

Zwischenbericht

DIAKO Nordfriesland gGmbH

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

Berichtsnummer: 2

Datum: 16.01.2019

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Dr. rer. medic. Stefanie **March**, M.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**¹, Dipl.-Soz. Kat-
rin **Arnold**¹, Franziska **Claus**, M.Sc.², Dipl.-Phys. Martin **Seifert**¹, Dipl.-Math. Nils
Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise **Küster**, M.P.H.¹, PD Dr. rer. biol.
hum. Enno **Swart**³, Dr. Dennis **Häckl**², Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.⁴,
Prof. Dr. med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.¹

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

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

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß³.

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	20
2. Hintergrund	30
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	30
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	30
5. Methoden.....	30
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	31
6.1 Patientenmatching.....	32
7. Darstellung Modellvorhaben DIAKO Nordfriesland gGmbH	35
8. Ergebnisse: Effektivität.....	36
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	37
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	46
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	48
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	64
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	79
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.....	116
8.2.7 Wiederaufnahmeraten.....	127
8.2.8 Komorbidität	131
8.2.9 Mortalität	135
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	139
8.2.11 Leitlinienadhärenz.....	149
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	157
9.1 Patientenmix	157
9.2 Leistungserbringung.....	161
10. Ergebnisse: Kosten.....	169
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	169
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	173
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	177

10.4	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	180
10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 184	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	187
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	191
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung	195
11.	Ergebnisse: Effizienz	199
12.	Diskussion	201
12.1	Hauptergebnisse	201
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	208
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	212
13.	Literatur	214
14.	Anhang.....	215
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	215
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	244
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	263
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 305	
14.5	Ergebnisse Kosten	306
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	313
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	316
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	320
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)	323
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 324	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 325	

Glossar

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

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

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

Ist dieser Schätzer gleich eins, ist der relative Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG identisch zur KG. Dann verlaufen die beiden Geraden für IG und KG parallel.

Ist dieser Schätzer größer als eins, ist der relative Anstieg des Outcomes über die Zeit in der IG größer als in der KG. Das ist in folgenden Situationen der Fall:

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

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

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

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

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

dem *Zeithaupteffekt* Aussagen über Unterschiede zwischen dem Prä-Zeitraum und dem 1. Jahr ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

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

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

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

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

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

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

Peak beschreibt ein spitzes Maximum im Verlauf einer Kurve.

Population I/II beschreibt zwei verschiedene Subkohorten der Studienkohorte. Population I umfasst die Patienten, die zum Referenzzeitpunkt einer eindeutigen Indexgruppe basierend auf ICD Dreisteller (Einfach-Diagnose) zugeordnet werden konnten, d.h. entweder Indexdiagnose als Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose (Referenzort = stationär) oder nur eine Indexdiagnose in

der Psychiatrischen Institutsambulanz (Referenzort = PIA). Population II umfasst alle eingeschlossenen Patienten.

Der **Postzeitraum**, oder Nachbeobachtungszeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten, die er ab Einschluss in die Evaluationsstudie unter Beobachtung steht. Für die ersten Zwischenberichte entspricht dieser Zeitraum einem Jahr.

Prä-Zeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten von einem Jahr vor dessen Einschluss in die Evaluationsstudie.

Propensity Score Matching bezeichnet die Auswahl statistischer Zwillinge auf Basis des Propensity Scores.

Das **Risk Ratio** oder auch relative Risiko (RR) drückt aus, um welchen Faktor sich die Häufigkeit bezüglich eines betrachteten Outcomes (beispielsweise für eine Erkrankung) in zwei Gruppen unterscheidet. Ist dieser Schätzer kleiner als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in einer Interventionsgruppe (IG) geringer als in der Kontrollgruppe (KG). Ist dieser Schätzer gleich eins, ist die Häufigkeit des Outcomes für beide Gruppen gleich groß. Ist dieser Schätzer größer als eins, ist die Häufigkeit des Outcomes in der IG höher als in der Referenzgruppe KG.

Statistisch signifikant wird das Ergebnis eines statistischen Tests genannt, wenn Stichprobendaten stark von einer vorher festgelegten Annahme, der sogenannten Nullhypothese (i. d. R. Gleichheit des Mittelwertes), abweichen. Die Regel zum Verwerfen der Nullhypothese ist meist in Form eines vorher definierten Signifikanzniveaus oder p-Wertes implementiert. Die Nullhypothese wird verworfen, wenn der p-Wert kleiner als das vom Anwender festgelegte Signifikanzniveau ist. Im vorliegenden Bericht wird das Resultat als statistisch signifikant bezeichnet, wenn die Nullhypothese zum 5%-Signifikanzniveau zugunsten der Alternativhypothese verworfen wird.

Somatische Diagnose wird in dieser Studie für eine Diagnose gebraucht, die nicht aus Kapitel V (F00-F99) des ICD-10-GM-Kataloges stammt.

In den grafischen Darstellungen sind **Streuungsintervalle** um die abgetragenen Mittel- oder Anteilswerte abgetragen. Die Länge eines Intervalls entspricht dem Vierfachen der geschätzten Standardabweichung des betrachteten Schätzwertes. Die Intervalle dienen der Veranschaulichung der Streubreite, dürfen jedoch aufgrund der in vielen Fällen verletzten Normalverteilungsannahme nicht als Konfidenzintervalle genutzt werden.

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

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

Hinweis zur Navigation im PDF-Dokument:

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	52
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	60
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	67
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	76
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	92
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.....	108
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.....	114
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	119
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	125
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Abbildung 14: Graphische Darstellung, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	129
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	132
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	134
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	136
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	138
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	142
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	147
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	149
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	155
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	157
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf	158
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	160
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	169

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	171
Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	175
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	176
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	179
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	180
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	181
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	182
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	183
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)	185
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)	186
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	187
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	188
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	189
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	190
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	192

Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 193

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 194

Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 195

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) 196

Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 197

Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 200

Abbildung 51: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 244

Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 248

Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr..... 250

Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 253

Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 255

Abbildung 56: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 256

Abbildung 57: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 257

Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 258

Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität..... 259

Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 260

Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr . 261

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting 323

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	33
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken	33
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching	34
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle	38
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle	40
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	49
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	59
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	65
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	75
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	80
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	99
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	108
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	108
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.....	114
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	117
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	124
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	127
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	128
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	131
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	133
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	135
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	137
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	140
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	146
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	150
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	151
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	152
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	154
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	157
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannteren Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)	158
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)	159
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).....	161

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)	162
Tabelle 35: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	162
Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	163
Tabelle 37: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	163
Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	164
Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	164
Tabelle 40: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	165
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	169
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	170
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	171
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	173
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	174
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	175
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	176
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	177
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	178
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	180
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)	181

Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	182
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	183
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).....	184
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).....	185
Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	186
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	188
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	189
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	190
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	191
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	192
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakergorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	194
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	195
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	196
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	197
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	199
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	199
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	215
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	217
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	219
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	227
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	233
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	234
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	236

Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	238
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	240
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	241
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	242
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	264
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	266
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	268
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	270
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	271
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	273
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt)	275
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	277
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	278
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt)	279
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	281
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	282
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	283
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	284
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	285
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	286
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	287
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	288
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	289
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr.....	290
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	291
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	292
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	293
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	294
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	295

Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	296
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	297
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	298
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	299
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	300
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	301
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)	302
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr	303
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr	304
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)	305
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	307
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	308
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	309
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	310
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	312
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	313

Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 313

Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 313

Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 314

Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 314

Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 314

Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 315

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316

Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316

Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 316

Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317

Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 317

Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 319

Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 319

Tabelle 143: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 320

Tabelle 144: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 320

Tabelle 145: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 320

Tabelle 146: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 321

Tabelle 147: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 321

Tabelle 148: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr..... 321

Tabelle 149: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr 322

Tabelle 150: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting..... 323

Tabelle 151: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr..... 324

Tabelle 152: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr	324
Tabelle 153: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	324
Tabelle 154: Anzahl PIA-Patienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	324
Tabelle 155: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325
Tabelle 156: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr	325

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der DIAKO Nordfriesland gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

Studiendesign und Methoden

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

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

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

Für die DIAKO Nordfriesland gGmbH wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext 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 Zeitver-

lauf. Als sekundäre Zielparameter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

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

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

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

teile der Patienten entsprechend des Behandlungssettings sowohl für die Studienpopulation als auch für die Klinik betrachtet.

Ergebnisse

Die Studienpopulation für die DIAKO Nordfriesland gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.653 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium *kumulative stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 48 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Wert im Jahr vor Modelleinschluss (Prä-Wert), Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr und war sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG mit 19,1 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 24,4 vollstationären Tagen (Seite 49 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die stationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG. Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte sowie der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt im teilstationären Bereich war zwischen IG und KG bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten vergleichbar (Seite 49 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine deutlichen Unterschiede zwischen IG und KG (Seite 59 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro linikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 13 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Seite 117 ff.). Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe nahezu identisch. Zwischen den Gruppen gab es keine relevanten Unterschiede (Seite 117 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen nahezu parallel. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG weniger stark an als in der KG (Seite 124 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 64 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 1 PIA-Kontakt weniger. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt aller Patienten ca. 1,5 Kontakte über dem Niveau der KG (Seite 65 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich auch ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt aller Patienten ca. 2 Kontakte über dem Niveau der KG (Seite 65 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine weniger starke Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG sowohl im Prä-Zeitraum, als auch im patientenindividuellen ersten Jahr. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war sowohl im Prä-Zeitraum als auch im patientenindividuellen ersten Jahr in der IG größer als in der KG. Die KG glich sich jedoch der IG im ersten patientenindividuellen Jahr der Inanspruchnahme fast an (Seite 75 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 79 ff.) zeigten sich sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine geringere Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 127 ff.) war der Anteil der Personen mit *Wiederaufnahme* innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG.

Beim Zielparameter *Progressionsrate* (Seite 139 ff.) zeigten sich zwar vergleichbare Muster, jedoch war für linikneue Patienten ein deutlicher Niveauunterschied mit geringerer Progression zu schweren bzw. rezidivierenden depressiven Störungen in der IG gegenüber der KG festzustellen.

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 110 ff.), *Komorbidität* (Seite 131 ff.), *Mortalität* (Seite 135 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 149 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

Kosten

Bezogen auf die *gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten* zeigte sich bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr kein Unterschied in der Höhe der Kosten im patientenindividuellen Prä-Zeitraum (IG = 1400,58 €; KG = 1456,93 € je Patient) (Seite 169 ff.). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen im ersten Nachbeobachtungsjahr an: in der IG auf 8682,95 € je Patient und in der KG auf 7904,29 €. Die Differenz zwischen den beiden Gruppen ist jedoch statistisch nicht signifikant. Die Differenz zwischen IG und KG lässt sich dabei über signifikant höhere Kosten je Patient der IG im tagesklinischen Bereich (IG = 1.765,64 €; KG = 903,51 €) und die Differenz von 862,13 € der teilstationär psychiatrischen Versorgung teilweise aufwiegenden geringeren Kosten je Patient der IG in der PIA-Versorgung (IG = 308,59 €; KG = 512,07 €) erklären. In der tagesklinischen Versorgung kann die Kostendifferenz zwischen IG und KG zu einem großen Teil durch die höhere Zahl der tagesklinischen Behandlungen in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr erklärt werden. In der PIA-Versorgung entsprach die Mengenkomponekte (weniger Kontakte der IG gegenüber der KG) dem Bild der Kosten (geringere Kosten in der IG). In der tagesklinischen, aber vor allem in der vollstationären Versorgung sind jedoch bei der Bewertung der Kosten zusätzlich Preiseffekte zu berücksichtigen. So wies die Gruppe der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr einerseits eine signifikant geringere Anzahl an vollstationären Behandlungstagen auf, die Kosten je Patient hierfür waren in der IG mit 5826,94 € hingegen gleich hoch wie in der KG, in der es 5760,14 € je Patient waren. Zu diesem Ergebnis führten die deutlich höheren Tagessätze in der Modellklinik gegenüber den Kontrollkliniken. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient und unterschieden sich deutlich nicht zwischen IG und KG (IG_{2. Jahr} = 2296,37 €, IG_{3. Jahr} = 2134,58 €; KG_{2. Jahr} = 2522,36 €, KG_{3. Jahr} = 2158,30).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bereits im Prä-Zeitraum signifikante Unterschiede zwischen den psychiatrischen Versorgungskosten der IG und der KG. So fielen in der IG 4965,99 € und in der KG 6021,36 € je Patient an. Diese Kostendifferenz rührte hauptsächlich von signifikant geringeren Kosten der IG für vollstationäre Behandlungen und PIA-Behandlungen her. Teilweise aufgewogen wurde die Differenz der genannten Settings durch höhere Kosten in der IG für tagesklinisch psychiatrische Behandlungen. Während die gesamten psychiatrischen Kosten in der KG sowohl im ersten als auch im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen, stiegen sie in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr an und fielen im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ab. Dabei waren die Kostenunterschiede zwischen IG und KG in allen drei Zeiträumen statistisch nicht signifikant (IG_{1. Jahr} = 5500,58 €, IG_{2. Jahr} = 3958,15 €, IG_{3. Jahr} = 3437,03 €; KG_{1. Jahr} = 5643,74 €, KG_{2. Jahr} = 4333,25 €, KG_{3. Jahr} = 3785,25 €).

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. In der IG fielen 1623,23 € und in der KG 1403,16 € an. In beiden Gruppen stiegen die Kosten parallel zueinander an. In der IG stiegen sie auf 8195,99 € und in der KG stiegen sie auf 7541,88 € je Patient. Die Kosten der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr lagen somit in beiden Gruppen auch unter den Kosten der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr des ersten Jahres.

Kosten-Effektivität

Bei der Effizienz zeigte sich bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr für alle drei Nachbeobachtungsjahre ein positives Outcome im Sinne verringerter *vollstationär psychiatrischer Behandlungstage*, wobei sich ein signifikanter Unterschied lediglich für die 5,3 weniger angefallenen vollstationär psychiatrischen Behandlungstage in der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte (Seite 199 ff.). Im Gegensatz zu diesen 5,3 eingesparten Tagen, sind im gleichen Zeitraum um 778,66 € höhere (jedoch statistisch nicht signifikant höhere) Kosten je Patient der IG angefallen, sodass hier die Zahlungsbereitschaft der Kostenträger entscheidend ist. Im zweiten und dritten Jahr fielen in der IG 1,1 bzw. 0,4 Tage weniger als in der KG an (jeweils statistisch nicht signifikant). Parallel dazu waren auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Zeiträumen in der IG (numerisch, nicht jedoch statistisch signifikant) geringer als in der KG (225,99 € bzw. 23,72 €). Es ergab sich somit ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis (ICER) von 148,07 € im ersten, -207,61 € im zweiten und -67,34 € im dritten Nachbeobachtungsjahr. Im ersten Jahr waren je zusätzlich vermiedenen Tag 148,07 € aufzubringen; im zweiten und dritten Jahr wurden durch jeden eingesparten Tag 207,61 € bzw. 67,34 € eingespart.

Ein ähnliches Bild ergab sich für das Outcome *AU-Tage*. Auch hier wurden in jedem Zeitraum AU-Tage vermieden. Für die durchschnittlich je Patient der IG vermiedenen 13,1 AU-Tage fielen Mehrkosten von 1525 € an, sodass sich für das erste Nachbeobachtungsjahr ein ICER von 116,84 € ergab, d.h. je vermiedenen Tag war dieser Betrag zusätzlich aufzubringen. Im zweiten Jahr zeigte sich ein ICER von -50,21 €, hier fielen für die um 3,1 geringere Anzahl an AU-Tagen je Patient in der IG 157,99 € weniger an. Im dritten Jahr betrug der ICER bei 2,6 vermiedenen Tagen und Mehrkosten von 263,73 € je Patient 101,21 €.

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr konnten 1,1 vollstationäre Behandlungstage und 8,4 AU-Tage vermieden werden. Demgegenüber standen um 434,04 € bzw. 1006,81 € höhere Kostenanstiege. Es ergibt sich somit ein ICER von 405,82 € bezogen auf die vollstationären Tage und 120,50 € bezogen auf die AU-Tage.

Diskussion

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

liegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

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

(1) Es gibt relevante Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können: Patienten, die in der Modellklinik behandelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt und waren weniger Tage arbeitsunfähig als Patienten der Kontrollkliniken.

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

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

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

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

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

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 Mo-

dellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten oder teilstationären Bereich bewirkt hat. Insgesamt gab es zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten.

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

Die weitgehende 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

Gemäß der Kostenanalyse bestehen keine Hinweise, dass in Folge des für die Modellklinik bestehenden Gesamtbudgets für vollstationäre, teilstationäre und PIA-Leistungen eine Verschiebung von Leistungen in den vertragsärztlichen Bereich angenommen werden kann, da die Kosten sich zwischen IG und KG in keinem der Beobachtungszeiträume signifikant voneinander unterscheiden. Somit wurde offensichtlich kein Fehlanreiz durch den Modellvertrag nach §64b SGB V gesetzt. Die beobachteten Kostensteigerungen sind dabei vor allem im ersten Nachbeobachtungsjahr der Kohorte mit Referenzfall im ersten Modelljahr auf deutlich höhere Tagessätze in der Modellklinik zurückzuführen. Dabei handelt es sich um Ausgleichszahlungen aus dem Zeitraum vor Modellbeginn, welche demzufolge als periodenfremde Effekte betrachtet werden müssen. Dieser Effekt schwächt sich im dritten Modelljahr und für die Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr ab, bleibt aber dennoch bestehen.

Auf der Basis der durchgeführten Kosten-Effektivitätsanalyse konnte bezogen auf den Outcome-Parameter *vollstationäre Behandlungstage* konnte ein effektiver Ressourceneinsatz ermittelt werden. Zwar lag der Kostenanstieg der IG über dem der KG, allerdings war ein positives Outcome im Sinne vermiedener Tage zu verzeichnen. Die Kosteneffektivität wird allerdings auch durch die Preisefekte beeinflusst. Es muss demnach geprüft werden, ob sich bei der Verwendung normierter Preise ein ähnliches Bild oder ein zugunsten der Modellklinik verändertes Bild entsteht. Nach jetzigem Stand ist die Fortführung des Modells von der Zahlungsbereitschaft der Kostenträger abhängig. Dies gilt auch für das Outcome der *AU-Tage*

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von 20 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-

Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis 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 über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

Fazit

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

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

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Nordwest
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK GILDEMEISTER SEIDENSTICKER
- BKK Herford Minden Ravensberg
- BKK Melitta Plus
- BKK VBU
- BKK VDN
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Deutsche BKK
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Barmer (Namensänderung zur BARMER per 01.01.2017)
- DAK Gesundheit
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016)

6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 2.662 Versicherte ein, wobei für 2.653 Versicherte (99,7%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 30.985 Patienten gezogen.

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurden die Variablen *Alter* und *Geschlecht* sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3).

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

Nicht angeglichen werden konnte (wobei dies beabsichtigt ist) jedoch die Verteilung der Referenzfälle nach ihrem Behandlungsort: bei den klinikneuen Patienten der IG zeigen sich über alle Kohorten signifikant geringere Anteile an Referenzfällen in der PIA gegenüber der KG. Signifikante Unterschiede ergeben sich auch in den Anteilen vollstationärer Referenzfälle in Kohorte 1 und 2 sowie über alle Patienten hinweg. Allerdings ist hier eine Verzerrung zu beobachten, da in den ersten beiden Modelljahren die Psychosomatik in den Abrechnungsdaten nicht von der allg. Psychiatrie zu unterscheiden ist. Erst ab dem dritten Modelljahr ist eine Unterscheidung möglich.

Der in der IG über die Kohorten ansteigenden Anteile an teilstationären Referenzfällen bei den klinikneuen Patienten, lässt eine Tendenz zu Umsteuerungseffekten in tagesklinische Settings vermuten.

Die Inanspruchnahme der Patienten im Prä-Zeitraum konnte weitestgehend angeglichen werden. Unterschiede ergeben sich für die Anteile der Patienten mit mind. einem vollstationär-psychiatrischen Fall in Kohorte 1 über alle Patienten hinweg und der Untergruppe der klinikbekannten Patienten. Hier weist die IG einen Höheren Anteil an Patienten mit Behandlungsfall gegenüber der KG auf. In der Gruppe der klinikneuen Patienten zeigt sich über alle Kohorten gesamt betrachtet ein signifikant höherer Anteil an Patienten mit PIA-Fall im Prä-Zeitraum n der KG. Ebenfalls höher ist

eine vorangegangene vertragsärztliche Inanspruchnahme in der KG über alle Patienten und Kohorten hinweg sowie in Kohorte 3.

Im Zeitverlauf ist eine signifikante Verringerung des Durchschnittsalters der IG um 3,2 Jahre von Kohorte 1 zu Kohorte 3 zu verzeichnen.

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

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	3.179	36.222	2.662 (84%)	30.985 (86%)	2.653 (83% ; 99,7%)	2.653 (7% ; 9%)
Kohorte 1	1.787	17.944	1.539 (86%)	15.720 (88%)	1.534 (86% ; 99,7%)	1.534 (9% ; 10%)
Kohorte 2	766	9.560	631 (82%)	8.042 (84%)	630 (82% ; 99,8%)	630 (7% ; 8%)
Kohorte 3	626	8.718	492 (79%)	7.223 (86%)	489 (78% ; 99,4%)	489 (6% ; 7%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	26,6	459
2	31,1	366
3	31,2	747
4	32,7	666
5	32,9	307
6	33,8	16
7	34,2	31
8	34,4	15
9	36,3	41
10	43,7	5
11	53,7	—
12	62,9	—

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte Jahr 1			Kohorte Jahr 2			Kohorte Jahr 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	2.653	2.653		1.534	1.534		630	630		489	489		IG	KG
	linikneue	1.631	1.631		610	610		562	562		459	459			
	linikbekannt	1.022	1.022		924	924		68	68		30	30			
mittleres Alter	gesamt	47,1	46,5	0,910	48,4	47,2	0,266	45,5	45,2	1,000	45,2	46,3	1,000	0,033	1,000
	linikneue	46,6	46,1	1,000	48,1	46,9	0,782	45,7	44,9	1,000					
	linikbekannt	47,9	47,3	1,000	48,5	47,4	0,621	43,5	47,7	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	58,1%	58,3%	1,000	60,8%	58,5%	1,000	54,8%	58,1%	1,000	54,0%	57,9%	1,000	0,511	1,000
	linikneue	56,5%	57,6%	1,000	59,3%	54,8%	0,710	55,0%	59,1%	0,925					
	linikbekannt	60,6%	59,4%	1,000	61,7%	61,0%	1,000	52,9%	50,0%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	38,5%	38,5%	1,000	60,2%	60,2%	1,000	10,8%	10,8%	1,000	6,1%	6,1%	1,000	<0,001	<0,001
	linikneue	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
	linikbekannt	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	47,6%	57,3%	<0,001	61,9%	64,4%	0,930	30,0%	47,6%	<0,001	25,4%	47,6%	0,000	1,000	0,160
	linikneue	26,8%	45,2%	<0,001	28,0%	40,3%	<0,001	27,4%	48,8%	<0,001					
	linikbekannt	80,7%	76,6%	0,242	84,2%	80,3%	0,298	51,5%	38,2%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	42,7%	37,2%	<0,001	32,8%	31,4%	1,000	61,0%	45,7%	<0,001	50,1%	44,6%	0,575	<0,001	0,082
	linikneue	59,3%	47,7%	<0,001	62,3%	52,8%	0,010	63,2%	44,5%	<0,001					
	linikbekannt	16,1%	20,5%	0,139	13,3%	17,2%	0,236	42,6%	55,9%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	7,8%	4,1%	<0,001	5,3%	3,5%	0,123	9,0%	5,2%	0,095	13,7%	4,5%	0,000	0,327	1,000
	linikneue	10,9%	5,0%	<0,001	9,7%	5,4%	0,060	9,4%	5,2%	0,067					
	linikbekannt	2,8%	2,6%	1,000	2,5%	2,2%	1,000	5,9%	5,9%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	2,0%	1,4%	0,665	0,0%	0,8%	0,016	0,0%	1,4%	0,067	10,8%	3,3%	0,000	<0,001	0,547
	linikneue	3,1%	2,1%	0,486	0,0%	1,5%	0,060	0,0%	1,6%	0,067					
	linikbekannt	0,3%	0,3%	1,000	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	14,5%	16,2%	0,559	18,2%	22,8%	0,017	8,7%	6,5%	0,837	10,2%	8,2%	1,000	1,000	1,000
	linikneue	7,3%	6,5%	1,000	8,9%	7,9%	1,000	6,8%	5,0%	1,000					
	linikbekannt	25,9%	31,8%	0,044	24,4%	32,7%	<0,001	25,0%	19,1%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	4,0%	4,8%	0,910	6,3%	6,8%	1,000	0,5%	2,1%	0,165	1,4%	2,0%	1,000	1,000	1,000
	linikneue	0,7%	1,6%	0,203	0,8%	2,0%	0,714	0,5%	1,8%	0,565					
	linikbekannt	9,3%	10,0%	1,000	10,0%	10,1%	1,000	0,0%	4,4%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	31,2%	31,8%	1,000	50,9%	49,6%	1,000	4,3%	7,3%	0,180	4,1%	7,6%	0,203	1,000	0,547
	linikneue	2,5%	5,1%	<0,001	2,8%	4,8%	0,688	2,1%	5,3%	0,067					
	linikbekannt	77,1%	74,5%	1,000	82,7%	79,2%	0,530	22,1%	23,5%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	49,3%	53,5%	0,020	49,0%	52,1%	0,677	50,3%	53,5%	1,000	49,1%	58,1%	0,047	1,000	1,000
	linikneue	50,2%	54,3%	0,132	51,0%	54,1%	0,906	50,4%	52,0%	1,000					
	linikbekannt	48,0%	52,3%	0,505	47,7%	50,8%	1,000	50,0%	66,2%	0,905					

(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 DIAKO Nordfriesland gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der DIAKO Nordfriesland gGmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der DIAKO Nordfriesland gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 103 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 31 in der Tagesklinik und 27 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPfIV von 2009 bis 2013, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und Home-Treatment. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +-6%) mit einer gesonderten Betrachtung von Suchterkrankten an illegalen Drogen. Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Es werden jedoch keine Fachabteilungen ausgeschlossen.

