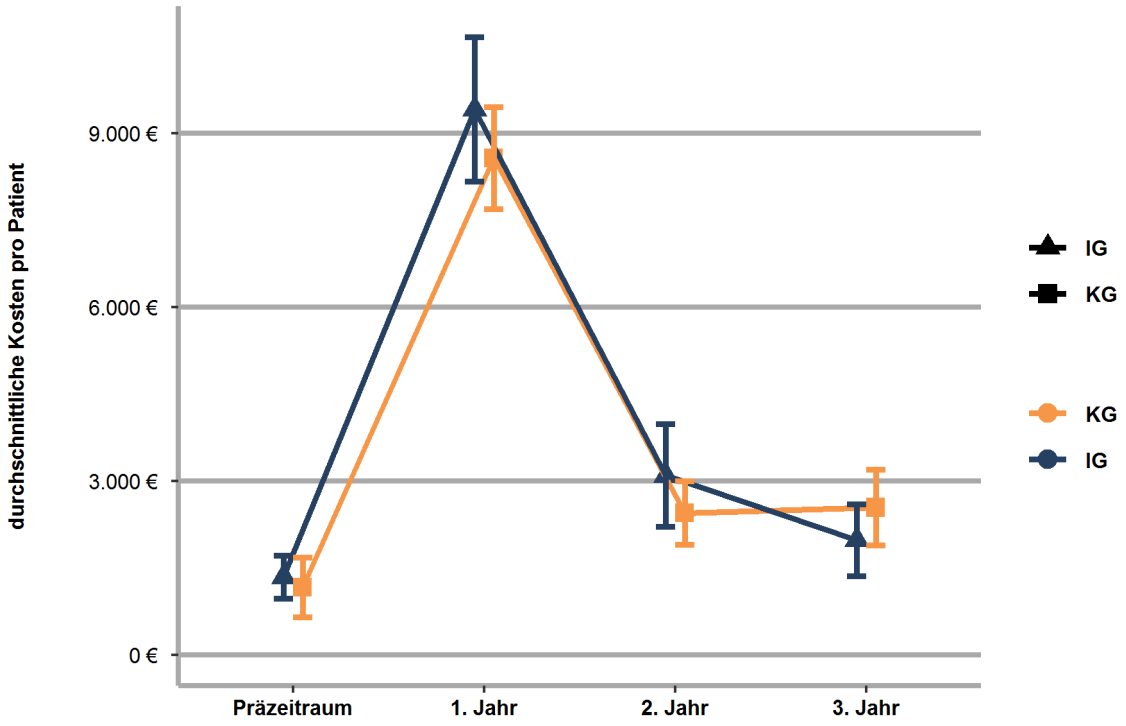
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	**Präzeit-raum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**	**Präzeit-raum**	**1. Jahr**	**2. Jahr**	**3. Jahr**
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	359	413	327	304	328	411	308	295
Mittelwert	**1.341,66 €**	**9.412,22 €**	**3.091,46 €**	**1.977,93 €**	**1.164,00 €**	**8.572,73 €**	**2.447,14 €**	**2.544,20 €**
Standardabwei-chung	4.564 €	15.337 €	10.571 €	7.261 €	6.338 €	10.815 €	6.523 €	7.684 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,04 €	1.157,58 €	30,32 €	24,73 €	15,62 €	1.160,45 €	18,90 €	13,82 €
Median	150,90 €	4.877,17 €	295,31 €	171,04 €	113,56 €	5.584,02 €	231,80 €	179,29 €
75%-Perzentil	679 €	10.832 €	976 €	875 €	384 €	11.234 €	1.282 €	912 €
Maximum	46.821 €	159.312 €	143.942 €	79.984 €	110.124 €	77.520 €	67.809 €	58.310 €

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



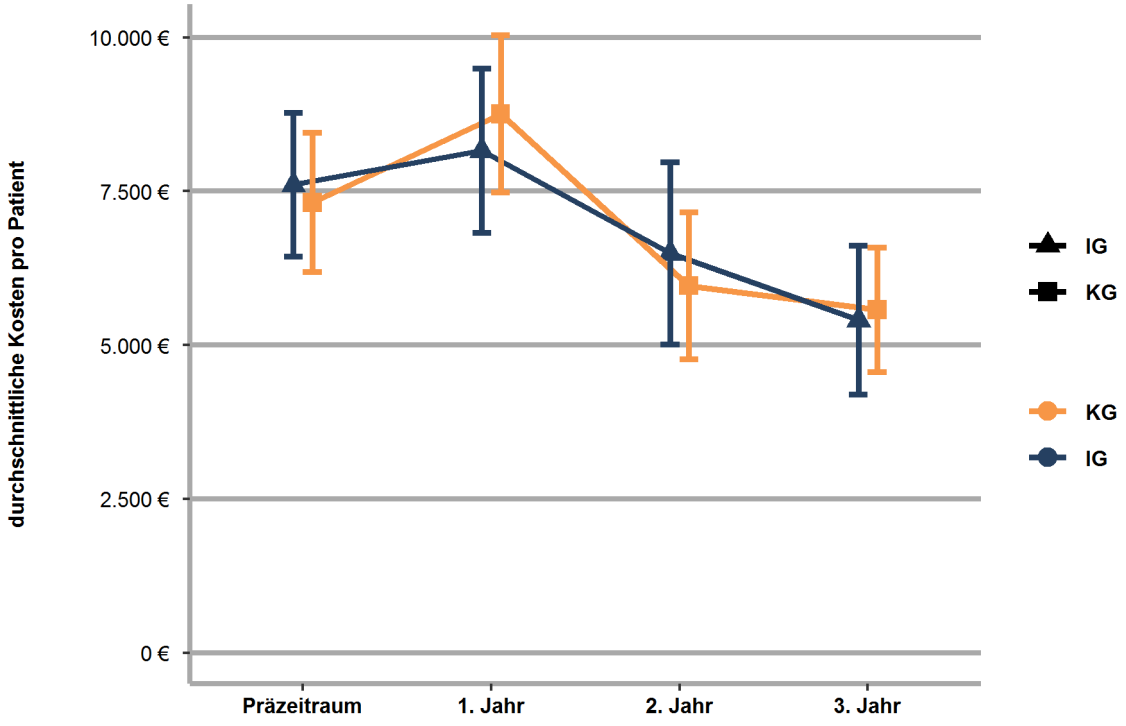
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	365	370	342	318	367	372	328	307
Mittelwert	7.606,61 €	8.160,55 €	6.492,25 €	5.407,40 €	7.317,69 €	8.757,11 €	5.965,40 €	5.577,46 €
Standardabweichung	13.663 €	15.637 €	17.035 €	13.580 €	13.274 €	14.981 €	13.593 €	11.365 €
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	918,00 €	792,33 €	270,00 €	243,71 €	792,25 €	1.104,83 €	373,61 €	215,24 €
Median	1.992,91 €	2.235,10 €	887,33 €	932,48 €	1.790,29 €	2.325,01 €	1.427,01 €	1.260,42 €
75%-Perzentil	8.847 €	9.412 €	3.231 €	3.001 €	9.446 €	10.281 €	5.457 €	4.797 €
Maximum	110.090 €	174.489 €	145.409 €	134.871 €	103.223 €	99.809 €	177.758 €	86.787 €

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 und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 26) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.341,66 € höhere Kosten als die KG mit 1.164,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.412,22 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.572,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 661,84 € nicht signifikant (p=0,484) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.977,93 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.544,20 €.

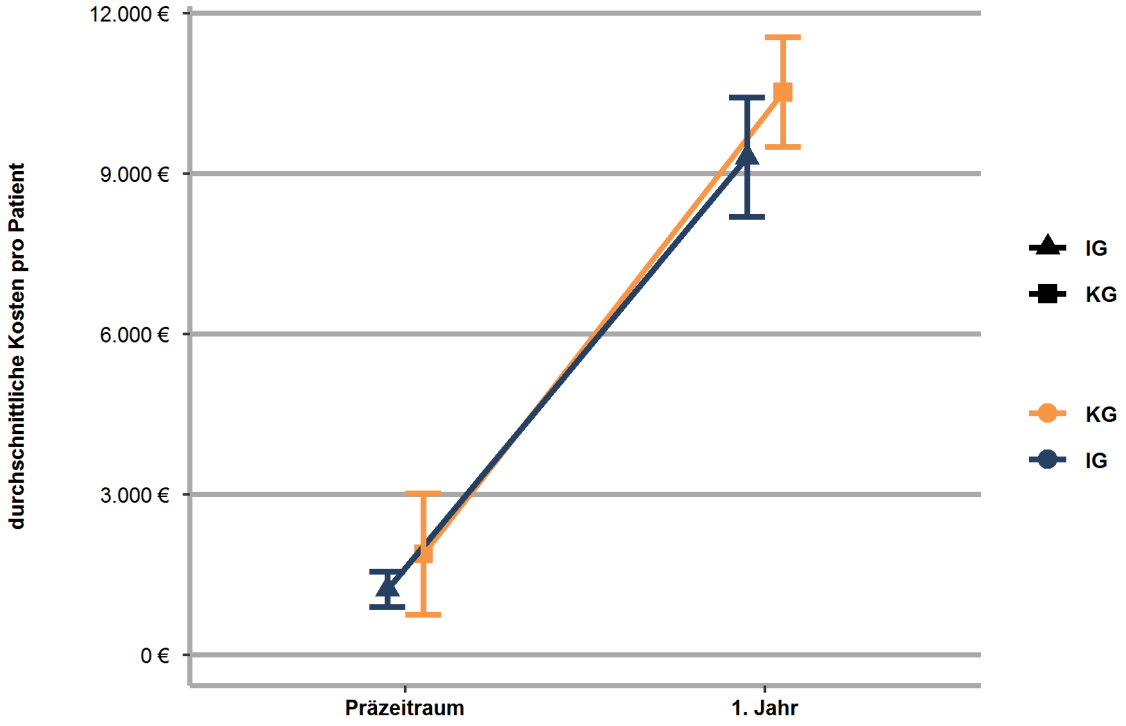
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.606,61 € größere Kosten als die KG mit 7.317,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.160,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.757,11 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 885,49 € nicht signifikant (p=0,420) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.407,40 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 5.577,46 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-zeit-raum	1. Jahr	Prä-zeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG – KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	383	458	383	458						
Mittelwert	**1.223 €**	**9.306 €**	**1.884 €**	**10.524 €**	**-660,48 €**	**0,357**	**-1.217,72 €**	**0,186**	**-557,25 €**	**0,633**
Standard-abweichung	4.334 €	14.531 €	14.729 €	13.320 €						
Minimum	0,00 €	60,32 €	0,00 €	72,90 €						
25%-Perzentil	26,04 €	1.259,74 €	27,34 €	1.167,21 €						
Median	115,60 €	5.296,08 €	121,06 €	6.170,56 €						
75%-Perzentil	457 €	10.994 €	559 €	14.623 €						
Maximum	39.206 €	169.085 €	297.106 €	119.164 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.223,04 € geringere Kosten als die KG mit 1.883,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.306,32 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 10.524,04 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 557,25 € nicht signifikant (p=0,588) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 557,25 € nicht signifikant (p=0,588) schwächer als in der KG.

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.883,52 €	0,006	1.883,52 €	0,006	-326,42 €	0,716
IG (vs. KG)	-660,48 €	0,357	-660,48 €	0,357	-695,90 €	0,320
Post (vs. Prä)	8.640,53 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-557,25 €	0,588				
1. Jahr (vs. Prä)			8.640,53 €	<0,001	10.521,52 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-557,25 €	0,588	-700,03 €	0,498
Alter (30-47 J. vs. U30)					120,67 €	0,844
Alter (48-64 J. vs. U30)					1.170,60 €	0,205
Alter (Ü64 vs. U30)					1.271,10 €	0,137
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-803,99 €	0,210
F 00 (Demenz)					-3.532,85 €	0,002
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.934,48 €	0,057
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-3.131,95 €	0,077
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-5.293,38 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-5.094,32 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.320,24 €	0,109
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.961,78 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.115,80 €	0,081
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-2.251,57 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2.858,12 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.571,02 €	0,277
F 50 (Essstörungen)					6.148,89 €	0,182
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.314,94 €	0,206
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.322,12 €	0,490
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-5.310,90 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.323,89 €	0,664
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.379,50 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.079,85 €	0,017
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.388,37 €	0,108
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					667,65 €	0,181
R^2		0,102		0,102		0,184

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.

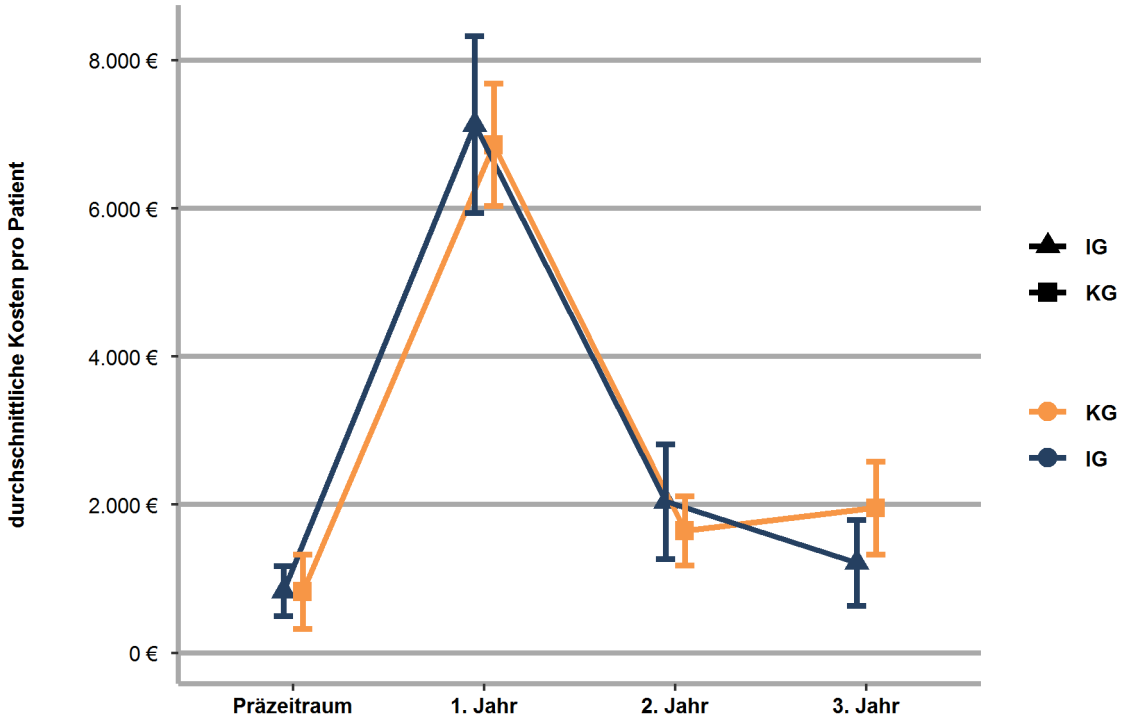
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	41	289	58	37	37	278	56	47
Mittelwert	834,67 €	7.133,52 €	2.042,77 €	1.217,58 €	827,98 €	6.859,35 €	1.650,60 €	1.956,52 €
Standardabwei-chung	4.193 €	14.713 €	9.267 €	6.792 €	6.220 €	10.169 €	5.594 €	7.415 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	3.218,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.626,63 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	7.041,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.485,35 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	44.918 €	158.776 €	143.265 €	78.794 €	110.024 €	71.844 €	52.207 €	57.785 €

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



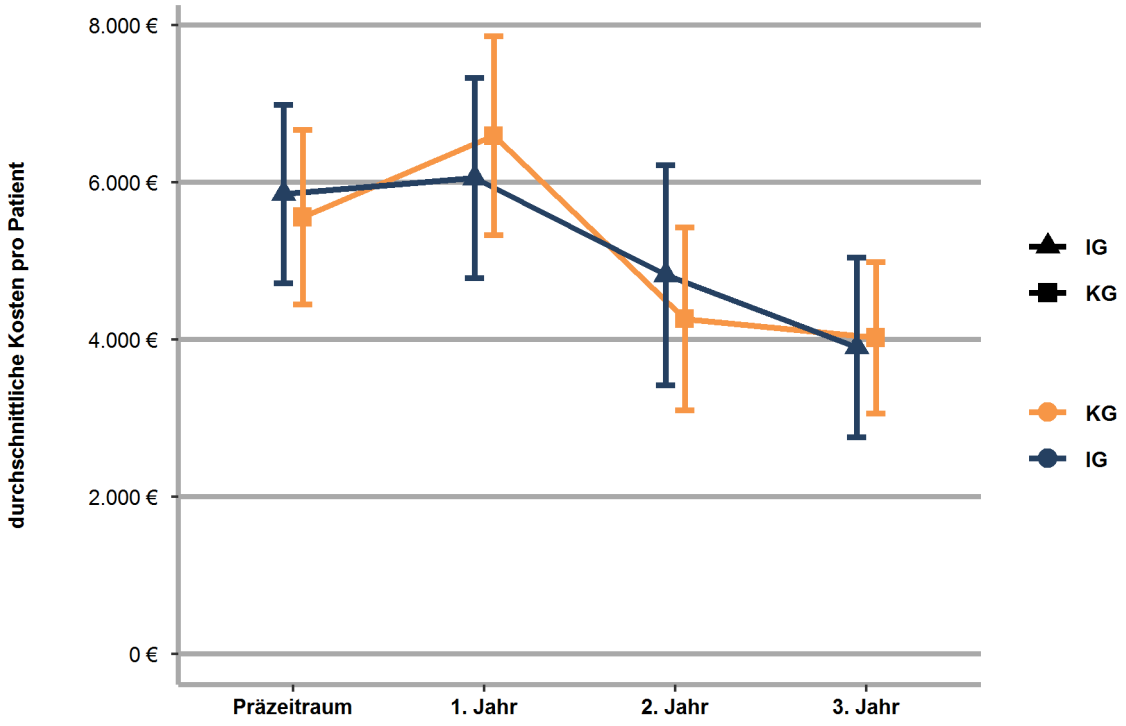
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	152	166	89	79	136	143	88	83
Mittelwert	5.852,10 €	6.053,86 €	4.818,86 €	3.901,03 €	5.559,10 €	6.591,16 €	4.262,43 €	4.023,91 €
Standardabwei-chung	13.292 €	14.912 €	16.144 €	12.819 €	13.026 €	14.828 €	13.280 €	10.836 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	6.478,74 €	5.752,49 €	0,00 €	0,00 €	5.877,90 €	6.245,21 €	189,90 €	0,00 €
Maximum	110.090 €	173.950 €	145.274 €	126.589 €	103.223 €	99.115 €	177.444 €	86.353 €

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 mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 834,67 € höhere Kosten als die KG mit 827,98 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.133,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.859,35 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 267,48 € nicht signifikant (p=0,769) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.217,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.956,52 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 46 und

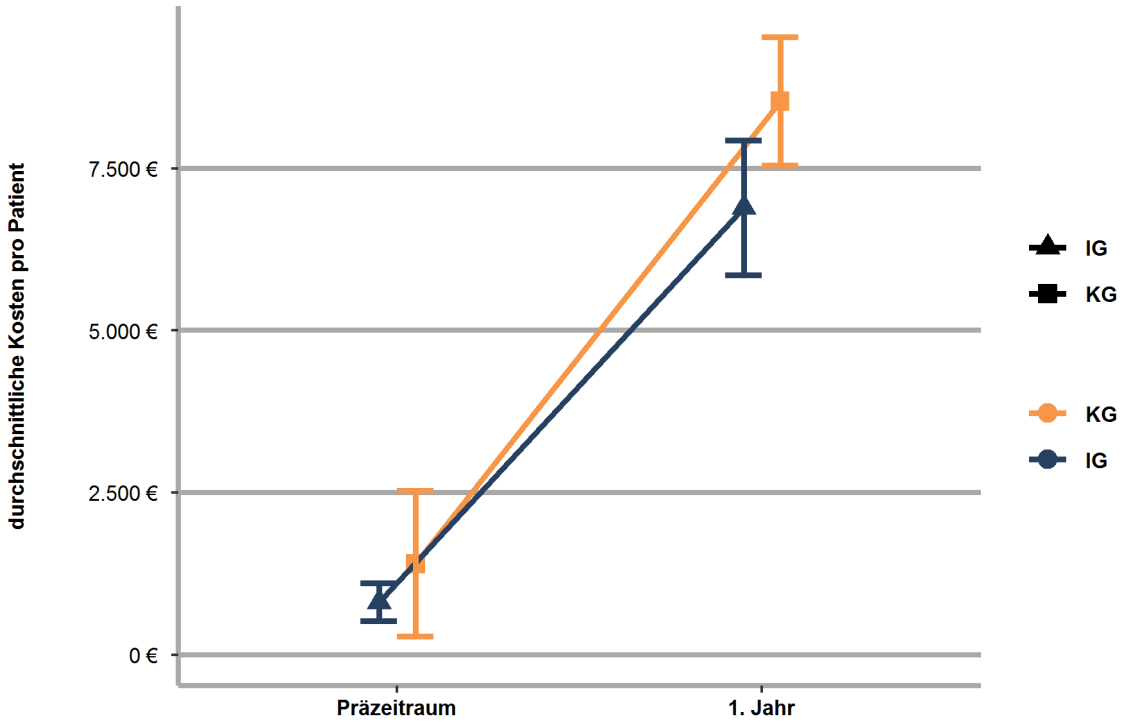
Abbildung 30) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.852,10 € höhere Kosten als die KG mit 5.559,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.053,86 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.591,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 830,31 € nicht signifikant (p=0,442) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.901,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 4.023,91 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-zeit-raum	1. Jahr	Prä-zeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG – KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	44	310	50	325						
Mittelwert	809,27 €	6.893,16 €	1.402,24 €	8.534,33 €	-592,97 €	0,401	-1.641,17 €	0,060	-1.048,19 €	0,350
Standard-abweichung	3.820 €	13.516 €	14.600 €	12.825 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	2.866,65 €	0,00 €	4.152,48 €						
75%-Perzentil	0 €	7.495 €	0 €	11.864 €						
Maximum	36.342 €	168.588 €	296.773 €	119.164 €						

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)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 31) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 809,27 € weniger Kosten als die KG mit 1.402,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.893,16 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.534,33 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.048,19 € nicht signifikant (p=0,289) schwächer aus als in der KG. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.048,19 € nicht signifikant (p=0,289) schwächer als in der KG.

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.

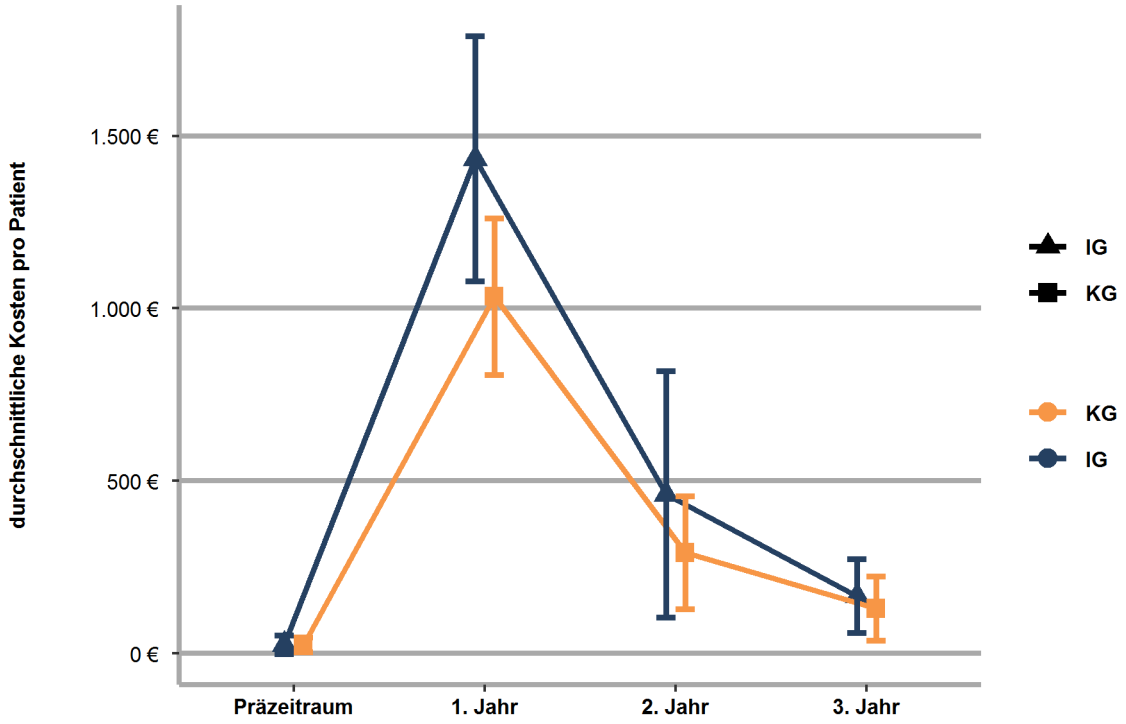
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	< 10	81	18	10	< 10	69	17	< 10
Mittelwert	25,94 €	1.433,93 €	461,51 €	166,72 €	25,16 €	1.035,01 €	292,60 €	130,78 €
Standardabwei-chung	328,47 €	4.381,53 €	4.272,81 €	1.259,96 €	259,56 €	2.795,49 €	1.950,35 €	1.092,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.247 €	52.562 €	77.755 €	18.555 €	3.711 €	14.862 €	26.066 €	15.250 €

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

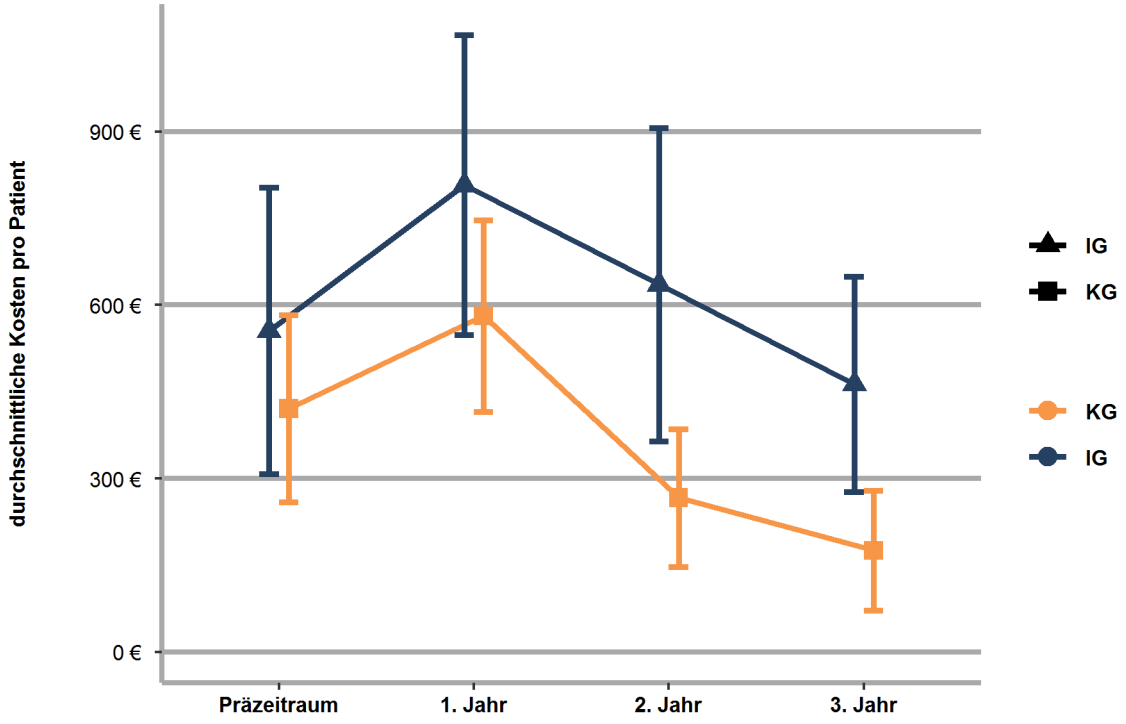


Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	29	52	26	22	28	45	20	14
Mittelwert	555,51 €	807,63 €	635,61 €	463,10 €	420,77 €	581,10 €	266,47 €	175,38 €
Standardabwei-chung	2.895,91 €	3.030,34 €	3.125,92 €	2.084,85 €	1.902,71 €	1.942,02 €	1.357,49 €	1.161,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	43.481 €	38.988 €	34.344 €	17.567 €	17.066 €	13.778 €	11.215 €	10.711 €

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 mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,94 € höhere Kosten als die KG mit 25,16 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.433,93 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.035,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 398,15 € nicht signifikant (p=0,122) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 166,72 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 130,78 €.