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

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

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

8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Über 70% 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)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- depressive Episoden (F32) 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)	610	610
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,3 %	71,0 %
• Zwei Diagnosen	22,6 %	23,0 %
• Drei Diagnosen	5,7 %	5,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	13	14
2. F10 & F32	11	12
3. F33 & F43	10	10

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)	924	924
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	53,9 %	55,7 %
• Zwei Diagnosen	32,5 %	32,8 %
• Drei Diagnosen	11,3 %	9,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,4 %	1,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F43	44	45
2. F10 & F33	34	35
3. F32 & F43	12	12

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)	489	489
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	65,6 %	66,3 %
• Zwei Diagnosen	27,4 %	27,4 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	5,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,4 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	15	15
2. F10 & F32	15	15
3. F32 & F43	13	14

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	429	433	610	610
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,7 %	0,7 %	0,7 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,5 %	3,5 %	3,1 %	2,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,9 %	0,7 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,9 %	22,4 %	26,2 %	26,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,7 %	7,6 %	8,2 %	8,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	46,2 %	46,2 %	53,9 %	53,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,3 %	10,2 %	16,9 %	16,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,7 %	2,8 %	3,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,1 %	5,8 %	13,4 %	13,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	3,1 %	2,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,9 %	0,9 %	3,8 %	3,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,5 %	1,6 %	1,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 %	0,2 %	0,8 %	0,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,5	48,3	48,1	46,9
• Median	50	49	49	47
• (Interquartilsabstand)	(37 - 60)	(34 - 59)	(35 - 59)	(34 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,1 %	51,7 %	59,3 %	54,8 %
• Männer	42,9 %	48,3 %	40,7 %	45,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	72,7 %	57,0 %	72,0 %	59,7 %
• PIA	27,3 %	43,0 %	28,0 %	40,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,0 %	0,8 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,8 %	6,5 %	7,0 %	5,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	13,1 %	9,0 %	12,3 %	9,3 %

• Abitur/Fachabitur	3,0 %	8,1 %	4,4 %	7,9 %
• Abschluss unbekannt	11,4 %	9,0 %	12,0 %	11,3 %
• Fehlende Angabe	65,0 %	67,4 %	63,4 %	65,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,4 %	1,8 %	5,4 %	2,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,8 %	18,2 %	19,2 %	18,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,5 %	1,2 %	0,8 %	1,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,7 %	4,4 %	1,0 %	4,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	9,6 %	6,5 %	10,2 %	8,2 %
• Fehlende Angabe	65,0 %	67,4 %	63,4 %	65,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,2 %	8,3 %	7,7 %	7,9 %
• Nein	76,7 %	75,5 %	74,4 %	73,4 %
• Fehlende Angabe	15,2 %	16,2 %	17,9 %	18,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,4 %	26,3 %	28,9 %	27,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	19,3 %	20,1 %	22,5 %	22,3 %
• Weder A noch B	51,3 %	53,6 %	48,7 %	50,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	51,7 %	55,9 %	53,0 %	58,0 %
• Familienversicherter	4,0 %	6,2 %	4,4 %	6,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	34,0 %	30,7 %	33,4 %	29,8 %
• Fehlende Angabe	10,3 %	7,2 %	9,2 %	6,1 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	498	515	924	924
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,6 %	0,3 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,0 %	11,1 %	18,8 %	17,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,1 %	27,4 %	20,7 %	21,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	46,8 %	45,6 %	60,8 %	58,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,2 %	5,0 %	19,2 %	18,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,2 %	2,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,8 %	4,7 %	14,9 %	15,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,2 %	3,5 %	3,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,4 %	1,4 %	7,4 %	7,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,0 %	2,1 %	4,4 %	4,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	1,0 %	0,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,2 %	1,2 %	2,5 %	1,9 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,6	49,1	48,5	47,4
• Median	49	49	48	48
• (Interquartilsabstand)	(39 - 60)	(39 - 59)	(38 - 58)	(38 - 56)
Geschlecht (%)				
• Frauen	57,4 %	57,5 %	61,7 %	61,0 %
• Männer	42,6 %	42,5 %	38,3 %	39,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	18,9 %	20,2 %	15,8 %	19,7 %
• PIA	81,1 %	79,8 %	84,2 %	80,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,4 %	1,6 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,8 %	3,1 %	8,2 %	2,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	7,8 %	4,7 %	7,8 %	4,5 %
• Abitur/Fachabitur	3,2 %	6,6 %	3,1 %	6,0 %
• Abschluss unbekannt	6,8 %	7,8 %	8,2 %	9,0 %

• Fehlende Angabe	72,9 %	77,5 %	71,0 %	76,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,2 %	2,3 %	5,4 %	2,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,3 %	10,7 %	16,5 %	11,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,4 %	0,0 %	0,3 %	0,2 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,6 %	3,3 %	0,5 %	3,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,6 %	6,2 %	6,2 %	6,5 %
• Fehlende Angabe	72,9 %	77,5 %	71,0 %	76,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,6 %	10,5 %	7,9 %	9,3 %
• Nein	72,1 %	70,3 %	71,1 %	70,2 %
• Fehlende Angabe	19,3 %	19,2 %	21,0 %	20,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	33,7 %	39,6 %	34,0 %	40,8 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	50,4 %	42,7 %	53,5 %	45,5 %
• Weder A noch B	15,9 %	17,7 %	12,6 %	13,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	52,2 %	48,7 %	52,2 %	49,1 %
• Familienversicherter	3,0 %	5,0 %	3,5 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	40,6 %	41,9 %	40,9 %	42,1 %
• Fehlende Angabe	4,2 %	4,3 %	3,5 %	3,5 %

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

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

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

⁴ ohne F43 und F45

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	321	324	489	489
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,9 %	1,2 %	1,0 %	1,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,6 %	1,5 %	1,2 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,2 %	20,1 %	24,9 %	24,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,9 %	5,9 %	5,3 %	5,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	52,6 %	52,8 %	62,6 %	63,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,2 %	6,5 %	14,7 %	15,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,9 %	0,9 %	4,5 %	4,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	6,9 %	7,4 %	15,1 %	15,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,3 %	2,2 %	1,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	0,9 %	4,1 %	3,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,2 %	0,9 %	1,8 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,6 %	1,2 %	2,5 %	1,6 %
Alter ¹				
• Mittelwert	45,8	46,3	45,2	46,3
• Median	45	46	46	47
• (Interquartilsabstand)	(30 - 57)	(32 - 57)	(31 - 56)	(32 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	48,3 %	58,0 %	54,0 %	57,9 %
• Männer	51,7 %	42,0 %	46,0 %	42,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	72,3 %	48,8 %	74,6 %	52,4 %
• PIA	27,7 %	51,2 %	25,4 %	47,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,2 %	0,3 %	1,4 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,5 %	6,8 %	8,4 %	6,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	14,0 %	11,7 %	12,3 %	12,1 %
• Abitur/Fachabitur	4,0 %	6,8 %	3,5 %	6,5 %
• Abschluss unbekannt	10,9 %	10,2 %	13,7 %	10,8 %

• Fehlende Angabe	62,3 %	64,2 %	60,7 %	64,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,7 %	3,4 %	9,0 %	4,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,2 %	21,3 %	17,2 %	20,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,2 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,9 %	1,5 %	1,0 %	1,8 %
• Promotion	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	10,6 %	8,0 %	11,0 %	8,0 %
• Fehlende Angabe	62,3 %	64,2 %	60,7 %	64,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	4,4 %	8,6 %	4,3 %	7,8 %
• Nein	77,9 %	74,1 %	78,5 %	75,5 %
• Fehlende Angabe	17,8 %	17,3 %	17,2 %	16,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium ²	29,0 %	29,0 %	31,5 %	31,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	17,1 %	20,7 %	18,2 %	22,7 %
• Weder A noch B	53,9 %	50,3 %	50,3 %	45,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	65,1 %	63,0 %	66,1 %	63,8 %
• Familienversicherter	5,9 %	10,2 %	7,4 %	8,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	22,1 %	25,6 %	21,1 %	25,6 %
• Fehlende Angabe	6,9 %	1,2 %	5,5 %	2,0 %

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

8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

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

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

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

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

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

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	580	580	565	548	577	577	565	555
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)	10,3 %	32,6 %	16,5 %	15,9 %	13,2 %	39,7 %	18,8 %	14,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,4 %	4,5 %	1,9 %	1,6 %	1,2 %	2,4 %	1,1 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,1 %	10,7 %	8,7 %	8,0 %	14,7 %	12,7 %	10,4 %	10,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,3	19,1	4,5	4,4	3,6	24,4	5,6	4,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	8,3	0,7	1,4	0,5	6,7	1,4	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,5	27,5	5,2	5,8	4,1	31,1	7,0	5,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,7	1,0	0,4	0,1	0,3	0,6	0,3	0,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,7	0,7	0,3	0,1	0,3	0,5	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,5	1,0	1,3	1,7	1,7	1,5	1,5

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

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	896	896	888	879	900	900	880	870
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)	26,9 %	22,3 %	18,4 %	15,2 %	37,0 %	25,8 %	23,0 %	18,7 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	6,4 %	4,0 %	2,5 %	2,2 %	5,0 %	2,2 %	2,0 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,5 %	10,8 %	9,1 %	8,5 %	15,0 %	12,8 %	13,6 %	10,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,0	8,7	5,7	5,1	14,3	13,6	9,4	7,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	3,6	2,8	1,9	1,3	3,6	2,1	1,0	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	11,6	11,5	7,6	6,5	17,9	15,7	10,4	8,8

• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,5	0,7	0,7	0,6	1,4	0,7	0,5	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	1,2	0,7	0,7	0,5	1,3	0,6	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,3	1,4	1,1	0,9	1,8	2,2	1,8	1,9

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

⁴Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

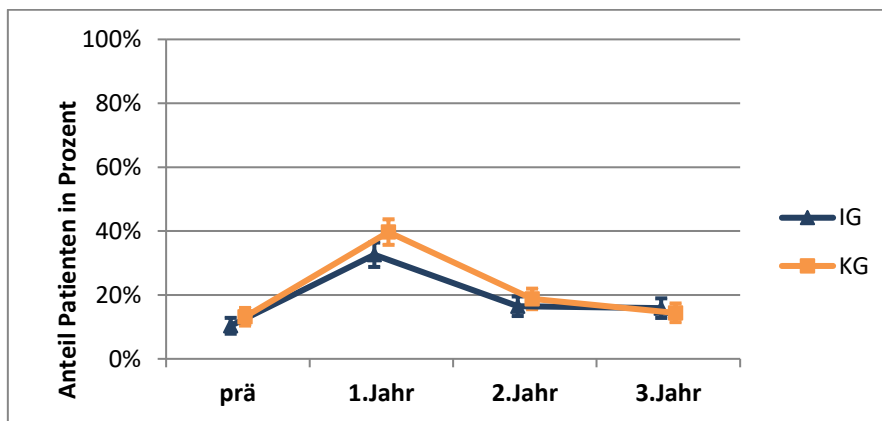
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

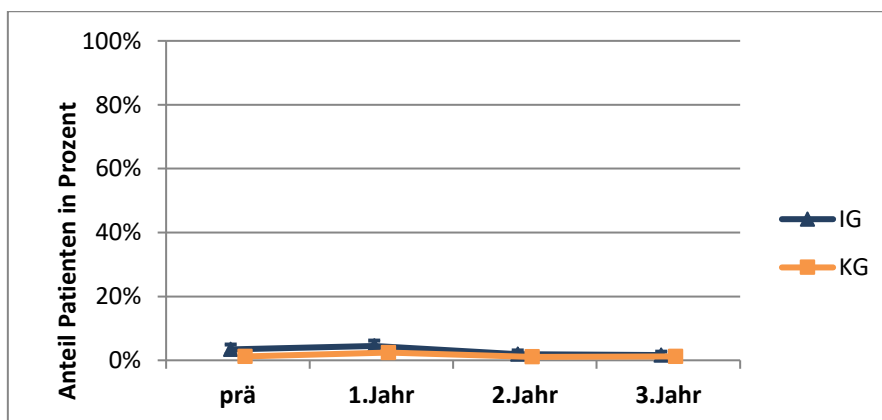
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

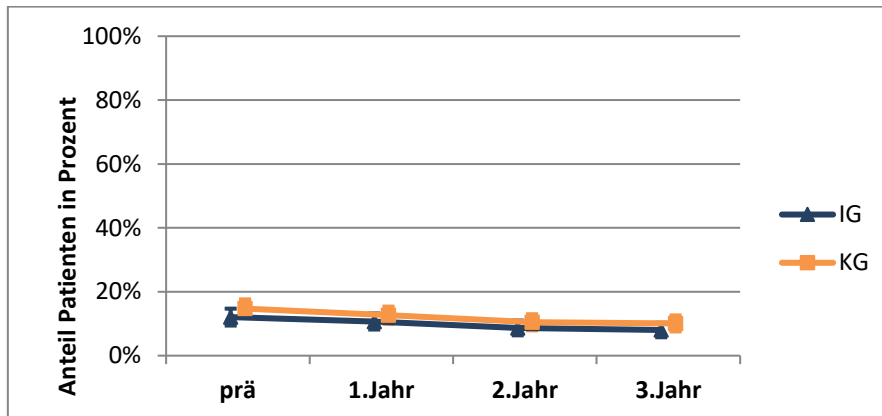
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

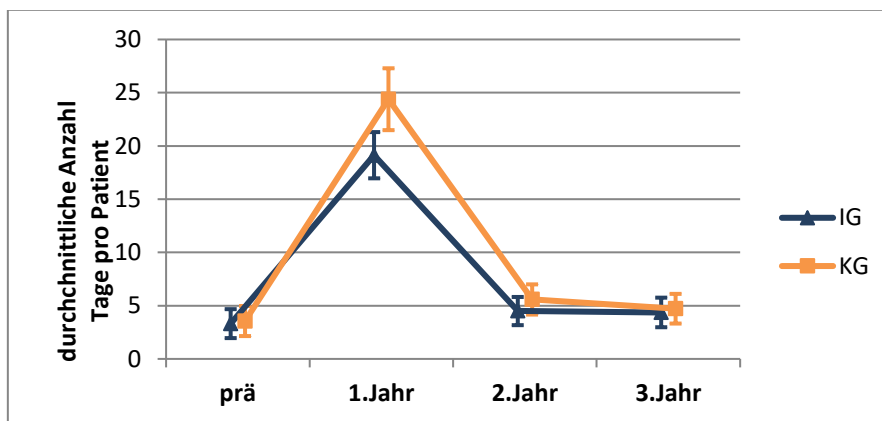


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

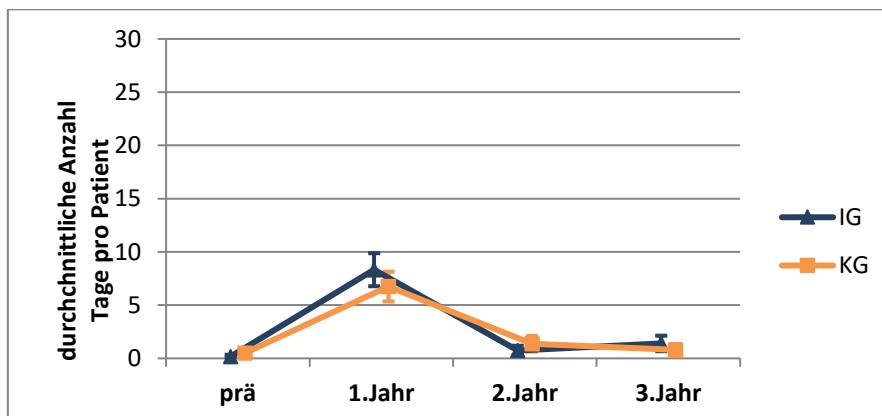


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

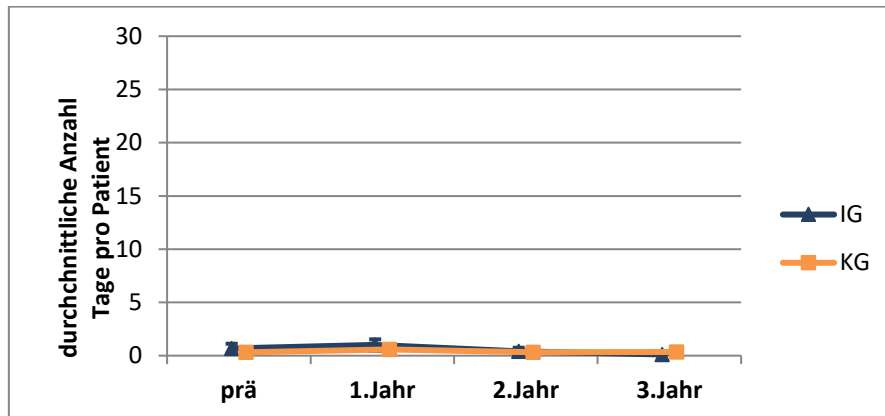
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



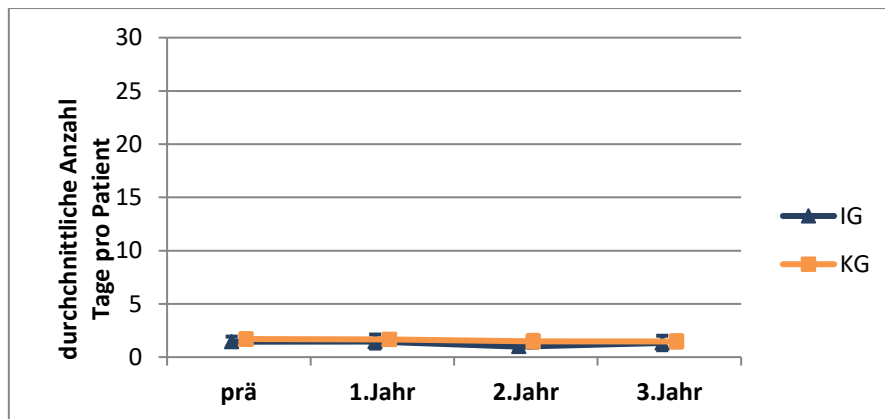
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



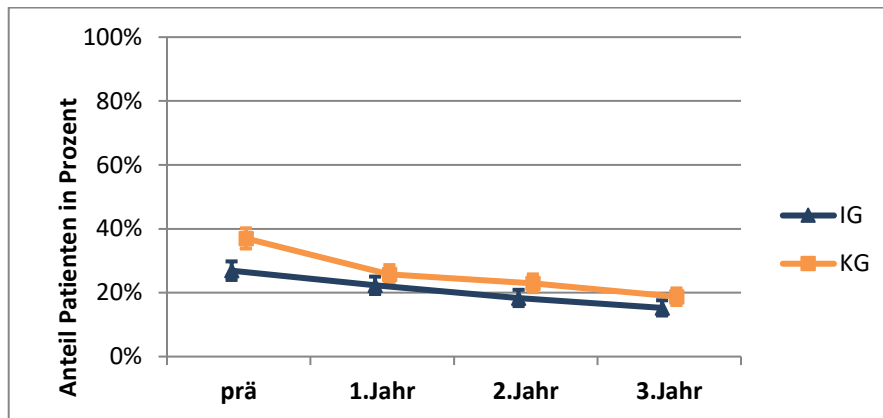
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

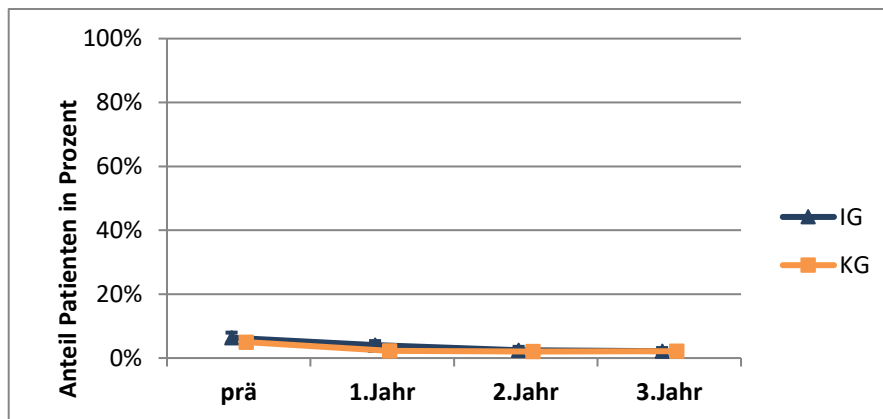
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

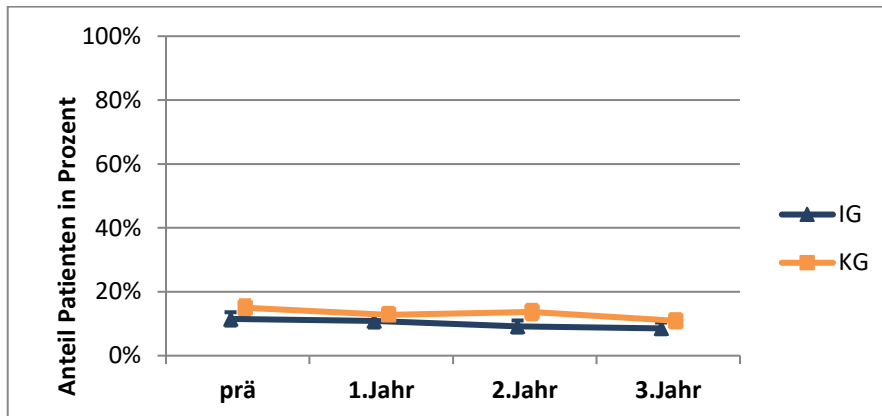
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

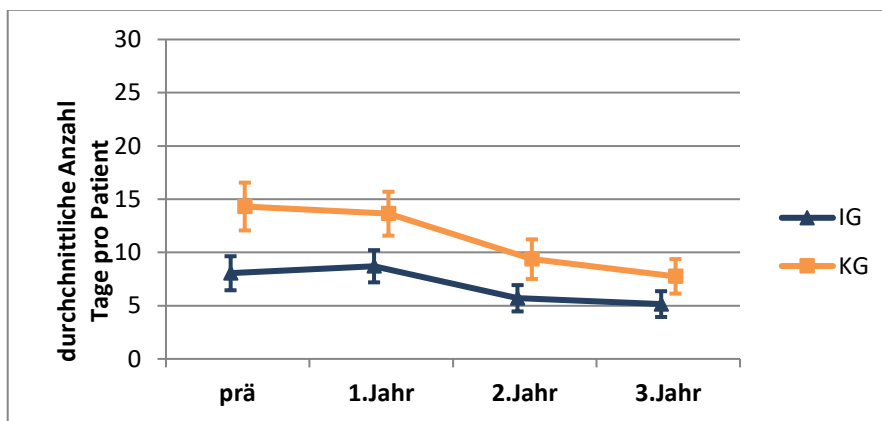


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

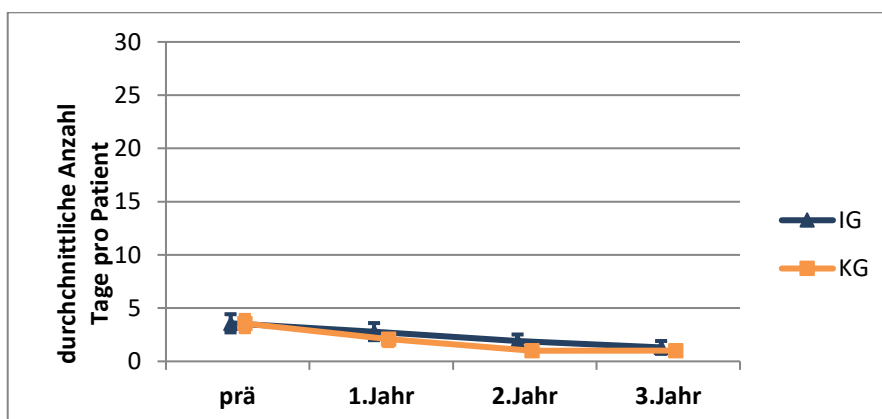


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

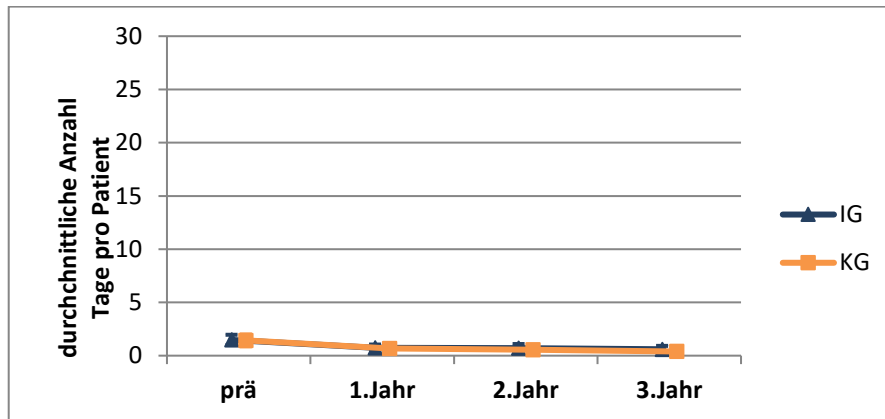
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



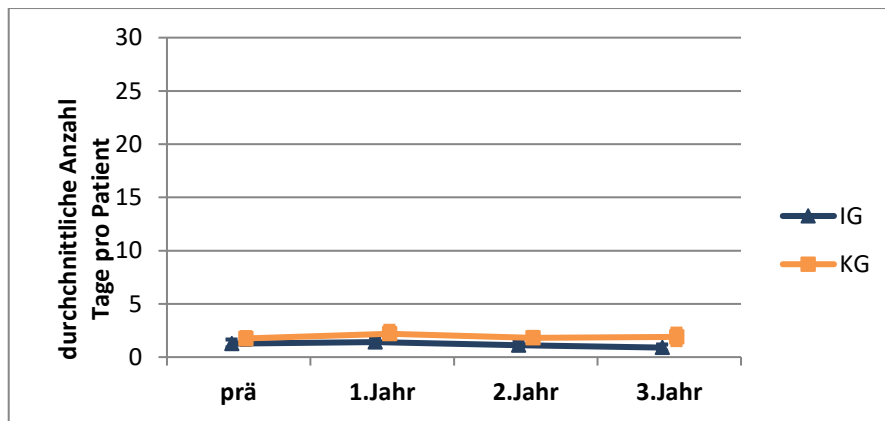
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=580, KG=577; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=896, KG=900).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klินิกneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 3,3; KG: 3,6 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr (IG: 19,1; KG: 24,4 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,5 und 4,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 5,6 und 4,7 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei deutlich im ersten Jahr und ist sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG mit 19,1 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 24,4 vollstationären Tagen.

Auch bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer. Jedoch war die stationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -6,3; 1. Jahr: -4,9; 2. Jahr: -3,7; 3. Jahr: -2,6 vollstationäre Tage).