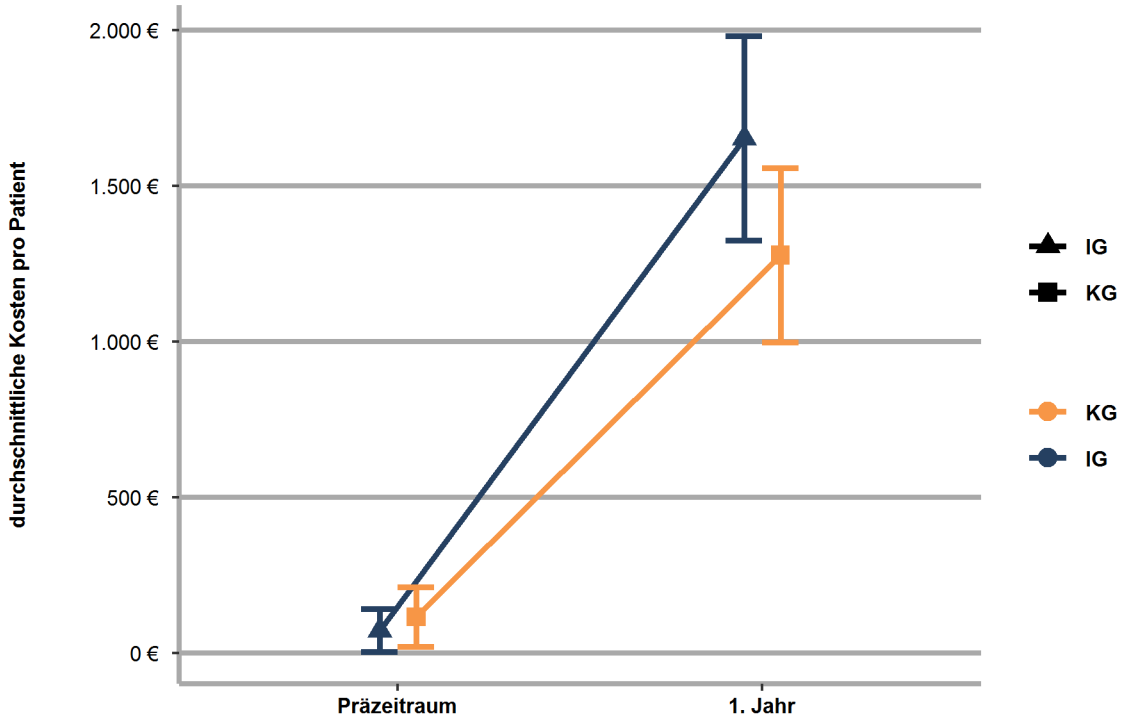
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 49 und Abbildung 33) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 555,51 € mehr Kosten als die KG mit 420,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 807,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 581,10 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 91,78 € nicht signifikant (p=0,691) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 463,10 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 175,38 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-zeit-raum	1. Jahr	Prä-zeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	< 10	96	< 10	71						
Mittelwert	71,52 €	1.652,36 €	115,53 €	1.277,60 €	-44,01 €	0,537	374,76 €	0,153	418,78 €	0,123
Standard-abweichung	897,53 €	4.268,12 €	1.235,41 €	3.638,85 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	15.054 €	25.869 €	18.145 €	27.341 €						

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)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 71,52 € geringere Kosten als die KG mit 115,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.652,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.277,60 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 418,78 € nicht signifikant (p=0,117) stärker aus als in der KG. Vom Präzum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 418,78 € nicht signifikant (p=0,117) stärker als in der KG.

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

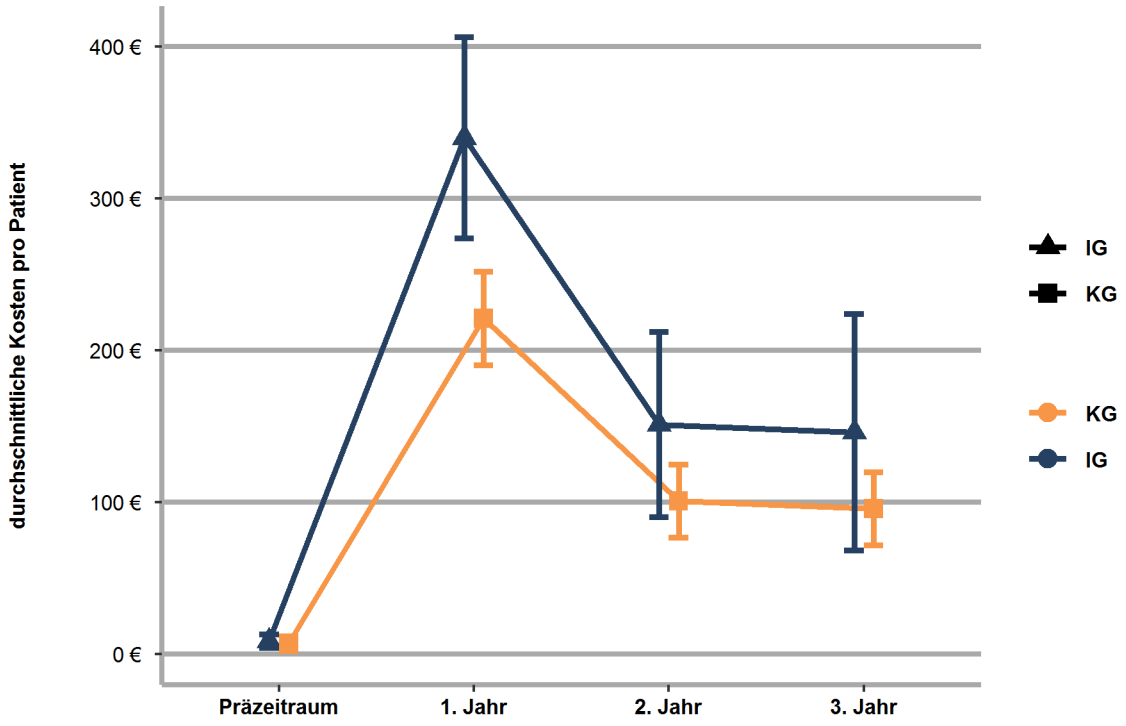
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	12	213	68	52	< 10	191	65	55
Mittelwert	8,46 €	339,81 €	151,04 €	145,93 €	6,81 €	220,97 €	100,67 €	95,58 €
Standardabwei-chung	56,94 €	818,06 €	728,45 €	912,32 €	59,51 €	379,81 €	288,63 €	285,37 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	197,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	312,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	612 €	6.942 €	11.413 €	16.255 €	624 €	2.498 €	1.561 €	1.634 €

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



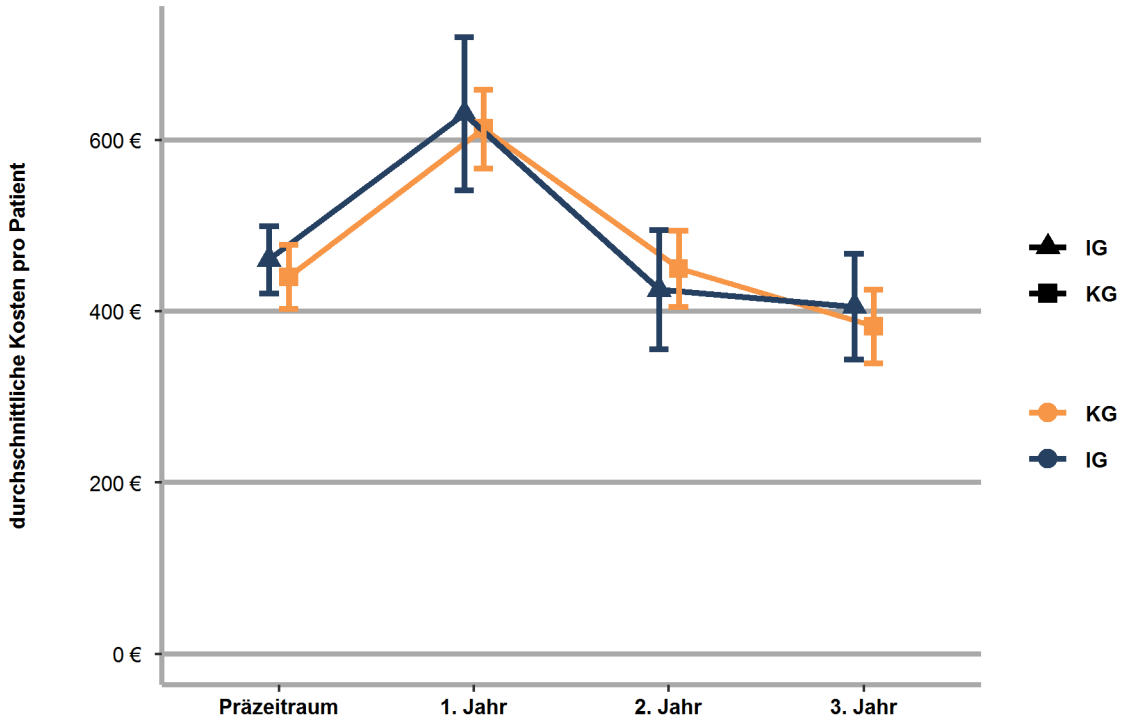
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	244	288	201	182	246	290	195	163
Mittelwert	460,32 €	630,65 €	425,09 €	405,59 €	440,16 €	613,08 €	449,76 €	382,49 €
Standardabwei-chung	458,27 €	1.043,78 €	801,17 €	694,64 €	439,27 €	541,11 €	511,23 €	483,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	49,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,90 €	0,00 €	0,00 €
Median	306,00 €	329,93 €	88,10 €	65,77 €	306,00 €	614,10 €	218,70 €	0,00 €
75%-Perzentil	918,00 €	727,66 €	523,08 €	482,70 €	918,00 €	1.009,50 €	936,60 €	770,20 €
Maximum	1.438,20 €	7.762,95 €	7.932,06 €	4.409,05 €	1.377,00 €	2.185,40 €	1.561,00 €	1.561,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 35) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,46 € größere Kosten als die KG mit 6,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 339,81 €. In der KG stiegen die Kosten auf 220,97 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 117,20 € signifikant (p=0,009) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 145,93 €. In der KG sanken die Kosten auf 95,58 €.

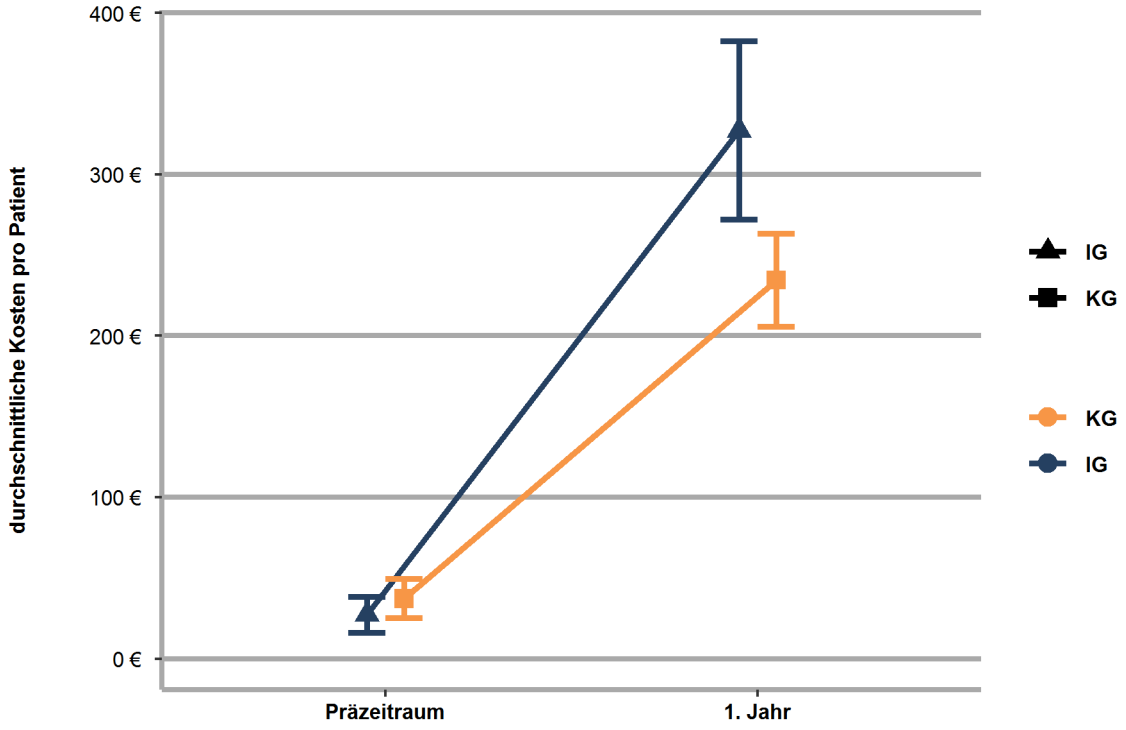
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 460,32 € mehr Kosten als die KG mit 440,16 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 630,65 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 613,08 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,59 € nicht signifikant (p=0,965) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 405,59 €. In der KG sanken die Kosten auf 382,49 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	29	241	39	219						
Mittelwert	27,44 €	327,15 €	37,22 €	234,45 €	-9,79 €	0,329	92,69 €	0,015	102,48 €	0,009
Standard-ab-weichung	144,77 €	718,35 €	158,04 €	374,15 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	60,32 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	323,23 €	0,00 €	312,20 €						
Maximum	1.404,60 €	5.762,50 €	1.561,00 €	1.561,00 €						

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 37) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 27,44 € weniger Kosten als die KG mit 37,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 327,15 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 234,45 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 102,48 € signifikant (p=0,009) stärker aus als in der KG.

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,22 €	2,30 €	0,00 €	2,08 €	4,58 €	5,06 €	1,12 €	0,00 €
Standardabwei-chung	40,57 €	26,50 €	0,00 €	28,69 €	85,05 €	73,67 €	13,40 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	603,68 €	367,20 €	0,00 €	449,71 €	1.719,53 €	1.420,37 €	224,06 €	0,00 €

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

Fallzahl zu klein

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,02 €	2,24 €	1,38 €	1,12 €	0,43 €	2,42 €	0,64 €	1,41 €
Standardabweichung	77,25 €	27,15 €	20,11 €	20,66 €	8,26 €	31,55 €	7,38 €	26,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.485,90 €	362,76 €	374,66 €	380,92 €	159,26 €	553,74 €	114,33 €	483,32 €

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)

Fallzahl zu klein

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 54 und Abbildung 38) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,22 € niedrigere Kosten als die KG mit 4,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2,30 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5,06 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,39 € nicht signifikant (p=0,384) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2,08 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 55 und Abbildung 39) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,02 € höhere Kosten als die KG mit 0,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2,24 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2,42 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,77 € nicht signifikant (p=0,385) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1,12 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,41 €.

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	1,04 €	2,71 €	0,83 €	4,09 €	0,21 €	0,876	-1,39 €	0,590	-1,59 €	0,582
Standard-ab-weichung	22,22 €	30,03 €	17,79 €	46,19 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	475,56 €	380,92 €	380,65 €	755,58 €						

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

Fallzahl zu klein

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 56 und Abbildung 40) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,04 € mehr Kosten als die KG mit 0,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2,71 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4,09 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,59 € nicht signifikant (p=0,582) schwächer aus als in der KG.

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.

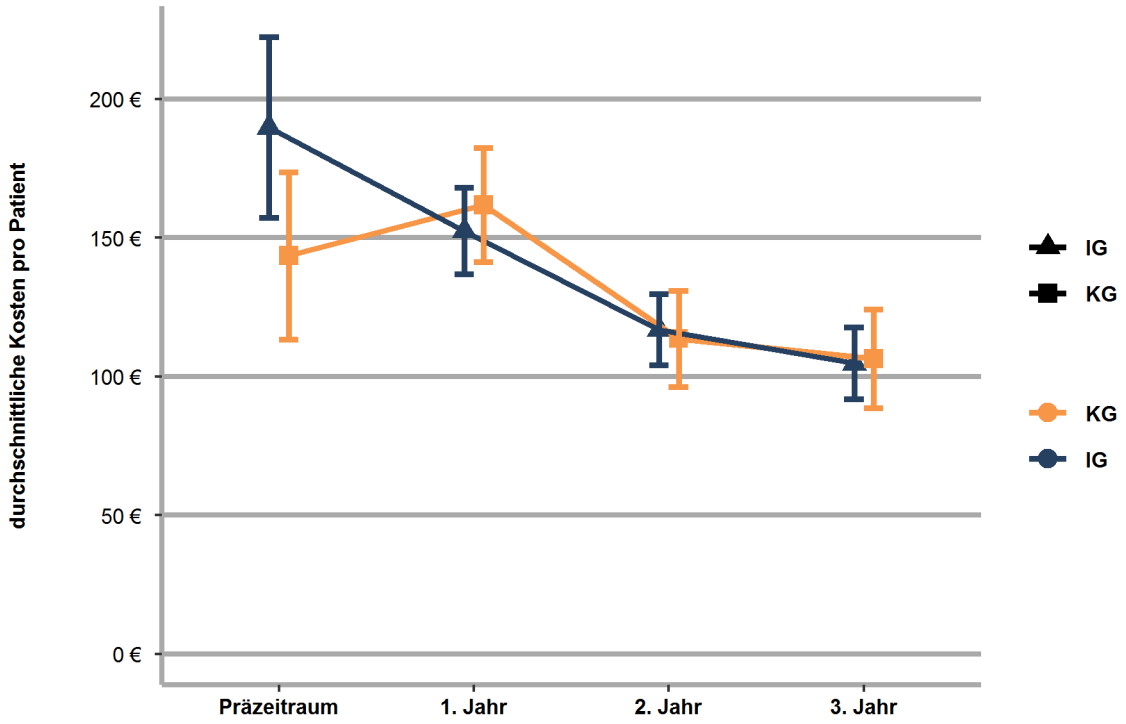
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	320	336	284	261	276	311	250	240
Mittelwert	189,75 €	152,47 €	116,83 €	104,78 €	143,57 €	161,93 €	113,66 €	106,43 €
Standardabwei-chung	402,19 €	193,30 €	153,16 €	151,93 €	371,94 €	253,58 €	206,69 €	210,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	4,84 €	16,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,30 €	0,00 €	0,00 €
Median	53,03 €	79,77 €	48,29 €	41,72 €	38,74 €	78,80 €	34,54 €	25,62 €
75%-Perzentil	209,08 €	218,66 €	177,66 €	147,25 €	141,82 €	208,58 €	148,73 €	141,59 €
Maximum	5.049,12 €	1.158,06 €	749,48 €	881,43 €	4.689,24 €	2.707,92 €	2.725,49 €	2.801,98 €

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



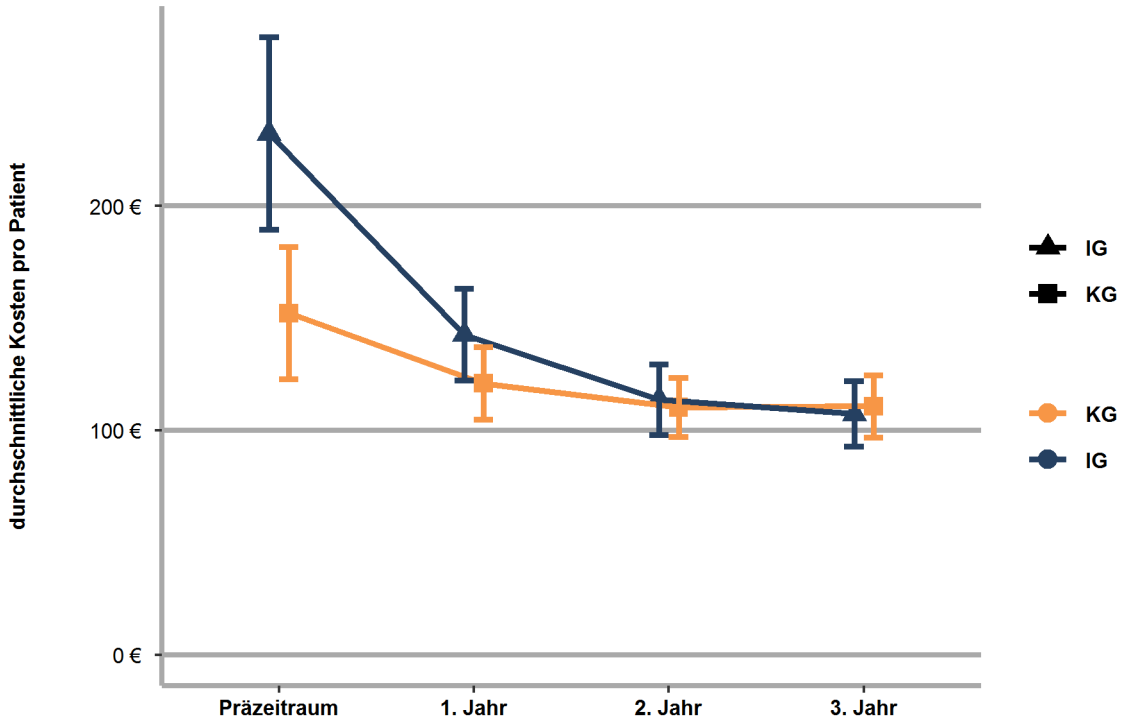
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	309	292	281	255	279	263	256	235
Mittelwert	232,29 €	142,70 €	113,71 €	107,38 €	152,21 €	120,94 €	110,19 €	110,71 €
Standardabwei-chung	501,20 €	238,66 €	182,59 €	164,69 €	345,08 €	189,21 €	150,09 €	155,81 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,36 €	8,01 €	6,83 €	0,23 €	0,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	98,77 €	66,82 €	53,93 €	47,48 €	60,32 €	52,35 €	50,17 €	37,45 €
75%-Perzentil	205,63 €	168,71 €	154,13 €	129,41 €	157,72 €	160,79 €	147,63 €	159,59 €
Maximum	3.965,11 €	2.597,10 €	2.062,37 €	1.338,76 €	3.950,27 €	1.429,84 €	971,97 €	856,77 €

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 klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 41) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 189,75 € höhere Kosten als die KG mit 143,57 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 152,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 161,93 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 55,65 € signifikant (p=0,026) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 104,78 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 106,43 €.

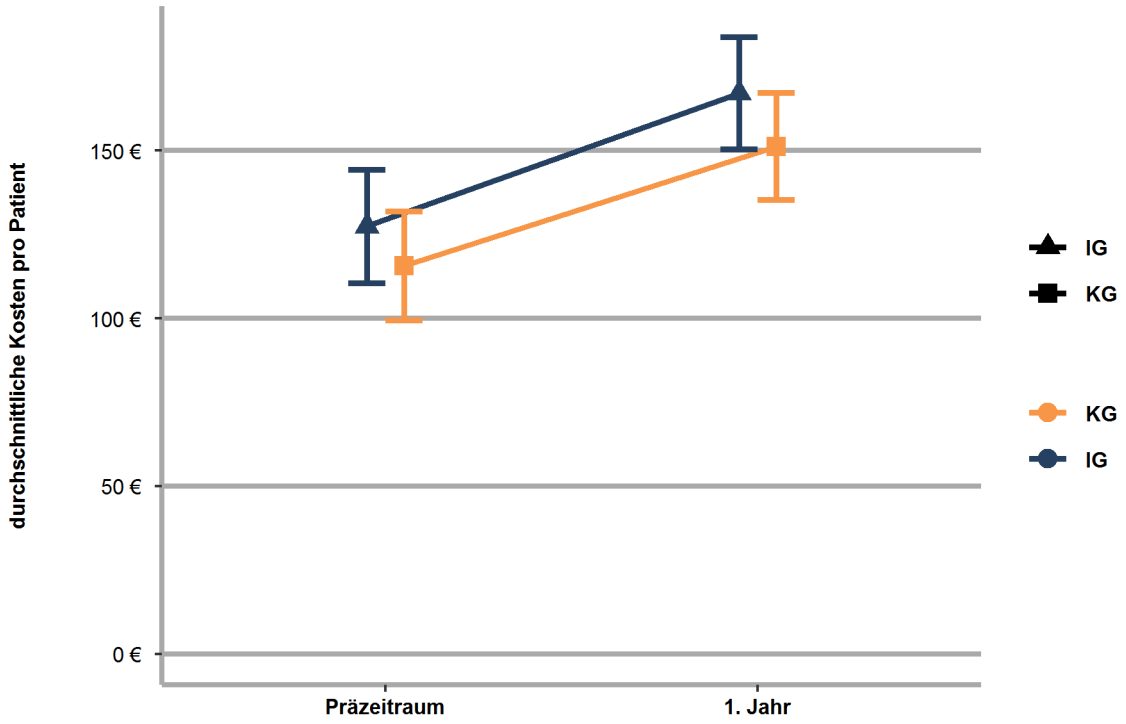
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 232,29 € höhere Kosten als die KG mit 152,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 142,70 €. In der KG sanken die Kosten auf 120,94 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 58,32 € signifikant (p=0,038) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 107,38 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 110,71 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	332	357	313	331						
Mittelwert	127,46 €	167,10 €	115,73 €	151,27 €	11,73 €	0,410	15,83 €	0,260	4,10 €	0,837
Standard-ab-weichung	219,24 €	217,56 €	211,15 €	207,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	10,95 €	0,00 €	0,00 €						
Median	48,55 €	78,31 €	39,87 €	62,79 €						
75%-Perzentil	165,62 €	246,30 €	126,40 €	228,91 €						
Maximum	2.928,46 €	1.507,64 €	2.268,05 €	1.490,84 €						

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)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 127,46 € mehr Kosten als die KG mit 115,73 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 167,10 €. In der KG stiegen die Kosten auf 151,27 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 4,10 € nicht signifikant (p=0,837) stärker als in der KG.

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.

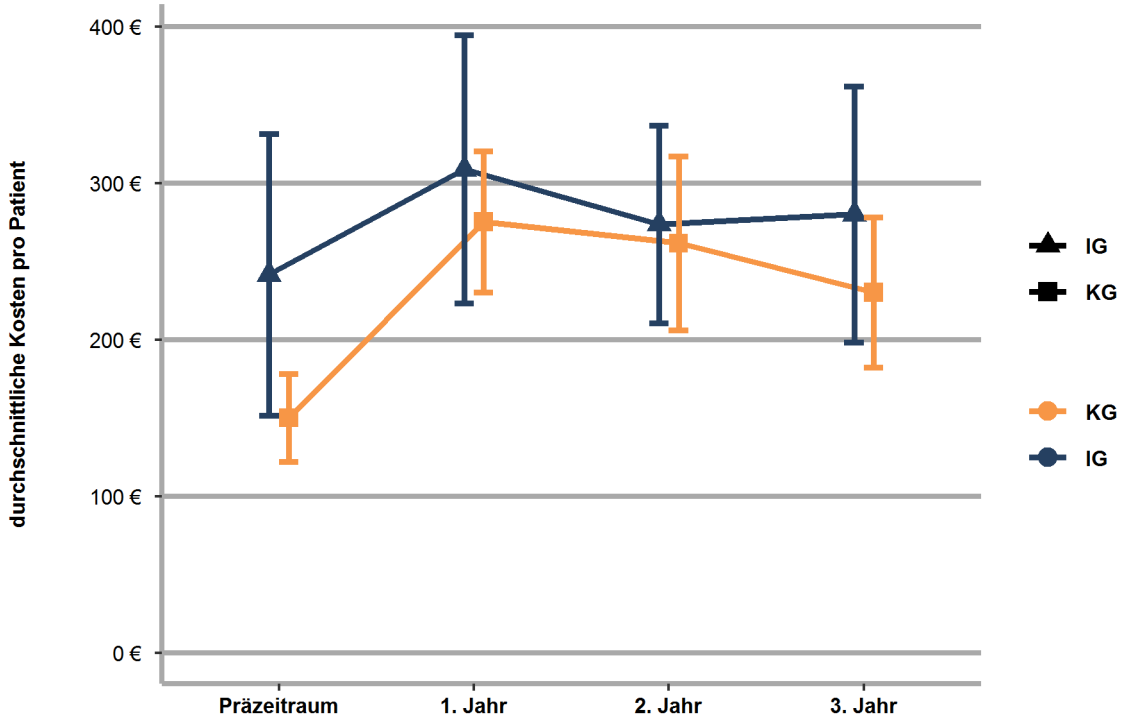
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	248	271	212	215	233	301	215	200
Mittelwert	241,57 €	308,93 €	273,73 €	280,16 €	150,09 €	275,35 €	261,64 €	230,19 €
Standardabwei-chung	1.110,17 €	1.057,00 €	755,28 €	957,06 €	345,29 €	558,17 €	665,61 €	564,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	28,04 €	63,84 €	35,35 €	40,41 €	15,48 €	85,60 €	33,98 €	22,26 €
75%-Perzentil	165,10 €	285,46 €	292,68 €	244,43 €	99,65 €	315,00 €	267,21 €	215,95 €
Maximum	18.579 €	17.356 €	7.847 €	9.914 €	2.956 €	7.472 €	6.890 €	6.884 €

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



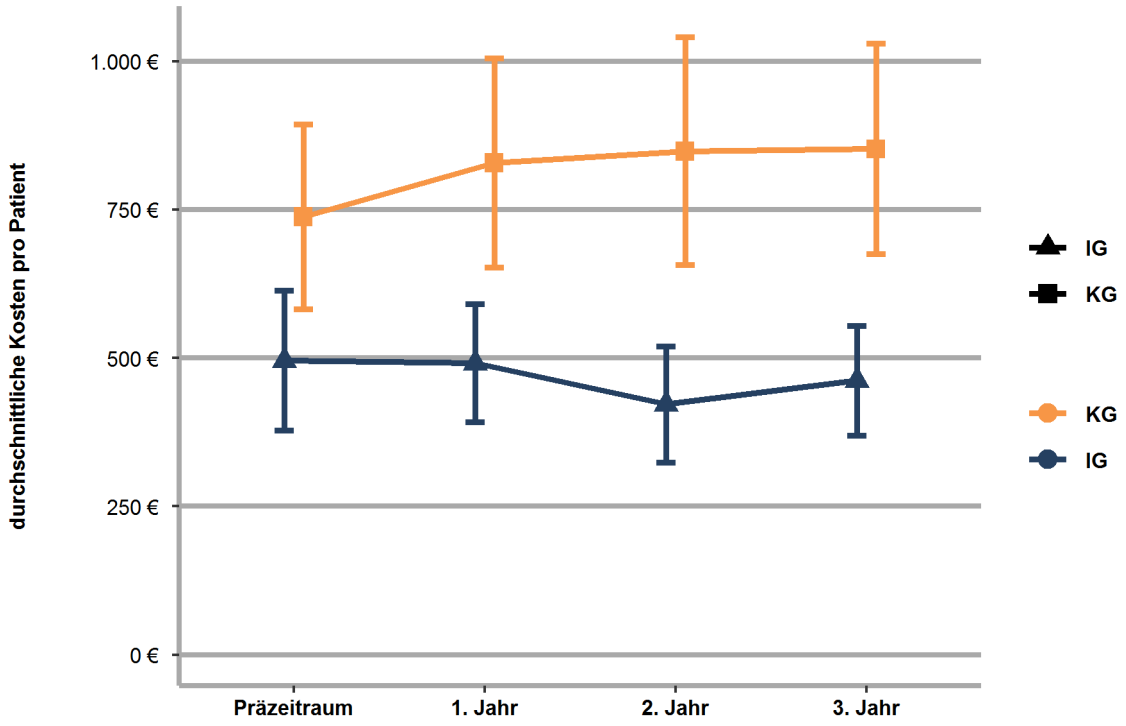
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	283	284	259	257	316	314	274	253
Mittelwert	495,50 €	491,36 €	421,86 €	461,85 €	737,78 €	828,70 €	848,31 €	852,09 €
Standardabwei-chung	1.381,39 €	1.166,51 €	1.123,69 €	1.036,94 €	1.829,10 €	2.069,55 €	2.187,26 €	1.993,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,10 €	15,46 €	0,00 €	12,13 €	54,50 €	76,66 €	19,80 €	0,00 €
Median	171,64 €	161,83 €	121,80 €	166,94 €	233,56 €	265,98 €	259,06 €	248,89 €
75%-Perzentil	427,12 €	456,94 €	399,16 €	438,82 €	687,58 €	757,86 €	786,88 €	794,36 €
Maximum	20.444 €	12.581 €	10.173 €	7.664 €	21.070 €	23.883 €	26.506 €	17.014 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 241,57 € höhere Kosten als die KG mit 150,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 308,93 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 275,35 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 57,90 € nicht signifikant (p=0,144) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 280,16 €. In der KG sanken die Kosten auf 230,19 €.

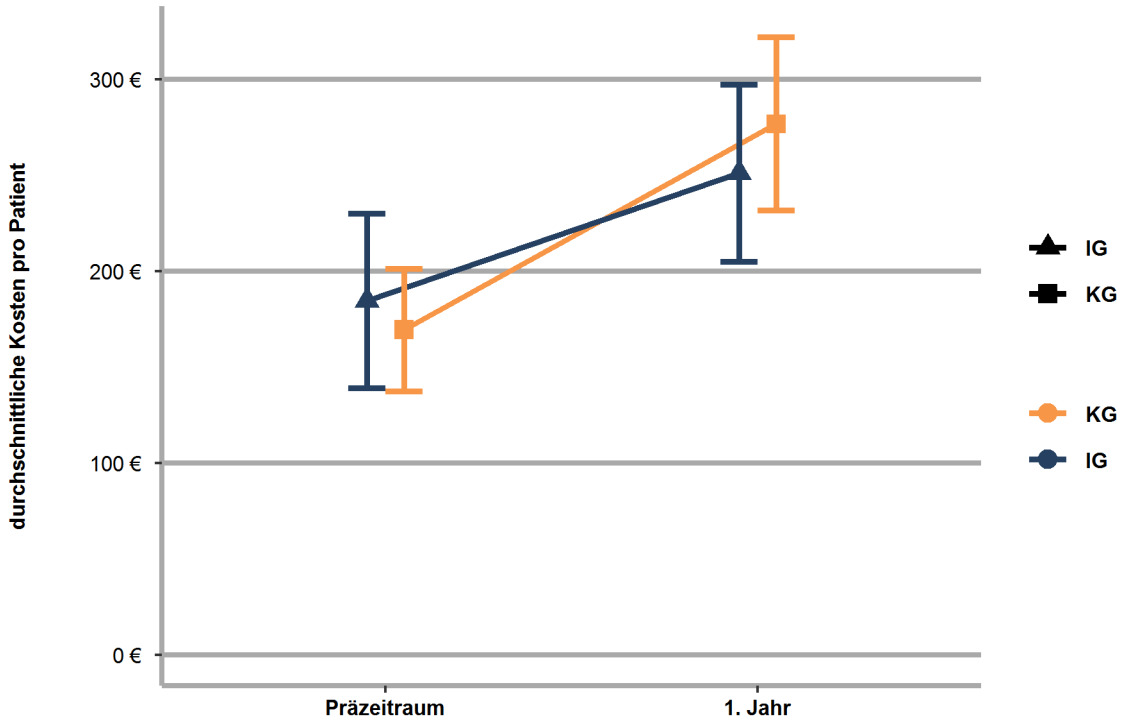
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 61 und Abbildung 45) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 495,50 € niedrigere Kosten als die KG mit 737,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 491,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 828,70 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 95,07 € nicht signifikant (p=0,176) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 461,85 €. In der KG stiegen die Kosten auf 852,09 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	263	301	254	331						
Mittelwert	184,51 €	251,05 €	169,36 €	276,66 €	15,15 €	0,654	-25,61 €	0,515	-40,76 €	0,432
Standardabwei-chung	590,95 €	601,86 €	415,92 €	587,40 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	20,63 €	70,66 €	15,79 €	85,43 €						
75%-Perzentil	155,08 €	264,58 €	134,79 €	347,74 €						
Maximum	7.813,69 €	7.557,54 €	4.305,18 €	7.409,31 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 184,51 € höhere Kosten als die KG mit 169,36 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 251,05 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 276,66 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 40,76 € nicht signifikant (p=0,432) schwächer als in der KG.

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	37,06 €	41,27 €	45,57 €	60,69 €	5,81 €	15,06 €	26,86 €	24,70 €
Standardabwei-chung	354,18 €	325,40 €	386,21 €	535,22 €	109,90 €	206,57 €	268,84 €	287,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.381,70 €	3.923,30 €	4.398,52 €	6.789,31 €	2.222,12 €	3.649,23 €	3.830,40 €	4.788,00 €

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

Fallzahl zu klein

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)

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	6,86 €	32,11 €	75,73 €	67,33 €	7,23 €	19,70 €	26,29 €	31,48 €
Standardabwei-chung	59,72 €	480,14 €	1.045,53 €	1.097,31 €	68,96 €	256,08 €	322,84 €	298,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	747 €	9.110 €	19.262 €	20.159 €	1.052 €	4.700 €	4.826 €	3.974 €

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

Fallzahl zu klein

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 63 und Abbildung 47) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 37,06 € größere Kosten als die KG mit 5,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 41,27 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 15,06 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5,04 € nicht signifikant (p=0,756) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 60,69 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 24,70 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 48) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,86 € geringere Kosten als die KG mit 7,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 32,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 19,70 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 12,79 € nicht signifikant (p=0,645) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 67,33 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 31,48 €.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-zeit-raum	1. Jahr	Prä-zeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	14						
Mittelwert	1,81 €	12,79 €	42,60 €	45,64 €	-40,79 €	0,016	-32,85 €	0,124	7,94 €	0,771
Standard-ab-weichung	20,02 €	132,88 €	362,77 €	437,44 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	264,90 €	2.125,91 €	4.122,80 €	7.453,84 €						

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

Fallzahl zu klein

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 65 und Abbildung 49) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,81 € niedrigere Kosten als die KG mit 42,60 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 12,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 45,64 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 7,94 € nicht signifikant (p=0,771) stärker als in der KG.

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

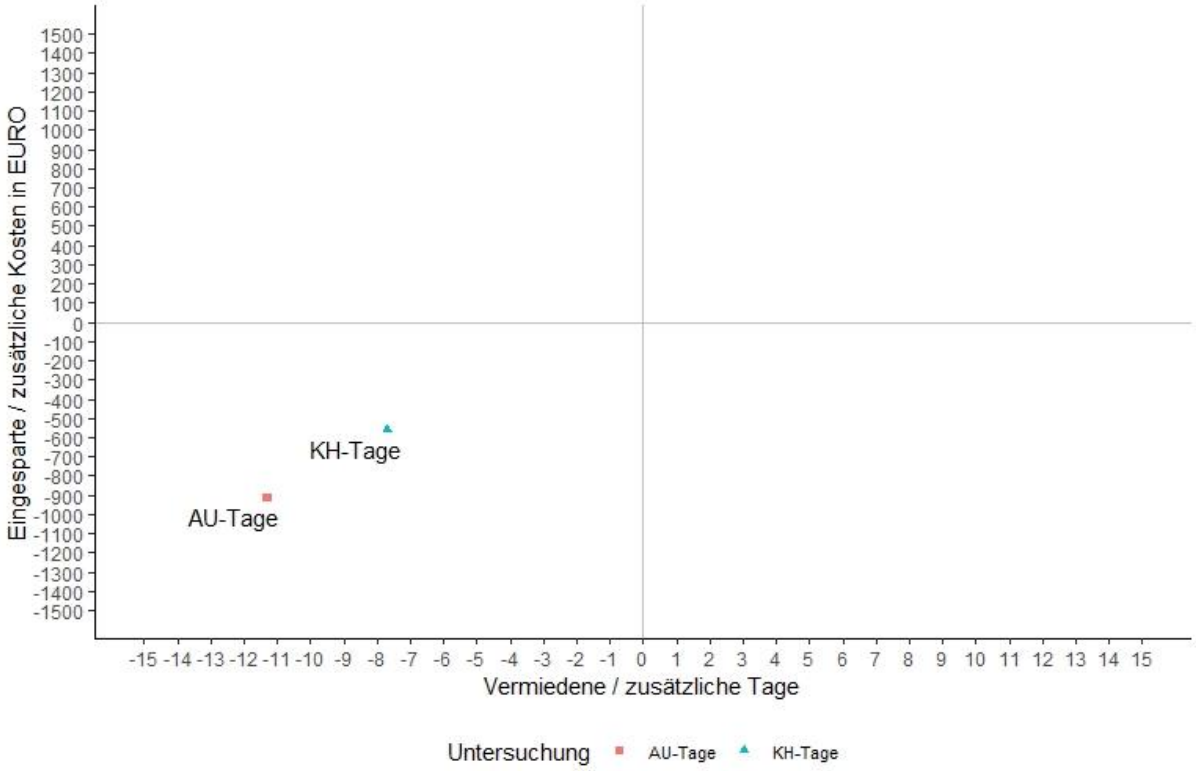
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittel-wert	p-Wert
Kosten	IG	1.223,04 €		458	9.306,32 €		458	8.083,28 €	
	KG	1.883,52 €		458	10.524,04 €		458	8.640,53 €	
	Diff (IG - KG)	-660,48 €	0,357		-1.217,72 €	0,186		-557,25 €	0,633
KH-Tage	IG	1,8		458	18,2		458	16,4	
	KG	3,0		458	27,0		458	24,1	
	Diff (IG - KG)	-1,1	0,327		-8,8	<0,001		-7,7	0,002
ICER	72,38 €/d								

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

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	Gruppe	Mittel-wert	p-Wert	N	Mittel-wert	p-Wert	N	Mittel-wert	p-Wert
Kosten	IG	1.239,18 €		267	9.396,72 €		267	8.157,55 €	
	KG	841,58 €		286	9.912,86 €		286	9.071,29 €	
	Diff (IG - KG)	397,60 €	0,188		-516,14 €	0,655		-913,74 €	0,439
AU-Tage	IG	25,2		267	77,5		267	52,3	
	KG	24,4		286	88,0		286	63,7	
	Diff (IG - KG)	0,8	0,871		-10,5	0,241		-11,3	<0,001
ICER	80,72 €/d								

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



Variante A (vgl. Tabelle 66 und

Abbildung 50): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 557,25 € nicht signifikant (p=0,633) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 7,7 Tage signifikant (p=0,002) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 72,38 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 72,38 € eingespart.

Variante B (vgl.
Tabelle 67 und

Abbildung 50): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 913,74 € nicht signifikant (p=0,440) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 11,3 Tage signifikant (p<0,001) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 80,72 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 80,72 € eingespart.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Heidenheim 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[1] und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen[2]. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

Effektivität

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

1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeitsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
2) Patienten der Modellversorgung wurden insgesamt etwas häufiger bzw. vergleichbar häufig vollstationär aufgenommen, verblieben jedoch weniger Tage vollstationär im Vergleich zur Regelversorgung.

[1] 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.

[2] 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.

3) Eine erhöhte Inanspruchnahme teilstationärer Behandlungstage und der PIA-Kontakte zeigen die Veränderung der Behandlung im Modellvorhaben hin zu teilstationärer und ambulanter Versorgung im Krankenhaus.
4) Es sind Veränderungen über die Modelllaufzeit als Hinweis auf eine Einführungsphase des Modellvorhabens ersichtlich.

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von *klinikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak. Dieser Anstieg war jedoch in der IG nur geringfügig niedriger als in der KG (-0,8 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Unterschied mit einer geringeren Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG blieb bestehen und vergrößerte sich etwas über die patientenindividuelle Zeit. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war jedoch ein deutlicher statistisch signifikant geringerer Anstieg der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG zu verzeichnen. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der PIA des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Die Daten legen daher nahe, dass das erste patientenindividuelle Jahr bei klinikneuen Patienten eine aufwendigere bzw. zeitintensivere initiale Behandlungsphase wiederspiegelt. Eine Verkürzung der vollstationären Behandlungsdauer konnte im ersten Modelljahr noch zu einem sehr geringen Umfang beobachtet werden. Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) war dieser Unterschied bereits statistisch signifikant (DiD = -1,0 vollstationäre Tage). Im dritten Modelljahr war dieser Unterschied deutlicher ersichtlich (DiD = -7,7 vollstationäre Tage). Diese Veränderung über die Modelllaufzeit ist u.a. auf die Neueinführung des Modellvorhabens am Klinikum Heidenheim zurückzuführen. Solche komplexen Umgestaltungen der Versorgung innerhalb eines Krankenhauses bedürfen Zeit zur Implementierung. Somit kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes, nach einer Einführungsphase, verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Auf der anderen Seite stieg der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt vom Jahr vor zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets stärker als in der KG. Dieser stärkere Anstieg (1. Modelljahr: +12,0 %-Punkte; 3. Modelljahr: +5,8 %-Punkte) erreichte im dritten Jahr nach Referenzfall, und auch im ersten Jahr nach Referenzfall mit einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) jedoch keine statistische Signifikanz. Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten insgesamt in der IG etwas häufiger bzw. vergleichbar häufig vollstationär aufgenommen wurden, jedoch weniger Tage vollstationär verblieben im Vergleich zur KG.

Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Dies traf sowohl auf die Patienten mit Referenzfall im ersten als auch im dritten Modelljahr zu.

Bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der KG sehr kleinem, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer, analog dem der klinikneuen Patienten, ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Auch die Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungsdauer waren mit dem der klinikneuen Patienten vergleichbar; während hier die IG stets mehr teilstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG aufwies.

Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der vollstationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Ab dem ersten Jahr nach Referenzfall wies die IG geringere vollstationäre Tage pro Patient auf (prä: +0,6; 1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -1,9; 3. Jahr: -1,4 vollstationäre Tage). Auf der anderen Seite wiesen die klinikbekannten Patienten der IG stets mehr teilstationäre Tage als die der KG auf (prä: +0,9; 1. Jahr: +2,3; 2. Jahr: +1,9; 3. Jahr: +2,0 vollstationäre Tage). Dies weist darauf hin, dass Patienten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, eine geringere vollstationäre und eine höhere teilstationäre Aufenthaltsdauer aufweisen.

Bei den *klinikneuen* Patienten war der Anstieg der Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG geringer als in der KG. Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und ein Jahr Nachbeobachtung und für die mit Referenzfall im dritten Jahr waren diese Unterschiede statistisch signifikant. Dabei stieg der numerische Unterschied für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr im Vergleich zu denen mit Referenzfall im ersten Modelljahr an (Referenzfall im ersten Modelljahr: DiD = -2,5 AU-Tage; im dritten Modelljahr: DiD = -11,3 AU-Tage). Ein sich stärkender Modelleffekt könnte, wie oben beschrieben, auf eine Einführungsphase zurückzuführen sein, so dass der volle Modelleffekt erst nach einer Zeit von ca. ein bis zwei Jahren ersichtlich ist. Der beobachtete Unterschied bei diesem zweiten primären Outcome mit kürzeren AU-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Vergleicht man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG und die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum ersten Jahr nach Referenzfall im Durchschnitt 1,4 vollstationäre Tage weniger stationäre Behandlungsdauer aufwiesen, aber 2,4 Tage weniger AU-Tage. Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war dieser Unterschied ersichtlich (1. Modelljahr: -7,7 vollstationäre

Tage; 3. Modelljahr: -11,3 AU-Tage). Dies weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten Setting bewirkt hat. Die Anzahl an AU-Episoden war weitgehend zwischen IG und KG vergleichbar, wobei diese bei den Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr stets, aber sehr geringfügig, unter denen der KG lag.

Bei den *klinikbekannten* Patienten waren zwar die Verläufe der Anzahl an AU-Episoden und an AU-Tage zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar; die numerische Anzahl an AU-Tagen war jedoch in der IG stets geringer als in der KG. Ein Unterschied von 7,8 AU-Tagen in der IG weniger war bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich und blieb im Verlauf bestehen (von 4,4 bis 10.9 AU-Tage weniger in der IG im Vergleich zur KG). Jedoch verringerte sich der Unterschied zum ersten Jahr nach Referenzfall, so dass der Difference-in-Difference-Schätzer im ersten Jahr nach Referenzfall für die Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und einem Jahr Nachbeobachtung (siehe Anhang) statistisch signifikant größer in der IG im Vergleich zur KG ausfiel. Dieser Unterschied wurde jedoch durch den bereits im Prä-Zeitraum ersichtlichen Unterschied bewirkt. Die numerischen Werte waren in der IG stets geringer als in der KG.

Dies deutet insgesamt darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte gab, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Zudem muss zu diesem Parameter einschränkend erwähnt werden, dass die AU von psychisch Erkrankten nur bis zu einem gewissen Grad beeinflusst werden kann.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme *klinikneuer* Patienten in der PIA zeigten sich vergleichbare Muster zwischen der IG und der KG. Die Patienten der IG wiesen jedoch ab dem Jahr nach Referenzfall stets mehr PIA-Kontakte (aufgrund von Indexdiagnose) als die Patienten der KG auf. Dieser stärkere Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (DiD = +2,0 Kontakte; siehe Anhang) und für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (DiD = +1,6 Kontakte) statistisch signifikant. Auch bei den *klinikbekannten* Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG stets größer als in der KG (+5,0 bis +3,5 PIA-Kontakte).

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei wies die IG im Durchschnitt sowohl bei den *klinikneuen* als auch bei den *klinikbekannten* Patienten ab dem ersten Jahr nach Referenzfall etwas weniger Kontakte als die KG auf. Der geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant. Dieser Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zwischen IG und KG vergleichbar.

Somit ist ersichtlich, dass die PIA in der IG stärker im Vergleich zur KG in Anspruch genommen und die Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten am

Anfang des Modellvorhabens weniger intensiv. Die verringerten vollstationären Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben durch eine Erhöhung der teilstationären Behandlungen und der PIA aufgefangen.

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. Weiterhin ist festzustellen, dass sich die Einführung des Modellprojekts am Klinikum Heidenheim lediglich innerhalb verschiedener Settings des Krankenhaussektors auswirkt und der niedergelassene ambulante Bereich davon nicht (direkt) berührt ist. Daher waren bei den niedergelassenen Vertragsärzten keine großen Veränderungen zu erwarten.

Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung (Wiederaufnahme) war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (sowohl bei den *klinikneuen* als auch den *klinikbekannten* Patienten). Dies war sowohl für die Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und einjähriger Nachbeobachtung (siehe Anhang) als auch für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zu beobachten. Die Zeit zwischen einer erneuten stationären Aufnahme war somit, hypothesenkonform, im Klinikum Heidenheim größer als in der Regelversorgung.

Der Anteil an Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die innerhalb von einem Jahr verstarben (Mortalität), war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Mögliche Gründe für diesen Unterschied lassen sich mit den vorliegenden Daten nicht eruieren. Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede erkennen.

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

Einschränkend ist anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad, die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht untersuchbar.

Kosten

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr teurer, wenn auch nicht signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 839,49 € je Patient insignifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier war die IG im ersten Jahr um 274,17 insignifikant teurer als die KG, wobei in der IG etwas mehr Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 289 von 413; KG: 278 von 411). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 389,92 € insignifikant teurer, wobei in der IG etwas mehr Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 81; KG: 69). Im ersten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG (118,85 € je Patient). Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: Im ersten Jahr hatten in der IG 213 Patienten einen PIA-Kontakt, in der KG hingegen nur 191.