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

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

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	489	489	489	489
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	8,8 %	31,3 %	11,2 %	33,1 %
	5,3 %	5,7 %	3,5 %	2,9 %
	10,6 %	9,6 %	11,7 %	11,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	2,5	19,8	2,5	20,9
	0,3	10,4	0,7	7,4
	2,8	30,2	3,2	28,3
	1,2	1,6	0,8	0,5
	1,2	1,3	0,8	0,5
	1,0	1,2	2,1	1,7

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

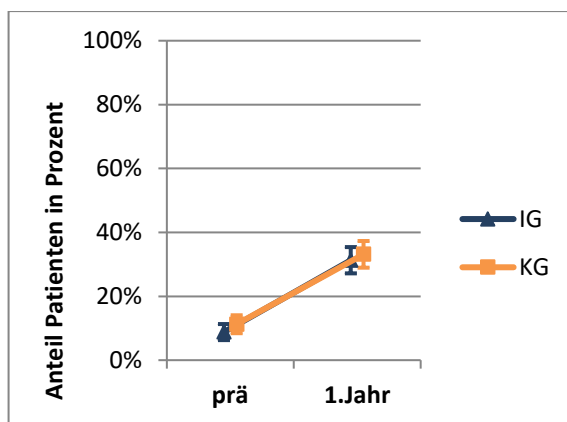
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

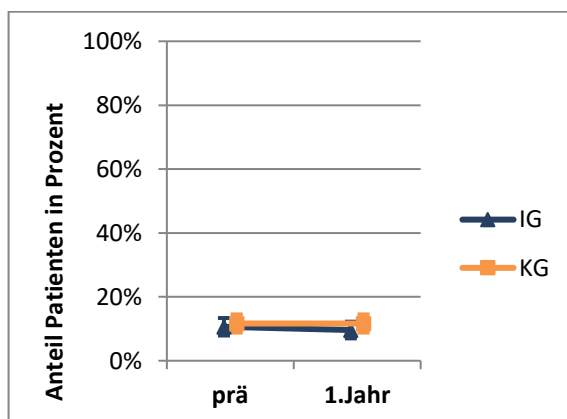
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

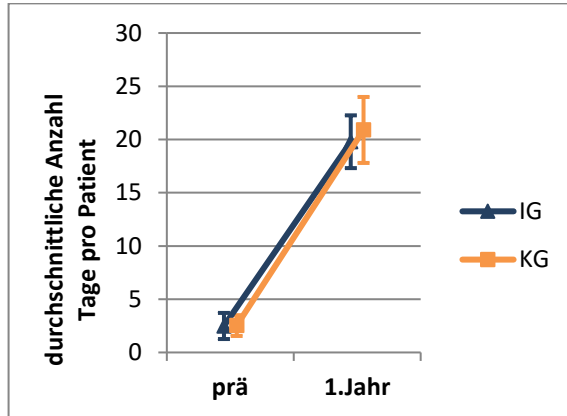
Fallzahl zu klein

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

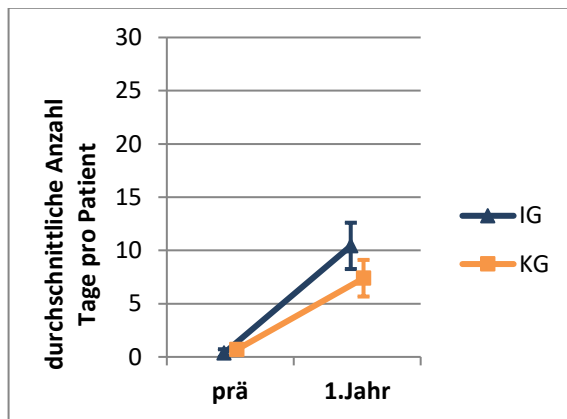


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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

Fallzahl zu klein

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

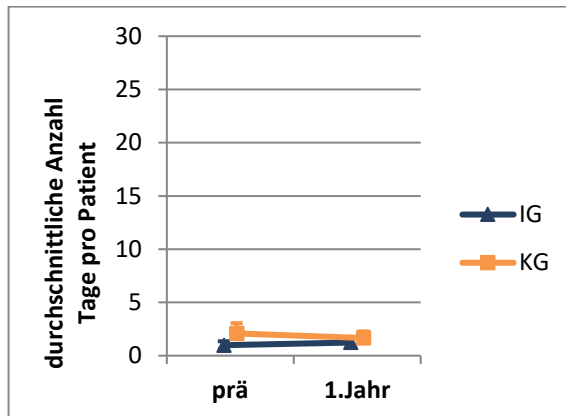


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=489 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine deutlichen Unterschiede zwischen der Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 2,5; KG: 2,5 vollstationäre Tage) und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 19,8; KG: 20,9 vollstationäre Tage).

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

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

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

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 305ff.).

8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	486	486	474	458	487	487	476	466
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	470	485	460	439	472	481	455	445
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)* 	—*	3,2	2,5	1,9	—*	5,0	3,3	2,5
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴(C) 	4,0	4,5	4,6	4,6	2,2	3,4	2,8	2,8
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (E) 	13,4	17,6	15,2	14,1	11,4	13,8	11,1	11,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)* 	—*	0,0	0,0	0,0	—*	0,1	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,9	0,5	0,4	0,3	0,8	0,7	0,5	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,5	0,7	0,8
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	6,2	7,1	6,7	6,0	7,8	9,4	10,1	8,4

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	715	715	708	700	729	729	713	704
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	708	706	698	689	718	715	695	684
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*	—*	9,6	10,5	8,4	—*	10,3	8,7	7,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,9	3,5	4,6	3,1	1,9	2,1	2,0	1,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	17,2	18,3	17,5	17,6	15,8	14,4	14,6	14,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)*	—*	0,0	0,0	0,0	—*	0,2	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,6	1,0	1,3	1,0	0,6	0,5	0,4	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,4	0,3	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,1	10,7	10,2	10,0	9,8	12,0	10,9	8,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

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

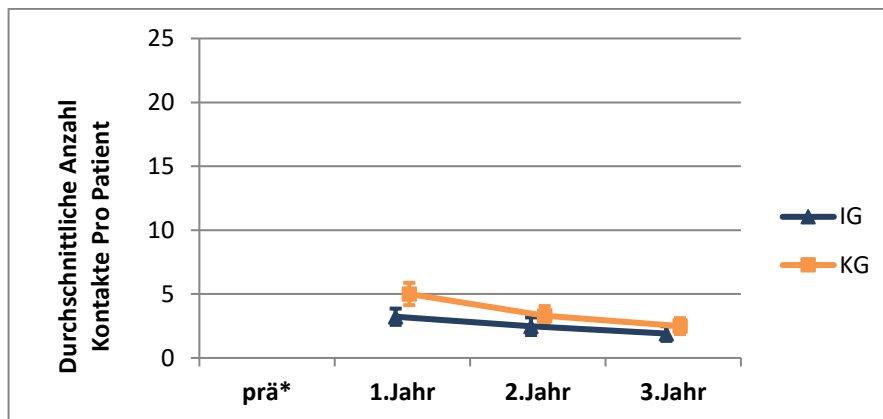
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

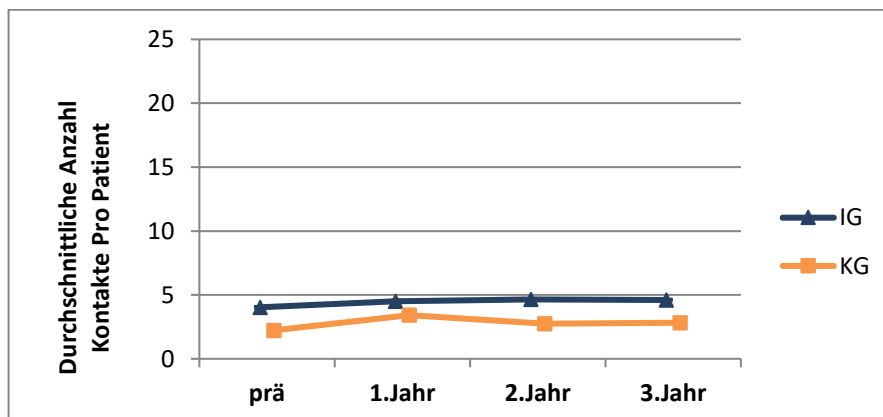
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

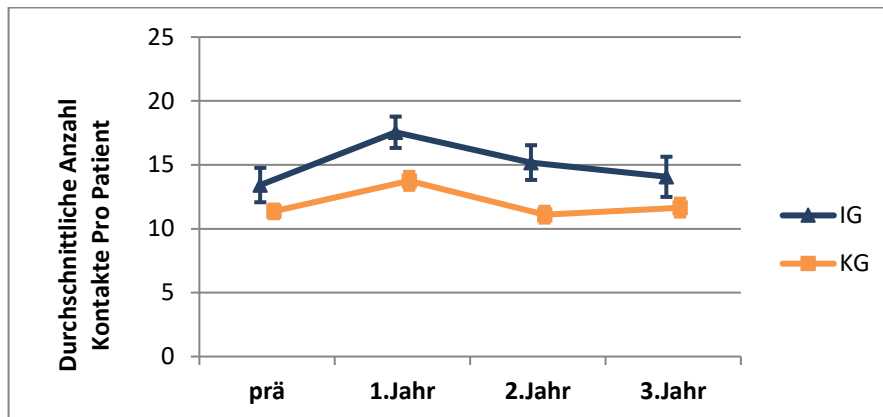


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

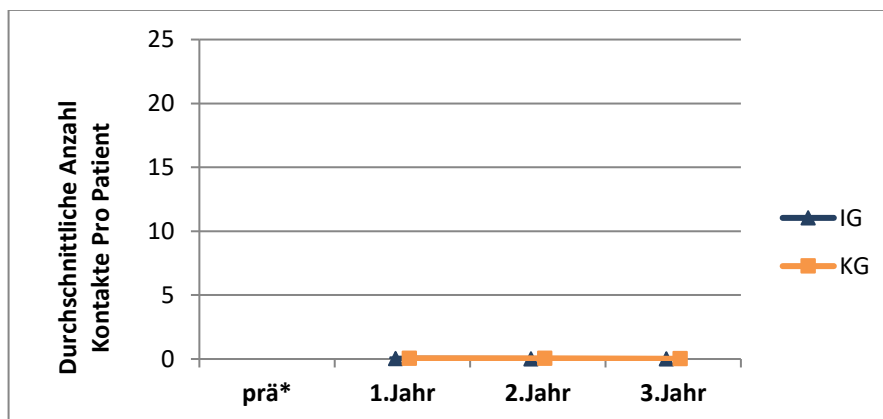


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



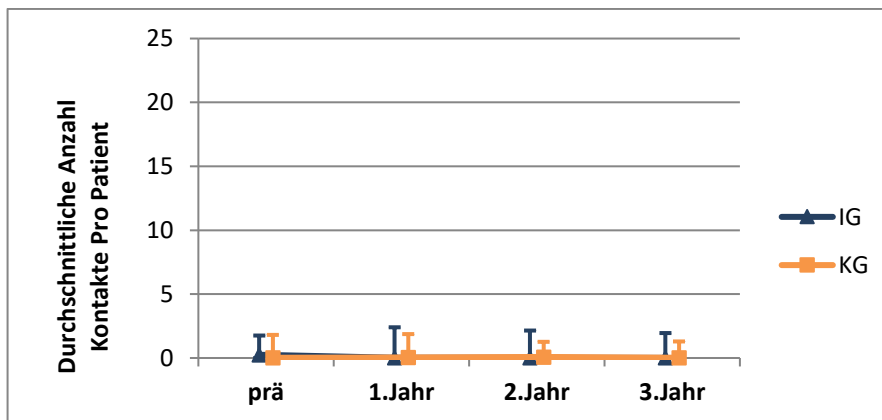
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

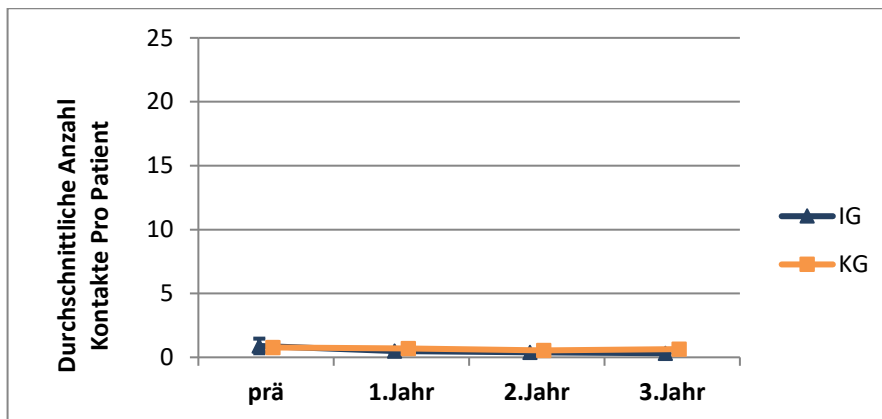


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

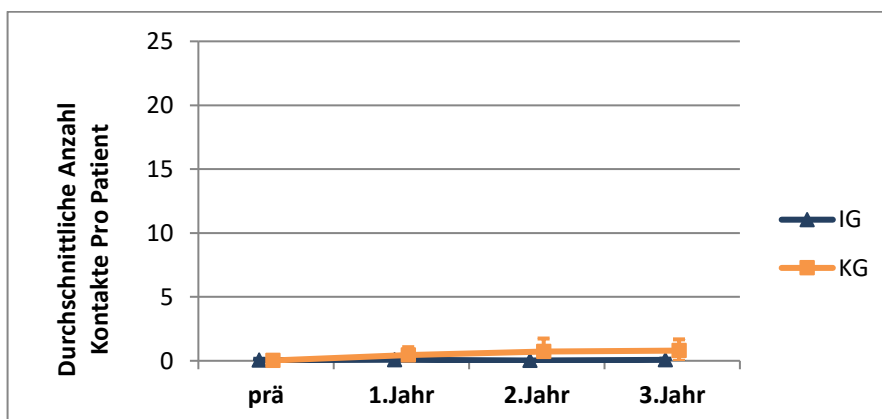


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

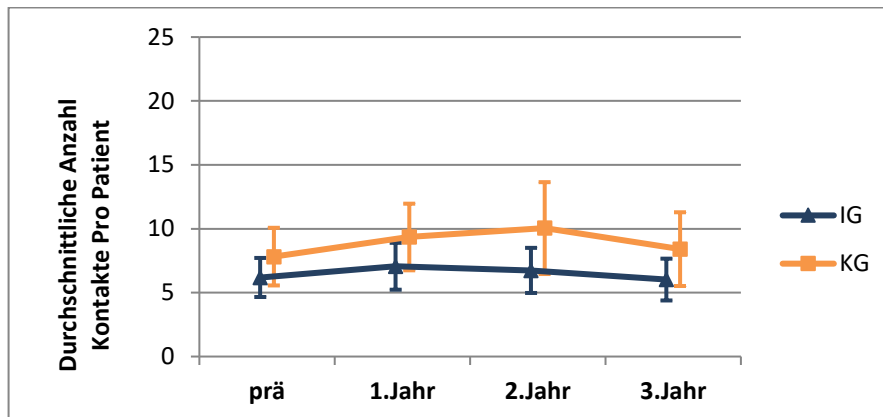


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



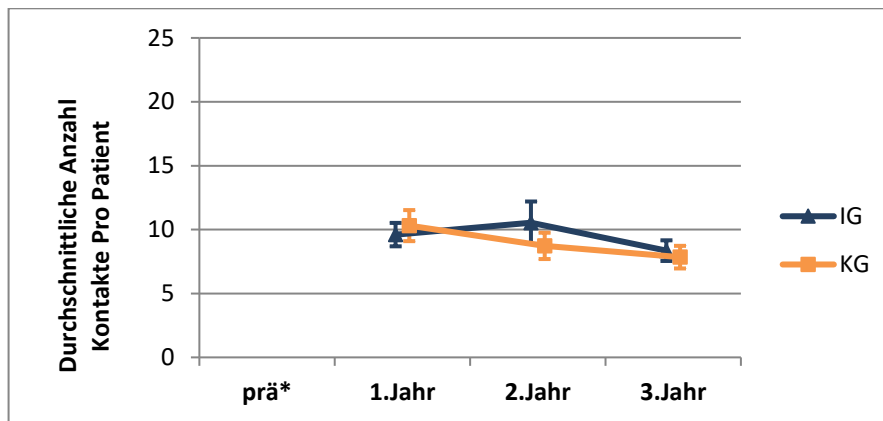
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

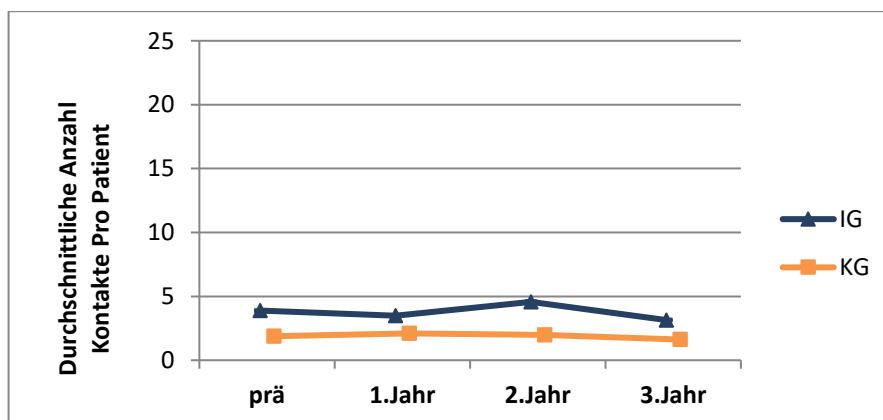
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)*

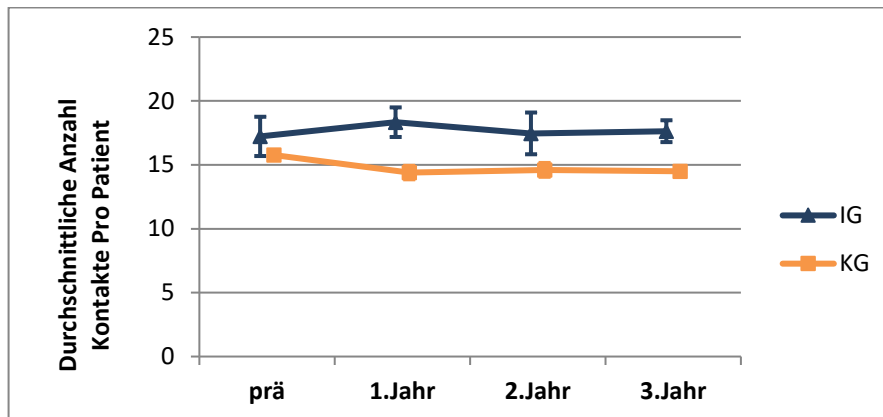


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

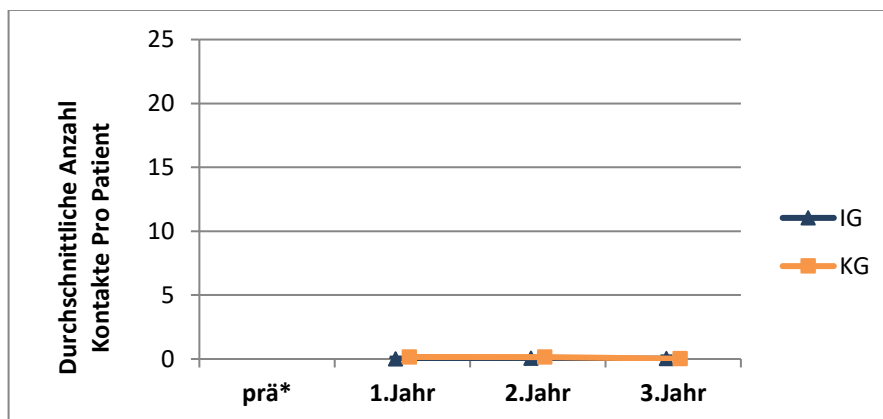


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



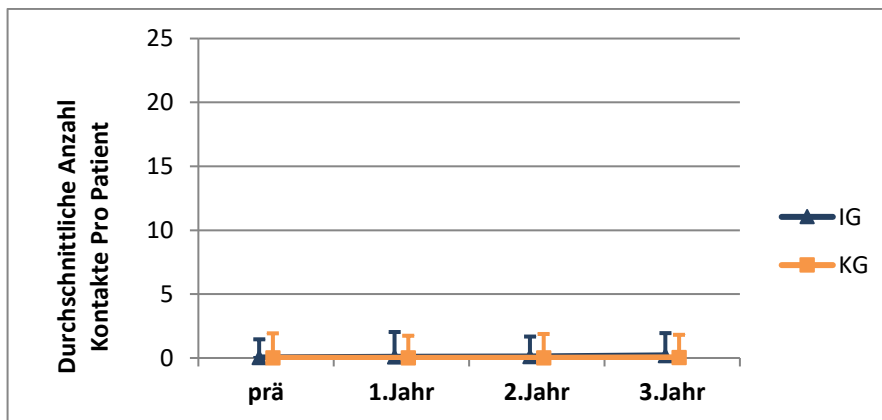
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

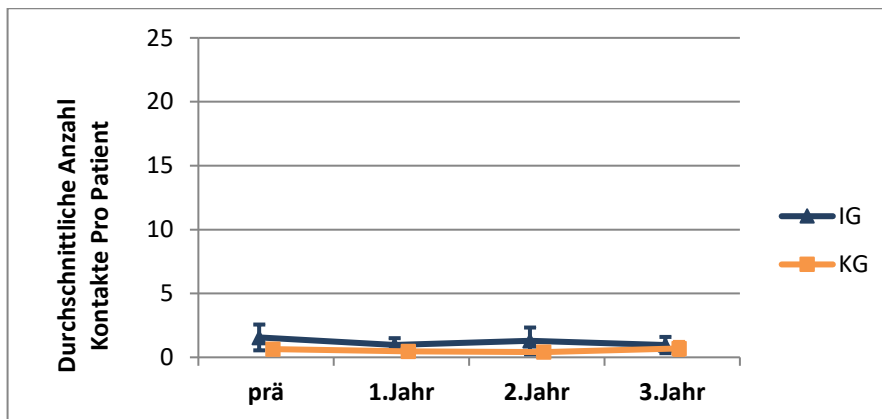


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

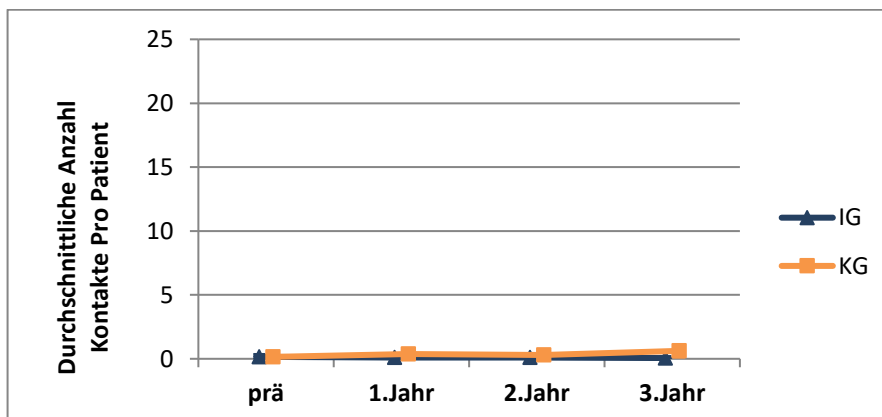


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

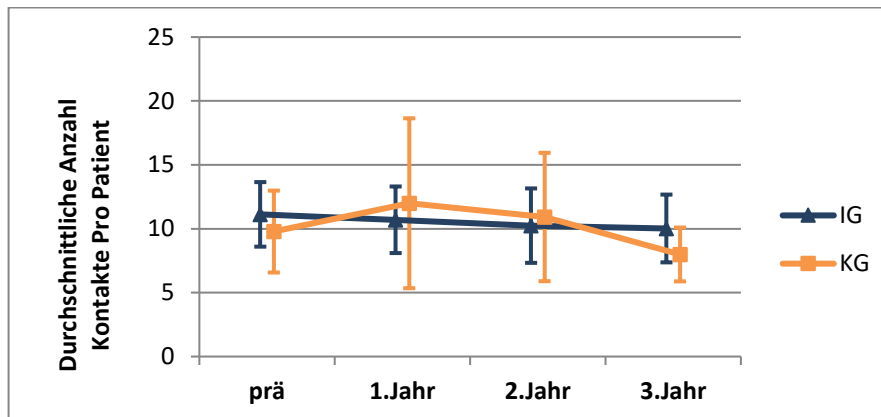


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=486, KG=487; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=715, KG=729). 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 klarinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 1 PIA-Kontakt weniger.

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

Auch bei den klarinikbekannt Patienten zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit.

Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten ca. 2 Kontakte über dem Niveau der KG.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	412	412	422	422
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	404	404	411	412
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	2,2	0,4	4,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,9	5,3	2,7	4,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,4	16,2	12,0	15,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,2	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,4	0,3	0,1	0,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,7	0,9	1,0	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,6	5,4	6,9	9,0

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

⁷ APN: alle

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

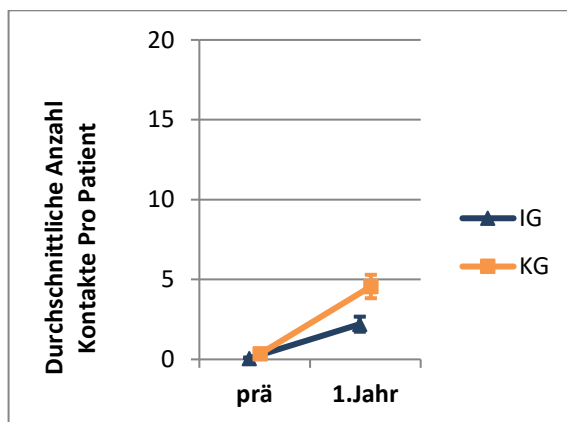
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

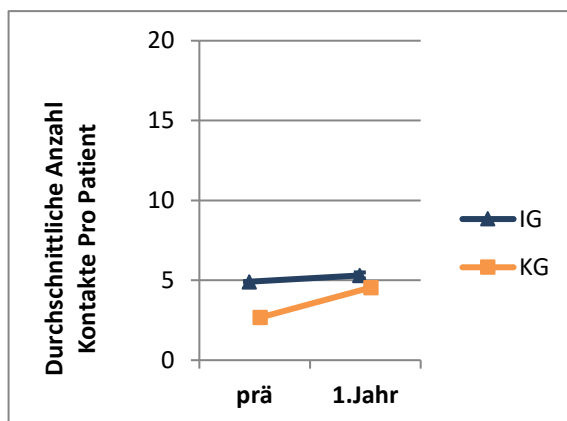
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

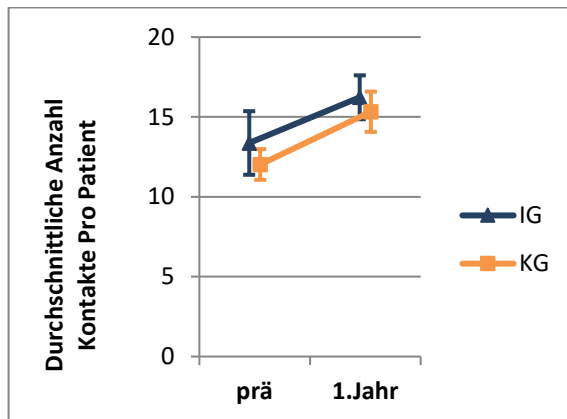
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

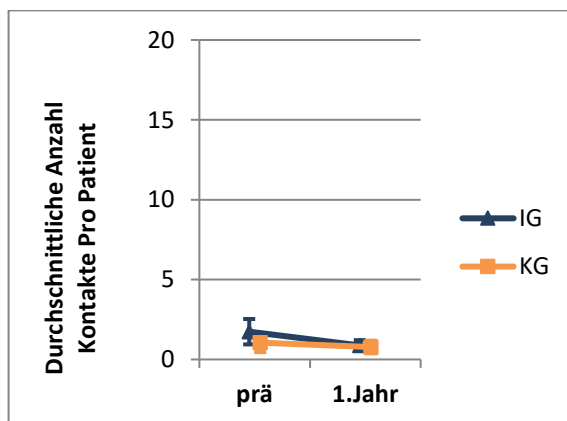
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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

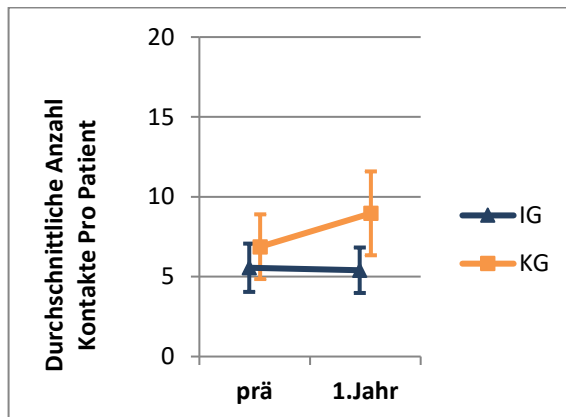


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 412 und 422) zeigte sich eine weniger starke Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) sowohl im Prä-Zeitraum, als auch im patientenindividuellen 1. Jahr (IG: von 0,1 auf 2,2 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,4 auf 4,6 Kontakte im 1. Jahr). Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war sowohl im Prä-Zeitraum als auch im patientenindividuellen 1. Jahr in der IG größer als in der KG (IG: von 4,9 auf 5,3 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 2,7 auf 4,5 Kontakte im 1. Jahr). Die KG glich sich jedoch im ersten patientenindividuellen Jahr der Inanspruchnahme der IG fast an.

Die DiD-Parameter für Inanspruchnahme in der PIA und bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei Indexdiagnosen waren statistisch signifikant.

8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	68	523	114	93	76	483	129	118
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	7,1 %	8,8 %	9,7 %	—	7,7 %	13,2 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	4,4 %	7,0 %	3,2 %	—	7,7 %	9,3 %	5,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	48,4 %	43,0 %	44,1 %	—	46,8 %	42,6 %	36,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,9 %	6,1 %	8,6 %	—	11,0 %	7,8 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	2,9 %	3,5 %	3,2 %	—	2,5 %	1,6 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,3 %	0,9 %	1,1 %	—	1,9 %	0,0 %	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	13,8 %	18,4 %	16,1 %	—	16,8 %	23,3 %	19,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	40,0 %	43,9 %	46,2 %	—	39,8 %	41,1 %	46,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	50	260	66	49	53	240	80	60
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	6,9 %	9,1 %	18,4 %	—	9,2 %	20,0 %	20,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	7,3 %	12,1 %	6,1 %	—	11,7 %	12,5 %	5,0 %
	—	48,5 %	42,4 %	46,9 %	—	45,4 %	48,8 %	41,7 %
	—	13,8 %	7,6 %	8,2 %	—	12,5 %	10,0 %	13,3 %
	—	4,6 %	6,1 %	6,1 %	—	3,8 %	2,5 %	1,7 %
	—	1,9 %	1,5 %	2,0 %	—	2,5 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	18,1 %	25,8 %	30,6 %	—	22,5 %	33,8 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	36,2 %	37,9 %	36,7 %	—	37,1 %	27,5 %	36,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	33	99	41	22	24	121	38	32
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	5,1 %	4,9 %	13,6 %	—	6,6 %	23,7 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	10,1 %	17,1 %	13,6 %	—	15,7 %	10,5 %	6,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	46,5 %	48,8 %	45,5 %	—	48,8 %	55,3 %	53,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	16,2 %	9,8 %	9,1 %	—	14,0 %	13,2 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	7,1 %	4,9 %	9,1 %	—	6,6 %	5,3 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	2,0 %	0,0 %	0,0 %	—	3,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	21,2 %	24,4 %	36,4 %	—	24,8 %	36,8 %	31,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	36,4 %	29,3 %	36,4 %	—	33,9 %	21,1 %	28,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	45	470	99	83	67	432	114	95
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	14,3 %	19,2 %	16,9 %	—	16,7 %	21,9 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	9,8 %	16,2 %	15,7 %	—	16,0 %	18,4 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	73,6 %	68,7 %	71,1 %	—	71,3 %	64,9 %	54,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	29,6 %	24,2 %	22,9 %	—	30,1 %	23,7 %	32,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	7,0 %	9,1 %	9,6 %	—	6,3 %	3,5 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,1 %	2,0 %	7,2 %	—	3,5 %	1,8 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	28,1 %	37,4 %	34,9 %	—	35,6 %	40,4 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	18,3 %	15,2 %	19,3 %	—	17,1 %	22,8 %	25,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	34	235	58	45	46	213	73	51
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	14,9 %	22,4 %	22,2 %	—	18,8 %	31,5 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	14,9 %	27,6 %	26,7 %	—	22,1 %	21,9 %	19,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	74,9 %	63,8 %	75,6 %	—	73,7 %	76,7 %	66,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	32,8 %	29,3 %	28,9 %	—	34,7 %	28,8 %	37,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	10,6 %	13,8 %	15,6 %	—	8,9 %	4,1 %	5,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	5,5 %	1,7 %	11,1 %	—	4,2 %	2,7 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	36,2 %	51,7 %	51,1 %	—	45,1 %	52,1 %	51,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	14,5 %	12,1 %	11,1 %	—	12,7 %	9,6 %	11,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	23	91	34	21	21	110	33	30
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) 	—	12,1 %	14,7 %	14,3 %	—	18,2 %	39,4 %	43,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	—	20,9 %	38,2 %	52,4 %	—	24,5 %	27,3 %	16,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	—	76,9 %	73,5 %	81,0 %	—	80,0 %	87,9 %	66,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ 	—	31,9 %	32,4 %	28,6 %	—	34,5 %	36,4 %	33,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	16,5 %	11,8 %	19,0 %	—	11,8 %	6,1 %	6,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	3,3 %	0,0 %	9,5 %	—	4,5 %	6,1 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,0 %	52,9 %	71,4 %	—	48,2 %	63,6 %	56,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	9,9 %	2,9 %	0,0 %	—	8,2 %	0,0 %	10,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	27	420	82	66	41	377	97	70
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	20,5 %	30,5 %	22,7 %	—	21,2 %	28,9 %	32,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	18,3 %	19,5 %	18,2 %	—	22,0 %	20,6 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	88,8 %	80,5 %	86,4 %	—	84,1 %	83,5 %	77,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	51,7 %	43,9 %	47,0 %	—	53,3 %	45,4 %	51,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	10,2 %	9,8 %	12,1 %	—	8,0 %	5,2 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,3 %	9,8 %	7,6 %	—	7,7 %	12,4 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,9 %	51,2 %	47,0 %	—	45,1 %	47,4 %	57,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	8,1 %	11,0 %	9,1 %	—	8,5 %	8,2 %	11,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	22	208	48	36	29	184	65	39
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	24,0 %	31,3 %	27,8 %	—	23,4 %	38,5 %	38,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	27,9 %	33,3 %	30,6 %	—	28,8 %	23,1 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	93,8 %	79,2 %	86,1 %	—	88,0 %	86,2 %	87,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	56,3 %	52,1 %	55,6 %	—	59,2 %	52,3 %	53,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	13,5 %	14,6 %	13,9 %	—	12,5 %	6,2 %	2,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	8,7 %	6,3 %	13,9 %	—	7,6 %	6,2 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	56,3 %	64,6 %	61,1 %	—	54,3 %	58,5 %	69,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,9 %	8,3 %	8,3 %	—	7,1 %	4,6 %	5,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	17	80	27	17	13	94	30	23
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) 	—	20,0 %	25,9 %	17,6 %	—	24,5 %	43,3 %	43,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	—	33,8 %	48,1 %	58,8 %	—	31,9 %	26,7 %	30,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	—	93,8 %	85,2 %	94,1 %	—	92,6 %	93,3 %	87,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ 	—	58,8 %	51,9 %	52,9 %	—	60,6 %	60,0 %	52,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	18,8 %	11,1 %	11,8 %	—	14,9 %	3,3 %	4,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	7,5 %	3,7 %	11,8 %	—	8,5 %	6,7 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	62,5 %	70,4 %	82,4 %	—	58,5 %	66,7 %	69,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,5 %	0,0 %	0,0 %	—	5,3 %	0,0 %	8,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	335	408	239	190	394	419	267	223
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	19,9 %	27,2 %	23,2 %	—	17,2 %	22,1 %	21,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	2,9 %	3,3 %	4,7 %	—	9,5 %	6,7 %	4,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	40,2 %	44,8 %	41,6 %	—	42,2 %	35,6 %	39,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	10,5 %	7,5 %	8,9 %	—	11,2 %	15,0 %	15,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,5 %	1,3 %	2,1 %	—	1,4 %	1,9 %	5,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,0 %	0,4 %	3,2 %	—	2,4 %	2,6 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	23,0 %	31,4 %	29,5 %	—	26,3 %	30,0 %	29,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	44,1 %	36,8 %	36,3 %	—	38,2 %	40,4 %	38,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	303	353	212	170	338	340	234	186
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	20,4 %	27,4 %	25,9 %	—	20,0 %	23,9 %	22,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	3,4 %	3,8 %	5,3 %	—	10,3 %	6,8 %	3,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	40,5 %	46,7 %	41,2 %	—	41,8 %	36,8 %	38,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,3 %	8,5 %	9,4 %	—	11,2 %	12,8 %	12,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,6 %	1,4 %	2,4 %	—	1,5 %	1,7 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,1 %	0,5 %	2,9 %	—	2,6 %	1,7 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	24,1 %	32,1 %	32,9 %	—	30,0 %	31,6 %	30,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	43,1 %	34,4 %	34,7 %	—	35,9 %	39,7 %	38,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	174	229	141	114	175	187	138	118
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	21,8 %	30,5 %	26,3 %	—	20,3 %	23,9 %	24,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	3,5 %	4,3 %	2,6 %	—	15,0 %	8,7 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	42,4 %	47,5 %	43,0 %	—	42,2 %	45,7 %	41,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	11,8 %	9,2 %	5,3 %	—	12,3 %	13,8 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	0,9 %	1,4 %	1,8 %	—	2,1 %	2,9 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,7 %	0,7 %	3,5 %	—	3,2 %	2,2 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	26,2 %	35,5 %	30,7 %	—	34,8 %	34,1 %	36,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	38,0 %	29,8 %	37,7 %	—	33,2 %	34,1 %	34,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	275	318	194	159	330	354	210	167
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	33,0 %	52,1 %	50,9 %	—	29,9 %	41,4 %	38,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	8,5 %	6,7 %	8,2 %	—	16,7 %	11,4 %	9,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	69,8 %	70,6 %	74,8 %	—	62,4 %	61,0 %	61,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	27,4 %	26,3 %	28,3 %	—	27,1 %	31,0 %	29,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	1,9 %	3,6 %	3,8 %	—	4,2 %	2,9 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,4 %	2,6 %	8,8 %	—	3,7 %	5,7 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,2 %	59,8 %	61,0 %	—	46,3 %	51,9 %	50,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	18,9 %	13,9 %	10,1 %	—	15,0 %	18,1 %	18,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	247	275	174	141	283	286	187	144
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	34,9 %	54,0 %	54,6 %	—	34,6 %	44,9 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	9,8 %	7,5 %	9,2 %	—	17,8 %	11,8 %	9,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	71,6 %	72,4 %	75,9 %	—	61,9 %	60,4 %	62,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	29,1 %	28,7 %	31,2 %	—	26,2 %	29,9 %	29,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	2,2 %	4,0 %	4,3 %	—	4,5 %	2,7 %	7,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	4,7 %	2,9 %	9,2 %	—	4,2 %	5,9 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,4 %	62,6 %	66,0 %	—	52,4 %	55,6 %	53,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	16,7 %	11,5 %	7,1 %	—	12,6 %	17,1 %	18,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	147	172	113	89	150	156	103	83
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) 	—	36,6 %	56,6 %	55,1 %	—	37,8 %	52,4 %	51,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	—	9,3 %	8,8 %	7,9 %	—	26,3 %	17,5 %	16,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	—	73,3 %	74,3 %	76,4 %	—	67,3 %	74,8 %	62,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ 	—	30,2 %	29,2 %	29,2 %	—	26,3 %	35,9 %	28,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	2,3 %	4,4 %	3,4 %	—	3,2 %	2,9 %	10,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	5,8 %	3,5 %	13,5 %	—	4,5 %	6,8 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	45,3 %	66,4 %	64,0 %	—	61,5 %	67,0 %	69,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	13,4 %	8,0 %	5,6 %	—	7,1 %	7,8 %	13,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)*								
	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2.Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	191	247	143	133	272	287	168	128
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	49,4 %	62,9 %	59,4 %	—	40,4 %	49,4 %	50,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	15,0 %	11,9 %	15,0 %	—	19,2 %	16,7 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	88,3 %	91,6 %	96,2 %	—	80,5 %	79,8 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—	53,0 %	54,5 %	56,4 %	—	49,1 %	53,0 %	48,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—	4,5 %	6,3 %	6,8 %	—	7,3 %	3,6 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,1 %	8,4 %	20,3 %	—	9,4 %	8,3 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	61,9 %	74,1 %	76,7 %	—	59,9 %	61,9 %	64,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	8,5 %	4,9 %	2,3 %	—	7,3 %	7,7 %	6,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	170	220	128	118	236	235	152	113
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	51,4 %	65,6 %	63,6 %	—	44,7 %	52,6 %	54,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—	16,8 %	13,3 %	16,9 %	—	20,9 %	17,1 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—	90,9 %	93,0 %	95,8 %	—	79,6 %	78,9 %	74,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	—	55,0 %	57,0 %	59,3 %	—	49,8 %	53,3 %	50,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	4,5 %	7,0 %	7,6 %	—	8,5 %	2,6 %	8,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	8,6 %	8,6 %	21,2 %	—	10,2 %	9,2 %	14,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	65,0 %	78,1 %	83,1 %	—	66,0 %	65,1 %	66,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	5,9 %	3,1 %	2,5 %	—	6,4 %	7,9 %	5,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	91	133	83	73	127	126	83	67
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) 	—	56,4 %	69,9 %	65,8 %	—	46,8 %	55,4 %	59,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ 	—	16,5 %	15,7 %	12,3 %	—	27,0 %	25,3 %	16,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² 	—	93,2 %	95,2 %	98,6 %	—	86,5 %	89,2 %	73,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderen Vertragsärzten (D)³ 	—	55,6 %	57,8 %	58,9 %	—	52,4 %	54,2 %	49,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ 	—	5,3 %	8,4 %	6,8 %	—	6,3 %	2,4 %	10,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) 	—	10,5 %	9,6 %	28,8 %	—	10,3 %	8,4 %	13,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	70,7 %	83,1 %	79,5 %	—	71,4 %	74,7 %	77,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,8 %	0,0 %	0,0 %	—	3,2 %	1,2 %	6,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

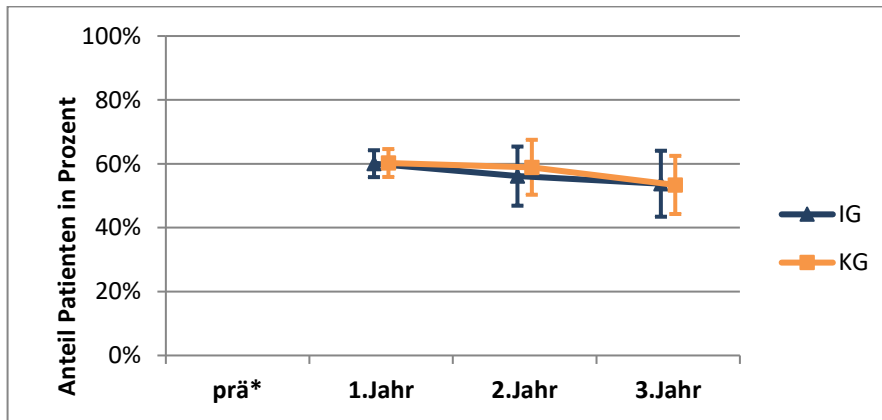
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

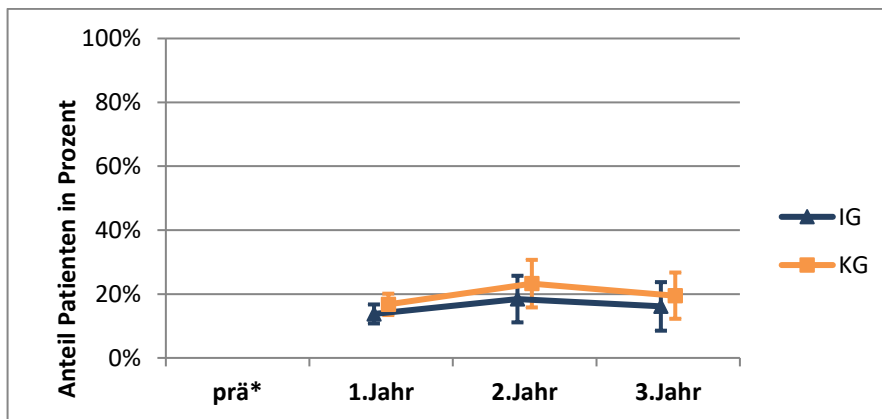
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

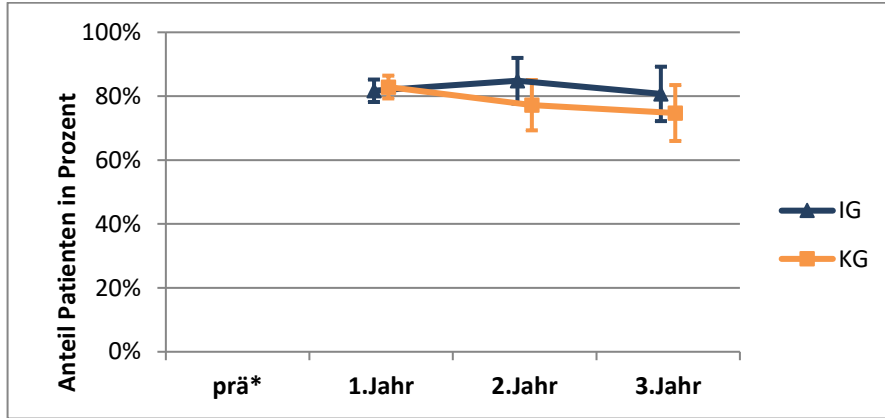


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

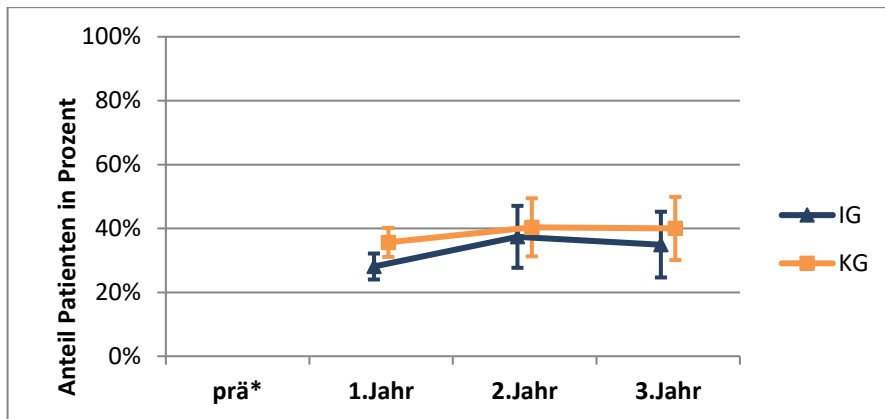
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

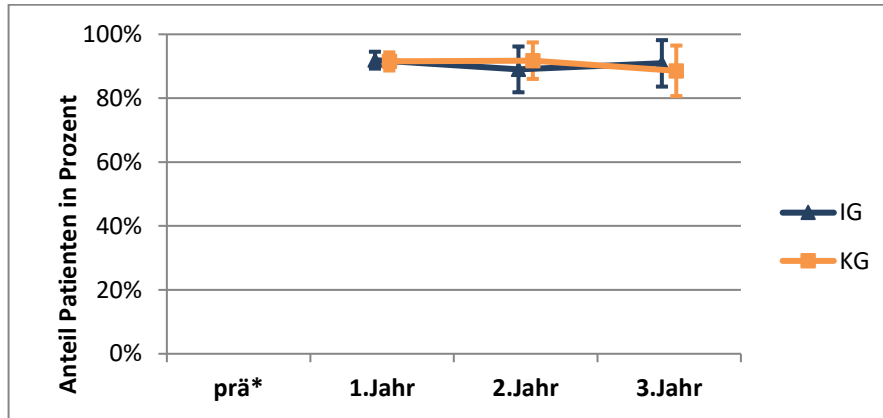


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

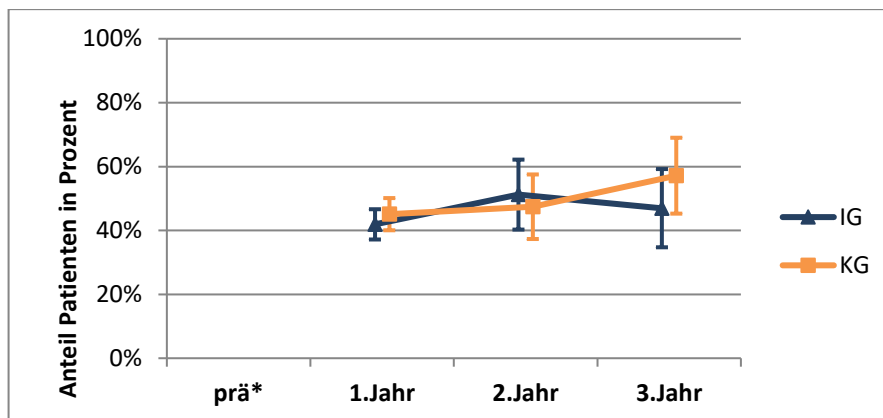
Klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*



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

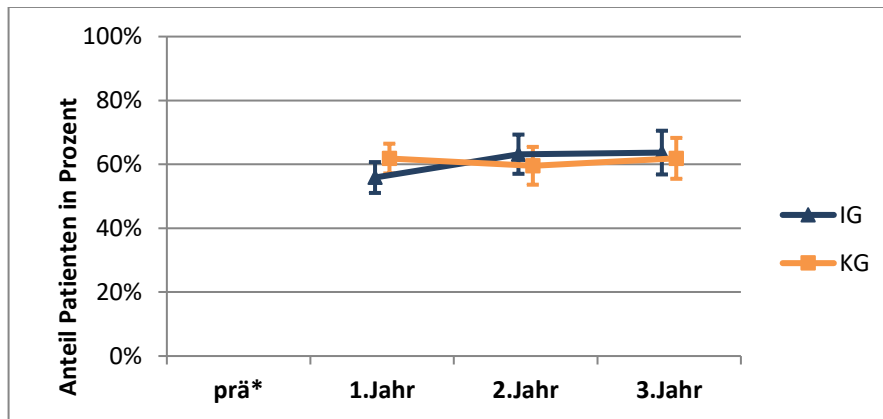
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

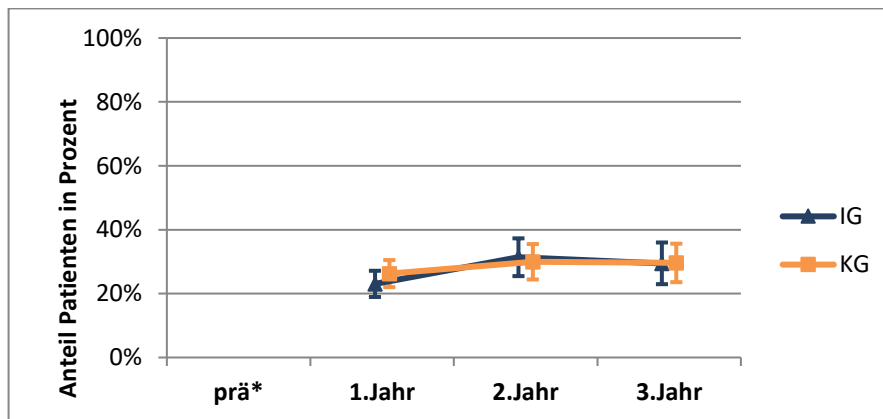
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*

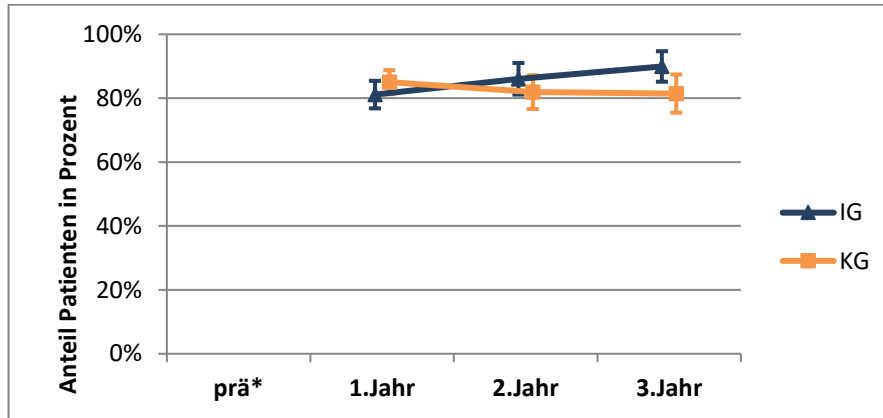


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

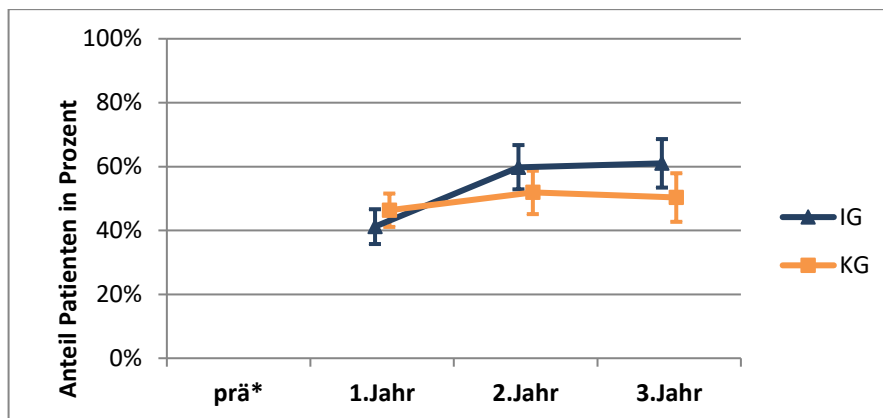
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)***