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kein signifikanter Kostenunterschied zur KG ersichtlich.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 557,25 € insignifikant günstigeren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den günstigeren Verlauf der durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.048,19 € insignifikant günstiger als die KG. Die teilstationären Kosten stiegen hingegen in der IG aufgrund der höheren Patientenzahl stärker (418,78 €) an. Während 241 von 458 Patienten der IG eine PIA-Behandlung hatten, traf dies in der KG nur auf 219 von ebenfalls 458 Patienten zu. Dadurch entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung in der IG höher: Die IG entwickelte sich im Zeitverlauf zwar um 102,48 € teurer als die KG ($p = 0,009$).

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen sowie der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr nicht signifikant voneinander. Auch 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 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. Auf der anderen Seite stieg die Inanspruchnahme teilstationärer und ambulanter Leistungen im Krankenhaus. 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 einer großen Anzahl verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen Großteil der in den Modell- und Kontrollkliniken behandelten Patienten ab und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellen GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen,* sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden.

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 *Leitlinienadhärenz* nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Inhalte der 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.

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.

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. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt.

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 (3).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für somatische Krankheiten operationalisiert wurden (4). Diese Ansätze wurden auf die hier be-

trachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.
- Schließlich muss auf das grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.

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 (4). 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. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. Das Gesundheitswesen. 2020;82:S4-S12.
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. 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.
4. 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)	**428**	**428**	**428**	**428**
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt[1] ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund[2]				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	9,6 %	42,3 %	9,1 %	31,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	1,4 %	0,7 %	4,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,1 %	13,8 %	13,3 %	14,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3,4] (B1)	3,0	24,0	2,4	24,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	0,2	9,9	0,2	6,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	3,2	33,8	2,6	31,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,2	0,3	1,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,1	0,3	1,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,3	1,5	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
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)	40,9 %	35,2 %	35,8 %	29,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,4 %	1,3 %	6,5 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,1 %	13,0 %	16,1 %	14,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	20,3	20,0	19,4	21,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär[3] (B2)	3,6	6,6	2,8	3,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär[3] (B3)	23,9	26,6	22,2	24,9
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,2	0,4	2,1	1,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	1,2	0,2	1,7	1,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	2,1	1,4

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

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)	**427**	**427**	**427**	**427**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**416**	**424**	**419**	**423**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	5,0	0,1	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,0	3,0	1,7	3,5
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	10,8	12,1	9,3	11,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,6	0,5	0,8	1,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	1,3	0,3	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	11,5	10,4	7,7	6,0

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

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

[4] Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	**382**	**377**	**377**	**377**
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte[1] bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,4	12,4	5,7	7,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4](C)	2,2	1,8	1,7	1,8
• bei anderen Vertragsärzten[5] (E)	12,9	12,2	13,2	12,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie[3] oder einem Psychotherapeuten[4] (D)	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten[5] (F)	0,2	0,2	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor[6] (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor[7] (G2)	9,6	9,8	8,1	6,6

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
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	**45**	**442**	**36**	**423**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,7 %	13,1 %	19,4 %	7,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	8,9 %	5,4 %	11,1 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	55,6 %	47,3 %	41,7 %	45,6 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,6 %	12,0 %	5,6 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,2 %	5,0 %	0,0 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	1,1 %	0,0 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,3 %	23,1 %	30,6 %	17,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,1 %	35,7 %	38,9 %	42,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**34**	**238**	**22**	**202**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,9 %	15,1 %	27,3 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	11,8 %	5,9 %	13,6 %	11,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	58,8 %	50,0 %	50,0 %	43,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	14,7 %	13,9 %	9,1 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	5,0 %	0,0 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	0,8 %	0,0 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,7 %	25,6 %	40,9 %	24,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	31,1 %	27,3 %	43,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**13**	**107**	**13**	**78**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	17,8 %	30,8 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	9,3 %	15,4 %	14,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	46,2 %	51,4 %	30,8 %	44,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	15,4 %	16,8 %	7,7 %	12,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	0,0 %	0,9 %	0,0 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,9 %	0,0 %	1,3 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,4 %	27,1 %	46,2 %	29,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,2 %	29,0 %	38,5 %	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

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	**39**	**415**	**33**	**381**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,7 %	19,8 %	27,3 %	12,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	15,4 %	11,3 %	15,2 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	76,9 %	68,7 %	60,6 %	65,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,8 %	29,9 %	24,2 %	29,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	7,7 %	8,9 %	0,0 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	4,6 %	6,1 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,6 %	37,1 %	42,4 %	33,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	13,3 %	21,2 %	18,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**29**	**222**	**20**	**181**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,9 %	23,9 %	40,0 %	17,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	20,7 %	13,5 %	20,0 %	23,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	82,8 %	69,4 %	65,0 %	66,3 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	34,5 %	34,7 %	35,0 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	10,3 %	10,8 %	0,0 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,9 %	4,1 %	5,0 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	44,1 %	60,0 %	45,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,3 %	10,4 %	15,0 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**10**	**97**	**12**	**65**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	25,8 %	41,7 %	21,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	30,0 %	20,6 %	25,0 %	29,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	70,0 %	74,2 %	58,3 %	73,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	30,0 %	41,2 %	25,0 %	35,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	20,0 %	3,1 %	0,0 %	9,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	5,2 %	0,0 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	45,4 %	66,7 %	53,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,0 %	8,2 %	25,0 %	7,7 %

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

Merkmal	**IG**		**KG**	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**25**	**369**	**22**	**332**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,0 %	22,8 %	27,3 %	16,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	24,0 %	21,7 %	27,3 %	25,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,0 %	86,2 %	59,1 %	84,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	60,0 %	52,0 %	40,9 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,0 %	14,1 %	13,6 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	9,8 %	9,1 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,0 %	48,8 %	59,1 %	47,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,0 %	3,3 %	13,6 %	6,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**18**	**188**	**13**	**161**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,8 %	27,7 %	30,8 %	19,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	33,3 %	25,5 %	30,8 %	33,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	88,9 %	84,6 %	69,2 %	83,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	72,2 %	58,5 %	53,8 %	55,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	16,7 %	18,1 %	23,1 %	16,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	11,2 %	7,7 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,6 %	56,9 %	69,2 %	60,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	3,7 %	7,7 %	5,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**<10**	**82**	**<10**	**59**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,5 %	30,5 %	28,6 %	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	37,5 %	32,9 %	42,9 %	37,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	75,0 %	90,2 %	71,4 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	62,5 %	63,4 %	42,9 %	54,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	25,0 %	9,8 %	28,6 %	11,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,5 %	9,8 %	0,0 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	57,3 %	85,7 %	64,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	2,4 %	14,3 %	1,7 %

[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

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	**250**	**337**	**198**	**287**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,8 %	19,9 %	18,2 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	5,2 %	3,6 %	8,1 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	45,6 %	35,3 %	34,3 %	31,7 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	9,2 %	13,1 %	9,6 %	8,0 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	1,6 %	3,0 %	2,0 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,1 %	5,6 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,8 %	25,8 %	27,8 %	24,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,4 %	40,9 %	43,4 %	47,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**199**	**242**	**166**	**219**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,6 %	24,0 %	20,5 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	6,5 %	5,0 %	9,6 %	9,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	44,7 %	35,1 %	36,7 %	33,3 %

• anderen Vertragsärzten (D)[3]	10,1 %	15,7 %	10,2 %	8,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,0 %	3,7 %	1,2 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,1 %	6,0 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,1 %	31,8 %	30,7 %	28,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,7 %	36,4 %	39,8 %	42,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	**116**	**146**	**105**	**143**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,6 %	20,5 %	23,8 %	21,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	7,8 %	4,8 %	13,3 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	43,1 %	37,7 %	40,0 %	32,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	9,5 %	20,5 %	14,3 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,6 %	5,5 %	1,0 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	1,4 %	7,6 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,2 %	30,1 %	37,1 %	35,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,2 %	36,3 %	31,4 %	37,8 %

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

Merkmal	**IG**		**KG**	
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	**206**	**292**	**170**	**236**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,9 %	36,0 %	34,7 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	13,6 %	9,9 %	17,1 %	15,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,9 %	63,0 %	58,8 %	58,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	26,7 %	32,2 %	25,9 %	18,2 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	2,9 %	6,5 %	4,1 %	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	3,8 %	7,1 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,5 %	49,0 %	52,4 %	44,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,0 %	14,0 %	20,0 %	23,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**164**	**217**	**143**	**180**

Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,9 %	41,5 %	37,1 %	29,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	17,1 %	12,9 %	19,6 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	69,5 %	62,7 %	61,5 %	61,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	29,3 %	35,9 %	27,3 %	18,9 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	3,7 %	7,8 %	3,5 %	7,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,7 %	6,3 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	57,6 %	55,9 %	52,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,8 %	9,2 %	17,5 %	20,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	**89**	**127**	**90**	**115**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,7 %	41,7 %	40,0 %	29,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	21,3 %	12,6 %	23,3 %	26,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	68,5 %	63,8 %	64,4 %	60,9 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	33,7 %	40,9 %	32,2 %	18,3 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	4,5 %	11,0 %	3,3 %	7,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	4,7 %	6,7 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,2 %	59,8 %	62,2 %	58,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,2 %	7,1 %	13,3 %	16,5 %

[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

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	**146**	**236**	**127**	**187**
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	50,0 %	41,5 %	47,2 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	19,2 %	19,5 %	25,2 %	26,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	91,8 %	83,5 %	77,2 %	78,1 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	50,7 %	54,2 %	45,7 %	41,7 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,2 %	9,7 %	3,9 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	7,2 %	12,6 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,8 %	61,9 %	69,3 %	58,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,1 %	5,9 %	7,1 %	9,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**119**	**184**	**106**	**143**
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	54,6 %	47,8 %	50,0 %	37,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	22,7 %	24,5 %	27,4 %	31,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	92,4 %	84,2 %	75,5 %	79,0 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	52,9 %	56,5 %	49,1 %	43,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,7 %	11,4 %	3,8 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	7,1 %	12,3 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,8 %	72,3 %	73,6 %	68,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	3,8 %	6,6 %	6,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	**64**	**110**	**73**	**90**
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	60,9 %	49,1 %	52,1 %	36,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)[1]	25,0 %	25,5 %	34,2 %	43,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)[2]	90,6 %	84,5 %	76,7 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D)[3]	59,4 %	63,6 %	52,1 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E)[4]	6,3 %	15,5 %	2,7 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,4 %	9,1 %	12,3 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	82,8 %	77,3 %	82,2 %	78,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	2,7 %	4,1 %	4,4 %

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungs-zeitraum	**380**	**380**	**381**	**381**	**380**	**380**	**381**	**381**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	51	263	45	223	51	263	45	223
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	16	109	16	82	16	109	16	82
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	33	<10	24	<10	33	<10	24
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	23	118	28	88	23	118	28	88
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	55	13	36	<10	55	13	36
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	19	<10	10	<10	19	<10	10

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum[1]	**> 90 Tage**				**> 180 Tage**			
	IG		**KG**		**IG**		**KG**	
	prä	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**	**prä**	**1. Jahr**
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem[2] (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA1)	25,5 %	21,3 %	33,3 %	23,8 %	21,6 %	18,6 %	24,4 %	21,5 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	30,4 %	17,8 %	25,0 %	21,6 %	26,1 %	17,8 %	17,9 %	19,3 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	18,8 %	8,3 %	0,0 %	9,8 %	0,0 %	6,4 %	0,0 %	9,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	22,2 %	7,3 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	3,6 %	0,0 %	5,6 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	0,0 %	12,1 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	0,0 %	15,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,5 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **einem Kontaktabbruch** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA1)	305,9	755,9	362,7	733,1	392,4	895,6	451,2	801,7
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	368,7	783,7	349,0	668,0	480,0	868,2	446,0	730,6

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	235,2	467,9	0,0	479,8	0,0	441,4	0,0	508,8
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	252,0	449,6	0,0	568,8	0,0	401,5	0,0	568,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	0,0	275,4	0,0	317,5	0,0	322,7	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	0,0	298,4	0,0	0,0	0,0	322,7	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	**348**	**348**	**350**	**350**	**348**	**348**	**350**	**350**
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	309	289	274	263	309	289	274	263
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	146	133	131	127	146	133	131	127
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	47	52	45	52	47	52	45	52
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	191	178	182	182	191	178	182	182
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	93	80	85	89	93	80	85	89
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	30	31	27	37	30	31	27	37

* 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)	12,6 %	10,0 %	11,7 %	14,8 %	11,0 %	10,0 %	9,1 %	11,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB1)	8,9 %	10,1 %	8,8 %	11,0 %	5,8 %	9,0 %	4,4 %	8,8 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA2)	8,9 %	10,5 %	6,1 %	6,3 %	2,1 %	6,0 %	0,8 %	1,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB2)	6,5 %	7,5 %	4,7 %	4,5 %	2,2 %	1,3 %	1,2 %	0,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (aA3)	2,1 %	5,8 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (aB3)	3,3 %	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)	273,7	533,3	277,1	521,4	322,9	622,9	356,5	702,6
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB1)	270,9	482,6	214,9	532,5	385,9	635,9	339,1	718,6

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **zwei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA2)	188,5	337,9	201,1	317,4	253,8	456,1	287,0	522,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB2)	190,3	327,5	187,0	284,4	247,3	365,5	287,0	0,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit **mindestens drei Kontaktabbrüchen** (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A [3] (dA3)	186,0	323,9	0,0	215,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B [4] (dB3)	186,0	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.

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)	**427**	**427**	**427**	**427**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**416**	**424**	**419**	**423**
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern)[1], bei				
• Drei (A)	0,7%	1,2%	0,5%	0,9%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,0%	0,9%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	**386**	**386**	**386**	**386**
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	**382**	**377**	**377**	**377**
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%	2,1%	1,6%	1,6%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%

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

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)	**253**	**253**	**272**	**272**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	119	218	125	226
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)[2]	27,9	88,6	28,3	91,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,5%	17,8%	28,3%	18,8%
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	1,4	1,0	1,5	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,6	0,3	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%

[1] Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.
[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)	**184**	**184**	**204**	**204**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	105	112	114	123
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,8	1,9	1,9	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	44,9	52,4	53,8	53,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,2%	10,9%	23,0%	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	1,0	1,3	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,1	0,7	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**316**	**305**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	28,8%	32,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	122,8	96,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**161**	**147**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	19,6%	17,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	128,7	97,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**67**	**55**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	9,5%	6,9%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	141,0	106,1

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (alle)	**207**	**180**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	46,9%	52,8%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	133,7	115,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY A)	**164**	**145**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	36,2%	40,0%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	135,2	116,8
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen[1] (PSY B)	**103**	**96**
• Anteil Personen mit Wiederaufnahme[2] innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)	22,7%	27,2%
• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)	124,9	131,0

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

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

Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	**IG**	**KG**
Anzahl Personen (n)	**428**	**428**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,8	3,7
• 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	2,6	2,4
• Median	2	2
• (Interquartilsabstand)	1 - 4	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	1,2	1,3
• Median	1	1
• (Interquartilsabstand)	0 - 2	0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	**386**	**386**
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum		
• Mittelwert	3,8	3,9
• 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	3,1	3,1
• Median	3	3
• (Interquartilsabstand)	2 - 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)	**428**	**428**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	6,3 %	5,8 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	**386**	**386**
• Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,8 %	4,9 %

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	**401**	**403**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	146	142
• Jegliche depr. Episode[3]	232	227
• ohne Suchterkrankung [5]	261	280
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	25,3 %	28,2 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,3 %	3,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	16,5 %	20,0 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	**375**	**367**
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode[1]	74	80
• Jegliche depr. Episode[3]	156	162
• ohne Suchterkrankung [5]	209	194
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode[1] zu schwere depr. Epi.[2] (A)	12,2 %	7,5 %
• Jegliche depr. Episode[3] zu rezidivierende depr. Störung[4] (B)	1,9 %	3,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung[5] (C)	3,3 %	11,3 %

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

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]	**91**	**65**
• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin[4] für mindestens sechs Monate	4,4 %	3,1 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit [5]	**105**	**88**
• Anteil Personen mit Acamprosat[6] oder Naltrexon[7] oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram[8]	1,0 %	2,3 %

[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]	**50**	**48**
• Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose[2]	6,0 %	2,1 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
• Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz[3]	**12**	**<10**
• Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern[4] oder Memantine[5]	50,0 %	33,3 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
• Anzahl Personen mit Demenz[6]	**25**	**23**
• Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung[7]	36,0 %	39,1 %

[1] ICD-10: F00, F01, F02, F03 (ambulant oder stationär), inzident
[2] MRT – Untersuchung des Neurocranium (mit/ohne Kontrastmittel): OPS: 3-800, 3-820; EBM (gesamt): 34410
[3] ICD-10: F00
[4] ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)
[5] ACT-Code: N06DX01
[6] ICD-10: F00, F01, F02, F03
[7] ACT-Codes: N05A

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode[1]	**283**	**295**
• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum[2] innerhalb von 90 Tagen	41,0 %	47,8 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode[7]	**232**	**250**
• Anteil Personen mit Psychotherapie[8] innerhalb von 90 Tagen	4,7 %	2,8 %

[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]	**113**	**120**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	92,0 %	95,0 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie und einer ersten Episode[4]	**52**	**56**
• Anteil mit antipsychotischer Medikation[3]	94,2 %	92,9 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
• Anzahl Erwachsene[1] mit Schizophrenie[5] und Langzeitmedikation[6]	**11**	**28**
• Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen[7] und antipsychotischer Medikation[3] innerhalb von sechs Monaten	18,2 %	10,7 %

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

14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

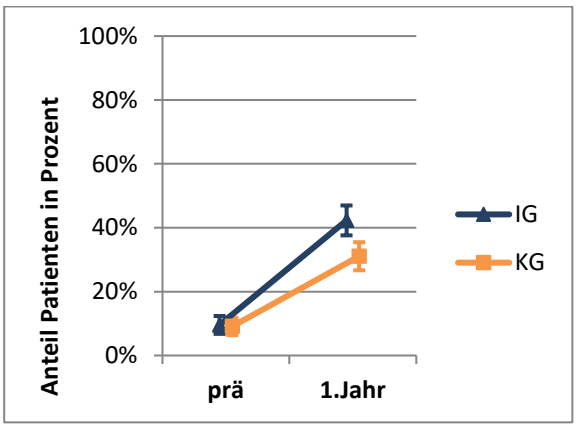
Legende für die folgenden Abbildungen:

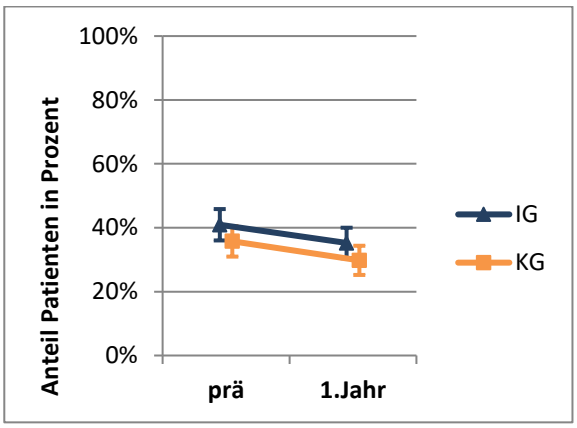
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**

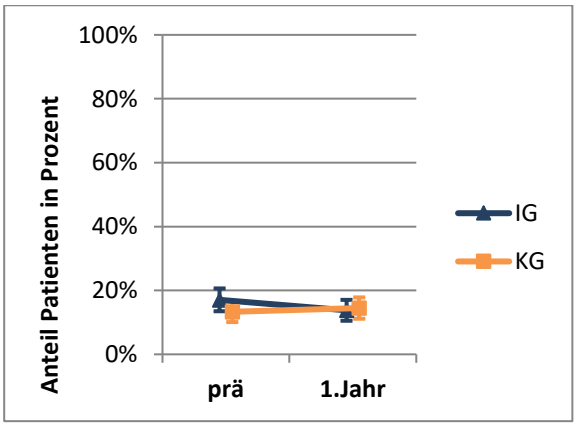


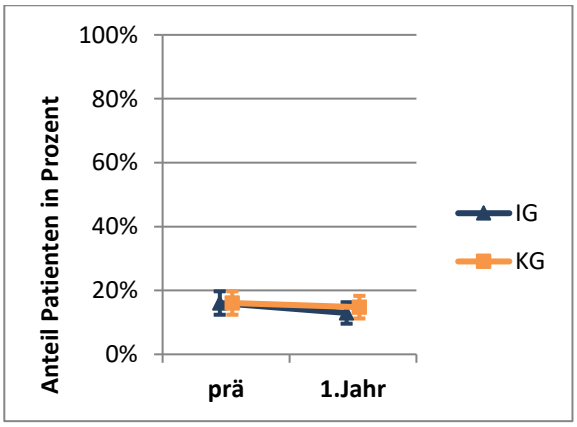


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

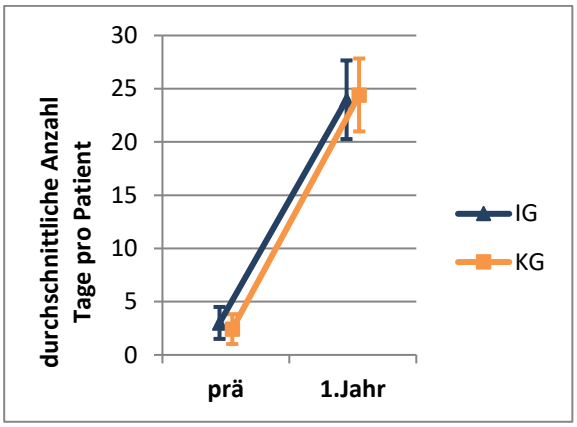


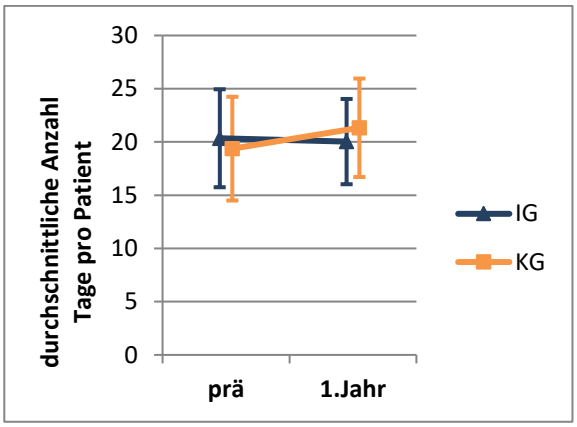


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

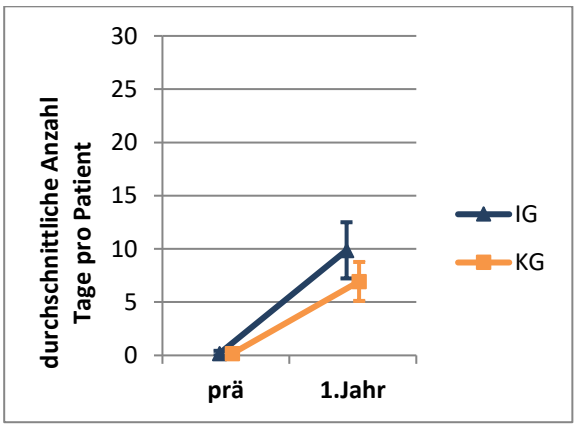
Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

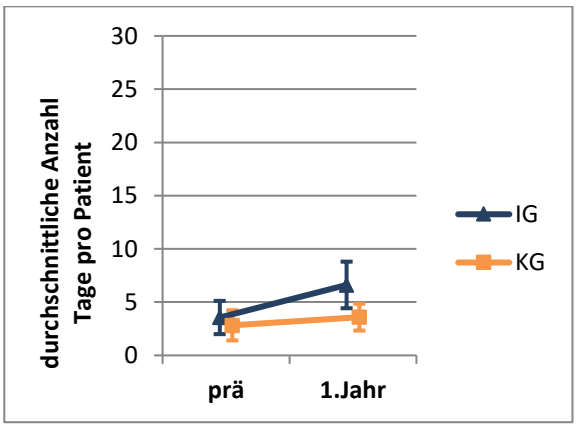
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**





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

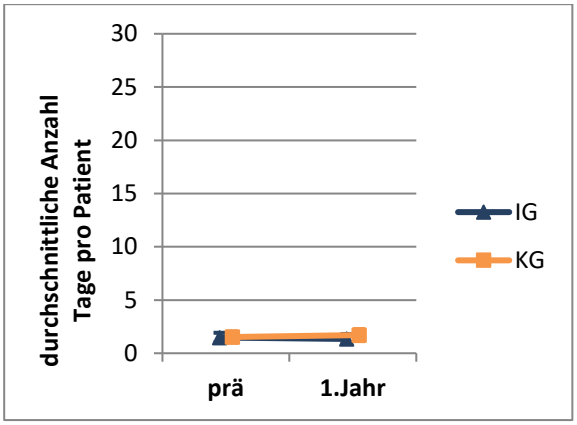




- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

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



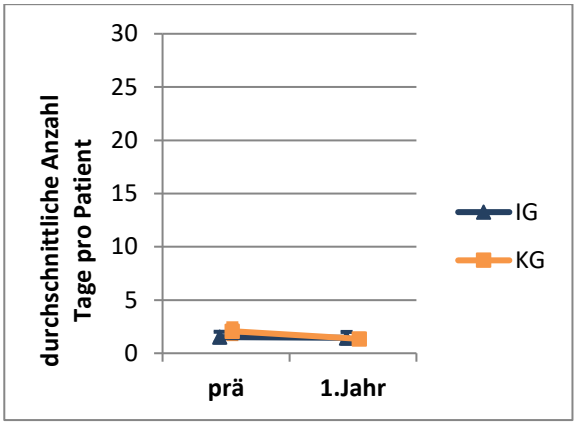


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

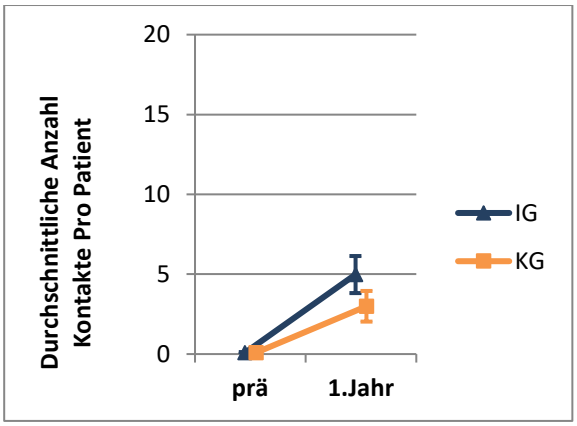
Legende für die folgenden Abbildungen:

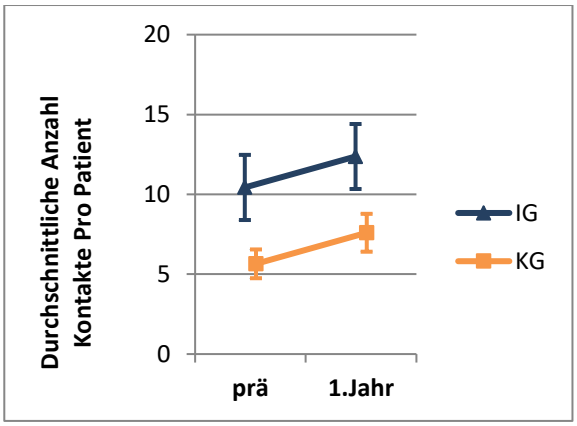
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

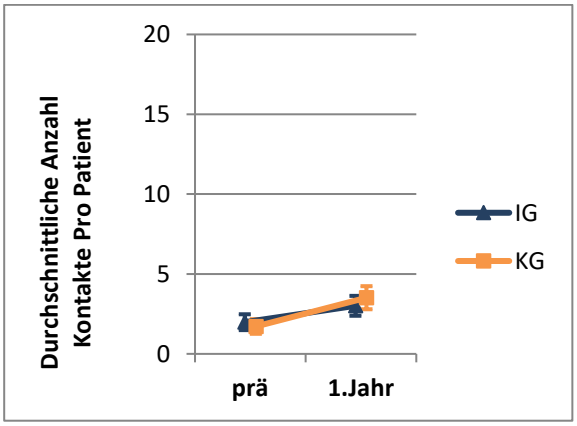
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

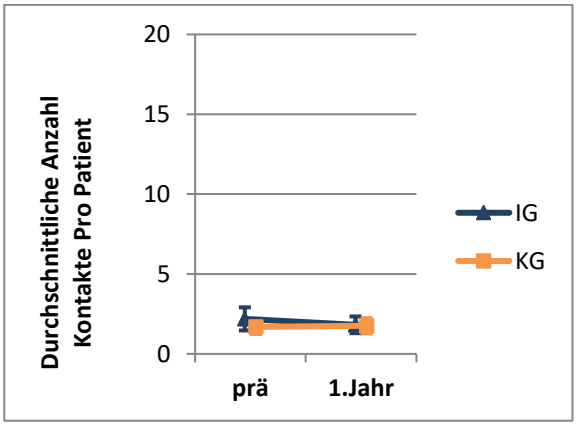
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



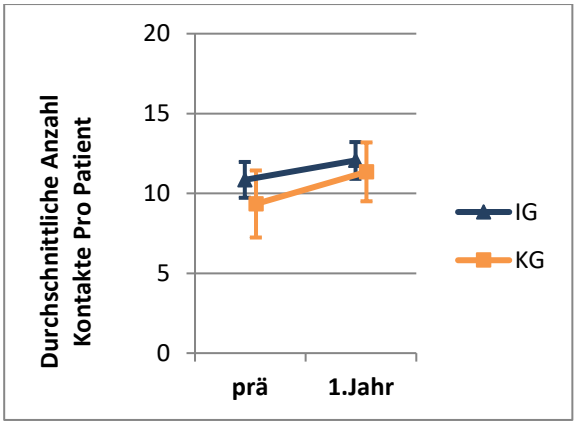


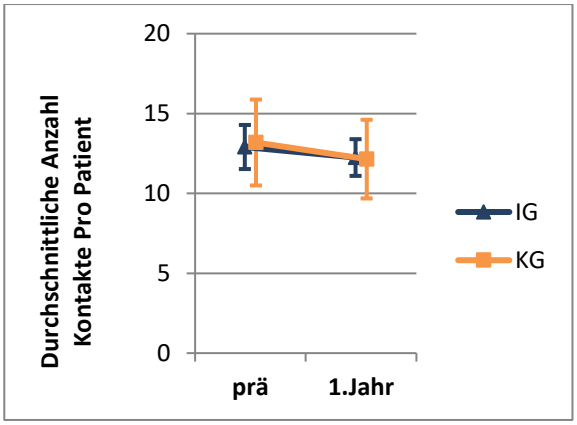
- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**





- **bei anderen Vertragsärzten (E)**





Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

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

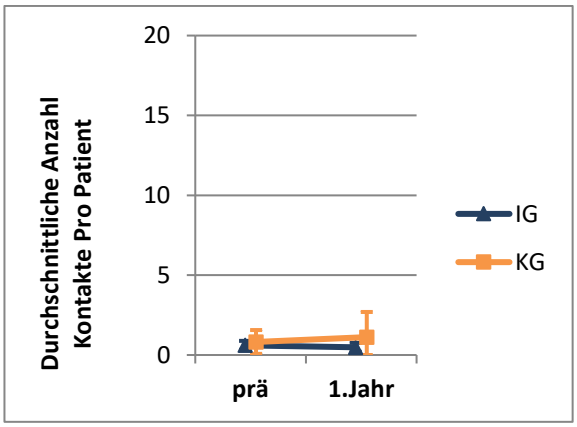
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

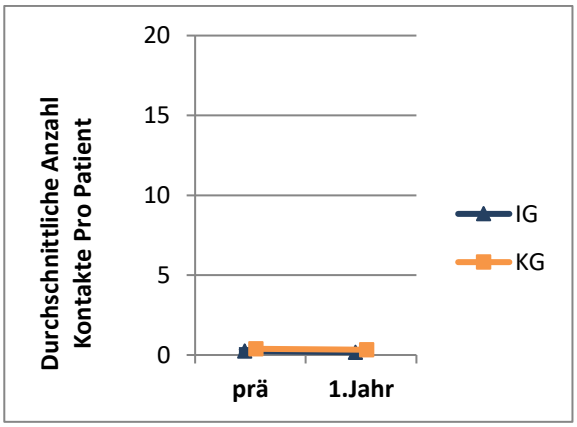
Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



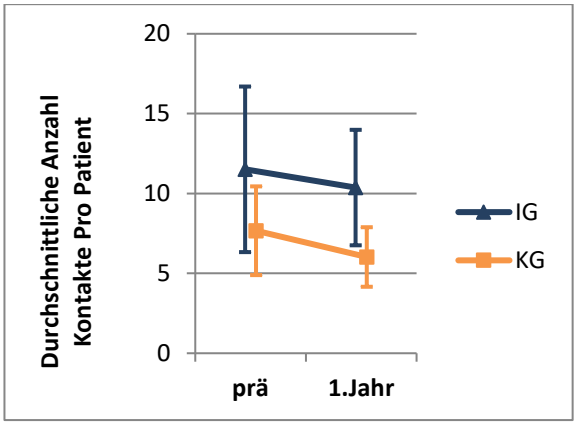


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein Fallzahl zu klein

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



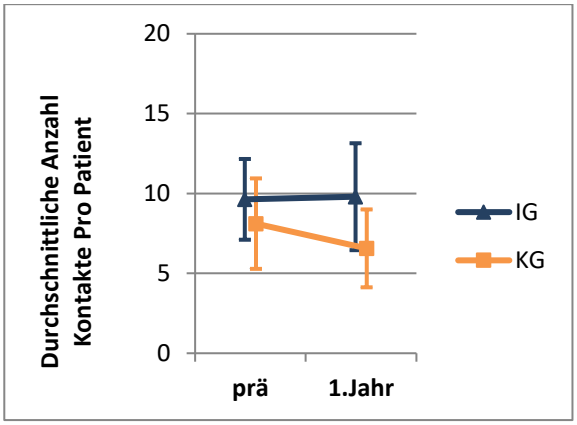


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

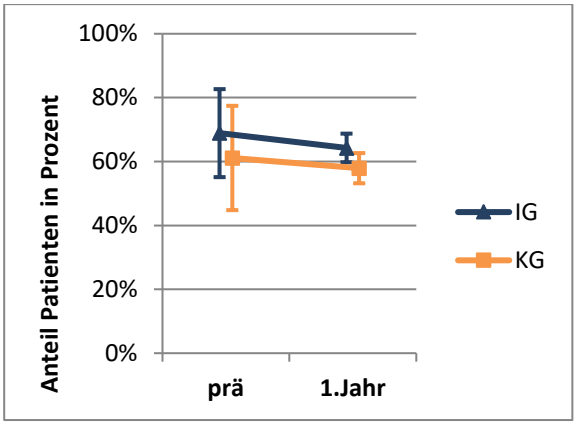
Legende für die folgenden Abbildungen:

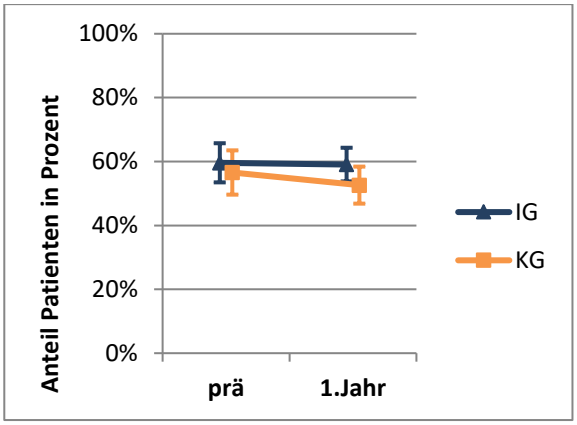
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

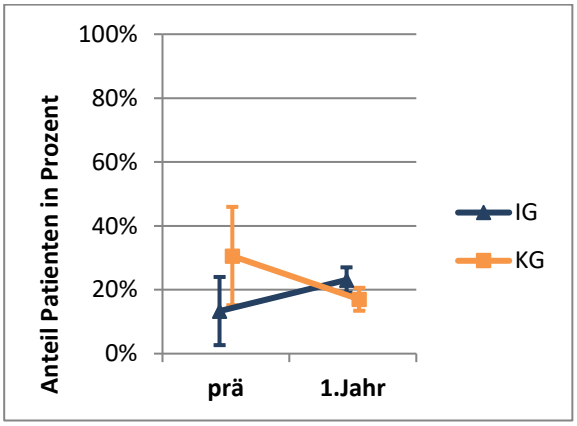
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

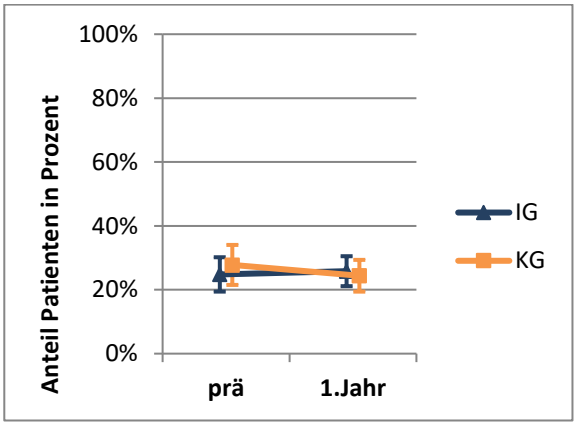
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

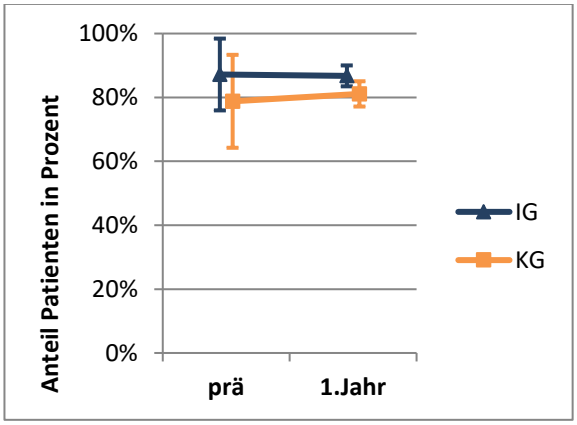


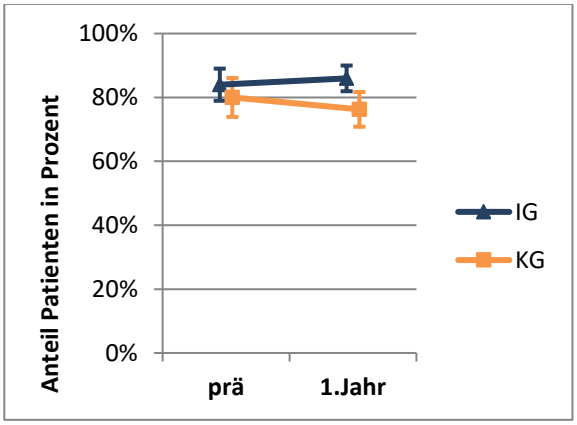


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

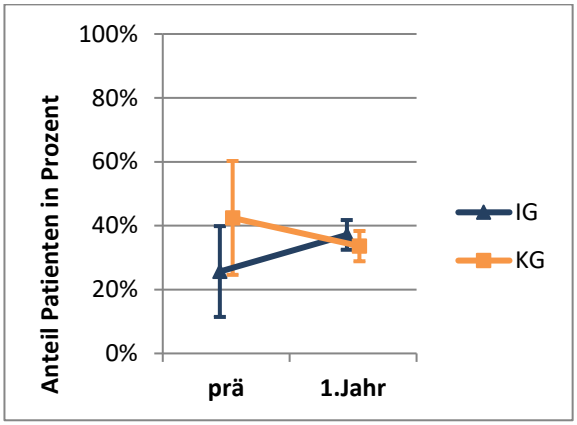
Kontakt innerhalb von 30 Tagen

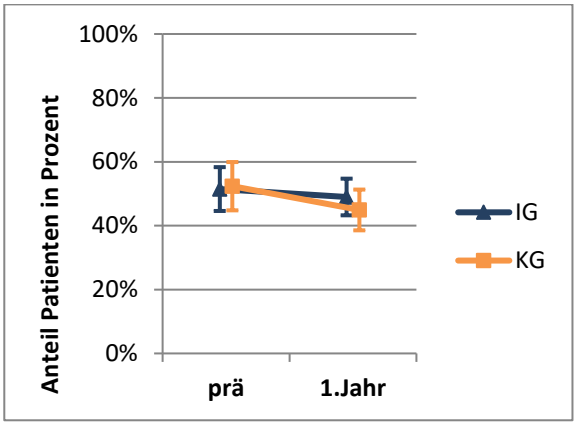
- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

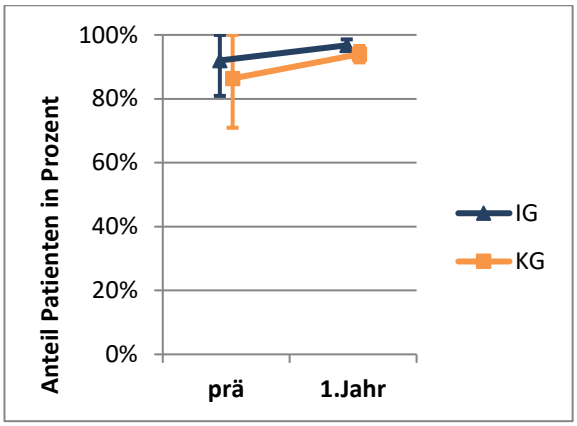


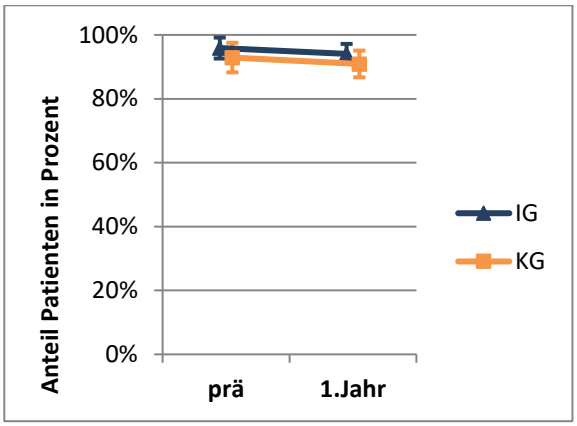


Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

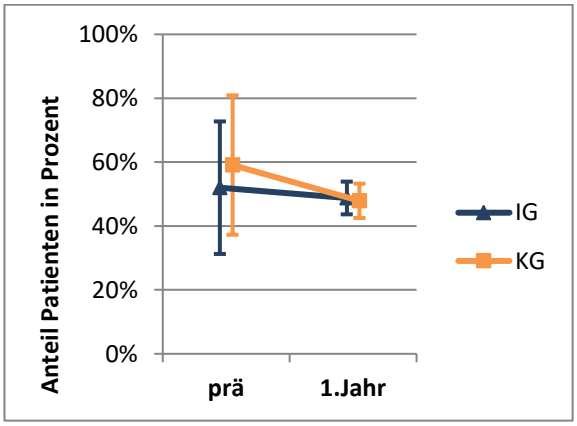
Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**





- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



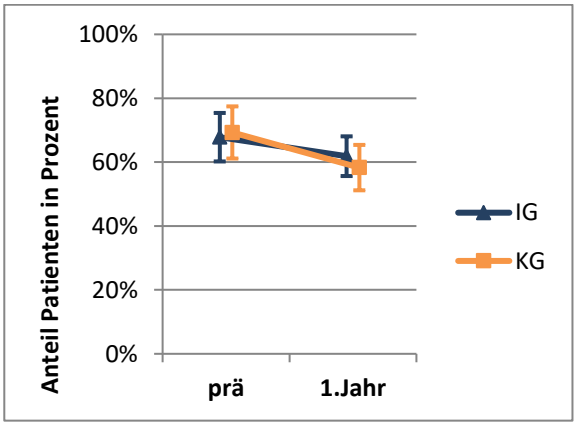


Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

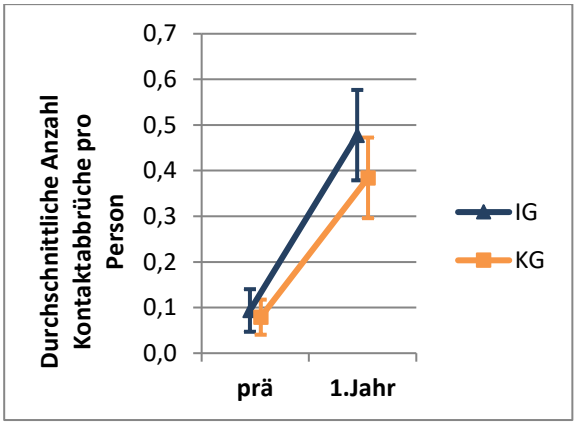
Legende für die folgenden Abbildungen:

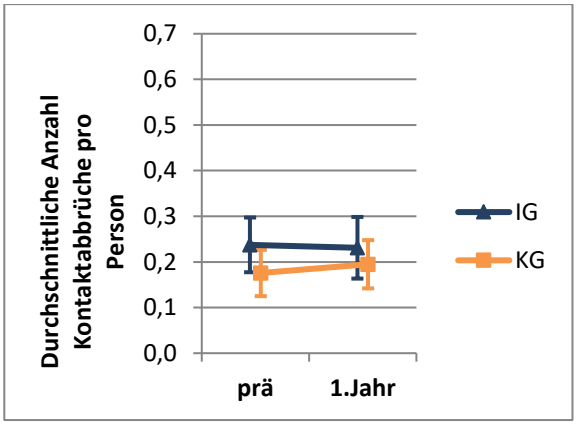
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

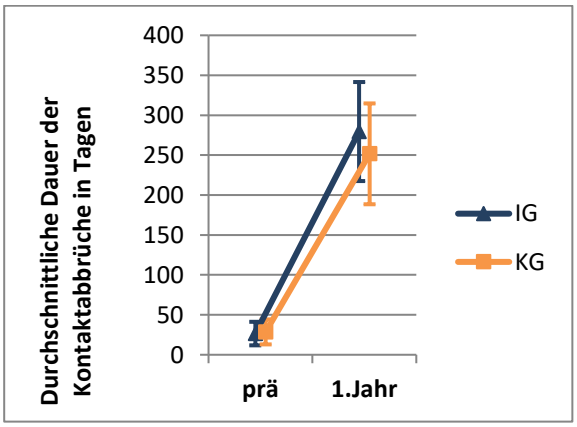


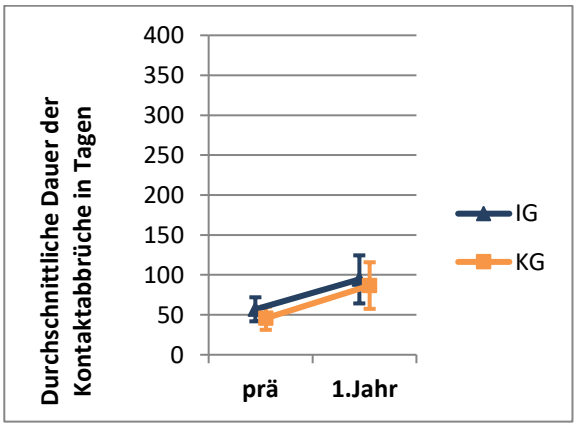


Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

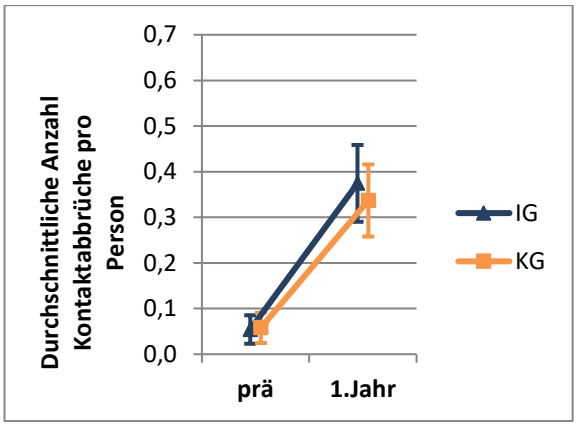


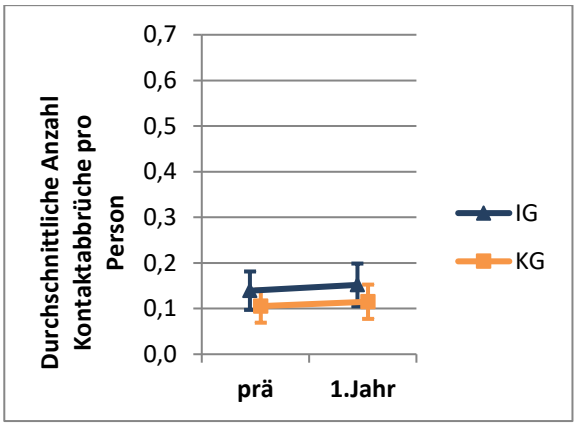


Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

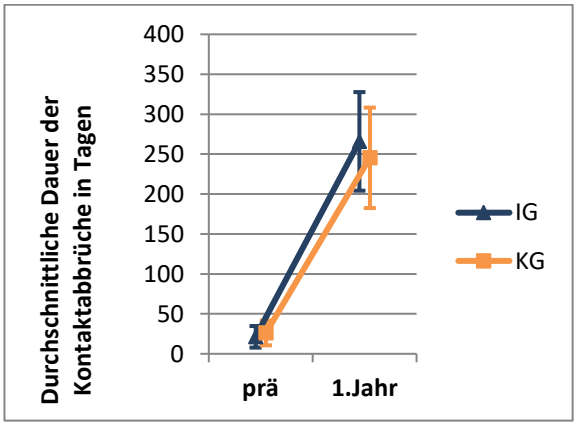




Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



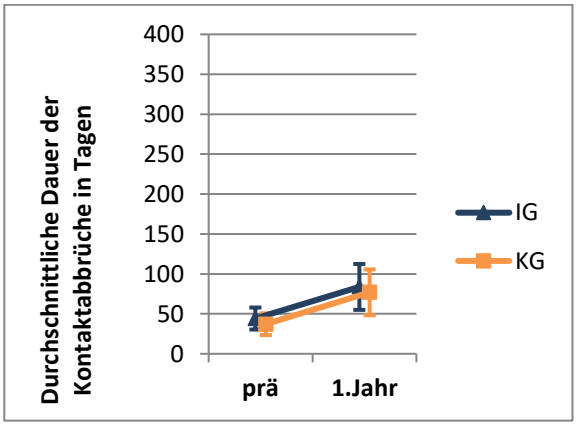


Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten	Klinikbekannte Patienten
- **Anteil Patienten bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose**	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein

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

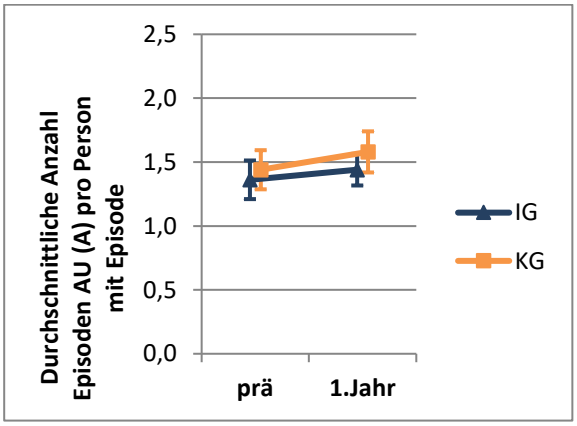
Legende für die folgenden Abbildungen:

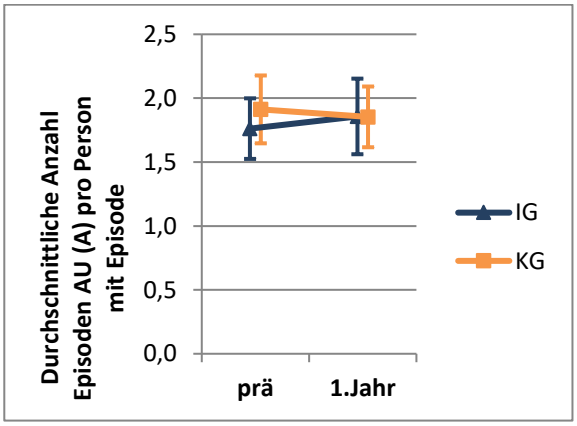
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