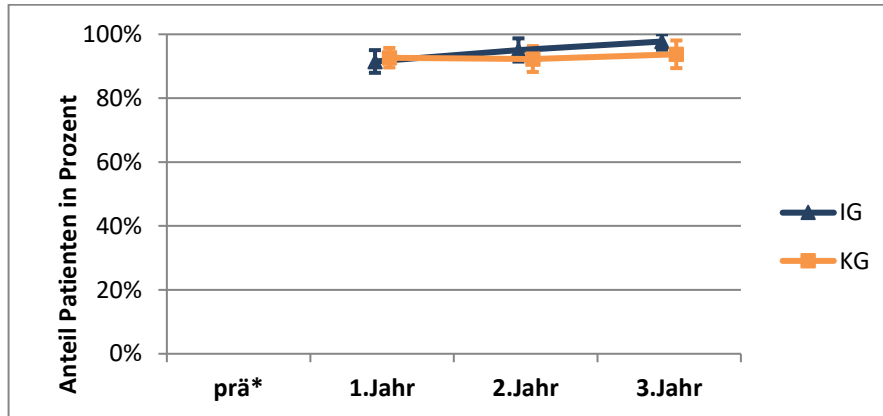


* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

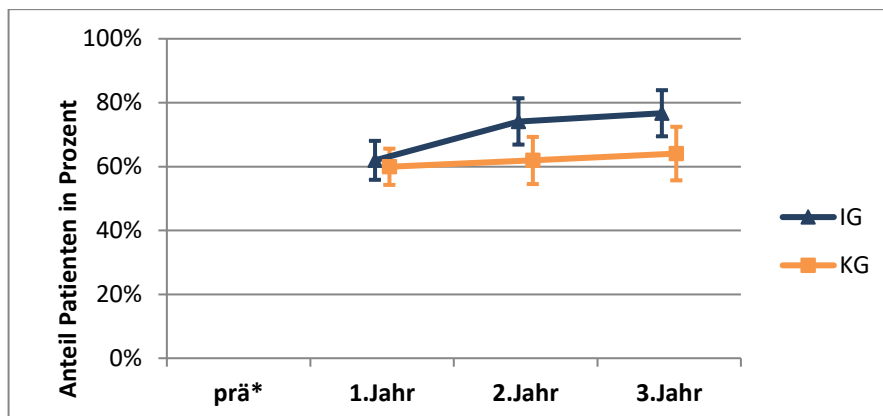
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle*



- Alle (psychiatrischer Sektor)*



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

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=523, KG=483; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=408, KG=419). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	47	428	65	388
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	2,1 %	5,4 %	15,4 %	10,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,4 %	5,1 %	4,6 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,8 %	47,4 %	43,1 %	48,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,4 %	12,1 %	10,8 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	4,2 %	0,0 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	1,2 %	3,1 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,6 %	14,0 %	20,0 %	23,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,7 %	40,4 %	40,0 %	37,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	39	223	48	224
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	2,6 %	6,3 %	20,8 %	13,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,7 %	8,5 %	6,3 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,2 %	48,4 %	45,8 %	51,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,7 %	13,0 %	10,4 %	11,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	4,9 %	0,0 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	2,2 %	4,2 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	12,8 %	18,4 %	27,1 %	29,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,6 %	36,3 %	33,3 %	32,1 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	22	88	24	106
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	4,5 %	29,2 %	15,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,6 %	8,0 %	8,3 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,9 %	46,6 %	50,0 %	47,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	4,5 %	20,5 %	8,3 %	8,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,1 %	3,4 %	0,0 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	3,4 %	4,2 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,2 %	15,9 %	37,5 %	34,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	35,2 %	29,2 %	35,8 %

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

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	35	395	45	350
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,7 %	12,9 %	20,0 %	20,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,7 %	10,1 %	8,9 %	19,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,7 %	71,9 %	68,9 %	69,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,4 %	29,4 %	20,0 %	32,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	7,6 %	0,0 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,6 %	4,6 %	4,4 %	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,1 %	27,6 %	24,4 %	43,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,9 %	17,2 %	20,0 %	14,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	27	198	33	197
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,4 %	14,6 %	24,2 %	24,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,7 %	15,2 %	12,1 %	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	73,7 %	72,7 %	74,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,1 %	35,9 %	18,2 %	33,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,4 %	9,6 %	0,0 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,1 %	5,1 %	6,1 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,5 %	34,3 %	30,3 %	54,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,2 %	11,1 %	12,1 %	10,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	15	73	18	89
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,3 %	44,4 %	30,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	15,1 %	11,1 %	34,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	74,0 %	77,8 %	73,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,7 %	43,8 %	16,7 %	31,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,3 %	6,8 %	0,0 %	14,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	5,5 %	5,6 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,3 %	31,5 %	44,4 %	66,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,7 %	9,6 %	5,6 %	7,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	19	363	31	299
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,3 %	16,5 %	41,9 %	23,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,3 %	14,0 %	19,4 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,9 %	84,3 %	74,2 %	83,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,9 %	47,9 %	45,2 %	56,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	12,7 %	0,0 %	14,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,1 %	10,2 %	3,2 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,5 %	36,4 %	51,6 %	50,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,5 %	9,1 %	9,7 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	15	179	23	168
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,7 %	18,4 %	47,8 %	30,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,7 %	19,6 %	26,1 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,7 %	87,7 %	78,3 %	88,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,3 %	54,7 %	39,1 %	60,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	18,4 %	0,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,7 %	10,6 %	4,3 %	8,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,3 %	45,8 %	60,9 %	61,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,7 %	3,9 %	8,7 %	1,8 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	<10	66	11	79
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	16,7 %	81,8 %	39,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	0,0 %	21,2 %	18,2 %	45,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	87,5 %	90,9 %	81,8 %	91,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,0 %	62,1 %	36,4 %	62,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,0 %	16,7 %	0,0 %	16,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	37,5 %	9,1 %	9,1 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	47,0 %	81,8 %	75,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,5 %	0,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

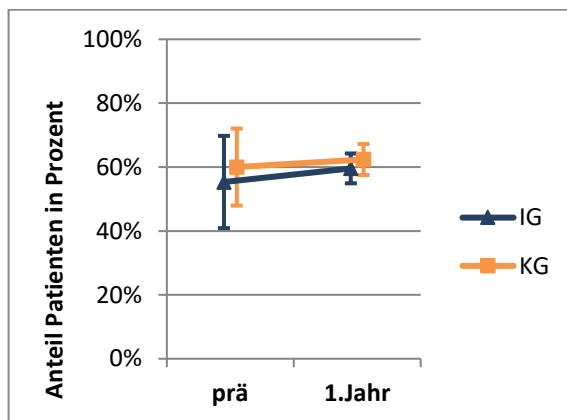
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

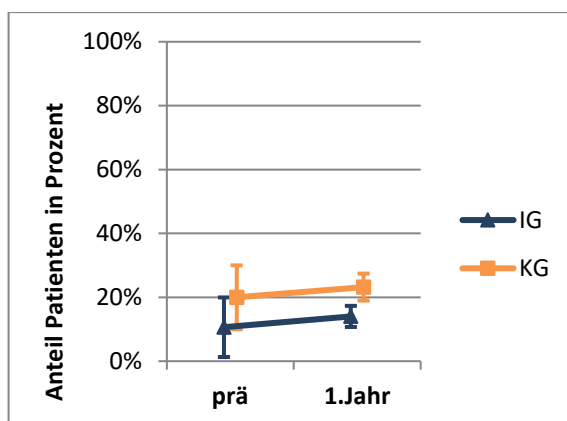
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

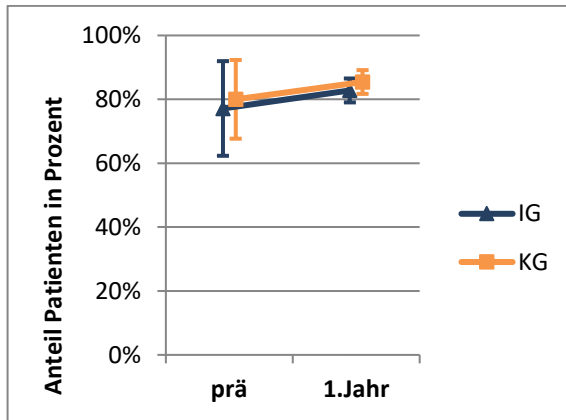


- Alle (psychiatrischer Sektor)

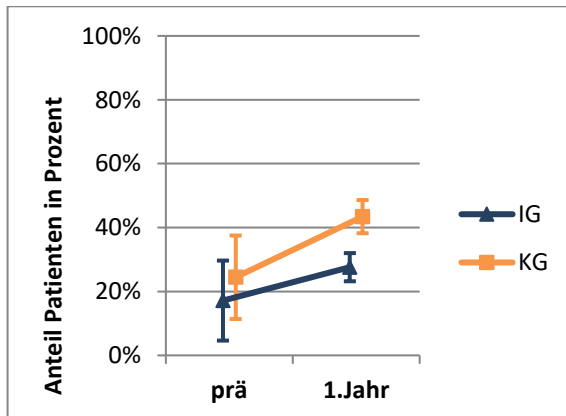


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



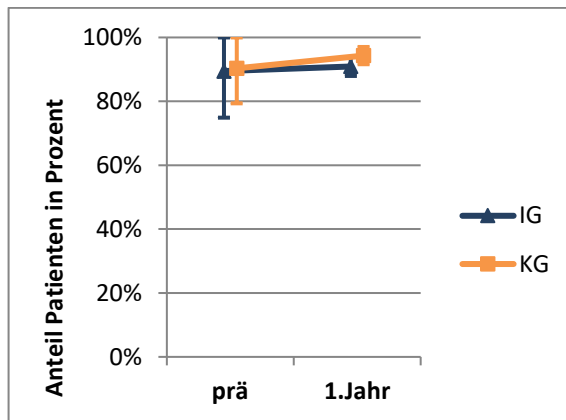
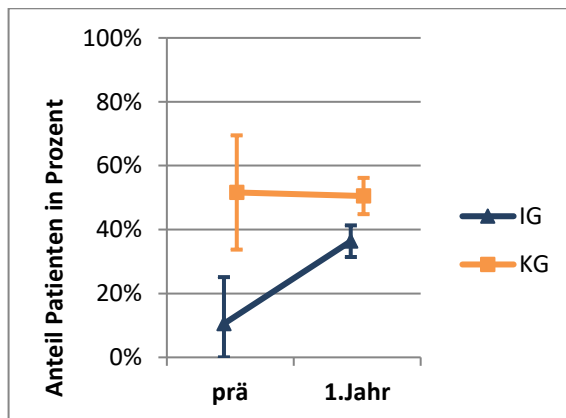
Kontakt innerhalb von 90 Tagen- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine geringere Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG), unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage). Der Anteil der Patienten mit einem Kontakt zum psychiatrischem Sektor innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus stieg in der IG von 10,5% auf 36,4% und sank in der KG von 51,6% auf 50,5% vom patientenindividuellen Jahr vor zum ersten patientenindividuellen Jahr nach Einschluss in die Evaluation. Zu beachten ist jedoch, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren.

Der DiD-Parameter für alle Patienten mit mindestens einen ambulanten Kontakt im psychiatrischen Sektor innerhalb von 90 Tagen nach stationärer Entlassung war statistisch signifikant.

8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

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)	486	486	486	486	487	487	487	487
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	470	485	460	439	472	481	455	445
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	1,2%	1,4%	0,8%	0,4%	1,0%	2,1%	1,2%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	715	715	715	715	729	729	729	729
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	708	706	698	689	718	715	695	684
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,6%	1,4%	0,8%	0,6%	1,0%	1,0%	0,7%	1,0%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%

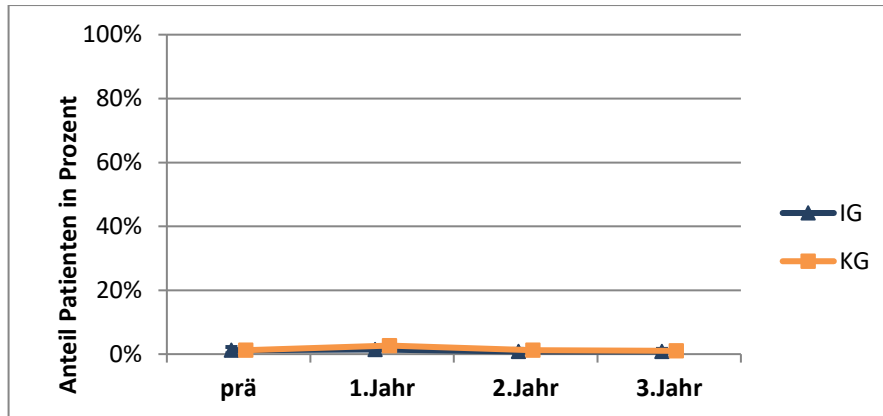
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

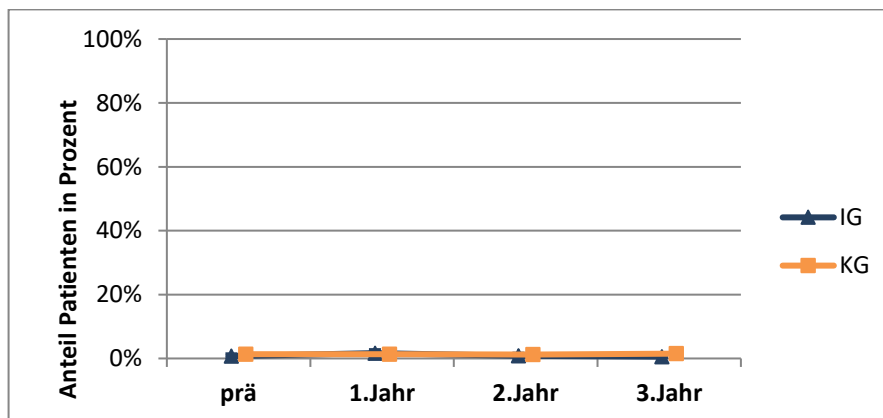
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 Krankenhausshopping ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=486, KG=487; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=715, KG=729) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	412	412	422	422
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	404	404	411	412
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%	1,5%	1,2%	2,4%
• Vier (B)	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%

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 Effektivität bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Fallzahl zu klein

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

Abbildung 10 die Interaktionsdiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

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

8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	307	307	307	306	342	342	342	342
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	117	245	90	85	147	259	118	94
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,0	62,6	20,7	18,6	23,8	75,7	23,8	21,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,1%	10,1%	6,2%	5,6%	19,3%	14,0%	8,2%	3,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	11	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,4	1,1	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	1,0	0,6	0,2	0,3	0,5	1,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	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 sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	465	465	465	465	442	442	441	440
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	188	185	135	131	232	194	138	125
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,8	1,9	1,8	2,1	1,7	1,9	1,9	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	27,8	25,3	16,8	19,4	44,1	28,4	19,8	22,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	7,7%	4,9%	3,4%	5,6%	12,7%	6,6%	4,1%	3,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	33	25	17	16	18	19	10	12
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,6	2,2	2,1	1,4	2,2	2,2	1,2	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,6	1,0	0,9	1,2	1,3	1,0	0,3	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%

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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

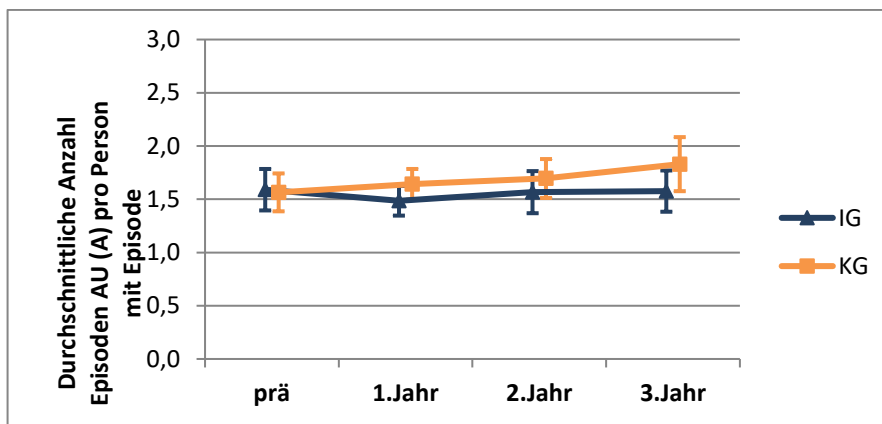
Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

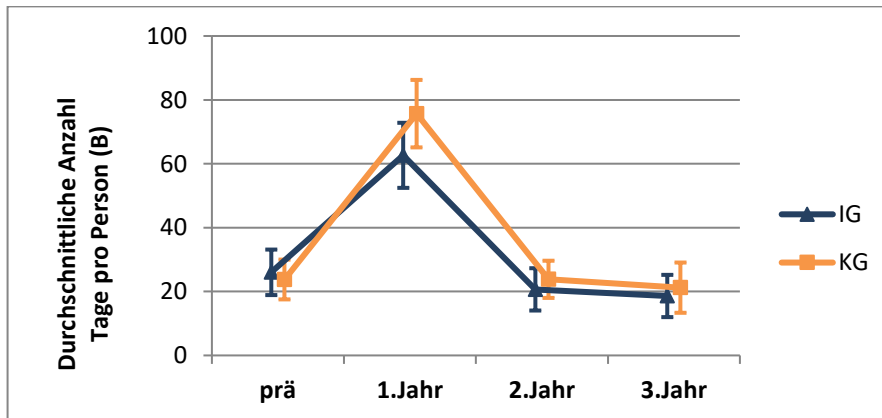
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

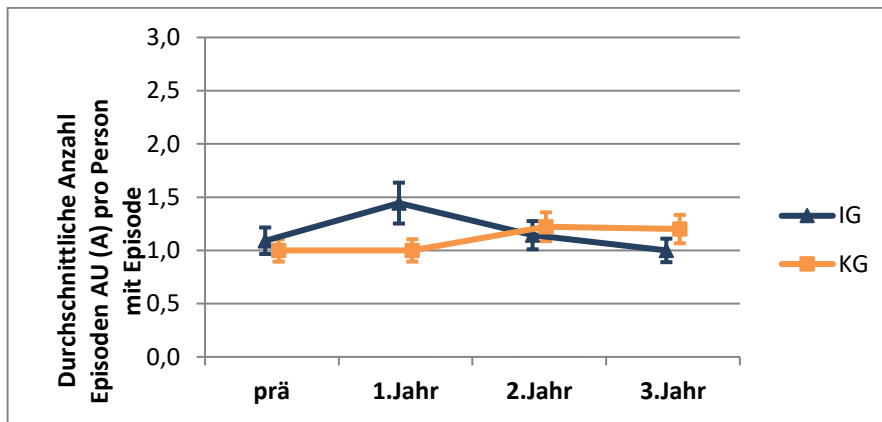


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

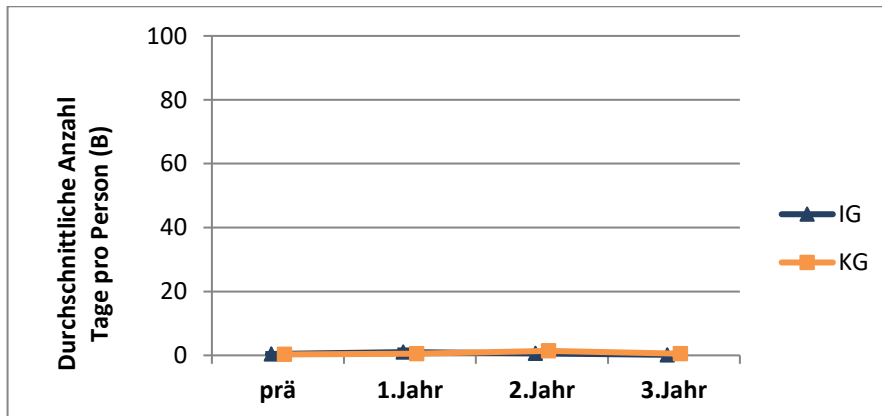


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



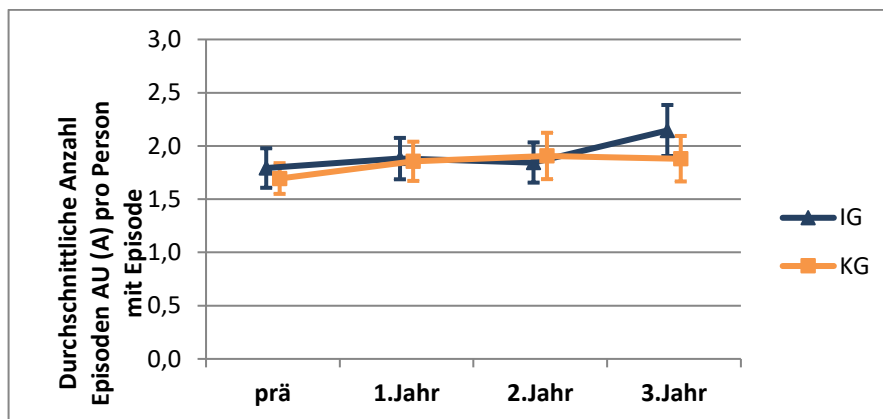
Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

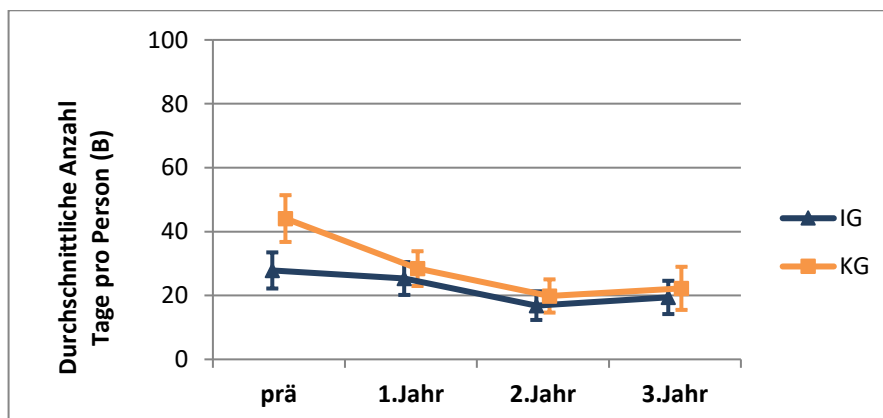
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

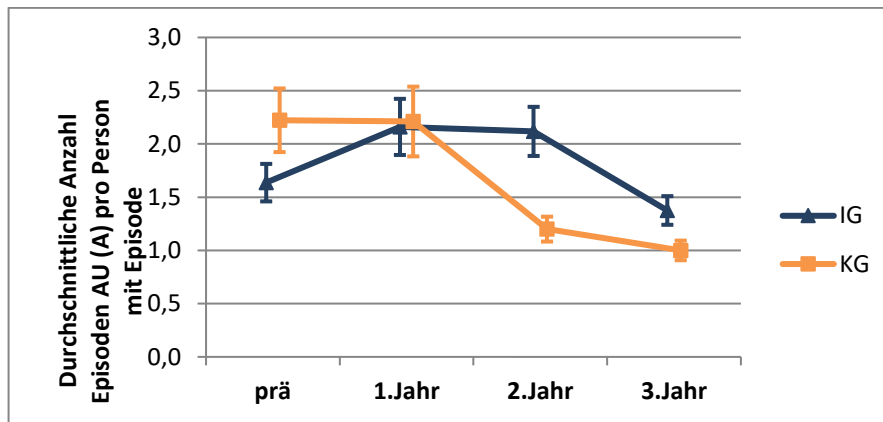


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

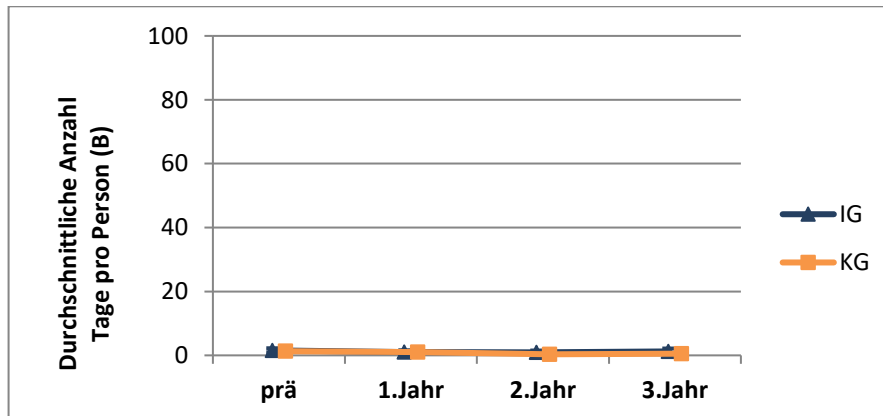


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=307, KG=342; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=465, KG=442). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klirikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,5-1,8). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 13 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (IG: 62,6 AU-Tage, KG: 75,7 AU-Tage).

Bei den klirikbekannten Patienten waren die Verläufe nahezu identisch. Zwischen den Gruppen gab es keine relevanten Unterschiede.

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikeu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	323	323	312	312
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	119	256	137	231
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,6	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	22,1	64,0	28,9	79,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,3%	9,0%	20,8%	15,4%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	17	20	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,3	2,0	2,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,1	1,6	0,5	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

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

²Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

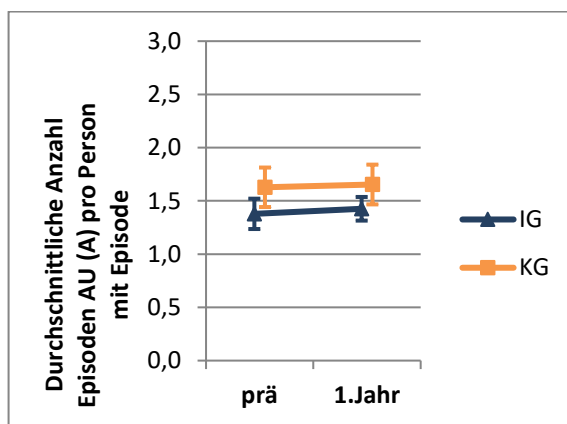
(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

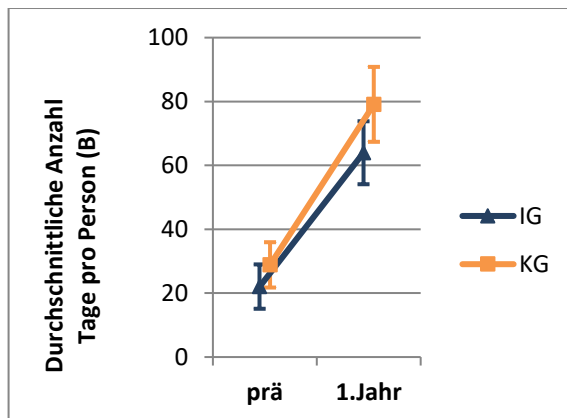
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

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

die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 305ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=323 und 312) 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: 22,1 Tage; 1. Jahr: 64,0 Tage) weniger stark an als in der KG (prä: 28,9 Tage; 1. Jahr: 79,1 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 in allen Subkohorten 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 mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 305 ff.).

8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

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

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

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

Da Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr überwiegend klinikneue Patienten waren, gab es sehr wenige Krankenhausfälle mit einem mindestens 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Bei einem Prä-Post-Vergleich wären maximal 25 Patienten in der Modellklinik und 21 Patienten aus der Kontrollgruppe untersucht worden. Es ließe sich praktisch keine Aussage ableiten. Aus diesem Grunde wurde bei diesem Parameter lediglich ein Post-Vergleich gerechnet.