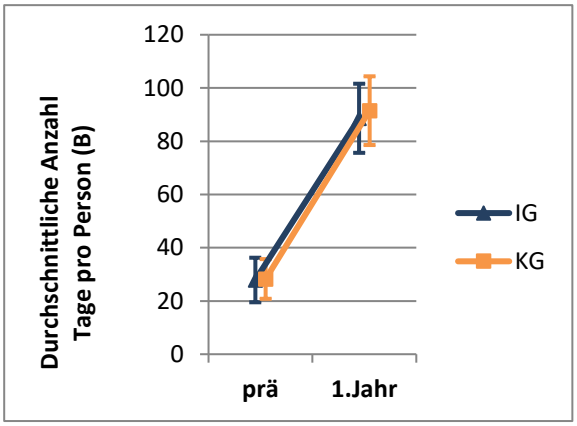
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

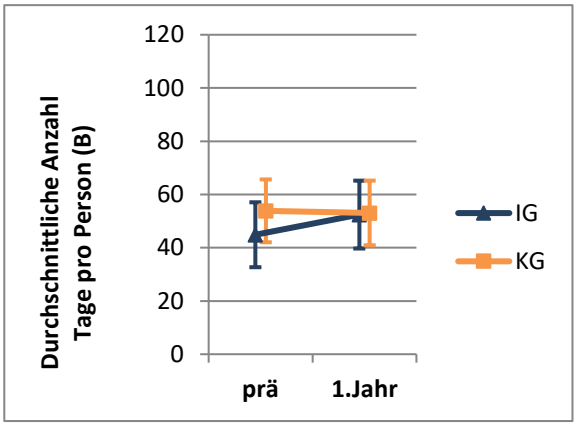
- **Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode**





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





Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein | Fallzahl zu klein

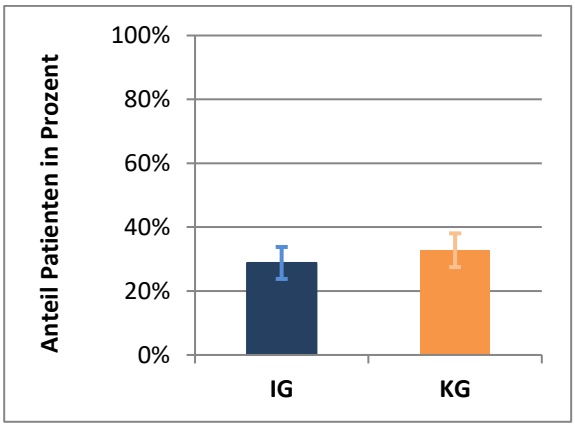
Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

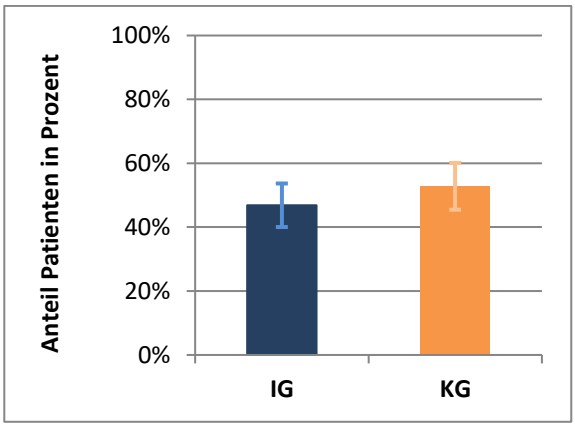
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

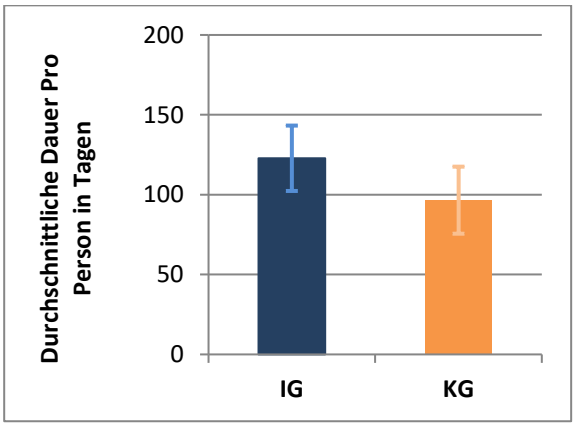
Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

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





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



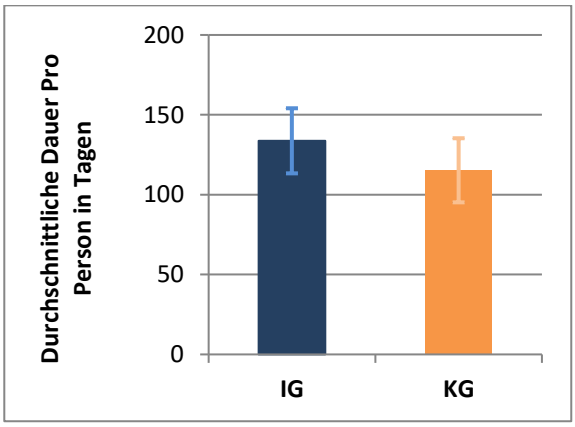


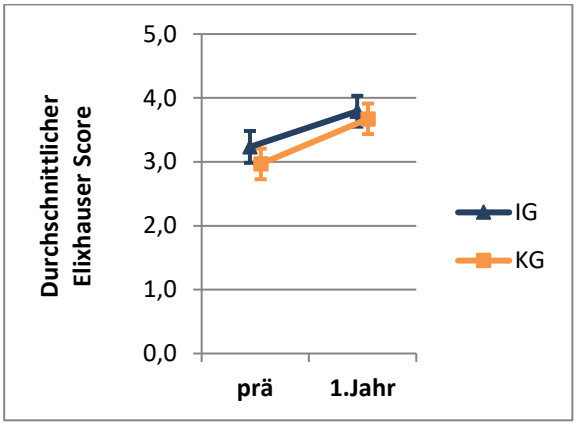
Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten | **Klinikbekannte Patienten**

Mittlerer Elixhauser Score



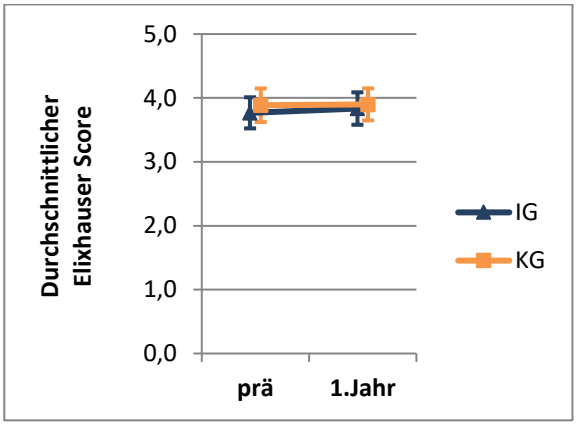


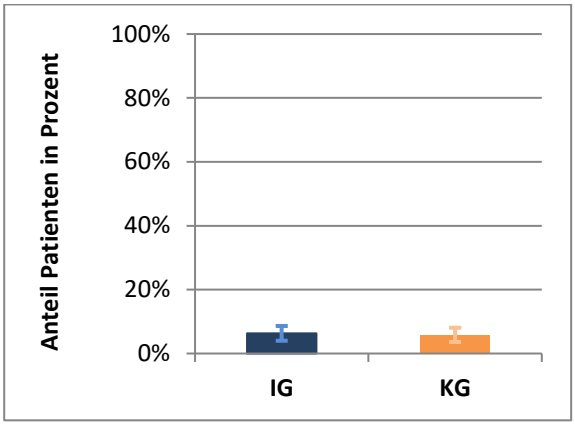
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten **Klinikbekannte Patienten**

Anzahl Tode



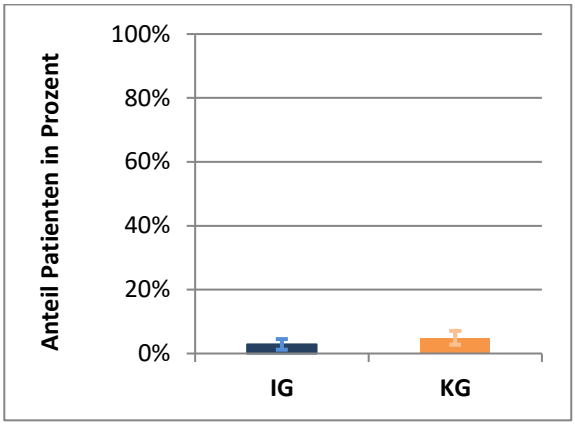


Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

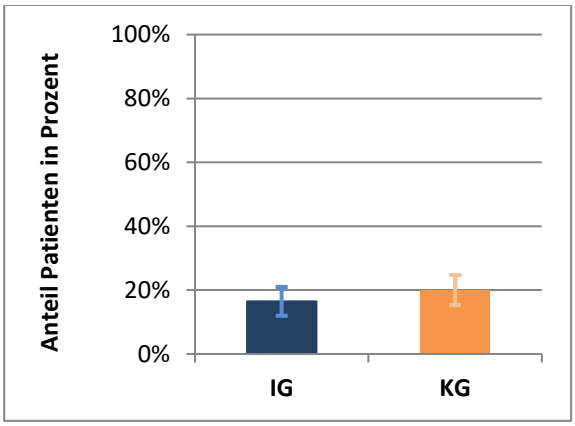
Klinikneue Patienten	Klinikbekannte Patienten
Progression A (→ schwere depressive Störung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein
Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)	
Fallzahl zu klein	Fallzahl zu klein
Progression C (→ Suchterkrankung)	
	Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alle Patienten

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

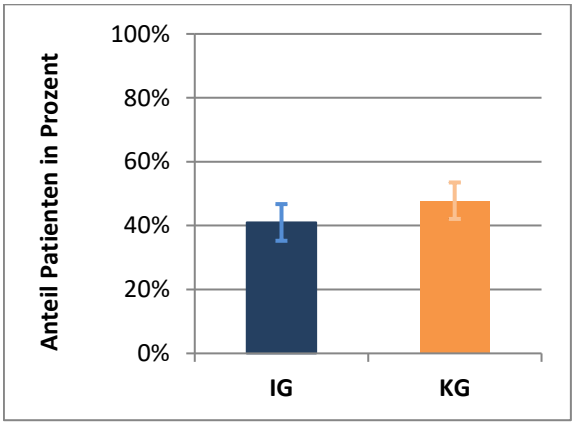
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

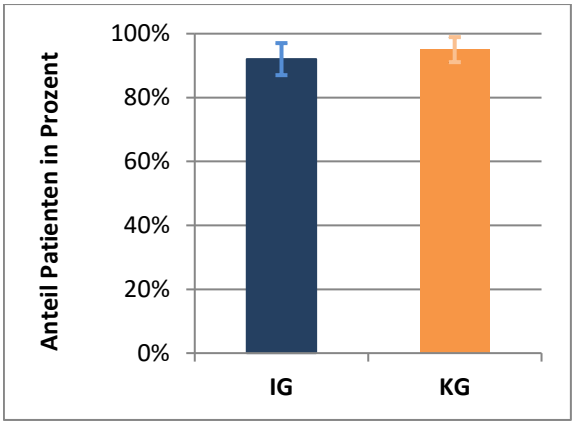
Depression G



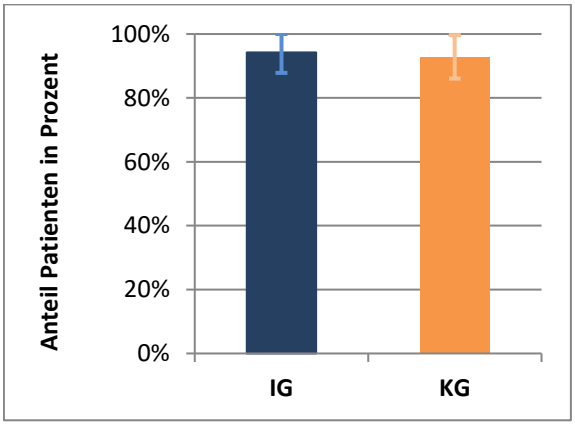
Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

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

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

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-1,03** -1,73…-0,34	kf	-0,31** -0,55…-0,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,79*** 0,73…0,86	kf	0,81** 0,70…0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,61 0,91-2,87	kf	0,64 0,34-1,20	0,79*** 0,73-0,86	kf	0,75*** 0,64-0,88
Gruppe	1,08 0,66-1,78	kf	1,36 0,86-2,18	1,22 0,92-1,61	kf	1,66 0,94-2,92
Zeit	5,61*** 3,64-8,64	kf	1,12 0,71-1,75	10,06*** 9,44-10,72	kf	1,16** 1,04-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	1,33 0,93-1,91	kf	1,23 0,79-1,94	1,24 0,88-1,75	kf	0,86 0,42-1,79
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,80-1,52	kf	0,82 0,54-1,23	1,33 0,98-1,81	kf	0,55 0,29-1,06
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,55* 0,34-0,89	kf	0,82 0,45-1,49	0,38*** 0,23-0,63	kf	0,82 0,32-2,09
Psy A[1]	2,04*** 1,45-2,86	kf	1,28 0,84-1,94	1,99*** 1,44-2,76	kf	1,24 0,64-2,42
Psy B[2]	0,93 0,62-1,38	kf	0,81 0,48-1,36	1,13 0,76-1,68	kf	0,55 0,24-1,26
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,03*** 1,02-1,04	1,01 1,00-1,01	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,71* 0,53-0,96	kf	0,87 0,60-1,26	0,87 0,65-1,15	kf	0,78 0,43-1,41
Komorbidität[3]	1,00 0,93-1,07	kf	1,20*** 1,11-1,30	0,98 0,92-1,04	kf	1,34*** 1,18-1,51
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,64-1,75	kf	2,53*** 1,52-4,22	1,01 0,62-1,62	kf	4,30** 1,81-10,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,83*** 1,36-2,47	kf	2,75*** 1,85-4,08	1,29 0,97-1,72	kf	5,07*** 2,74-9,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,67-1,28	kf	0,70 0,46-1,08	0,04*** 0,03-0,06	kf	0,49* 0,25-0,96

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-2,27*** -3,17…-1,37	kf	0,65*** 0,40…0,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,89*** 0,86…0,93	kf	1,47*** 1,25…1,72
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,07 0,64-1,77	kf	0,86 0,45-1,64	0,89*** 0,85-0,93	kf	1,47*** 1,25-1,72
Gruppe	1,28 0,88-1,85	kf	0,98 0,61-1,59	1,37 0,88-2,14	kf	0,84 0,44-1,64
Zeit	0,66* 0,46-0,96	kf	0,85 0,54-1,33	1,10*** 1,07-1,14	kf	0,66*** 0,59-0,74
Indexgruppe 6 (F10)	2,21*** 1,48-3,29	kf	1,19 0,71-2,00	3,49*** 1,85-6,59	kf	1,05 0,41-2,70
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,28*** 1,49-3,48	kf	0,74 0,42-1,32	6,86*** 3,49-13,51	kf	0,65 0,24-1,77
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,83-1,70	kf	0,74 0,46-1,20	1,76 0,98-3,16	kf	0,77 0,33-1,81
Psy A[1]	1,52 0,98-2,37	kf	0,91 0,50-1,65	1,68 0,83-3,38	kf	0,55 0,19-1,58
Psy B[2]	0,76 0,55-1,06	kf	1,26 0,79-2,00	0,60 0,35-1,02	kf	1,68 0,75-3,79
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,01 1,00-1,03	0,98* 0,97-1,00	kf	1,03* 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,69-1,24	kf	0,94 0,63-1,39	0,96 0,60-1,54	kf	0,88 0,44-1,76
Komorbidität[3]	1,08* 1,02-1,15	kf	1,30*** 1,20-1,42	1,04 0,94-1,14	kf	1,50*** 1,31-1,72
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,42 0,94-2,15	kf	2,49*** 1,51-4,11	3,00** 1,56-5,76	kf	4,03** 1,60-10,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	7,35*** 5,18-10,42	kf	2,21*** 1,45-3,36	19,47*** 11,96-31,69	kf	3,96*** 1,94-8,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30*** 0,22-0,42	kf	0,71 0,47-1,07	0,03*** 0,02-0,05	kf	0,52 0,25-1,09

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)	—	—	—	-7,70*** -8,35…-7,05	kf	-0,48*** -0,70…-0,26
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,08 0,99…1,19	kf	0,72*** 0,62…0,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,50 0,83-2,70	kf	0,65 0,36-1,17	1,08 0,99-1,19	kf	0,73*** 0,63-0,85
Gruppe	0,81 0,48-1,35	kf	1,33 0,89-2,00	0,60*** 0,46-0,79	kf	1,26 0,70-2,27
Zeit	7,22*** 4,66-11,20	kf	1,00 0,66-1,53	9,14*** 8,64-9,67	kf	1,25*** 1,13-1,40
Indexgruppe 6 (F10)	2,73*** 1,76-4,23	kf	1,33 0,88-2,02	2,23*** 1,53-3,25	kf	1,00 0,44-2,29
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,49** 1,45-4,27	kf	0,77 0,43-1,40	5,15*** 3,21-8,25	kf	0,56 0,18-1,71
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,81** 1,26-2,61	kf	0,95 0,66-1,35	2,02*** 1,45-2,80	kf	0,74 0,36-1,50
Psy A[1]	1,57* 1,10-2,24	kf	1,04 0,72-1,50	1,54** 1,12-2,12	kf	0,94 0,46-1,93
Psy B[2]	1,08 0,72-1,62	kf	1,47 0,98-2,21	0,99 0,68-1,44	kf	2,11 0,93-4,78
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,02*** 1,01-1,03	1,01 1,00-1,02	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,83-1,56	kf	0,96 0,70-1,33	0,92 0,69-1,23	kf	0,85 0,45-1,61
Komorbidität[3]	1,02 0,96-1,09	kf	1,20*** 1,14-1,27	0,99 0,94-1,05	kf	1,52*** 1,34-1,73
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,68-1,87	kf	1,45 0,95-2,21	1,09 0,70-1,72	kf	2,62* 1,03-6,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,61** 1,19-2,19	kf	1,81*** 1,32-2,47	1,32* 1,01-1,74	kf	2,30** 1,25-4,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,72 0,51-1,00	kf	0,48*** 0,33-0,69	0,04*** 0,03-0,05	kf	0,27*** 0,13-0,54

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 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)	-1,79*** -2,35…-1,23
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,61*** -4,13…-3,09
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-6,67*** -7,22…-6,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,90** 0,84…0,96
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,93…1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,96…1,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89** 0,83-0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,01 0,94-1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,02 0,95-1,10

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,05 0,83-1,34
Zeit	8,14*** 7,74-8,55
Indexgruppe 6 (F10)	1,11 0,91-1,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25* 1,05-1,48
Indexgruppe 9 (F43)	0,44*** 0,35-0,56
Psy A[1]	1,50*** 1,25-1,80
Psy B[2]	1,30* 1,05-1,61
Alter	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,74-1,02
Komorbidität[3]	0,99 0,96-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11 0,86-1,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19* 1,02-1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,02-0,04
2. vs. 1.Jahr	0,81 0,62-1,06
3. vs. 1.Jahr	1,00 0,77-1,30

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,99*** 1,72…2,26	-0,77*** -1,08…-0,47	-0,80* -1,42…-0,17	kf	kf	-0,42*** -0,59…-0,26	kf	0,50 -0,06…1,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,82* 1,12…2,95	0,74*** 0,65…0,84	0,91** 0,86…0,97	kf	kf	0,58*** 0,46…0,73	kf	1,15*** 1,07…1,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,78* 1,10-2,89	0,74*** 0,65-0,84	0,91** 0,86-0,97	kf	kf	0,51*** 0,40-0,64	kf	1,15*** 1,08-1,23
Gruppe	0,84 0,47-1,50	1,22 0,83-1,80	1,22** 1,08-1,39	kf	kf	1,44 0,71-2,93	kf	1,60 0,82-3,13
Zeit	36,91*** 26,34-51,73	2,05*** 1,88-2,24	1,22*** 1,17-1,27	kf	kf	1,42*** 1,24-1,63	kf	0,78*** 0,74-0,82
Indexgruppe 6 (F10)	0,53** 0,34-0,84	0,23*** 0,13-0,39	0,99 0,84-1,17	kf	kf	0,57 0,22-1,48	kf	0,27** 0,11-0,66
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,75-1,57	2,39*** 1,56-3,66	1,21* 1,05-1,40	kf	kf	0,54 0,24-1,24	kf	0,44* 0,20-0,96
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,42 0,89-2,28	1,48 0,82-2,69	1,00 0,82-1,23	kf	kf	0,72 0,24-2,19	kf	3,11* 1,02-9,44
Psy A[1]	1,55* 1,05-2,29	3,61*** 2,28-5,70	1,42*** 1,22-1,66	kf	kf	1,10 0,47-2,55	kf	1,40 0,62-3,17
Psy B[2]	1,42 0,89-2,28	2,16** 1,27-3,69	1,41*** 1,17-1,69	kf	kf	0,77 0,26-2,27	kf	1,18 0,42-3,29
Alter	1,01 0,99-1,02	0,96*** 0,95-0,98	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,96-1,01	kf	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,61-1,21	1,12 0,75-1,68	1,00 0,88-1,15	kf	kf	0,72 0,34-1,50	kf	1,81 0,88-3,69
Komorbidität[3]	0,92* 0,85-0,99	0,99 0,90-1,08	1,13*** 1,09-1,16	kf	kf	1,15 0,98-1,36	kf	1,08 0,92-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25 0,71-2,22	0,65 0,32-1,35	1,26* 1,01-1,57	kf	kf	0,41 0,10-1,66	kf	0,77 0,22-2,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,69-1,36	0,98 0,65-1,45	1,11 0,97-1,27	kf	kf	0,67 0,32-1,42	kf	2,18* 1,08-4,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	11,97*** 8,02-17,86	0,51** 0,33-0,80	1,08 0,93-1,25	kf	kf	1,61 0,72-3,60	kf	2,38* 1,08-5,24

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,61…0,59	-0,44** -0,71…-0,17	0,38 -0,33…1,09	kf	kf	-0,01 -0,12…0,09	kf	1,72*** 1,13…2,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,88*** 0,82…0,95	0,80** 0,69…0,92	1,03 0,97…1,09	kf	kf	0,83 0,56…1,23	kf	1,26*** 1,17…1,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,88** 0,82-0,95	0,78** 0,67-0,90	1,03 0,97-1,09	kf	kf	0,74 0,50-1,10	kf	1,26*** 1,17-1,35
Gruppe	1,61*** 1,31-1,97	0,91 0,52-1,59	1,17* 1,04-1,33	kf	kf	0,68 0,31-1,49	kf	2,27* 1,20-4,29
Zeit	1,34*** 1,27-1,42	1,07 0,96-1,19	0,92*** 0,89-0,96	kf	kf	0,88 0,70-1,12	kf	0,81*** 0,77-0,85
Indexgruppe 6 (F10)	1,33 0,98-1,79	0,17*** 0,07-0,39	0,88 0,74-1,05	kf	kf	0,57 0,20-1,63	kf	0,10*** 0,04-0,26
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,79*** 1,33-2,41	0,26** 0,12-0,59	0,78** 0,65-0,93	kf	kf	0,10** 0,02-0,45	kf	0,08*** 0,03-0,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,98-1,63	0,68 0,34-1,37	1,05 0,90-1,23	kf	kf	0,63 0,26-1,54	kf	1,31 0,58-2,95
Psy A[1]	1,24 0,89-1,74	2,37 0,96-5,87	1,03 0,84-1,25	kf	kf	0,29* 0,10-0,85	kf	0,30* 0,11-0,85
Psy B[2]	1,09 0,85-1,39	1,71 0,89-3,28	1,35*** 1,17-1,57	kf	kf	0,81 0,33-2,01	kf	1,78 0,82-3,84
Alter	1,00 1,00-1,01	0,96*** 0,94-0,97	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,97* 0,94-1,00	kf	1,03* 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,20 0,97-1,48	0,94 0,53-1,68	1,13 1,00-1,29	kf	kf	0,76 0,34-1,70	kf	2,27* 1,17-4,43
Komorbidität[3]	0,99 0,95-1,04	1,03 0,91-1,16	1,12*** 1,09-1,15	kf	kf	1,20* 1,02-1,41	kf	1,33*** 1,16-1,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,70-1,26	2,02 0,89-4,58	1,34** 1,12-1,60	kf	kf	1,20 0,38-3,80	kf	1,05 0,41-2,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,90 0,73-1,11	2,03* 1,13-3,64	1,06 0,93-1,21	kf	kf	1,49 0,65-3,42	kf	1,55 0,79-3,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	11,42*** 8,83-14,77	0,07*** 0,04-0,13	0,91 0,80-1,05	kf	kf	0,56 0,24-1,29	kf	1,96 0,94-4,09

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,56*** 1,32…1,80	0,28 -0,02…0,57	-0,15 -0,78…0,48	kf	kf	-0,05 -0,21…0,11	kf	-1,11*** -1,59…-0,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,46*** 1,84…3,29	0,98 0,87…1,10	0,99 0,93…1,04	kf	kf	0,92 0,74…1,14	kf	0,86*** 0,80…0,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,60*** 1,94-3,49	0,98 0,87-1,11	0,99 0,93-1,04	kf	kf	0,94 0,76-1,17	kf	0,84*** 0,78-0,91
Gruppe	0,53** 0,36-0,79	0,94 0,64-1,39	1,14* 1,01-1,29	kf	kf	1,41 0,70-2,85	kf	2,87** 1,46-5,63
Zeit	9,01*** 7,49-10,83	1,64*** 1,50-1,79	1,17*** 1,13-1,22	kf	kf	0,80** 0,69-0,93	kf	1,06 1,00-1,12
Indexgruppe 6 (F10)	0,92 0,60-1,42	0,26*** 0,15-0,47	0,86 0,72-1,02	kf	kf	0,91 0,35-2,40	kf	0,20** 0,08-0,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	3,91*** 2,35-6,49	1,13 0,57-2,25	1,04 0,83-1,29	kf	kf	0,35 0,08-1,48	kf	0,18** 0,05-0,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,17*** 1,57-3,01	3,21*** 2,03-5,07	1,03 0,89-1,19	kf	kf	0,49 0,21-1,13	kf	1,10 0,50-2,45
Psy A[1]	1,25 0,89-1,74	3,59*** 2,26-5,71	1,57*** 1,36-1,82	kf	kf	0,59 0,25-1,41	kf	0,50 0,22-1,11
Psy B[2]	1,08 0,73-1,61	1,73* 1,04-2,90	1,48*** 1,24-1,75	kf	kf	1,76 0,62-5,02	kf	1,09 0,41-2,86
Alter	1,00 0,99-1,01	0,97*** 0,96-0,98	1,00* 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,02	kf	1,03** 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,43* 1,05-1,93	1,30 0,87-1,96	1,07 0,94-1,23	kf	kf	0,57 0,26-1,21	kf	3,19** 1,53-6,62
Komorbidität[3]	0,99 0,92-1,05	1,06 0,97-1,16	1,14*** 1,11-1,17	kf	kf	1,20* 1,03-1,41	kf	1,28** 1,10-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,52-1,39	0,34** 0,17-0,69	1,43** 1,16-1,75	kf	kf	0,41 0,11-1,51	kf	0,74 0,23-2,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,83-1,50	1,52* 1,02-2,25	1,29*** 1,14-1,46	kf	kf	1,28 0,62-2,62	kf	3,50*** 1,75-7,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	12,63*** 9,01-17,70	0,55** 0,36-0,85	0,90 0,79-1,04	kf	kf	1,22 0,55-2,66	kf	1,27 0,59-2,72

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)	0,07 -0,04…0,18	0,10 -0,02…0,22	0,10 -0,03…0,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,82 0,46…1,46	0,89 0,52…1,52	0,95 0,51…1,77
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,05 0,59-1,87	1,06 0,62-1,81	0,98 0,53-1,84
Gruppe	1,05 0,60-1,82	1,04 0,62-1,74	1,11 0,60-2,03
Zeit	1,03 0,66-1,62	1,12 0,74-1,69	1,25 0,78-2,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,72-1,09	0,98 0,81-1,17	1,01 0,84-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,84-1,22	0,99 0,84-1,17	1,03 0,87-1,22
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,10 0,80-1,51	1,06 0,80-1,41	1,03 0,76-1,39
Psy A[1]	1,03 0,84-1,26	1,11 0,93-1,33	1,01 0,84-1,21
Psy B[2]	1,19 0,95-1,49	1,09 0,89-1,34	1,05 0,85-1,30
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,82-1,16	0,99 0,84-1,15	0,98 0,83-1,15
Komorbidität[3]	1,02 0,98-1,06	1,01 0,98-1,05	1,00 0,97-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,89-1,52	1,06 0,82-1,36	1,07 0,82-1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,05 0,88-1,26	1,08 0,92-1,27	1,05 0,90-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,80-1,27	1,10 0,90-1,35	1,07 0,86-1,31

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)	0,03 -0,10…0,15	0,09 -0,05…0,23	0,08 -0,05…0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,72…1,37	1,10 0,82…1,47	1,10 0,80…1,51
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,74-1,42	1,13 0,84-1,52	1,11 0,81-1,52
Gruppe	1,14 0,89-1,46	1,07 0,85-1,34	1,01 0,79-1,30
Zeit	1,05 0,81-1,35	1,04 0,83-1,31	1,01 0,79-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	1,24* 1,00-1,54	1,15 0,94-1,41	1,06 0,85-1,32
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,96 0,74-1,24	0,94 0,75-1,18	0,99 0,77-1,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,91-1,41	0,92 0,76-1,13	0,92 0,74-1,15
Psy A[1]	1,03 0,79-1,33	1,07 0,85-1,35	1,06 0,83-1,35
Psy B[2]	1,24* 1,02-1,50	1,08 0,91-1,28	1,05 0,87-1,27
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,93-1,31	1,08 0,92-1,26	1,05 0,89-1,24
Komorbidität[3]	1,06** 1,03-1,09	1,04* 1,00-1,07	1,02 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,87-1,40	1,00 0,80-1,24	0,93 0,73-1,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19 0,95-1,49	1,10 0,90-1,35	1,02 0,83-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,81-1,16	1,11 0,95-1,31	1,01 0,84-1,20

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Tabelle 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)	-0,04 -0,58…0,50	0,15 -0,47…0,78	0,02 -0,62…0,65
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,55…1,67	1,14 0,66…1,97	1,02 0,55…1,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,94 0,54-1,65	1,12 0,65-1,94	1,01 0,54-1,90
Gruppe	1,04 0,61-1,78	0,91 0,54-1,55	0,97 0,53-1,78
Zeit	0,93 0,64-1,36	0,91 0,64-1,28	1,06 0,70-1,61
Indexgruppe 6 (F10)	0,95 0,76-1,20	1,00 0,82-1,23	0,94 0,76-1,15
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,24 0,95-1,63	1,07 0,83-1,37	0,98 0,76-1,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,83-1,26	0,96 0,80-1,16	0,93 0,77-1,12
Psy A[1]	1,13 0,93-1,38	1,07 0,90-1,27	1,04 0,87-1,25
Psy B[2]	1,02 0,82-1,26	0,98 0,81-1,19	1,01 0,82-1,23
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,83-1,16	1,04 0,89-1,21	1,00 0,85-1,17
Komorbidität[3]	1,02 0,98-1,05	1,02 0,98-1,05	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,81-1,36	0,99 0,78-1,27	0,94 0,73-1,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,95-1,32	1,06 0,91-1,23	1,03 0,88-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,77-1,24	1,01 0,82-1,25	1,02 0,82-1,26

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

Kontaktab-bruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**
DiD-Schätzer	1,05 0,50-2,20	1,19*** 1,15-1,24	1,19 0,48-2,92	1,33*** 1,28-1,39
Gruppe	1,09 0,55-2,14	0,99 0,26-3,80	0,86 0,37-2,00	0,74 0,17-3,13
Zeit	4,87*** 2,79-8,48	8,78*** 8,54-9,03	5,82*** 3,07-11,03	9,27*** 9,00-9,54
Indexgruppe 6 (F10)	1,84*** 1,34-2,54	55,52*** 7,15-431,13	1,75** 1,22-2,51	43,55** 4,34-436,96
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,63** 0,46-0,86	0,26 0,06-1,13	0,55** 0,38-0,79	0,07** 0,01-0,39
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,65 0,37-1,15	0,22 0,03-1,47	0,49* 0,25-0,96	0,15 0,02-1,33
Psy B[2]	0,89 0,67-1,20	0,39 0,10-1,56	0,89 0,64-1,23	0,46 0,10-2,09
Alter	1,00 0,99-1,01	0,99 0,95-1,04	1,00 0,99-1,01	0,98 0,93-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,81-1,48	0,96 0,23-4,04	1,13 0,80-1,58	1,13 0,24-5,35
Komorbidität[3]	1,02 0,96-1,09	1,10 0,80-1,52	1,04 0,96-1,12	1,04 0,74-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,26 0,80-1,99	6,54 0,56-76,95	1,35 0,82-2,23	4,70 0,33-67,41
Anzahl AU Prä-zeitraum (Median split)	0,98 0,73-1,33	0,27 0,07-1,07	0,91 0,65-1,28	0,19* 0,04-0,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,43*** 0,28-0,65	0,03*** 0,01-0,13	0,50** 0,32-0,78	0,04*** 0,01-0,22

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktab-bruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**
DiD-Schätzer	0,90 0,55-1,47	0,87*** 0,84-0,89	1,00 0,53-1,86	0,91*** 0,88-0,94
Gruppe	1,32 0,90-1,94	1,01 0,32-3,18	1,28 0,80-2,05	2,46 0,67-9,01
Zeit	1,09 0,76-1,56	1,90*** 1,86-1,93	1,09 0,68-1,74	2,08*** 2,03-2,12
Indexgruppe 6 (F10)	2,02*** 1,40-2,92	12,73** 2,66-60,85	1,61* 1,05-2,48	21,47*** 4,13-111,59
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,79 0,52-1,20	0,18* 0,04-0,91	0,65 0,40-1,08	0,13* 0,02-0,79
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,65* 0,45-0,94	0,25* 0,07-0,97	0,57* 0,37-0,89	0,15* 0,03-0,70
Psy B[2]	0,63** 0,47-0,85	0,33 0,10-1,06	0,48*** 0,33-0,68	0,09** 0,02-0,36
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,96-1,04	0,99 0,98-1,01	0,98 0,94-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,27 0,94-1,72	1,17 0,35-3,89	1,19 0,84-1,69	1,60 0,41-6,18
Komorbidität[3]	0,99 0,93-1,05	1,01 0,79-1,29	0,98 0,91-1,06	1,03 0,79-1,35
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,79-1,91	0,79 0,13-4,86	1,63 1,00-2,65	1,64 0,23-11,89
Anzahl AU Prä-zeitraum (Median split)	1,82** 1,29-2,57	7,13** 1,95-26,06	1,62* 1,08-2,42	1,96 0,50-7,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,13-0,24	0,00*** 0,00-0,01	0,16*** 0,10-0,24	0,01*** 0,00-0,03

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)

Kontaktab-bruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	**Dauer von Kontaktab-bruch (Tage)**	**Anzahl Kontakt-abbrüche**	**Dauer von Kontaktab-bruch (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 7 (F20-F29)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Psy B[2]	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-zeitraum (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 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 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Indexdiag-nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag-nose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,05 -0,29…0,19	-2,45* -4,31…-0,59	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,75…1,27	0,98 0,95…1,02	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,75-1,27	0,98 0,95-1,02	kf	kf
Gruppe	0,98 0,79-1,21	1,18 0,83-1,67	kf	kf
Zeit	1,98*** 1,66-2,37	3,23*** 3,15-3,32	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,11 0,94-1,32	0,80 0,49-1,31	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,20* 1,04-1,39	2,94*** 1,95-4,44	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,90 0,72-1,13	0,81 0,45-1,44	kf	kf
Psy A[1]	1,16* 1,00-1,35	1,57* 1,04-2,38	kf	kf
Psy B[2]	1,16 0,97-1,39	1,36 0,78-2,35	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,02* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,87* 0,76-1,00	0,72 0,50-1,04	kf	kf
Komorbidität[3]	0,98 0,94-1,02	0,99 0,89-1,09	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,81-1,75	0,50 0,15-1,67	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,72*** 0,62-0,84	0,28*** 0,19-0,42	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 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Indexdiag-nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag-nose, Tage AU	Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden	Andere F-Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,08 -0,22…0,37	8,37*** 6,35…10,38	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,08 0,82…1,41	1,19*** 1,14…1,23	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,08 0,82-1,41	1,19*** 1,14-1,24	kf	kf
Gruppe	0,88 0,70-1,11	0,62 0,35-1,09	kf	kf
Zeit	1,05 0,87-1,26	0,98 0,96-1,01	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,49** 1,14-1,94	1,49 0,65-3,42	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,01 0,76-1,36	1,24 0,53-2,93	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,81-1,33	1,81 0,88-3,74	kf	kf
Psy A[1]	1,19 0,91-1,55	1,96 0,84-4,58	kf	kf
Psy B[2]	0,95 0,76-1,19	0,47* 0,24-0,91	kf	kf
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,98* 0,95-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,75** 0,61-0,91	0,44** 0,24-0,79	kf	kf
Komorbidität[3]	1,06* 1,01-1,12	1,17 0,99-1,38	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61* 0,39-0,95	0,25* 0,08-0,81	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,36-0,54	0,11*** 0,06-0,21	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)	0,06 -0,17…0,29	-11,32*** -13,05…-9,59	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,80…1,33	0,85*** 0,82…0,88	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,80-1,33	0,85*** 0,82-0,88	kf	kf
Gruppe	1,02 0,82-1,26	1,06 0,75-1,50	kf	kf
Zeit	2,05*** 1,71-2,45	3,61*** 3,52-3,71	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,33** 1,12-1,59	1,23 0,74-2,05	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,04 0,81-1,34	2,27* 1,16-4,45	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,18* 1,01-1,38	2,96*** 1,90-4,60	kf	kf
Psy A[1]	1,21* 1,05-1,40	2,04** 1,35-3,09	kf	kf
Psy B[2]	1,11 0,93-1,32	0,99 0,58-1,67	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,80-1,05	0,94 0,64-1,38	kf	kf
Komorbidität[3]	1,05** 1,01-1,08	1,12* 1,02-1,24	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,93 0,63-1,36	0,24* 0,08-0,73	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,82** 0,71-0,95	0,36*** 0,24-0,54	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. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,89*** -4,37…-1,42
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	0,83 -0,59…2,24
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-10,47*** -11,87…-9,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,90*** 0,87…0,93
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,93*** 0,90…0,97
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,77*** 0,74…0,79
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,90*** 0,87-0,93
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93*** 0,90-0,97
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76*** 0,74-0,79

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

	Indexdiag-nose, Tage AU
Gruppe	1,28 0,95-1,72
Zeit	2,95*** 2,88-3,02
Indexgruppe 6 (F10)	0,76* 0,59-0,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,37*** 1,89-2,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,54*** 0,40-0,72
Psy A[1]	1,65*** 1,32-2,06
Psy B[2]	1,26 0,94-1,67
Alter	1,01** 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,71-1,06
Komorbidität[3]	1,01 0,96-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,27*** 0,16-0,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,23-0,35
2. vs. 1.Jahr	1,30 0,95-1,78
3. vs. 1.Jahr	0,90 0,65-1,23

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder-aufnahme	Dauer zw. Ent-lassung und Wiederauf-nahme
Gruppe	0,77 0,54-1,11	1,26*** 1,23-1,30
Index-gruppe 6 (F10)	1,08 0,68-1,71	0,98 0,95-1,02
Index-gruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,75-1,70	0,68*** 0,66-0,70
Index-gruppe 11 (F40-F48)	1,25 0,62-2,52	0,56*** 0,53-0,59
Psy A[1]	1,44 0,93-2,22	1,11*** 1,07-1,15
Psy B[2]	1,56 0,94-2,57	1,06** 1,02-1,10
Alter	1,00 0,98-1,01	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,68* 0,46-1,00	1,13*** 1,09-1,16
Komorbidi-tät[3]	1,05 0,96-1,15	1,00 0,99-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,60-2,34	0,93** 0,89-0,98
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36 0,93-1,97	1,13*** 1,09-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,36 0,84-2,20	1,12*** 1,08-1,16

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

	Anteil Wieder-aufnahme	Dauer zw. Ent-lassung und Wiederauf-nahme
Gruppe	0,88 0,57-1,37	1,14*** 1,11-1,17
Index-gruppe 6 (F10)	3,88*** 2,04-7,35	1,14*** 1,10-1,18
Index-gruppe 7 (F20-F29)	1,36 0,69-2,68	1,13*** 1,08-1,18
Index-gruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,48-1,64	1,03 0,99-1,07
Psy A[1]	0,80 0,40-1,59	1,01 0,97-1,05
Psy B[2]	1,44 0,84-2,46	0,98 0,94-1,01
Alter	0,98* 0,97-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,69-1,76	1,12*** 1,09-1,15
Komorbidi-tät[3]	1,12* 1,01-1,24	1,01*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18 0,58-2,41	1,06** 1,02-1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,13** 1,32-3,43	0,74*** 0,71-0,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,73-1,89	1,03 1,00-1,06

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

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,83 0,58-1,19	1,07*** 1,04-1,10
Indexgruppe 6 (F10)	1,83* 1,10-3,04	1,11*** 1,06-1,16
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,65 0,87-3,12	1,08** 1,02-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,69-1,77	0,69*** 0,66-0,72
Psy A[1]	1,18 0,77-1,83	1,20*** 1,16-1,24
Psy B[2]	1,19 0,71-1,97	1,18*** 1,14-1,23
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,74 0,49-1,10	0,98 0,95-1,01
Komorbidität[3]	0,99 0,91-1,08	1,03*** 1,02-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,45-1,81	0,94* 0,89-0,99
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,31 0,90-1,91	0,96* 0,93-0,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,68-2,01	0,90*** 0,86-0,94

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 -0,50…0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,95 0,85…1,05
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,95 0,85-1,05
Gruppe	1,07 0,98-1,18
Zeit	1,24*** 1,15-1,33
Indexgruppe 6 (F10)	1,24*** 1,13-1,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,94-1,11
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,11 0,99-1,25
Psy A[1]	1,09 1,00-1,19
Psy B[2]	1,16** 1,04-1,29
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,92-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24*** 1,11-1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24*** 1,15-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,94-1,12

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)	0,05 -0,34…0,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,92…1,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,01 0,92-1,12
Gruppe	0,96 0,87-1,05
Zeit	1,00 0,93-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	1,34*** 1,21-1,49
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,96 0,86-1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,96-1,17
Psy A[1]	1,15* 1,01-1,29
Psy B[2]	1,06 0,97-1,16
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,96-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18** 1,06-1,32
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15** 1,06-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90* 0,83-0,98

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)	-0,05 -0,40…0,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,89…1,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,89-1,08
Gruppe	1,00 0,91-1,09
Zeit	1,21*** 1,13-1,30
Indexgruppe 6 (F10)	1,20** 1,08-1,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,99 0,86-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,92-1,10
Psy A[1]	1,18*** 1,08-1,29
Psy B[2]	1,19** 1,07-1,31
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,94-1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,18** 1,05-1,32
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23*** 1,14-1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,88-1,04

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

[1] nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

[2] Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	1,13 0,65-1,97
Psy A[1]	0,60 0,29-1,26
Psy B[2]	1,27 0,43-3,74
Alter	1,09*** 1,06-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,34*** 0,18-0,62
Komorbidität[3]	1,12* 1,02-1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,42-1,49
Anzahl AU Prä-zeitraum (Me-dian split)	1,46 0,77-2,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,64-2,15

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

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	0,63 0,29-1,36
Psy A[1]	1,21 0,44-3,34
Psy B[2]	0,83 0,35-1,95
Alter	1,08*** 1,05-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,62 0,29-1,33
Komorbidität[3]	1,13* 1,01-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,41 0,15-1,12
Anzahl AU Prä-zeitraum (Me-dian split)	1,50 0,64-3,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,74 0,34-1,61

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

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

	1-Jahres Mortalität
Gruppe	2,02* 1,09-3,74
Psy A[1]	0,85 0,42-1,71
Psy B[2]	0,82 0,31-2,14
Alter	1,10*** 1,07-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,35** 0,19-0,64
Komorbidität[3]	1,09 0,99-1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,75 0,39-1,47
Anzahl AU Prä-zeitraum (Me-dian split)	0,39** 0,20-0,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,21 0,63-2,33

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	0,80 0,52-1,23
Psy A[1]	kf	kf	0,61 0,35-1,06
Psy B[2]	kf	kf	1,28 0,61-2,66
Alter	kf	kf	1,01 0,99-1,02
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,60* 0,38-0,93
Komorbidität[3]	kf	kf	0,70*** 0,60-0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,52 0,17-1,54
Anzahl AU Prä-zeitraum (Median split)	kf	kf	1,20 0,77-1,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,55* 0,34-0,90

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

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

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

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

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	1,03 0,70-1,53
Psy A[1]	kf	kf	0,67 0,42-1,09
Psy B[2]	kf	kf	1,25 0,67-2,31
Alter	kf	kf	1,00 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,76 0,50-1,14
Komorbidität[3]	kf	kf	0,80*** 0,71-0,90
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,66 0,28-1,53
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,96 0,64-1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,54** 0,34-0,84

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	0,73 0,52-1,02	kf	0,56 0,18-1,76	1,51 0,24-9,62	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,03*** 1,01-1,04	kf	0,99 0,95-1,03	0,97 0,90-1,04	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	0,99 0,70-1,41	kf	0,78 0,25-2,43	0,67 0,11-3,97	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	0,94 0,87-1,02	kf	0,94 0,71-1,24	1,03 0,65-1,63	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,11 0,57-2,18	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,32 0,94-1,87	kf	0,34 0,11-1,09	0,11 0,01-1,18	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,78 0,56-1,10	kf	1,24 0,41-3,75	1,13 0,18-6,95	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	0,56** 0,36-0,86	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02** 1,01-1,04	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,66* 1,06-2,60	kf	kf	kf	kf
Komorbidität[3]	kf	kf	kf	kf	kf	1,02 0,92-1,13	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,68 0,30-1,51	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,16 0,74-1,81	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,88 0,56-1,39	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
	2019	2019
Alle Patienten (n)	**1.196**	**43.084**
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)	66,1 %	58,3 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte[1] in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär[3] (B1)	14,9	18,9
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)[4] (n)	**708**	**22.852**
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	551	16.561
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	68,4	70,7

[1] Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
[2] Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
[3] Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)
[4] 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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	404	402	377	360	395	402	374	363
Mittelwert	4.642,65 €	4.132,97 €	3.240,02 €	2.930,73 €	3.351,86 €	3.139,24 €	2.887,12 €	2.910,98 €
Standardabwei-chung	9.521 €	10.157 €	7.337 €	7.295 €	6.919 €	7.738 €	6.853 €	7.775 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	308,10 €	240,47 €	263,44 €	286,98 €	248,85 €	208,20 €	220,63 €	177,57 €
Median	1.024,07 €	952,31 €	830,21 €	718,61 €	746,97 €	640,84 €	728,09 €	617,20 €
75%-Perzentil	3.889,24 €	3.732,65 €	2.623,52 €	2.466,21 €	2.921,32 €	3.010,09 €	2.496,22 €	2.081,17 €
Maximum	73.214 €	87.683 €	54.850 €	73.591 €	60.330 €	97.247 €	82.253 €	82.714 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	363	363	342	330	365	359	342	328
Mittelwert	4.364,02 €	4.144,84 €	4.481,08 €	4.544,74 €	3.432,49 €	2.372,13 €	3.227,34 €	2.774,82 €
Standardabwei-chung	13.522 €	13.437 €	12.602 €	11.208 €	12.088 €	4.735 €	11.471 €	7.606 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	328,23 €	248,62 €	239,16 €	260,31 €	269,60 €	260,64 €	273,51 €	262,63 €
Median	783,18 €	877,44 €	841,12 €	770,11 €	761,61 €	704,60 €	732,64 €	719,65 €
75%-Perzentil	3.008,59 €	2.664,66 €	3.028,31 €	2.990,93 €	2.579,10 €	2.497,05 €	2.129,04 €	2.207,01 €
Maximum	176.643 €	227.991 €	118.268 €	108.354 €	195.638 €	39.063 €	191.590 €	100.312 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	134	112	82	61	114	104	83	72
Mittelwert	2.625,56 €	1.612,95 €	1.253,34 €	1.274,39 €	2.017,21 €	1.729,21 €	1.467,73 €	1.458,31 €
Standardabwei-chung	6.825,49 €	3.964,02 €	4.274,90 €	5.457,02 €	5.861,33 €	5.950,10 €	4.656,34 €	5.680,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.961,05 €	898,76 €	0,00 €	0,00 €	884,32 €	451,41 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.280 €	33.807 €	40.342 €	70.469 €	58.609 €	95.327 €	35.846 €	65.086 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	97	93	83	83	94	87	79	67
Mittelwert	1.911,59 €	1.687,65 €	2.231,96 €	2.376,47 €	2.070,12 €	1.169,60 €	2.008,93 €	1.603,88 €
Standardabwei-chung	6.545 €	4.267 €	7.670 €	7.685 €	10.783 €	3.624 €	10.980 €	7.148 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	765,36 €	508,50 €	0,00 €	0,00 €	472,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	54.562 €	24.357 €	76.206 €	66.025 €	188.541 €	36.112 €	190.803 €	99.233 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	59,68 €	21,61 €	1,24 €	3,05 €	3,58 €	3,65 €	4,79 €	0,00 €
Standardabwei-chung	668,12 €	383,33 €	24,33 €	58,81 €	42,69 €	73,98 €	94,09 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.325 €	7.745 €	478 €	1.133 €	565 €	1.500 €	1.848 €	0 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	1,19 €	67,77 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabwei-chung	0,00 €	22,89 €	1.284,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	440 €	24.329 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	50	42	32	31	28	28	27	21
Mittelwert	44,86 €	49,46 €	73,13 €	51,64 €	16,67 €	22,48 €	38,62 €	23,80 €
Standardabwei-chung	224,27 €	362,21 €	746,00 €	319,44 €	86,85 €	120,74 €	344,12 €	140,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.230 €	5.966 €	13.996 €	3.587 €	1.188 €	1.377 €	6.391 €	2.026 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	38	35	38	27	15	18	15	13
Mittelwert	25,62 €	36,41 €	34,14 €	20,48 €	10,98 €	22,26 €	24,50 €	17,83 €
Standardabwei-chung	107,00 €	232,67 €	144,18 €	96,67 €	69,42 €	166,35 €	172,94 €	114,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.197,00 €	3.595,13 €	1.727,91 €	1.174,82 €	1.014,76 €	2.833,54 €	2.131,77 €	1.443,79 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	394	393	370	354	384	390	359	346
Mittelwert	678,23 €	600,59 €	506,06 €	483,34 €	471,71 €	460,01 €	430,94 €	404,53 €
Standardabwei-chung	965,24 €	865,33 €	537,53 €	553,83 €	548,76 €	525,52 €	491,26 €	509,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	159,60 €	142,34 €	144,08 €	151,62 €	115,60 €	110,41 €	107,14 €	85,82 €
Median	377,24 €	344,96 €	349,06 €	337,20 €	302,24 €	279,15 €	260,71 €	231,06 €
75%-Perzentil	797,72 €	712,95 €	689,10 €	606,49 €	625,97 €	628,42 €	581,18 €	566,43 €
Maximum	11.637 €	8.451 €	3.878 €	5.380 €	5.073 €	3.740 €	3.002 €	4.760 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	359	353	334	320	349	349	332	312
Mittelwert	586,58 €	537,03 €	485,51 €	539,84 €	466,38 €	417,41 €	450,14 €	449,48 €
Standardabwei-chung	860,99 €	724,05 €	549,67 €	770,43 €	571,91 €	443,39 €	497,93 €	492,32 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	168,98 €	115,90 €	128,49 €	126,59 €	111,59 €	108,40 €	131,51 €	115,45 €
Median	348,22 €	344,23 €	294,48 €	317,99 €	283,04 €	286,42 €	306,20 €	321,76 €
75%-Perzentil	680,85 €	668,79 €	682,80 €	677,31 €	616,92 €	579,26 €	646,27 €	597,80 €
Maximum	7.666,14 €	5.806,58 €	4.951,23 €	7.775,71 €	6.257,77 €	2.993,08 €	4.914,31 €	3.669,12 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	361	353	323	325	345	351	333	306
Mittelwert	1.071,85 €	1.650,44 €	1.210,64 €	950,85 €	738,57 €	816,05 €	819,29 €	862,38 €
Standardabwei-chung	3.779,07 €	7.425,22 €	4.574,17 €	4.023,94 €	2.650,18 €	4.291,77 €	4.374,99 €	4.492,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	41,30 €	27,49 €	28,85 €	39,54 €	26,84 €	26,56 €	30,08 €	16,48 €
Median	119,16 €	129,53 €	136,60 €	146,91 €	100,97 €	110,35 €	100,80 €	92,56 €
75%-Perzentil	566,74 €	582,10 €	505,86 €	587,94 €	439,19 €	420,67 €	434,15 €	484,26 €
Maximum	39.472 €	78.431 €	43.926 €	51.673 €	40.073 €	81.536 €	80.937 €	81.507 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	321	309	298	281	316	321	298	295
Mittelwert	1.688,26 €	1.696,23 €	1.441,73 €	1.375,99 €	755,26 €	627,25 €	613,53 €	587,26 €
Standardabwei-chung	10.407 €	12.029 €	8.398 €	6.927 €	3.385 €	2.054 €	2.097 €	1.516 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	37,08 €	31,16 €	31,83 €	31,70 €	31,34 €	29,35 €	28,71 €	38,68 €
Median	159,69 €	133,14 €	126,11 €	129,52 €	137,94 €	140,20 €	141,16 €	152,03 €
75%-Perzentil	473,92 €	524,58 €	520,36 €	547,70 €	456,28 €	507,96 €	458,53 €	512,49 €
Maximum	171.141 €	222.013 €	115.075 €	106.781 €	51.558 €	22.134 €	24.084 €	20.122 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	413	413	386	371	411	411	386	376
N mit Fall	112	106	96	87	94	91	78	74
Mittelwert	162,48 €	197,91 €	195,60 €	167,45 €	104,14 €	107,84 €	125,75 €	161,96 €
Standardabwei-chung	940,25 €	883,91 €	858,81 €	631,24 €	351,29 €	414,42 €	463,79 €	674,15 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	59,25 €	45,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	15.638 €	11.276 €	11.785 €	6.029 €	3.515 €	4.345 €	4.735 €	7.808 €