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	349	273
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	33,8% 101,3	36,6% 110,1
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	174	156
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	18,9% 86,4	24,9% 112,5
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	65	68
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	8,6% 86,6	12,5% 124,5

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

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

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

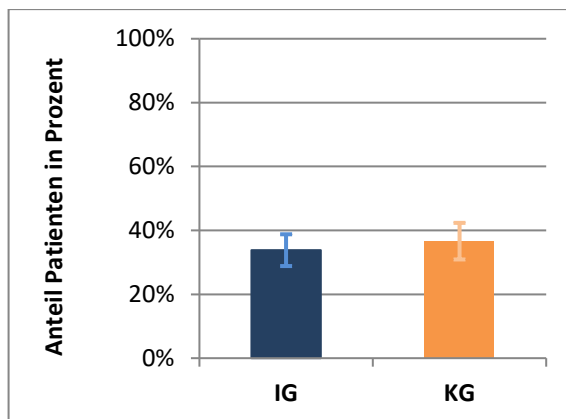
(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

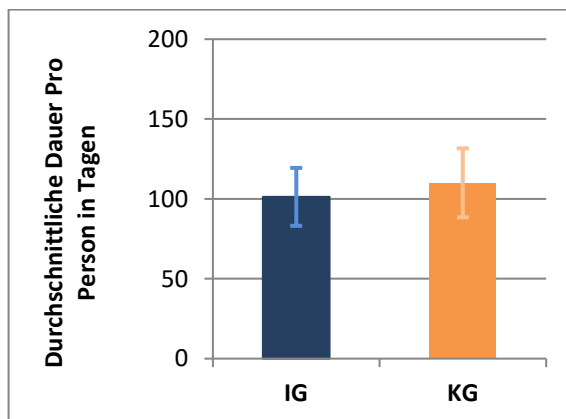


Abbildung 14 zeigt die Säulendiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Säulendiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=349 und 273) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahrvergleichbar (IG: 33,8%; KG: 36,6%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 101,3 Tage; KG: 110,1 Tage).

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	580	580	565	548	577	577	565	555
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,6	3,4	3,0	2,9	2,5	3,4	3,0	3,0

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	896	896	888	879	900	900	880	870
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	3,6	3,4	3,5	3,2	3,5	3,4	3,4

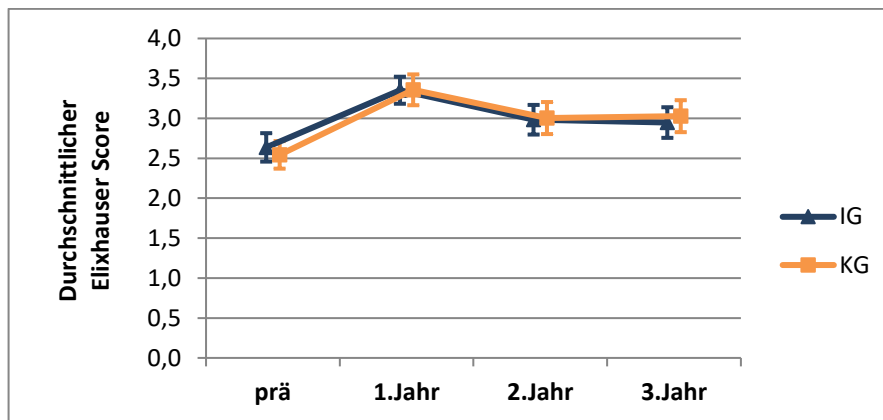
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

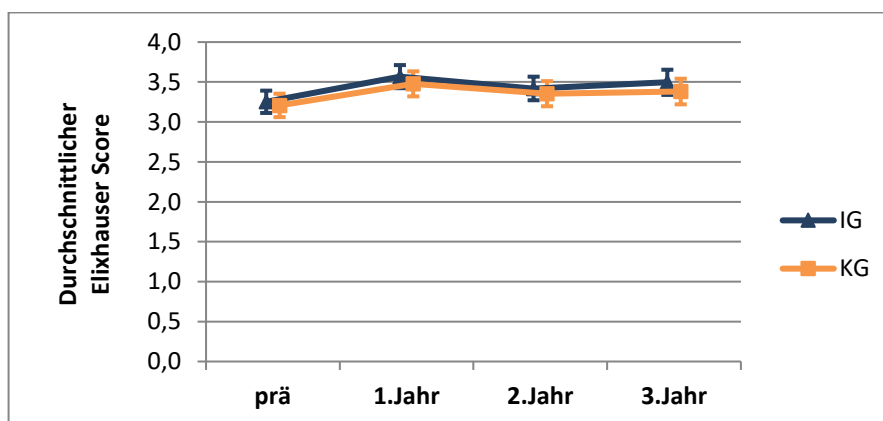


Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=580, KG=577; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=896, KG=900) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,4; KG: 3,4) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,6; KG: 2,5) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei circa 3,0 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,2-3,5), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit.

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	489	489
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,2 3 2 - 4	3,3 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,1 2 1 - 3	2,2 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,1 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

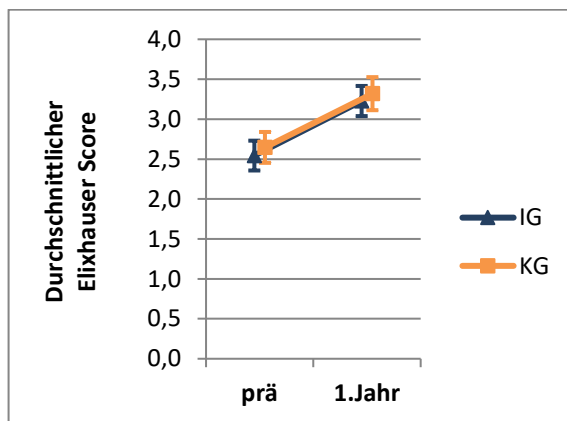


Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Interaktionsdiagramme für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

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

8.2.9 Mortalität

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal		IG			KG		
		1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)		580	580	580	577	577	577
	Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	2,6 %	5,5 %	7,2 %	2,1 %	3,8 %	6,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal		IG			KG		
		1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen (n)		896	896	896	900	900	900
	Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	0,9 %	1,9 %	3,2 %	2,2 %	3,3 %	4,7 %

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

Klinikneue Patienten

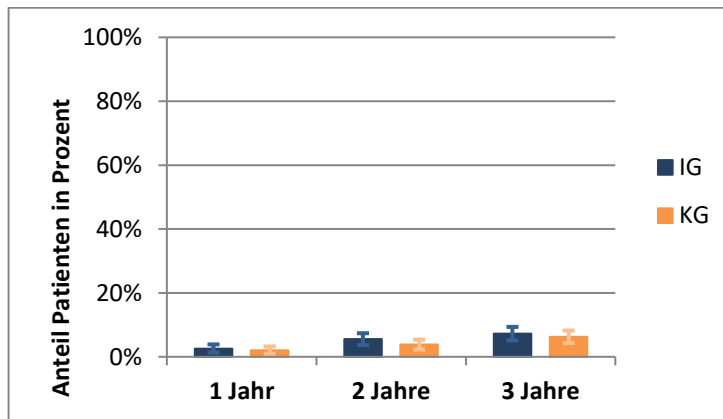
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Klinikbekannte Patienten

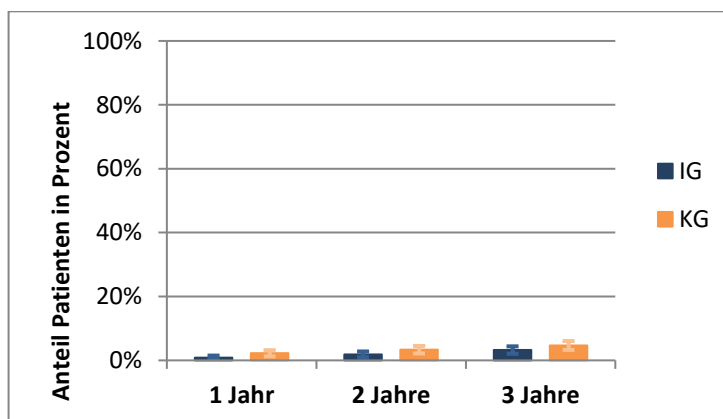
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl Tode



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=580, KG=577; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=896, KG=900) zeigten sich bei klinikneuen Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zu Kontrollgruppe (KG). Bei den klimbekannten Patienten zeigten sich leicht geringere Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zu KG. Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	489	489
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,7 %	3,1 %

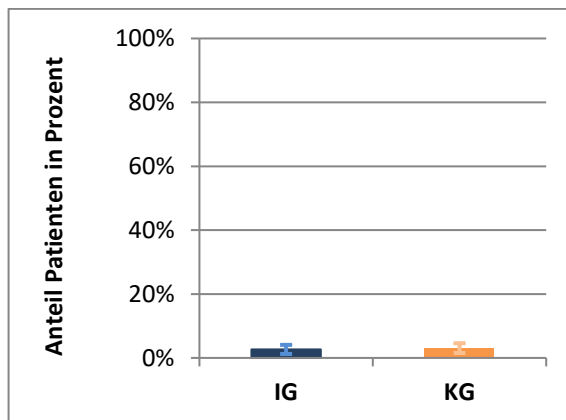
**Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr
(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

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

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben	565	548	538	565	555	541
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	180	184	192	166	175	180
• Jegliche depr. Episode ³	327	321	327	305	314	315
• ohne Suchterkrankung ⁵	366	355	349	360	356	348
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	8,9 %	10,9 %	12,0 %	21,1 %	24,0 %	26,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,1 %	4,4 %	5,8 %	7,2 %	9,2 %	12,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	24,0 %	28,5 %	31,2 %	20,8 %	26,1 %	30,7 %

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	888	879	867	880	870	858
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	208	225	237	197	206	211
• Jegliche depr. Episode ³	468	468	460	436	434	428
• ohne Suchterkrankung ⁵	488	488	482	503	500	492
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	2,9 %	3,6 %	5,5 %	6,6 %	10,2 %	13,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,5 %	3,0 %	4,3 %	4,1 %	6,2 %	8,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,6 %	10,5 %	12,9 %	9,1 %	15,2 %	18,5 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Klinikneue Patienten

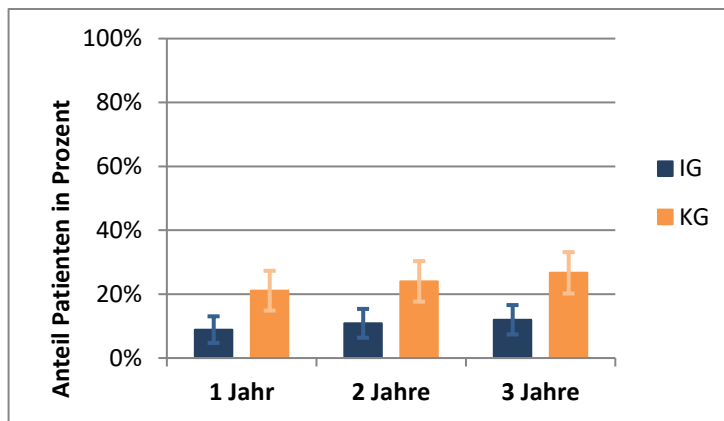
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

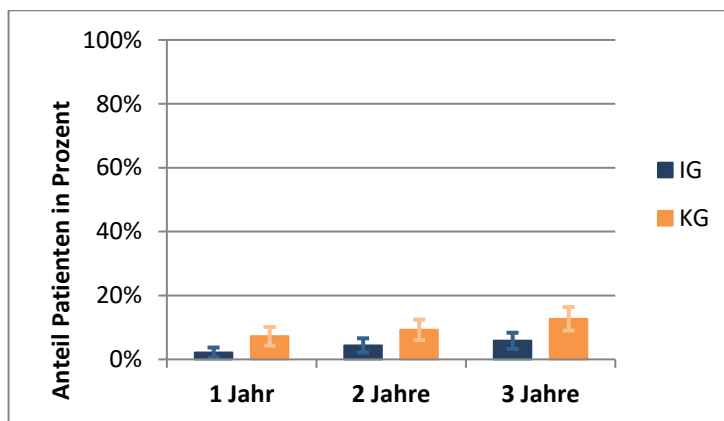
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

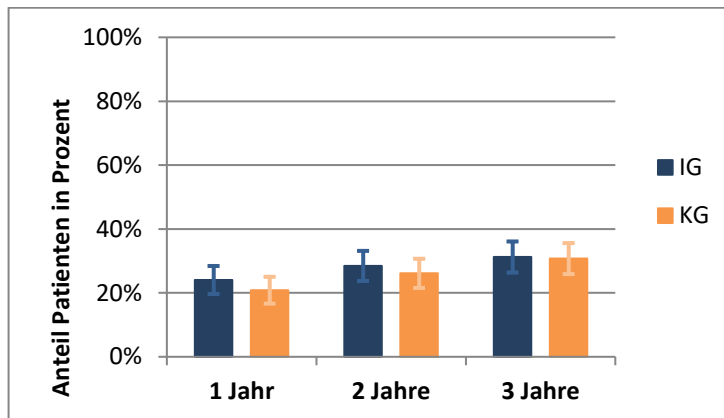
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

Klinikbekannte Patienten

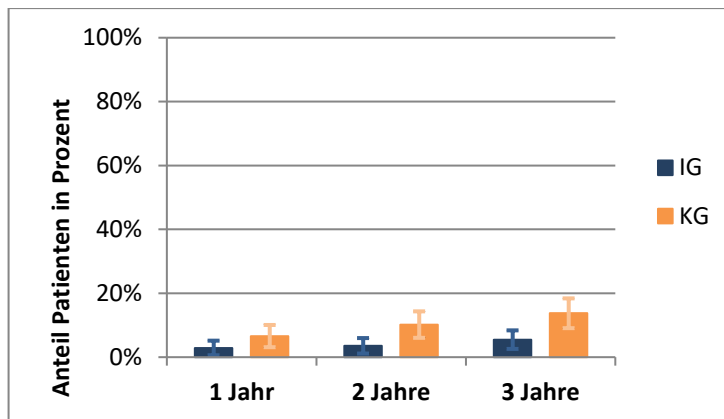
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

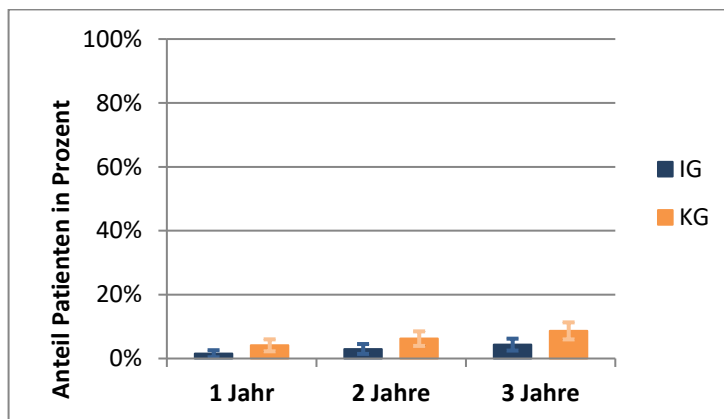
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

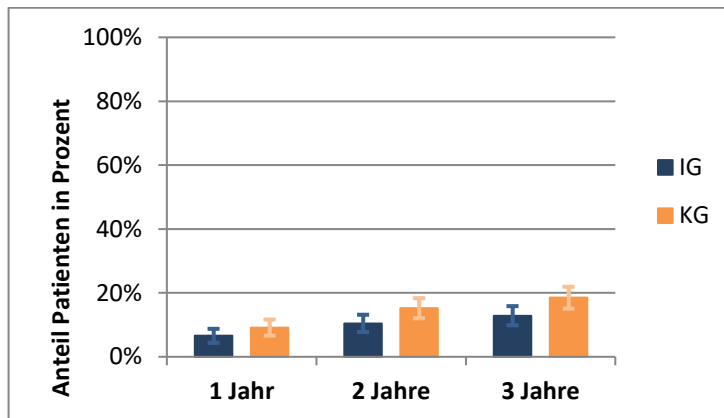
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ($n_{\text{Klinikneu}}$: IG=565, KG=565; $n_{\text{Klinikbekannt}}$: IG=888, KG=880) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster und eine Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Die Anstiege waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit vergleichbar. In der IG entwickelten die klinikneuen und klinikbekannten Patienten zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) oder eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG, dabei war der Unterschied bei den klinikneuen Patienten stark (12-15%-Punkte geringere Progression in der IG im Vergleich zur KG).

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	476	474
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	173	156
• Jegliche depr. Episode ³	300	296
• ohne Suchterkrankung ⁵	291	297
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,5 %	19,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,0 %	5,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	25,8 %	19,5 %

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)

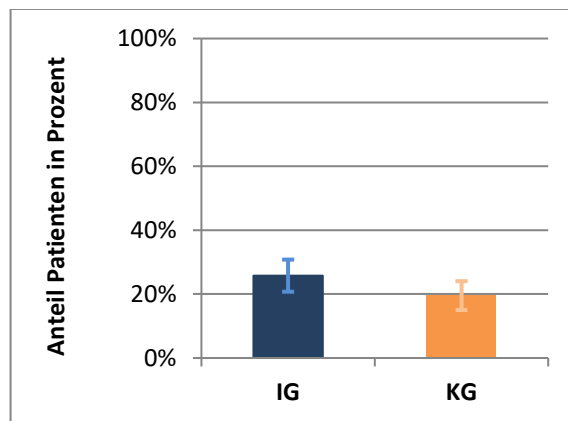


Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

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

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

8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

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

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

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	52	38
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	0,0 %	5,3 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	72	44
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,0 %	0,0 %

³ ICD-10: F10.2

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

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

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

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

Demenz

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	<p>18</p> <p>0,0 %</p>	<p>25</p> <p>0,0 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p><10</p> <p>33,3 %</p>	<p><10</p> <p>33,3 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>10</p> <p>40,0 %</p>	<p>12</p> <p>33,3 %</p>

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

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

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>195 43,6 %</p>	<p>229 51,5 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>233 12,4 %</p>	<p>184 16,8 %</p>

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

² ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war numerisch in der Modellklinik (IG) geringer als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 43,6%; KG: 51,5%).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch geringer als in der KG (IG: 12,4%; KG: 16,8%).

Die geschätzten DiD-Parameter beider Untersuchungen zeigten jedoch, dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind.

Schizophrenie

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

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">23</p> 91,3 %	<p style="text-align: center;">28</p> 85,7 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">16</p> 93,8 %	<p style="text-align: center;">14</p> 85,7 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;"><10</p> 0,0 %	<p style="text-align: center;"><10</p> 25,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

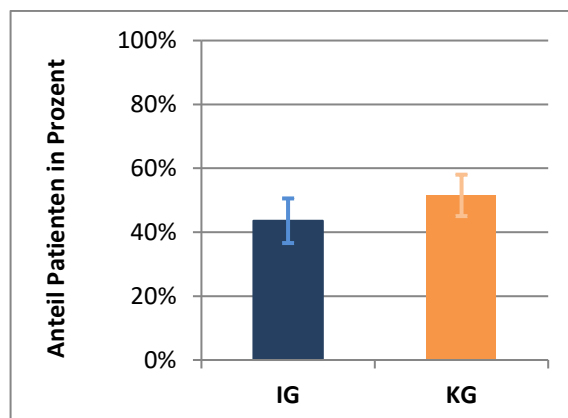
Demenz E

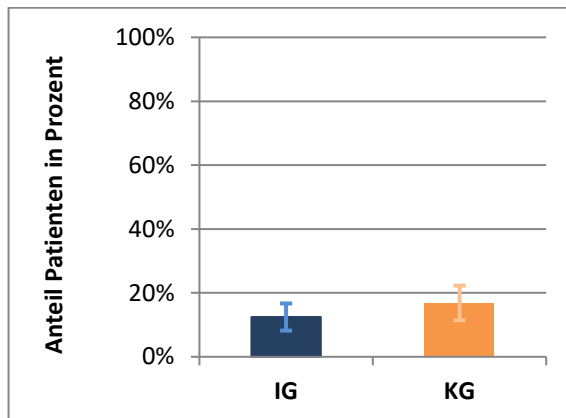
Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I**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 244ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 257ff.).

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

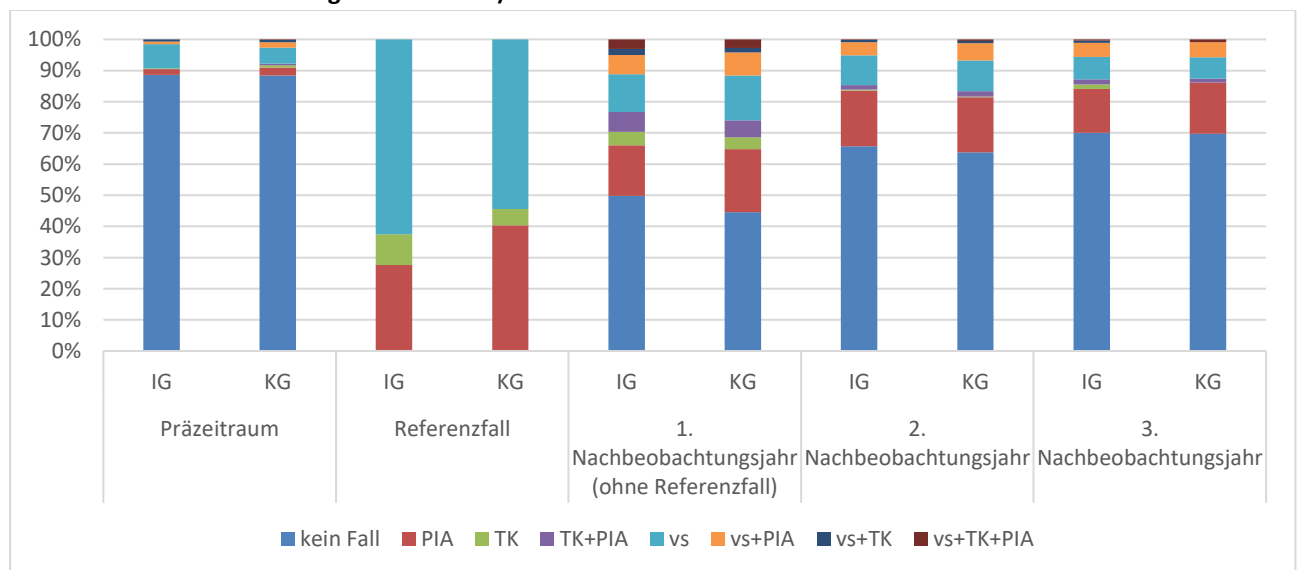
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Homemetreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation* mit Studieneintritt im ersten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

Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting ¹	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungs- jahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungs- jahr		3. Nachbeobachtungs- jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
vs+TK+PIA		1			18	16	1	3	2	5
vs+TK	4	4			11	8	4	4	4	
vs+PIA	5	10			36	43	24	31	25	27
vs	45	30	363	314	70	83	54	56	39	38
TK+PIA		3			37	31	8	10	9	7
TK	1	4	57	30	25	22	2	1	8	
PIA	11	15	160	233	94	117	101	100	77	91
kein Fall	514	510			289	257	371	360	384	387
Gesamt	580	577	580	577	580	577	565	565	548	555

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



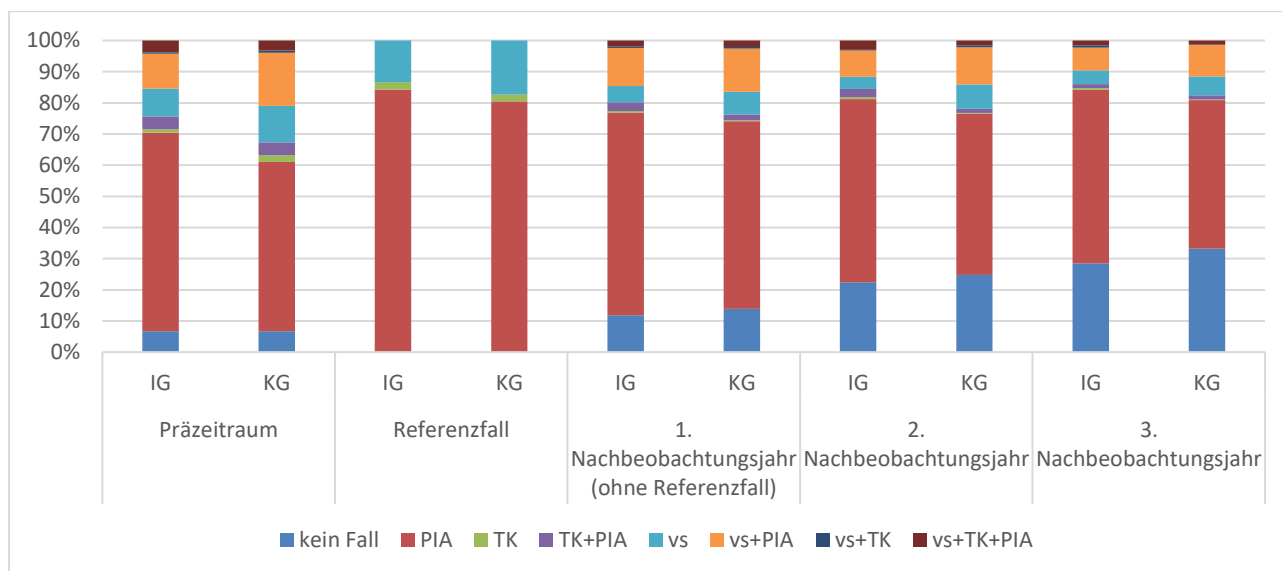
¹ vs = vollstationär; TK = Tagesklinik; PIA = Psychiatrische Institutsambulanz

Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting ²	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
vs+TK+PIA	34	29			18	19	27	14	14	11
vs+TK	4	6			3	4	1	5	6	2
vs+PIA	100	154			110	125	75	105	64	87
vs	80	105	120	156	47	66	35	69	39	53
TK+PIA	37	37			25	16	24	11	12	12
TK	10	20	21	20	4	3	5	2	4	1
PIA	571	489	755	724	583	542	522	456	490	415
kein Fall	60	60			106	125	199	218	250	289
Gesamt	896	900	896	900	896	900	888	880	879	870

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ($p = 0,54$) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wird jedoch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ($p < 0,001$). So weist die IG einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit vollstationärem oder tagesklinischem Referenzfall und im Gegenzug dazu einen deutlich geringeren Anteil an PIA-Fällen gegenüber der KG auf. Im ersten (ohne Referenzfall), zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr verhalten sich die Verteilungen der Behandlungssettings zwischen IG und KG gleich, hier sind keine signifikanten Verteilungsunterschiede feststellbar ($p_{\text{Jahr 1}} = 0,85$; $p_{\text{Jahr 2}} = 1$; $p_{\text{Jahr 3}} = 0,16$). Auch die Anteile der Patienten, die kei-

² vs = vollstationär; TK = Tagesklinik; PIA = Psychiatrische Institutsambulanz

nen Fall aufweisen, die rein tagesklinisch, in der PIA oder vollstationär behandelt wurden, unterscheiden sich in den jeweiligen Zeiträumen nicht statistisch signifikant voneinander.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigt sich ein anderes Bild (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Hier unterschieden sich die Verteilungen der Behandlungssettings bereits im Prä-Zeitraum signifikant voneinander ($p = 0,003$). Dabei sind es vor allem der signifikant ($p < 0,001$) geringere Anteil an rein in der PIA behandelten Patienten in der IG gegenüber der KG sowie der in der IG signifikant ($p = 0,002$) höhere Anteil an in der PIA und zusätzlich vollstationär behandelten Patienten. Für den Referenzfall ergeben sich allerdings keine Unterschiede hinsichtlich der Anteile der Behandlungssettings ($p = 0,14$). Dieses Bild zeigt sich, trotz eines in der IG um fünf Prozentpunkte höheren Anteils an Patienten, die ausschließlich in der PIA behandelt wurden, auch für das erste Nachbeobachtungsjahr ohne Referenzfall ($p = 0,65$). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr unterscheidet sich die Verteilung der Behandlungssettings jedoch zwischen IG und KG ($p < 0,001$). Hierfür verantwortlich sind vor allem der in der IG höhere Anteil ausschließlich in der PIA behandelter Patienten sowie der in der IG geringere Anteil von rein vollstationär und sowohl vollstationär als auch in der PIA behandelter Patienten. Eine Unterschiedliche Verteilung ergibt sich auch für das dritte Nachbeobachtungsjahr ($p = 0,04$). Ursächlich ist der in der IG um acht Prozentpunkte höhere Anteil an lediglich in der PIA behandelten Patienten.

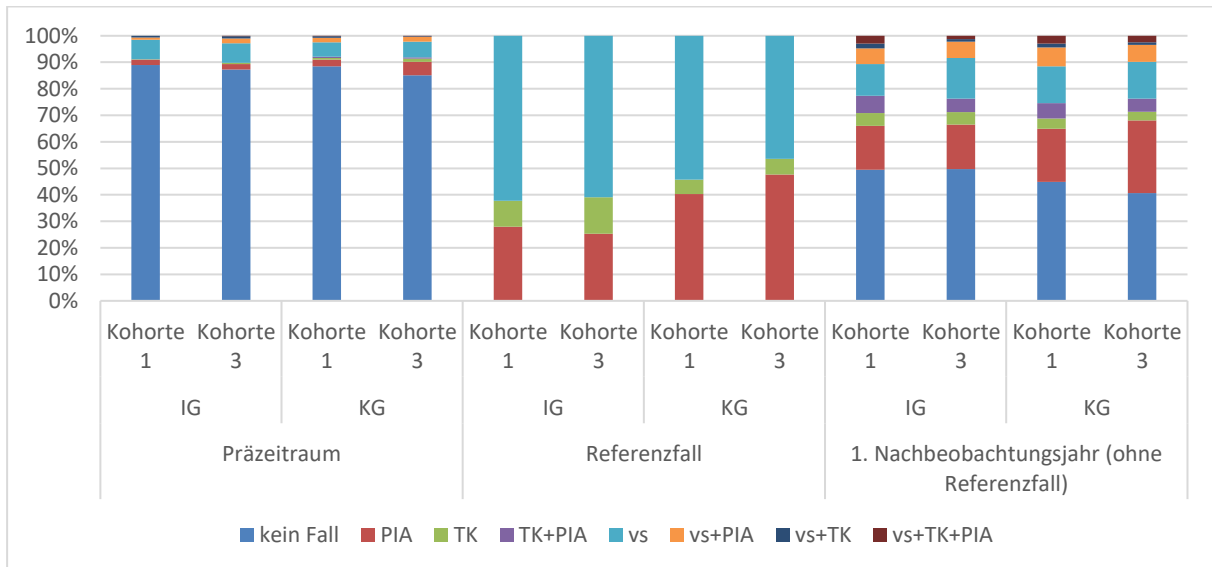
Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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

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

Behandlungssetting ³	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+PIA		1	1	1					18	6	18	12
vs+TK	4	4	4	1					11	5	9	5
vs+PIA	5	9	10	9					36	30	43	31
vs	45	36	33	29	380	298	331	227	73	75	85	68
TK+PIA			3	2					40	25	35	24
TK	1	2	4	6	59	67	33	29	29	23	24	16
PIA	12	10	15	25	171	124	246	233	101	82	122	134
kein Fall	543	427	540	416					302	243	274	199
Gesamt	610	489	610	489	610	489	610	489	610	489	610	489

³ vs = vollstationär; TK = Tagesklinik; PIA = Psychiatrische Institutsambulanz

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

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

Im Prä-Zeitraum ergeben sich bezüglich des Patientenmix keine signifikanten Unterschiede zwischen Kohorte Jahr 1 und 3 in der IG sowie KG (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25). Auch beim Vergleich der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG je Kohorte ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Für den Referenzfall ergeben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Verteilung der Settings zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 in der Interventionsgruppe. In der Kontrollgruppe hingegen lässt sich ein signifikant ($p = 0,001$) höherer Anteil an Patienten mit einem PIA-Fall als Referenzfall in Kohorte Jahr 3 feststellen, wobei parallel dazu der Anteil vollstationärer Referenzfälle signifikant sinkt ($p = 0,03$). Unterschiede lassen sich auch beim Vergleich von IG und KG je Kohorte feststellen. Sowohl für Kohorte Jahr 1 als auch für Kohorte Jahr 3 ergeben sich in der IG signifikant ($P = 0,002$ bzw. $p < 0,001$) höhere Anteile an vollstationären Referenzfällen gegenüber der KG. Parallel dazu sind die Anteile von Referenzfällen in der PIA in der IG in beiden Kohorten signifikant geringer gegenüber der KG.

Im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigt sich in der IG kein statistisch signifikanter Unterschied in der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3. Auch der Vergleich von IG und KG der Kohorte Jahr 1 zeigt keine statistisch voneinander verschiedene Verteilung der Behandlungssettings ($p = 1$). Demgegenüber steht eine statistisch signifikant voneinander verschiedene Verteilung zwischen IG und KG der Kohorte Jahr 3 ($p = 0,02$). Vor allem der um neun Prozentpunkte höhere Anteil von Patienten ohne Behandlungsfall in der IG (IG = 49,7%, KG = 40,7%; $p = 0,02$) und ein im Gegenzug dazu geringerer Anteil an Patienten mit PIA-Behandlung (IG = 16,8%, KG = 27,4%; $p < 0,001$) bedingen dieses Ergebnis.

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 150 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.⁴ 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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	580	577	580	577	580	577	580	577	580	577	580	577	565	565	565	565
N mit mind. einem Fall	54	45	5	12	363	314	57	30	135	150	91	77	83	94	15	18
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,3	0,1	0,1	3,9	2,2	0,4	0,5	1,6	1,5	0,8	1,3	0,7	0,8	0,2	0,3
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	1,6	1,3	0,2	0,4	4,4	4,7	1,4	0,8	2,3	3,2	2,8	2,4	1,4	1,6	0,5	0,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	-	-	0,2	0,2	-	-	0,2	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,2	0,7	-	-	0,4	0,8	-	-	1,0	0,8	-	-	0,6	0,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	0,0	-	0,2	-	0,1	-	0,1	-	0,1	0,0	0,1	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,0	0,1	-	0,1	-	0,2	-	0,1	-	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,1	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	0,0	-	-	0,1	-	-	0,5	0,6	-	0,0	0,4	0,3	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,2	0,0	0,0	-	-	0,2	-	-	0,3	0,4	-	0,0	0,2	0,2	-	-

⁴ Durch eine Änderung des OPS-Kataloges ab dem Jahr 2016 konnten die Therapieeinheiten nicht analog der Vorjahre erfasst werden. An der Implementierung in die Auswertungsroutinen und der Überprüfung auf die inhaltliche Vergleichbarkeit der neuen OPS-Schlüssel wird gearbeitet. Die Darstellung erfolgt an dieser Stelle demzufolge nur bis einschließlich dem zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr.

Gesamt	2,9	2,7	0,3	0,7	8,9	8,6	1,9	1,4	6,1	7,0	3,6	4,1	3,5	3,7	0,8	1,0	

(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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	580	577	580	577	580	577	580	577	580	577	580	577	565	565	565	565
N mit mind. einem Fall	54	45	5	12	363	314	57	30	135	150	91	77	83	94	15	18
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,9	3,7	9,4	7,0	6,2	4,0	4,4	8,9	6,9	5,7	5,0	10,1	4,4	4,8	5,7	10,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	16,9	16,2	21,2	20,6	7,1	8,7	14,7	15,1	10,0	12,5	18,1	18,1	9,3	9,6	17,8	22,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	1,0	-	-	0,4	0,4	-	-	1,1	0,6	-	-	1,5	0,7	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,4	8,6	-	-	0,6	1,5	-	-	4,4	3,1	-	-	4,1	2,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	1,4	-	1,7	-	0,3	-	1,8	-	0,4	-	1,0	0,3	0,5	1,6	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	1,8	-	4,1	-	0,3	-	1,2	-	0,5	-	0,9	0,4	0,5	3,9	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	1,0	0,4	-	-	0,2	-	-	2,3	2,5	-	0,2	2,6	1,9	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,6	0,4	0,4	-	-	0,3	-	-	1,5	1,7	-	0,1	1,4	1,2	-	-
Gesamt	31,4	34,1	31,4	33,3	14,2	15,7	19,2	27,0	26,1	26,8	23,2	30,4	24,1	22,1	28,9	32,7

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Prä-Zeitraum ⁵		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	484	477	484	477	484	477	472	466	456	456
N mit mind. einem Fall	12	22	135	198	153	166	109	114	94	107
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	0,3	0,9	1,9	3,8	1,5	2,9	1,1	1,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,0	0,1	0,1	1,4	0,7	1,0	0,5	0,9	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt	0,1	0,1	0,4	1,0	3,5	4,6	2,5	3,5	2,1	2,5

⁵ PIA-Kontakte für Prä-Zeitraum hier verzerrt, da LDL-Schlüssel erst ab 2013 vorhanden.

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)

	Prä-Zeitraum ⁶		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	484	477	484	477	484	477	472	466	456	456
N mit mind. einem Fall	12	22	135	198	153	166	109	114	94	107
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,3	1,1	1,2	2,2	6,1	10,9	6,3	12,0	5,5	8,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,1	1,0	0,3	0,2	4,6	2,0	4,3	2,0	4,2	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	-	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	-	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2
Gesamt	5,8	2,1	1,6	2,5	11,1	13,1	10,9	14,1	10,1	10,5

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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	896	900	896	900	896	900	896	900	896	900	896	900	888	880	888	880
N mit mind. einem Fall	218	294	85	92	120	156	21	20	178	214	50	42	138	193	57	32
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	1,9	0,2	1,0	0,5	0,4	0,1	0,2	1,0	1,1	0,3	0,3	0,9	1,0	0,4	0,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,0	4,3	1,2	1,9	0,7	1,3	0,6	0,3	2,2	2,8	1,3	0,8	1,7	3,0	1,2	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,0	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-	0,1	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,2	1,1	-	-	0,1	0,4	-	0,0	1,0	0,8	-	-	1,5	1,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	0,4	-	0,1	-	0,0	-	0,0	0,0	0,2	-	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	0,4	-	0,1	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,7	-	0,1	-	0,0	-	-	0,2	0,4	-	0,0	0,3	0,4	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,5	-	0,0	-	-	-	-	0,1	0,2	-	0,0	0,2	0,2	-	0,0
Gesamt	6,4	9,4	1,4	3,1	1,2	2,2	0,7	0,5	4,8	5,7	1,7	1,1	4,8	6,2	1,6	1,0

⁶ PIA-Kontakte für Prä-Zeitraum hier verzerrt, da LDL-Schlüssel erst ab 2013 vorhanden.

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)

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	896	900	896	900	896	900	896	900	896	900	896	900	888	880	888	880
N mit mind. einem Fall	218	294	85	92	120	156	21	20	178	214	50	42	138	193	57	32
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,6	5,8	2,1	9,3	3,6	2,4	5,6	6,8	5,3	4,7	6,2	6,4	6,1	4,7	6,8	9,8
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	12,3	13,1	12,2	18,4	4,9	7,8	24,8	13,6	11,2	11,6	23,9	16,3	10,7	13,7	18,5	15,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,4	-	-	0,0	0,2	-	-	0,3	0,5	-	-	0,5	0,6	-	-
Intensivbehandlung; Thera- peut/Pflege	4,8	3,4	-	-	0,7	2,2	-	0,5	5,2	3,4	-	-	9,6	5,8	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	1,2	-	1,0	-	0,0	-	1,1	0,2	1,0	-	0,5	0,0	0,8	0,1	1,4
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Thera- peut/Pflege	-	1,2	-	1,1	-	0,0	-	0,9	0,3	0,5	0,1	0,2	0,1	0,6	0,1	1,3
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,1	2,0	-	0,7	-	0,0	-	-	0,9	1,6	-	0,3	2,1	1,6	-	0,1
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Thera- peut/Pflege	1,5	1,5	-	0,2	-	-	-	-	0,6	0,7	-	0,1	1,5	0,7	-	0,0
Gesamt	26,4	28,7	14,3	30,7	9,3	12,6	30,3	22,7	24,0	24,0	30,2	23,7	30,7	28,4	25,4	27,7

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)

	Prä-Zeitraum ⁷		Referenzfall		1. Nachbeobach- tungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobach- tungsjahr		3. Nachbeobach- tungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	714	713	714	713	714	713	707	697	699	688
N mit mind. einem Fall	588	552	584	552	516	451	464	407		
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,2	1,0	1,9	4,6	6,5	5,1	6,3	4,5	5,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,8	0,5	4,0	2,4	4,9	2,0	3,3	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	0,2	0,5	0,1	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,1	-	0,6	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4
Gesamt	0,1	0,2	1,9	2,5	9,4	9,3	10,5	9,0	8,3	8,1

⁷ PIA-Kontakte für Prä-Zeitraum hier verzerrt, da LDL-Schlüssel erst ab 2013 vorhanden.

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)

	Prä-Zeitraum ⁸		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	714	713	714	713	714	713	707	697	699	688
N mit mind. einem Fall	588	596	588	578	584	552	516	451	464	407
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,3	1,2	2,4	5,6	8,5	7,0	9,7	6,8	9,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,9	0,6	4,8	3,1	6,7	3,0	5,0	3,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,8	0,2	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,1	-	0,7	0,1	0,5	0,4	0,5	0,7
Gesamt	0,1	0,3	2,3	3,0	11,4	12,0	14,4	14,0	12,6	13,7

Für die klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Modelljahr zeigt sich bei Betrachtung der durchschnittlichen kumulierten Therapieeinheitenzahl der gesamten Gruppe im Prä-Zeitraum weder für vollstationäre (IG = 2,9 TE je Patienten, KG = 2,7 TE je Patienten) noch für tagesklinische Behandlungen (IG = 0,3 TE; KG = 0,7 TE) ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG sowohl in der Gesamtzahl als auch differenziert nach Behandlungssetting und behandelnder Berufsgruppe (vgl. Tabelle 33). Auch auf die Patienten eingeschränkt, die einen voll- oder teilstationären psychiatrischen Behandlungsfall aufweisen, ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 34). Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ergeben sich bei PIA-Behandlungen. Dies gilt sowohl in Bezug auf die Gesamtuntersuchungsgruppe (vgl. Tabelle 35) als auch auf die Untergruppe der Patienten, die mindestens einen PIA-Fall aufweisen (vgl. Tabelle 36).

Im Referenzfall ergeben sich ebenfalls weder im voll- (IG = 8,9 TE, KG = 8,6 TE) noch im teilstationären Setting (IG = 1,9 TE, KG = 1,4 TE) signifikante Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug auf die Gesamtzahl der Therapieeinheiten je Patienten. Die IG weist allerdings im vollstationären Setting mit durchschnittlich 3,9 gegenüber 2,4 durch Ärzte oder Psychologen in der Regelbehandlung erbrachte TE signifikant mehr TE als die KG auf ($p = 0,001$). Auch auf die Patienten mit Fall eingeschränkt bestätigt sich die höhere Zahl von 6,2 TE je Patienten mit vollstationärem Fall in der IG gegenüber 4,0 TE in der KG ($p = 0,02$). Die Intensität der Tagesklinischen Behandlung unterschied sich zwischen IG und KG im Referenzfall nicht signifikant voneinander. In der IG ist die Gesamtzahl der PIA-Kontakte mit 0,4 Kontakten je Patient (gesamte Gruppe) signifikant ($p < 0,001$) geringer als in der KG mit 1,0 Kontak-

⁸ PIA-Kontakte für Prä-Zeitraum hier verzerrt, da LDL-Schlüssel erst ab 2013 vorhanden.

ten. Dies ist vor allem auf die signifikant höhere durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten mit Arzt bzw. Psychologe in der KG (durchschnittlich 0,9 Kontakte für Gesamtgruppe bzw. 2,2 Kontakte bei Patienten mit Fall) gegenüber der IG, in der es es 0,3 Kontakte bzw. 1,2 Kontakte mit Arzt bzw. Psychologe bei PIA-Fall sind ($p_{\text{Gesamt}} < 0,001$; $p_{\text{bei Fall}} < 0,001$).

Im sich mit Beginn des Referenzfalls startenden ersten Nachbeobachtungsjahr zeigen sich für die Gesamtzahl der TE weder im voll- (IG = 6,1 TE; KG = 7,0 TE) noch im teilstationären Setting (IG = 3,6 TE; KG = 4,1 TE) signifikante Unterschiede zwischen IG und KG. Für die Gesamtzahl der vollstationären TE gilt dies auch für die Patientengruppe, die mindestens einen Fall aufweist (IG = 26,1 TE; KG = 26,8 TE). Ebenfalls keine Unterschiede ergeben sich bei der auf die Gesamtgruppe bezogenen Gesamtzahl der tagesklinischen Therapieeinheiten (IG = 3,6 TE; KG = 4,1 TE). Allerdings zeigt sich für die Gruppe der konkret tagesklinisch behandelten Patienten eine signifikant höhere Zahl von Therapieeinheiten in der KG (IG = 23,2 TE; KG = 40,4 TE; vgl. Tabelle 34). Dieses Ergebnis wird durch die mit 10,1 doppelt so hohe Anzahl von durch Ärzte oder Psychologen in der Regelbehandlung erbrachten TE in der KG gegenüber der IG mit 5,0 TE bedingt ($p < 0,001$). In der PIA ergeben sich in diesem Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug auf die Gesamtzahl der Kontakte (IG_{Gesamt} = 3,4; IG_{bei Fall} = 11,1; KG_{Gesamt} = 4,6; KG_{bei Fall} = 13,1). Es ergeben sich allerdings signifikante Unterschiede hinsichtlich der Behandlergruppe: so erfolgen in der KG mit durchschnittlich 3,8 Kontakten mit Arzt oder Psychologe (bzw. 10,9 Kontakten bei Patienten mit mind. einem PIA-Fall) signifikant mehr Kontakte ($p < 0,001$) als der IG, in der es in der gesamten Gruppe durchschnittlich 1,9 und in der Gruppe der Patienten mit mind. einem Fall 6,1 Kontakte sind. Umgekehrt verhält es sich dabei bei den Kontakten ohne Arzt. Hier sind es in der IG mit 1,4 (bzw. 4,6 bei Patienten mit mindestens einem Fall) doppelt so viele Kontakte wie in der KG mit 0,7 (bzw. 2,0) Kontakten ($p = 0,05$ bzw. 0,01).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr zeigen sich weder vollstationär noch tagesklinisch Unterschiede in der Zahl der Therapieeinheiten zwischen IG und KG. Im Rahmen der PIA bleibt allerdings auch im zweiten Nachbeobachtungsjahr ein Unterschied bezüglich der Kontakte mit Arzt bzw. Psychologen bestehen. Hier finden in der KG mit auf die Gesamtgruppe bezogenen durchschnittlich 3,5 Kontakten deutlich mehr Kontakte statt als in der IG, in der es 2,5 Kontakte sind ($p = 0,004$). Auch in der Gruppe der Patienten, die in diesem Zeitraum mind. einen PIA-Fall aufweisen, ist die Zahl der Kontakte mit Arzt/Psychologen in der KG mit 12 gegenüber 6,3 in der IG deutlich höher ($p < 0,001$). In dieser Subgruppe liegt die Zahl der Kontakte mit Therapeuten/Pflegekräften jedoch in der IG mit 4,3 mehr als doppelt so hoch wie in der KG mit 2,0 Kontakten ($p = 0,05$). Im dritten Nachbeobachtungsjahr lassen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG feststellen.

Bei den klimbekannt Patienten zeigt sich für den Prä-Zeitraum ein Unterschied in der Gesamtzahl durchschnittlich erbrachter Therapieeinheiten im vollstationären Setting (vgl. Tabelle 37; IG = 6,4 TE je Patienten; KG = 9,4 TE; $p = 0,02$). Auf die Patientengruppe mit mind. einem vollstationären Fall (vgl. Tabelle 38) im Prä-Zeitraum eingeschränkt ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG (26,4 TE) und KG (28,7 TE). Im Tagesklinischen Setting zeigen sich für den Prä-Zeitraum deutliche Unterschiede zwischen IG und KG: So weist die KG mit 30,7 TE doppelt so viele Therapieeinheiten wie die

IG mit 14,3 TE auf. Für PIA-Behandlungen lässt sich für den Prä-Zeitraum keine belastbare Aussage treffen, da die PIA-Dokumentation erst seit 2013 erfolgt und Unterschiede zwischen IG und KG eher auf unterschiedliche Zeitpunkte des Studieneintritts zurückzuführen sind.

Im Referenzfall weist die Gesamtgruppe der IG eine mit 1,2 TE nur halb so hohe Zahl an Therapieeinheiten je Patienten wie die KG mit 2,2 TE im vollstationären Setting auf ($p = 0,04$). Vor allem die höhere Zahl an durch Therapeuten/Pflegefachkräfte in der Regelbehandlung erbrachten TE bedingt dieses Ergebnis. Allerdings lassen sich keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten zwischen IG und KG in der Patientengruppe derjenigen mit konkret vorliegendem Fall feststellen (IG = 9,3 TE; KG = 12,6 TE; $p = 0,07$). Für die im Referenzfall tagesklinisch behandelten Patienten lassen sich deutliche Unterschiede zwischen IG und KG feststellen. So liegt die Zahl der Therapieeinheiten derjenigen, die im Referenzfall tagesklinisch behandelt wurden mit 30,7 TE wesentlich über denen der KG mit 22,7 TE. Durch die geringe Gruppengröße können diese Unterschiede jedoch nicht als statistisch signifikant ausgewiesen werden. Die Leistungserbringung in der PIA stellt sich in der KG höher dar als in der IG. Im Referenzfall erfolgen in der KG über die gesamte KG 2,5 Kontakte, in der IG 1,9 Kontakte ($p = 0,008$). Auch eingegrenzt auf die Patienten mit PIA-Fall als Referenzfall bleibt der Unterschied bestehen: hier sind es in der KG 3,0 Kontakte und in der IG 2,3 Kontakte je Patient ($p = 0,001$). Auch hier zeigt sich, dass in der KG signifikant mehr Kontakte mit Ärzten/Psychologen erfolgen als in der IG. Umgekehrt erfolgen in der IG mehr Kontakte mit Therapeuten/Pflegekräften als in der KG (vgl. Tabelle 39 und Tabelle 40).

Für das erste und zweite Nachbeobachtungsjahr lassen sich für keines der stationären Settings statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG feststellen. Dies gilt sowohl für die Gesamtgruppen als auch auf die konkret behandelten Patienten.

Im Rahmen der PIA-Behandlung ergeben sich auch in den Nachbeobachtungsjahren Unterschiede hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte unterteilt nach Behandlergruppen. In der Gesamtzahl ergaben sich zwar keine Unterschiede zwischen IG (9,4 Kontakte je Patient der Gesamtgruppe bzw. 11,4 Kontakte bei Subgruppe mit mind. einem PIA-Fall im Zeitraum) und KG (9,3 Kontakte bzw. 12,0 Kontakte). Allerdings unterscheiden sich beide Gruppen hinsichtlich der Anzahl der Kontakte mit Arzt oder Psychologen (IG_{Gesamt} = 4,6; IG_{bei Fall} = 5,6; KG_{Gesamt} = 6,5; KG_{bei Fall} = 8,5; $p_{\text{Gesamt}} < 0,001$; $p_{\text{bei Fall}} < 0,001$). Signifikant höher, wenn auch in beiden Gruppen auf sehr niedrigem Niveau, ist hingegen in der IG die aufsuchende (zu Hause-)Behandlung (IG = 0,8 Kontakte, KG = 0,4 Kontakte; $p = 0,005$).

Das Muster (gleiche Anzahl an Kontakten insgesamt, aber mehr Arztkontakte in der KG, dafür mehr Therapeutenkontakte in der IG bei der nicht aufsuchenden Behandlung) setzt sich auch im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fort. Das Verhältnis bei der aufsuchenden Behandlung kehrt sich

allerdings ab dem zweiten Nachbeobachtungsjahr um. Hier ist es die KG, die mehr signifikant Kontakte gegenüber der IG aufweist.

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

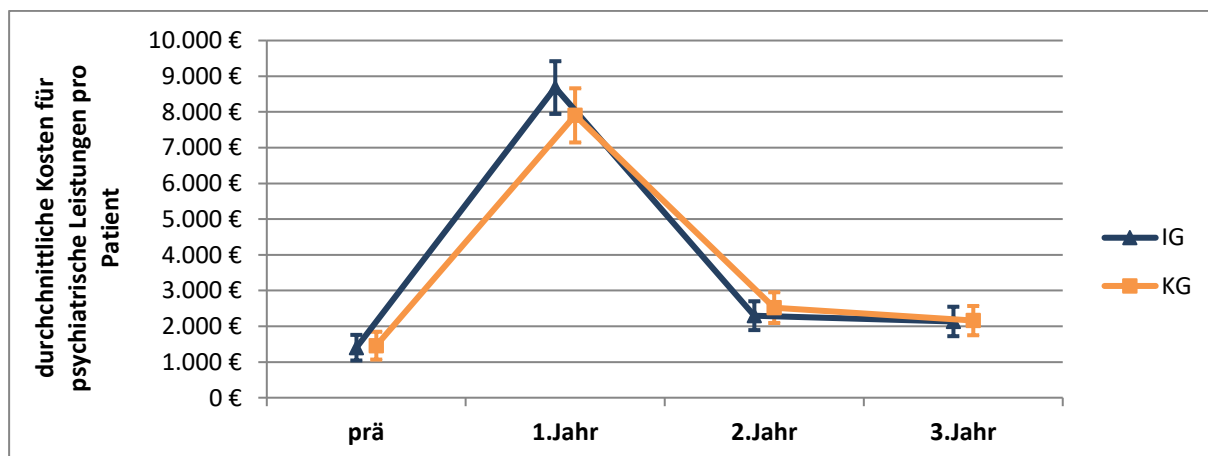
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Inanspruchnahme} ⁹	531	580	516	485	523	577	499	485
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	1.400,58 €	8.682,95 €	2.296,37 €	2.134,58 €	1.456,93 €	7.904,29 €	2.522,36 €	2.158,30 €
Standardabweichung	4.407,95 €	9.068,47 €	4.899,35 €	4.924,88 €	4.774,75 €	9.290,44 €	5.217,35 €	4.922,54 €
Minimum	0,00 €	168,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,57 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	25,14 €	1.920,81 €	66,50 €	44,92 €	33,39 €	1.467,75 €	58,16 €	39,69 €
Median	155,56 €	5.546,22 €	483,40 €	423,45 €	158,25 €	4.578,20 €	575,39 €	356,76 €
75%-Perzentil	835,39 €	12.315,77 €	2.057,05 €	1.799,63 €	810,19 €	10.089,42 €	2.203,17 €	1.838,70 €
Maximum	57.295,11 €	68.057,65 €	52.878,25 €	40.421,85 €	54.146,77 €	66.979,57 €	41.148,18 €	47.068,20 €

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



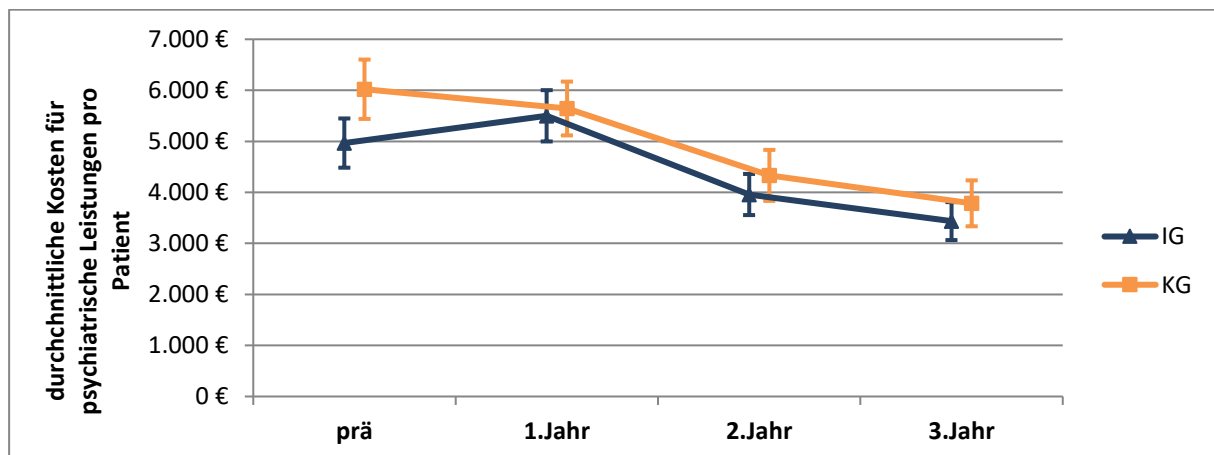
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

Klinikbekannte Patienten

⁹ N_{Inanspruchnahme} entspricht Versicherten mit Leistungsausgaben > 0 €.