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

Gruppe	IG				KG			
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	370	370	359	340	372	372	352	342
N mit Fall	115	104	93	84	87	80	63	64
Mittelwert	151,97 €	186,34 €	219,97 €	231,95 €	129,75 €	135,61 €	130,23 €	116,38 €
Standardabwei-chung	438,95 €	654,97 €	910,54 €	909,88 €	437,47 €	603,41 €	712,23 €	523,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	97,74 €	88,44 €	48,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.235 €	6.612 €	10.486 €	10.102 €	3.756 €	8.994 €	11.319 €	6.838 €

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Prä-zeit-raum	1. Jahr	Prä-zeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	441	439	447	444						
Mittelwert	**4.056,71 €**	**4.292,78 €**	**3.307,48 €**	**3.628,49 €**	**749,22 €**	**0,209**	**664,29 €**	**0,379**	**-84,93 €**	**0,930**
Standard-ab-weichung	8.835 €	11.597 €	9.185 €	11.235 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	259,29 €	215,35 €	272,50 €	254,45 €						
Median	992,85 €	727,01 €	769,52 €	680,08 €						
75%-Perzentil	3.588,47 €	3.067,22 €	2.341,27 €	2.609,11 €						
Maximum	82.209 €	113.482 €	102.672 €	133.728 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	**458**	**458**	**458**	**458**						
N mit Fall	**146**	**109**	**120**	**112**						
Mittelwert	**1.986,06 €**	**1.610,84 €**	**1.933,57 €**	**2.066,75 €**	**52,49 €**	**0,893**	**-455,91 €**	**0,271**	**-508,40 €**	**0,370**
Standard^-ab-weichung	**5.222,43 €**	**5.033,99 €**	**6.469,23 €**	**7.284,43 €**						
Minimum	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
25%-Perzentil	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
Median	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
75%-Perzentil	**1.640,46 €**	**0,00 €**	**874,13 €**	**0,00 €**						
Maximum	**67.026 €**	**66.781 €**	**79.030 €**	**93.290 €**						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	**458**	**458**	**458**	**458**						
N mit Fall	**< 10**	**< 10**	**< 10**	**< 10**						
Mittelwert	**0,00 €**	**1,18 €**	**0,00 €**	**0,00 €**	**0 €**		**1,18 €**	**0,318**	**1,18 €**	**0,317**
Standardabwei-chung	**0,00 €**	**25,26 €**	**0,00 €**	**0,00 €**						
Minimum	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
25%-Perzentil	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
Median	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
75%-Perzentil	**0 €**	**0 €**	**0 €**	**0 €**						
Maximum	**0,00 €**	**540,56 €**	**0,00 €**	**0,00 €**						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	40	44	24	34						
Mittelwert	22,99 €	34,86 €	32,38 €	45,33 €	-9,39 €	0,466	-10,48 €	0,526	-1,08 €	0,959
Standardabwei-chung	110,96 €	226,11 €	252,50 €	272,01 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.673,04 €	3.955,16 €	4.613,11 €	3.762,72 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	437	428	435	429						
Mittelwert	589,67 €	602,71 €	432,97 €	442,04 €	156,70 €	<0,001	160,67 €	0,006	3,97 €	0,957
Standardabwei-chung	817,69 €	1.103,08 €	429,17 €	599,87 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	133,71 €	98,92 €	127,89 €	119,45 €						
Median	325,40 €	298,29 €	300,19 €	279,02 €						
75%-Perzentil	709,82 €	684,69 €	628,42 €	591,31 €						
Maximum	7.840,28 €	8.904,12 €	2.782,62 €	5.812,27 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	375	375	387	390						
Mittelwert	1.314,34 €	1.874,84 €	830,53 €	999,98 €	483,81 €	0,183	874,86 €	0,088	391,05 €	0,533
Standardabwei-chung	5.973,80 €	8.573,18 €	4.959,88 €	6.832,80 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	23,20 €	24,56 €	26,11 €	27,06 €						
Median	121,10 €	116,88 €	106,30 €	96,98 €						
75%-Perzentil	521,03 €	488,58 €	367,65 €	387,70 €						
Maximum	72.016 €	107.220 €	82.734 €	108.421 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	458	458	458	458						
N mit Fall	111	128	82	80						
Mittelwert	143,65 €	168,34 €	78,03 €	74,38 €	65,62 €	0,030	93,97 €	0,005	28,35 €	0,527
Standardabwei-chung	589,50 €	658,21 €	260,39 €	266,91 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	104,94 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	10.035 €	10.305 €	2.707 €	3.097 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	374	428	343	428						
Mittelwert	1.301,01 €	9.309,18 €	1.123,08 €	8.598,38 €	177,93 €	0,631	710,81 €	0,429	532,88 €	0,584
Standardabwei-chung	4.488 €	15.137 €	6.214 €	10.794 €						
Minimum	0,00 €	42,26 €	0,00 €	72,90 €						
25%-Perzentil	29,52 €	1.154,66 €	15,68 €	1.156,52 €						
Median	148,27 €	4.853,91 €	104,28 €	5.593,03 €						
75%-Perzentil	613 €	10.875 €	377 €	11.391 €						
Maximum	46.821 €	159.312 €	110.124 €	77.520 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	41	297	37	288						
Mittelwert	805,42 €	7.049,77 €	795,10 €	6.883,84 €	10,32 €	0,977	165,93 €	0,846	155,61 €	0,867
Standardabwei-chung	4.121 €	14.523 €	6.098 €	10.155 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	3.187,56 €	0,00 €	3.581,13 €						
75%-Perzentil	0,00 €	7.036,63 €	0,00 €	9.818,10 €						
Maximum	44.918 €	158.776 €	110.024 €	71.844 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	< 10	83	< 10	73						
Mittelwert	25,03 €	1.428,82 €	24,16 €	1.038,37 €	0,87 €	0,965	390,45 €	0,118	389,59 €	0,119
Standardabwei-chung	322,69 €	4.348,83 €	254,39 €	2.771,82 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.247 €	52.562 €	3.711 €	14.862 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	13	224	< 10	200						
Mittelwert	8,33 €	331,49 €	6,54 €	219,73 €	1,79 €	0,648	111,76 €	0,009	109,97 €	0,011
Standardabwei-chung	56,04 €	805,03 €	58,33 €	376,22 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	49,45 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	197,80 €	0,00 €	312,20 €						
Maximum	612,50 €	6.941,75 €	624,40 €	2.497,60 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	4,07 €	2,22 €	4,40 €	4,86 €	-0,33 €	0,941	-2,64 €	0,478	-2,31 €	0,691
Standardabwei-chung	39,86 €	26,03 €	83,34 €	72,20 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	603,68 €	367,20 €	1.719,53 €	1.420,37 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	334	349	291	324						
Mittelwert	186,75 €	155,36 €	142,14 €	164,74 €	44,61 €	0,087	-9,38 €	0,546	-54,00 €	0,075
Standardabwei-chung	395,67 €	194,97 €	365,19 €	255,29 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	6,60 €	16,47 €	0,00 €	2,50 €						
Median	54,13 €	82,55 €	40,11 €	81,42 €						
75%-Perzentil	203,11 €	228,26 €	143,42 €	227,76 €						
Maximum	5.049,12 €	1.158,06 €	4.689,24 €	2.707,92 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	256	281	245	312						
Mittelwert	235,66 €	301,70 €	145,16 €	272,37 €	90,49 €	0,102	29,33 €	0,606	-61,16 €	0,441
Standardabwei-chung	1.091,21 €	1.039,35 €	339,26 €	551,10 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	27,64 €	63,68 €	15,50 €	88,26 €						
75%-Perzentil	157,96 €	277,38 €	90,93 €	309,68 €						
Maximum	18.579 €	17.356 €	2.956 €	7.472 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	10	11	< 10	< 10						
Mittelwert	35,76 €	39,82 €	5,58 €	14,47 €	30,18 €	0,087	25,35 €	0,166	-4,82 €	0,849
Standardabwei-chung	347,97 €	319,72 €	107,69 €	202,44 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.381,70 €	3.923,30 €	2.222,12 €	3.649,23 €						

Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	381	386	381	386						
Mittelwert	7.455,02 €	8.176,91 €	7.244,49 €	8.645,31 €	210,53 €	0,826	-468,40 €	0,666	-678,93 €	0,639
Standardabwei-chung	13.517 €	15.433 €	13.099 €	14.745 €						
Minimum	0,00 €	49,45 €	0,00 €	72,90 €						
25%-Perzentil	856,43 €	805,38 €	789,94 €	1.110,67 €						
Median	1.921,86 €	2.306,73 €	1.794,25 €	2.500,68 €						
75%-Perzentil	8.645 €	9.706 €	9.143 €	10.111 €						
Maximum	110.090 €	174.489 €	103.223 €	99.809 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	155	172	142	150						
Mittelwert	5.745,03 €	5.994,06 €	5.482,00 €	6.484,18 €	263,03 €	0,779	-490,11 €	0,642	-753,14 €	0,593
Standardabwei-chung	13.139 €	14.722 €	12.836 €	14.592 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	6.388,75 €	5.817,92 €	5.729,51 €	6.272,74 €						
Maximum	110.090 €	173.950 €	103.223 €	99.115 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	29	58	30	48						
Mittelwert	532,49 €	914,61 €	429,39 €	587,84 €	103,09 €	0,553	326,77 €	0,091	223,67 €	0,390
Standardabwei-chung	2.837,27 €	3.268,08 €	1.898,42 €	1.931,49 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	43.481 €	38.988 €	17.066 €	13.778 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	254	297	254	299						
Mittelwert	457,79 €	618,80 €	434,45 €	606,72 €	23,34 €	0,472	12,08 €	0,838	-11,26 €	0,868
Standardabwei-chung	462,01 €	1.027,50 €	439,11 €	544,12 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	49,45 €	0,00 €	72,90 €						
Median	306,00 €	324,38 €	306,00 €	603,80 €						
75%-Perzentil	918,00 €	727,66 €	918,00 €	1.009,50 €						
Maximum	1.847,44 €	7.762,95 €	1.377,00 €	2.185,40 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	3,85 €	2,15 €	0,41 €	2,34 €	3,44 €	0,375	-0,19 €	0,928	-3,63 €	0,409
Standardabwei-chung	75,63 €	26,58 €	8,11 €	30,98 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.485,90 €	362,76 €	159,26 €	553,74 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	322	305	292	276						
Mittelwert	227,69 €	143,30 €	155,20 €	119,16 €	72,49 €	0,019	24,14 €	0,116	-48,36 €	0,159
Standardabwei-chung	491,63 €	236,47 €	350,25 €	186,22 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	25,91 €	8,61 €	1,30 €	0,00 €						
Median	96,94 €	67,65 €	57,76 €	53,50 €						
75%-Perzentil	205,63 €	170,20 €	155,97 €	154,18 €						
Maximum	3.965,11 €	2.597,10 €	3.950,27 €	1.429,84 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	292	292	327	325						
Mittelwert	481,60 €	473,21 €	736,06 €	826,09 €	-254,47 €	0,028	-352,88 €	0,003	-98,41 €	0,555
Standardabwei-chung	1.356,11 €	1.145,45 €	1.828,55 €	2.058,08 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	13,39 €	14,02 €	52,46 €	72,96 €						
Median	164,70 €	149,48 €	230,27 €	261,54 €						
75%-Perzentil	409,97 €	431,68 €	675,15 €	739,92 €						
Maximum	20.444 €	12.581 €	21.070 €	23.883 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	6,58 €	30,78 €	6,97 €	18,98 €	-0,39 €	0,931	11,80 €	0,664	12,19 €	0,658
Standardabwei-chung	58,48 €	470,10 €	67,71 €	251,41 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	747,46 €	9.110,06 €	1.051,53 €	4.699,50 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	419	417	412	419						
Mittelwert	4.540,41 €	4.061,95 €	3.333,43 €	3.102,34 €	1.206,98 €	0,032	959,61 €	0,116	-247,37 €	0,766
Standardabwei-chung	9.382 €	10.019 €	6.863 €	7.672 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	304,41 €	237,66 €	253,64 €	208,40 €						
Median	953,66 €	914,28 €	773,95 €	642,23 €						
75%-Perzentil	3.882,48 €	3.682,28 €	2.963,59 €	2.933,22 €						
Maximum	73.214 €	87.683 €	60.330 €	97.247 €						

Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	137	114	118	106						
Mittelwert	2.574,17 €	1.590,17 €	1.954,83 €	1.665,76 €	619,34 €	0,148	-75,59 €	0,824	-694,93 €	0,204
Standardabwei-chung	6.724,67 €	3.929,14 €	5.754,29 €	5.839,26 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.959,25 €	855,48 €	875,62 €	0,00 €						
Maximum	53.280 €	33.807 €	58.609 €	95.327 €						

Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	57,59 €	20,85 €	3,43 €	3,50 €	54,16 €	0,089	17,35 €	0,349	-36,81 €	0,317
Standardabwei-chung	656,38 €	376,56 €	41,84 €	72,49 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	10.325 €	7.745 €	565 €	1.500 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	51	42	31	29						
Mittelwert	44,62 €	47,73 €	16,70 €	21,90 €	27,91 €	0,015	25,83 €	0,155	-2,09 €	0,923
Standardabwei-chung	221,90 €	355,91 €	85,46 €	118,51 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.229,79 €	5.965,89 €	1.187,53 €	1.376,85 €						

Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	408	407	400	407						
Mittelwert	667,75 €	599,49 €	472,27 €	459,98 €	195,48 €	<0,001	139,51 €	0,004	-55,97 €	0,435
Standardabwei-chung	951,27 €	856,11 €	543,75 €	519,95 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	159,58 €	141,82 €	120,13 €	113,10 €						
Median	376,77 €	353,60 €	310,05 €	280,53 €						
75%-Perzentil	781,15 €	714,02 €	631,32 €	627,98 €						
Maximum	11.637 €	8.451 €	5.073 €	3.740 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	371	367	360	367						
Mittelwert	1.036,82 €	1.608,37 €	781,46 €	838,85 €	255,36 €	0,257	769,52 €	0,061	514,16 €	0,272
Standardabwei-chung	3.716,70 €	7.301,55 €	2.801,50 €	4.323,77 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	40,19 €	26,62 €	26,99 €	27,99 €						
Median	113,42 €	124,99 €	101,86 €	111,36 €						
75%-Perzentil	542,55 €	565,65 €	424,81 €	389,12 €						
Maximum	39.472 €	78.431 €	40.073 €	81.536 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	428	428	428	428						
N mit Fall	115	111	98	93						
Mittelwert	159,46 €	195,35 €	104,73 €	112,35 €	54,73 €	0,252	83,00 €	0,078	28,27 €	0,673
Standardabwei-chung	924,50 €	869,41 €	348,23 €	434,76 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	57,38 €	49,05 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	15.638 €	11.276 €	3.515 €	4.345 €						

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	379	378	379	373						
Mittelwert	4.221,71 €	4.000,15 €	3.394,09 €	2.373,62 €	827,63 €	0,362	1.626,53 €	0,023	798,90 €	0,488
Standardabwei-chung	13.257 €	13.175 €	11.896 €	4.726 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	328,23 €	242,80 €	269,50 €	244,95 €						
Median	738,73 €	836,59 €	758,70 €	691,24 €						
75%-Perzentil	2.961,23 €	2.486,79 €	2.567,72 €	2.506,16 €						
Maximum	176.643 €	227.991 €	195.638 €	39.063 €						

Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	99	95	96	89						
Mittelwert	1.847,36 €	1.627,86 €	2.010,43 €	1.152,16 €	-163,07 €	0,796	475,70 €	0,090	638,76 €	0,355
Standardabwei-chung	6.418 €	4.190 €	10.592 €	3.580 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	737,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	54.562 €	24.357 €	188.541 €	36.112 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	1,14 €	0,00 €	0,00 €	0 €		1,14 €	0,318	1,14 €	0,317
Standardabwei-chung	0,00 €	22,41 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	440,37 €	0,00 €	0,00 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	40	35	16	18						
Mittelwert	25,62 €	34,90 €	10,78 €	21,45 €	14,84 €	0,021	13,44 €	0,347	-1,39 €	0,929
Standardabwei-chung	105,66 €	227,90 €	68,25 €	163,35 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.197,00 €	3.595,13 €	1.014,76 €	2.833,54 €						

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	374	368	363	363						
Mittelwert	577,01 €	527,90 €	468,59 €	416,99 €	108,42 €	0,037	110,92 €	0,010	2,50 €	0,970
Standardabwei-chung	845,50 €	713,15 €	569,82 €	448,39 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	170,63 €	111,65 €	112,62 €	107,29 €						
Median	348,22 €	342,73 €	283,04 €	282,87 €						
75%-Perzentil	671,25 €	664,08 €	620,37 €	564,44 €						
Maximum	7.666,14 €	5.806,58 €	6.257,77 €	2.993,08 €						

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	335	321	328	331						
Mittelwert	1.624,70 €	1.628,47 €	777,17 €	650,94 €	847,53 €	0,122	977,53 €	0,109	130,00 €	0,874
Standardabwei-chung	10.193 €	11.781 €	3.412 €	2.164 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	36,04 €	27,69 €	32,06 €	27,93 €						
Median	146,18 €	122,73 €	133,23 €	137,78 €						
75%-Perzentil	461,25 €	491,62 €	452,87 €	501,16 €						
Maximum	171.141 €	222.013 €	51.558 €	22.134 €						

Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
Zeitraum	Präzeit-raum	1. Jahr	Präzeit-raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	386	386	386	386						
N mit Fall	119	107	92	82						
Mittelwert	147,03 €	179,88 €	127,12 €	132,07 €	19,91 €	0,521	47,80 €	0,283	27,90 €	0,607
Standardabwei-chung	430,57 €	642,18 €	429,95 €	592,90 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	97,74 €	78,21 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.235,26 €	6.612,36 €	3.755,54 €	8.993,90 €						

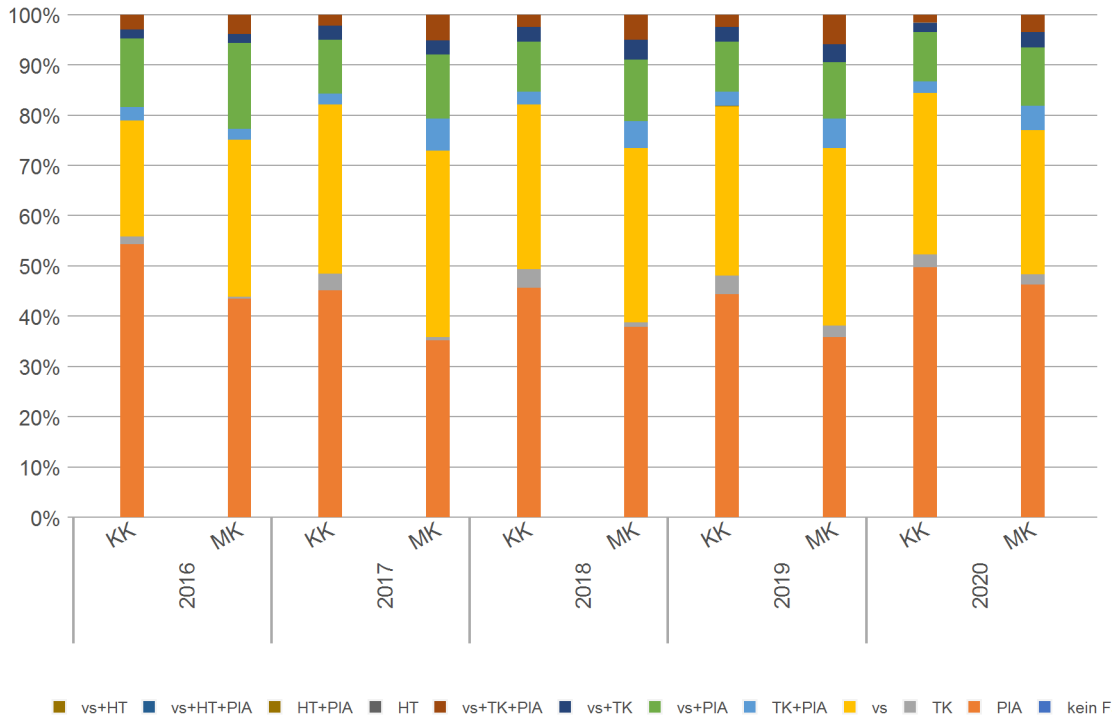
Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
Behandlungs-setting	**KG**	**IG**	**p-Wert**	**KG**	**IG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**IG**	**KG**	**p-Wert**	**KG**	**IG**	**p-Wert**
vs+TK+HT+PIA																10		>0,999
vs+TK+PIA	<10		>0,999	<10		>0,999	<10	362	0,425	22	673	0,675	57	930	<0,001	1.037	57	<0,001
vs+TK+HT																<10		>0,999
vs+HT+PIA																<10		>0,999
TK+HT+PIA																<10		>0,999
vs+TK	<10		>0,999	<10		>0,999	<10	189	>0,999	10	430	0,985	31	1.157	>0,999	1.229	44	0,522
vs+PIA	22	<10	>0,999	28	<10	>0,999	55	2.056	>0,999	96	3.101	0,098	141	4.365	0,066	4.283	138	0,181
vs+HT																<10		>0,999
TK+PIA				<10		>0,999	<10	377	>0,999	12	625	0,929	70	899	<0,001	1.062	60	<0,001
TK+HT																<10		>0,999
HT+PIA																<10		>0,999
vs	65	<10	>0,999	302	<10	>0,999	102	2.632	<0,001	176	5.285	<0,001	410	13.881	0,066	13.964	389	>0,999
TK	<10		>0,999	25		>0,999		163	0,425	<10	344	0,160	<10	1.355	<0,001	1.597	10	<0,001
PIA	22		>0,999	97		>0,999	165	8.765	<0,001	245	12.440	<0,001	390	18.577	<0,001	19.465	427	<0,001
HT																<10		>0,999
Gesamtergebnis	**116**	**<10**	**>0,999**	**464**	**<10**	**>0,999**	**341**	**14.544**	**<0,001**	**563**	**22.898**	**<0,001**	**1.106**	**41.164**	**<0,001**	**42.668**	**1.125**	**<0,001**

($N_{Kontrollkliniken}$ = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



14.5.5 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.125	41.996	1.178	41.162	990	37.670
Anzahl Fälle	2.595	99.979	2.792	100.524	2.317	91.231
Summe Kosten	10.488.312 €	276.027.410 €	8.513.185 €	301.211.187 €	5.410.760 €	220.620.507 €
Ausgaben je Patient	9.323 €	6.573 €	7.227 €	7.318 €	5.465 €	5.857 €
Ausgaben je Fall	4.042 €	2.761 €	3.049 €	2.996 €	2.335 €	2.418 €

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

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	628	20.145	660	20.160	465	17.011
Anzahl Fälle	866	27.115	903	27.302	647	22.940
Summe Kosten	8.228.912 €	228.846.146 €	6.665.426 €	250.409.538 €	4.057.696 €	184.567.187 €
Ausgaben je Patient	13.103 €	11.360 €	10.099 €	12.421 €	8.726 €	10.850 €
Ausgaben je Fall	9.502 €	8.440 €	7.381 €	9.172 €	6.272 €	8.046 €

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

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	171	4.933	207	4.963	132	3.124
Anzahl Fälle	188	5.640	240	5.892	153	3.727
Summe Kosten	1.829.594 €	30.729.052 €	1.399.164 €	33.746.272 €	894.176 €	19.491.447 €
Ausgaben je Patient	10.699,4 €	6.229,3 €	6.759,2 €	6.799,6 €	6.774,1 €	6.239,3 €
Ausgaben je Fall	9.732 €	5.448 €	5.830 €	5.727 €	5.844 €	5.230 €

Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2018	2018	2019	2019	2020	2020
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	682	25.769	694	24.880	655	24.265
Anzahl Fälle	1.541	67.188	1.649	67.271	1.517	64.460
Summe Kosten	429.806 €	16.233.715 €	448.595 €	16.577.259 €	458.887 €	15.813.185 €
Ausgaben je Patient	630,21 €	629,97 €	646,39 €	666,29 €	700,59 €	651,69 €
Ausgaben je Fall	278,9 €	241,6 €	272,0 €	246,4 €	302,5 €	245,3 €

14.5.6 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. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.301,01 €		428	9.309,18 €		428	8.008,17 €	
	KG	1.123,08 €		428	8.598,38 €		428	7.475,30 €	
	Diff (IG - KG)	177,93 €	0,631		710,81 €	0,429		532,88 €	0,583
KH-Tage	IG	3,0		428	24,0		428	21,0	
	KG	2,4		428	24,4		428	22,0	
	Diff (IG - KG)	0,6	0,578		-0,5	0,860		-1,0	0,709
ICER	**-516,00 €/d**								

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

		Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
Art	**Gruppe**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**	**N**	**Mittelwert**	**p-Wert**
Kosten	IG	1.035,35 €		253	8.220,81 €		253	7.185,46 €	
	KG	1.087,19 €		272	8.755,46 €		272	7.668,27 €	
	Diff (IG - KG)	-51,85 €	0,912		-534,66 €	0,569		-482,81 €	0,647
AU-Tage	IG	27,9		253	88,6		253	60,8	
	KG	28,3		272	91,5		272	63,2	
	Diff (IG - KG)	-0,4	0,944		-2,9	0,760		-2,5	0,822
ICER	**196,69 €/d**								