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	887	896	864	843	897	900	853	828
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	4.965,9 9 €	5.500,58 €	3.958,15 €	3.437,03 €	6.021,3 6 €	5.643,74 €	4.333,25 €	3.785,25 €
Standardabweichung	7.367,4 9 €	7.674,76 €	6.128,80 €	5.628,77 €	8.902,3 0 €	8.072,05 €	7.568,25 €	6.774,01 €
Minimum	0,00 €	280,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	161,59 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.161,0 9 €	1.421,33 €	960,65 €	683,27 €	1.110,8 0 €	1.333,27 €	725,04 €	463,16 €
Median	2.183,6 8 €	2.410,62 €	1.813,41 €	1.562,38 €	2.488,0 4 €	2.585,26 €	1.791,24 €	1.527,11 €
75%-Perzentil	5.501,1 5 €	6.353,52 €	3.904,00 €	3.310,32 €	7.375,5 4 €	6.337,32 €	4.214,39 €	3.421,34 €
Maximum	72.438, 39 €	78.001,04 €	41.402,61 €	46.456,80 €	78.557, 80 €	72.172,69 €	90.238,57 €	57.771,62 €

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


(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (1400,58 €) und KG (1456,93 €) hinsichtlich der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 8862,95 € und in der KG auf 7904,29 €, wobei sich für diesen Unterschied keine statistische Signifikanz feststellen ließ. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die Werte in beiden Gruppen auf gleiche Niveaus (vgl. Tabelle 41).

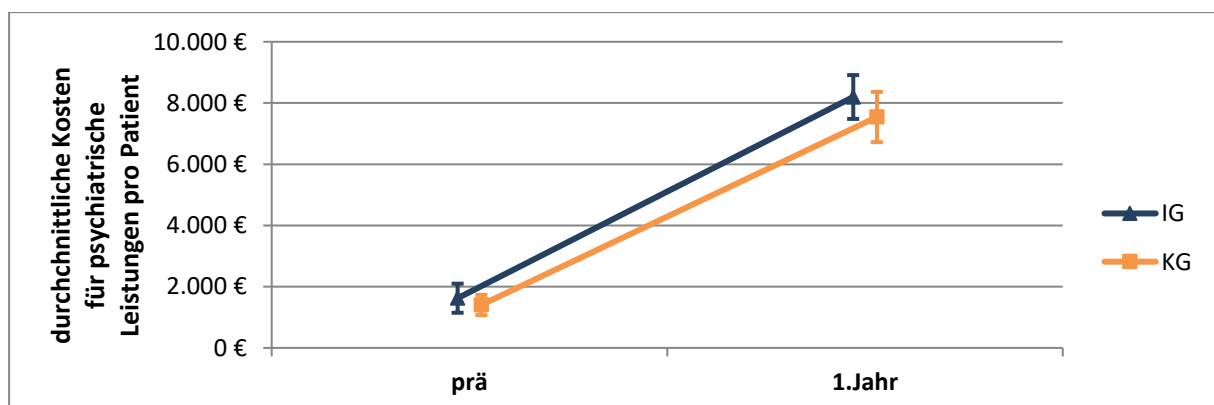
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient im Prä-Zeitraum mit 4965,90 € signifikant ($p = 0,03$) unter den Kosten der KG, in der es 6021,36 € waren. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG leicht auf 5500,58 € und sanken in der KG auf 5643,74 €, sodass sich beide Gruppen auf einem gleichen Niveau befanden. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen ab, wobei sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ergibt (vgl. Tabelle 42).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N _{Insanspruchnahme}	460	489	451	489						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	1.623,23 €	8.195,99 €	1.403,16 €	7.541,88 €	220,07 €	0,456	654,11 €	0,239	434,04 €	0,49
Standardabweichung	5.361,24 €	8.069,62 €	3.729,83 €	9.260,53 €						
Minimum	0,00 €	143,68 €	0,00 €	203,83 €						
25%-Perzentil	52,50 €	2.047,20 €	70,28 €	1.359,76 €						
Median	182,01 €	6.388,85 €	268,32 €	4.360,51 €						
75%-Perzentil	1.049,87 €	11.961,03 €	906,72 €	10.057,74 €						
Maximum	57.594,82 €	53.228,54 €	41.139,47 €	65.152,92 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 1623,23 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 1403,16 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG 8195,99 € pro Patient, in der KG auf 7541,88 €. Wie auch die Mittelwertdifferenzen zwischen IG und KG im Prä-Zeitraum und im ersten Nachbeobachtungsjahr ist der um 434,04 € höhere Anstieg der IG statistisch nicht signifikant (vgl. Tabelle 43).

Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardfehler	p-Wert	Wert	Standardfehler	p-Wert	Wert	Standardfehler	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.623,23 €	314,6	< 0,001	-706,09 €	842,47	0,402	441,70 €	299,9	0,141
Differenz KG-IG	-220,07 €	444,8	0,621	-406,06 €	409,31	0,321	-399,70 €	408,9	0,328
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	6.572,76 €	444,8	< 0,001	6.015,64 €	978,01	< 0,001	5.940,80 €	560,6	< 0,001
Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der KG im Vergleich zur IG)	-434,04 €	629,1	0,49	-319,67 €	577,98	0,580	-322,40 €	578	0,577
Alter bis 29 J.				65,63 €	541,25	0,904			
30 J. bis 47 J.				530,64 €	508,79	0,297			
48 J. bis 64 J.				521,78 €	492,28	0,289			
65 J. und älter				NA	NA	NA			
Weiblich				574,73 €	300,95	0,056			
Erwerbstätig				-1.348,45 €	438,75	0,002	-1.270,10 €	421,4	0,003
Tod im Nachbeobachtungsjahr				-2.613,36 €	1279,69	0,041	-2.658,90 €	1246,5	0,033
Referenzdiagnose F01				-1.915,97 €	1944,92	0,325			
Referenzdiagnose F03				2.158,37 €	2071,66	0,298			
Referenzdiagnose F07				9.328,73 €	2703,03	< 0,001	9.425,70 €	2632,9	< 0,001
Referenzdiagnose F10				607,14 €	574,81	0,291			
Referenzdiagnose F2x				8.766,14 €	1000,67	< 0,001	8.464,00 €	945,2	< 0,001
Referenzdiagnose F3x				3.104,17 €	527,04	< 0,001	2.796,40 €	448,4	< 0,001
Referenzdiagnose F4x				1.163,13 €	606,04	0,055			
Referenzdiagnose F43				-629,13 €	588,31	0,285			
Referenzdiagnose F45				-928,23 €	1020,58	0,363			
Referenzdiagnose F50				7.140,91 €	1467,28	< 0,001	7.400,20 €	1460,2	< 0,001
Referenzdiagnose F60.31				5.031,21 €	1097,46	< 0,001	5.112,30 €	1084,4	< 0,001
Referenzdiagnose F7x				664,09 €	1504,41	0,659			
Referenzdiagnose F84				4.459,44 €	3381,46	0,187			
Referenzdiagnose F9x				646,46 €	1520,24	0,671			
vollstat. Fall in Prä				6.799,87 €	626,35	< 0,001	6.757,00 €	624,4	< 0,001
teilstat. Fall in Prä				7.445,94 €	1575,97	< 0,001	7.512,10 €	1574,7	< 0,001
PIA-Fall in Prä				4.594,51 €	897,55	< 0,001	4.637,60 €	894	< 0,001
vertragsärztl. Fall in Prä				514,56 €	725,88	0,478			
R ²	0,17			0,31			0,31		

Im Grundmodell ergibt sich eine um 434,04 € höhere Kostensteigerung der IG gegenüber der KG.

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell vergleichbare Muster. So ergibt sich im gesättigten Modell eine um 322,40 € höhere Kostensteigerung der IG gegenüber der Steigerung der KG, wobei diese Differenz nicht signifikant ist. Vor allem die Behandlungen im Prä-Zeitraum konnten einen großen Teil der Varianz aufklären.

10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen umfassen die Kosten von vollstationären Behandlungen in psychiatrischen

Fachabteilungen sowie in nicht psychiatrischen Abteilungen bei Vorliegen einer Diagnose aus Kapitel V des ICD-10-GM (F-Diagnosen) als Hauptdiagnose.

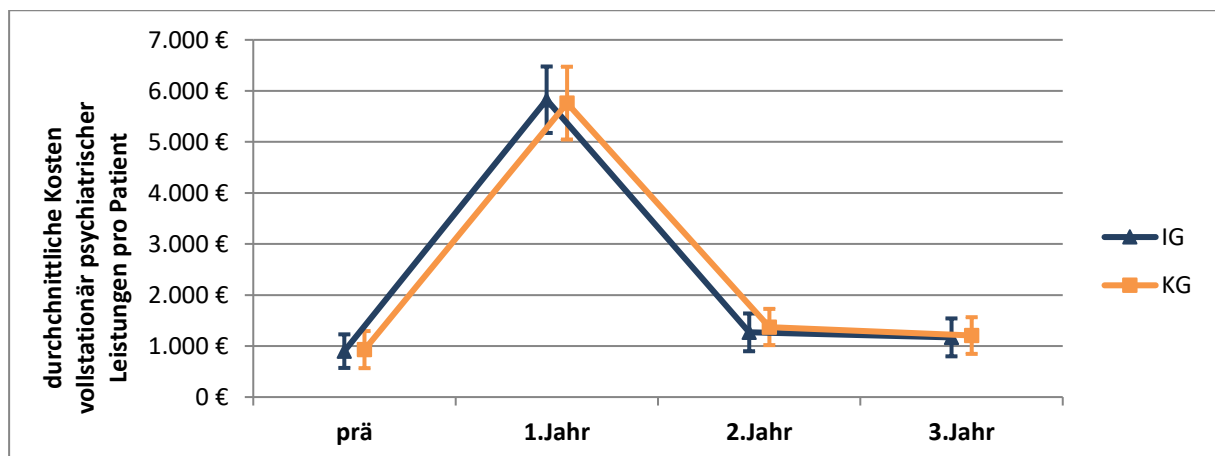
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Insanspruchnahme}	72	394	88	75	73	359	98	74
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	899,71 €	5.826,94 €	1.268,02 €	1.169,46 €	929,83 €	5.760,14 €	1.373,11 €	1.205,55 €
Standardabweichung	4.042,86 €	8.003,28 €	4.490,88 €	4.434,49 €	4.450,39 €	8.742,99 €	4.303,92 €	4.318,15 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.468,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.513,47 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	8.950,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.230,10 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	51.735,67 €	46.458,41 €	52.325,84 €	39.101,59 €	51.978,77 €	66.979,57 €	34.208,39 €	44.665,07 €

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



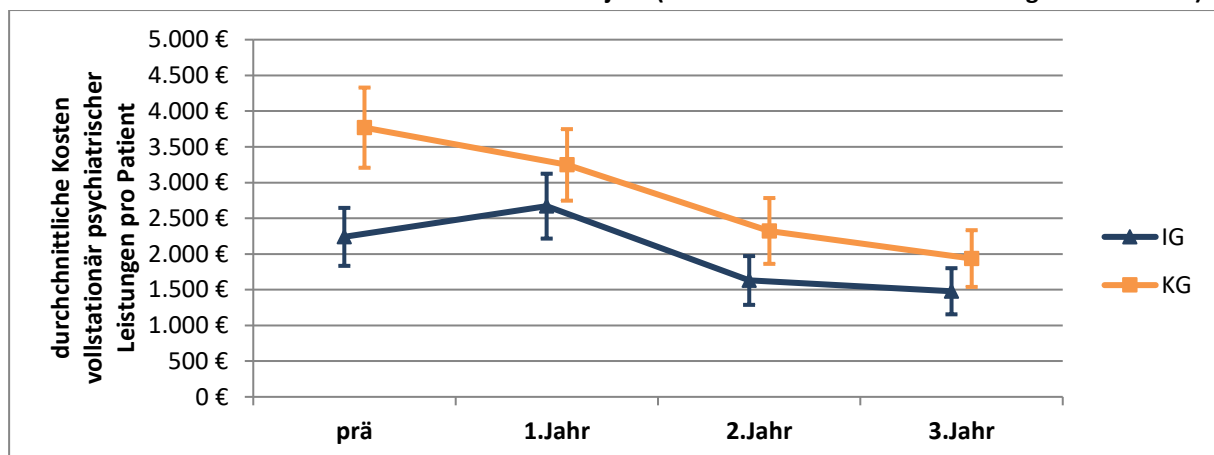
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungs-jahr	2. Nachbeobachtungs-jahr	3. Nachbeobachtungs-jahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungs-jahr	2. Nachbeobachtungs-jahr	3. Nachbeobachtungs-jahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N _{Insanspruchnahme}	227	233	143	124	303	286	198	159
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	2.239,58 €	2.669,64 €	1.629,49 €	1.478,42 €	3.768,13 €	3.247,16 €	2.322,57 €	1.935,99 €
Standardabweichung	6.198,00 €	6.934,58 €	5.192,49 €	4.885,56 €	8.591,08 €	7.661,83 €	6.971,00 €	5.978,63 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	347,74 €	428,54 €	0,00 €	0,00 €	4.162,89 €	2.897,11 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	56.912,40 €	76.458,49 €	39.828,01 €	44.334,49 €	78.258,06 €	70.852,15 €	90.215,71 €	53.997,66 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (899,71 €) und KG (929,83 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 5826,94 € und in der KG auf 5760,14 €, wobei sich für diesen Unterschied keine statistische Signifikanz feststellen ließ. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen auf nahezu das Niveau des Prä-Zeitraumes ab (vgl. Tabelle 45).

Bei den klinikbekannten Patienten der IG liegen die durchschnittlichen vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum mit 2239,58 € signifikant ($p < 0,001$) unter den Kosten der KG, in der es 3768,13 € sind. Im ersten Nachbeobachtungsjahr steigen die Kosten in der IG leicht auf 2669,64 € und

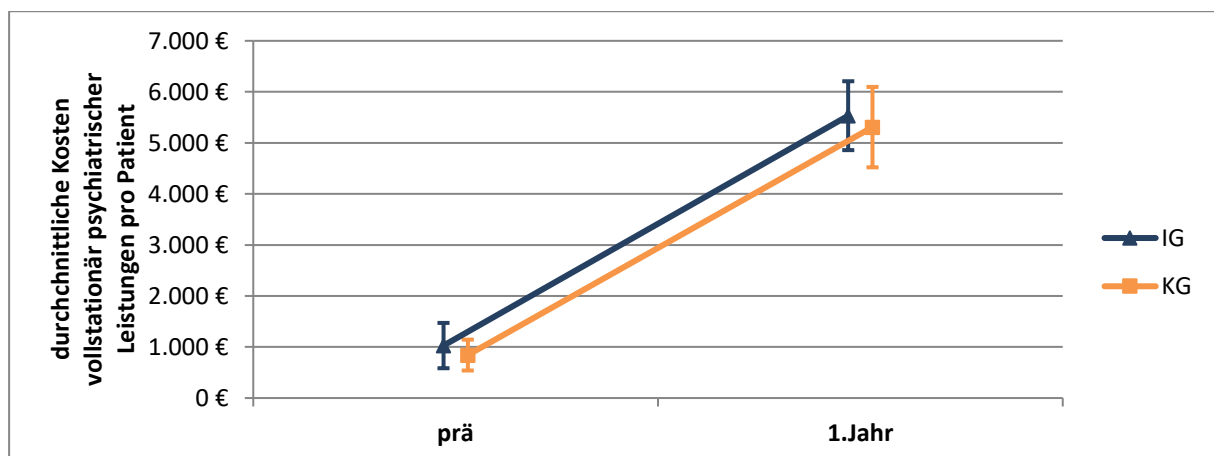
sinken in der KG auf 3247,16 €. Diese Differenz zwischen den beiden Gruppen ist dabei statistisch nicht signifikant. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen ab, wobei sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ergibt (vgl. Tabelle 46).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	64	323	62	266						
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	1.027,87 €	5.533,07 €	841,93 €	5.309,10 €	185,94 €	0,498	223,97 €	0,672	38,03 €	0,897
Standardabweichung	5.012,32 €	7.616,99 €	3.414,66 €	8.894,09 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.321,23 €	0,00 €	525,81 €						
75%-Perzentil	0,00 €	8.712,70 €	0,00 €	8.008,54 €						
Maximum	55.655,68 €	51.506,85 €	39.738,01 €	64.749,66 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 1027,87 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 841,93 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG auf 5333,09 € pro Patient, in der KG auf 5309,10 €. Wie auch die Mittelwertdifferenzen zwischen IG und KG im Prä-Zeitraum und im ersten Nachbeobachtungsjahr ist der um 38,03 € höhere Anstieg der IG statistisch nicht signifikant (vgl. Tabelle 47).

10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

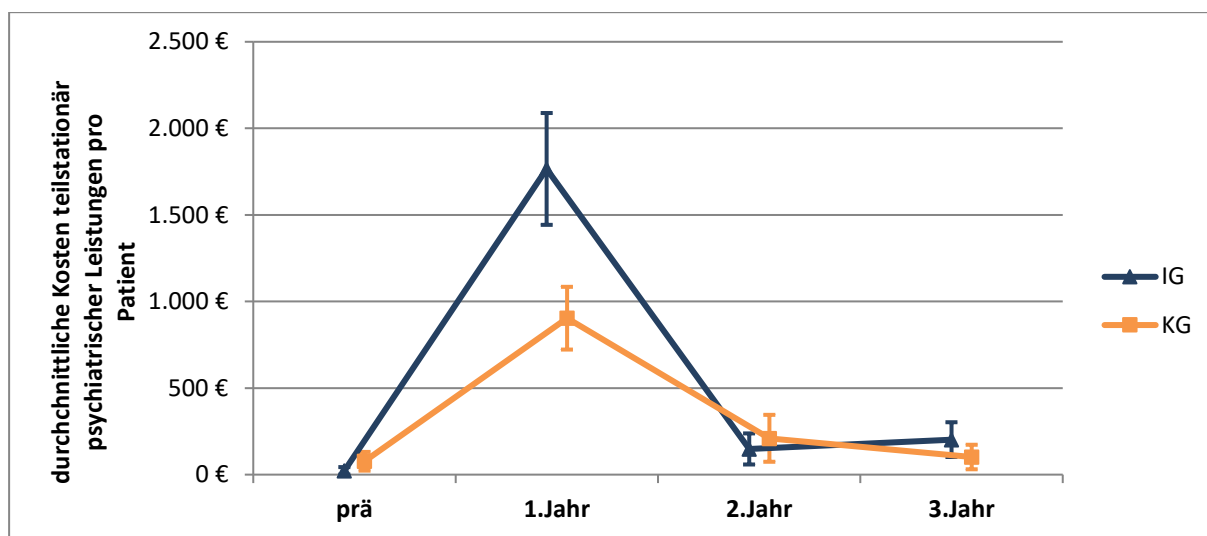
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N Inanspruchnahme	5	129	15	23	12	105	18	12
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	21,95 €	1.765,64 €	148,29 €	202,17 €	77,15 €	903,51 €	209,72 €	101,64 €
Standardabweichung	262,91 €	3.968,54 €	1.088,04 €	1.199,11 €	661,99 €	2.220,61 €	1.643,34 €	851,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.882,13 €	24.302,21 €	13.754,59 €	12.232,90 €	9.654,92 €	13.275,44 €	30.312,37 €	13.381,69 €

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



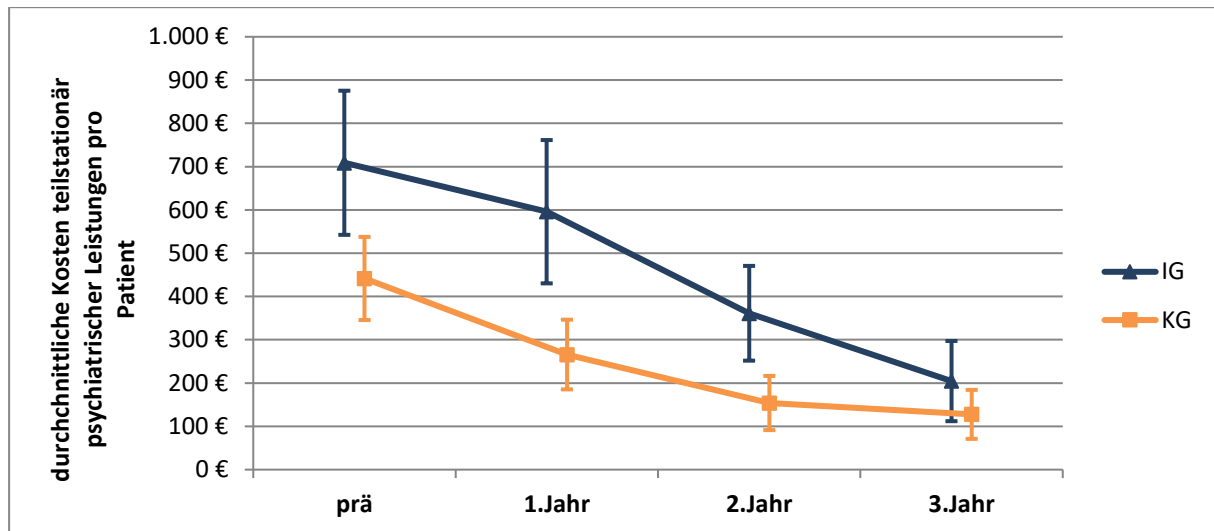
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	86	66	58	36	92	59	32	26
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	708,96 €	595,86 €	361,25 €	204,60 €	441,67 €	265,89 €	153,93 €	127,67 €
Standardabweichung	2.542,83 €	2.528,61 €	1.664,18 €	1.401,54 €	1.470,09 €	1.232,03 €	947,42 €	852,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	22.548,70 €	26.585,62 €	14.789,77 €	24.891,30 €	9.472,34 €	12.266,86 €	9.921,06 €	10.382,48 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (21,95 €) und KG (77,15 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 1765,64 € und in der KG auf 903,51 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ($p < 0,001$) ist. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen auf nahezu das Niveau des Prä-Zeitraumes ab (vgl. Tabelle 48).

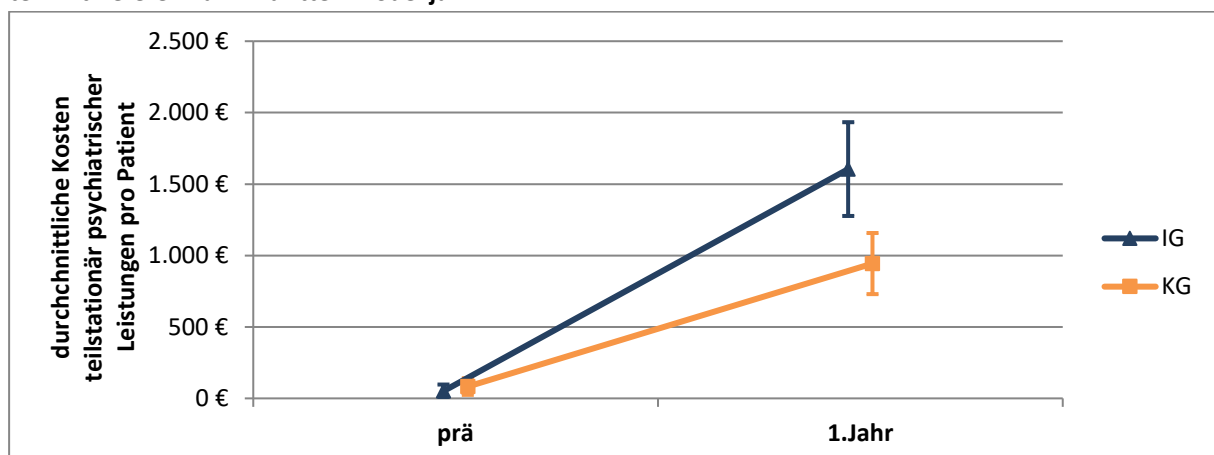
Bei den klinikbekannten Patienten der IG liegen die durchschnittlichen teilstationär psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum mit 708,96 € signifikant ($p < 0,001$) über den Kosten der KG, in der es 441,67 € sind. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sinken die Kosten sowohl in der IG auf 595,86 € als auch in der KG auf 265,89 €. Diese Differenz zwischen den beiden Gruppen ist dabei statistisch signifikant ($p = 0,002$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen weiter ab, wobei der Unterschied im zweiten Nachbeobachtungsjahr statistisch signifikant ist ($p = 0,004$, vgl. Tabelle 49).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	7	106	10	83						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	50,81 €	1.604,96 €	82,85 €	943,66 €	-32,04 €	0,397	661,30 €	<0,001	693,34 €	<0,001
Standardabweichung	520,44 €	3.701,53 €	655,30 €	2.412,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	9.099,64 €	20.630,45 €	7.410,59 €	15.675,86 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht hinsichtlich der Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 50,81 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 82,85 €. In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. So stiegen die Kosten der IG auf 1604,95 € pro Patient, in der KG auf 943,66 €. Dabei sind sowohl die Differenz zwischen IG und KG im ersten Jahr des Nachbeobachtungszeitraums als auch der um 693,34 höhere Kostenanstieg der IG statistisch signifikant (p jeweils < 0,001; vgl. Tabelle 50).

10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

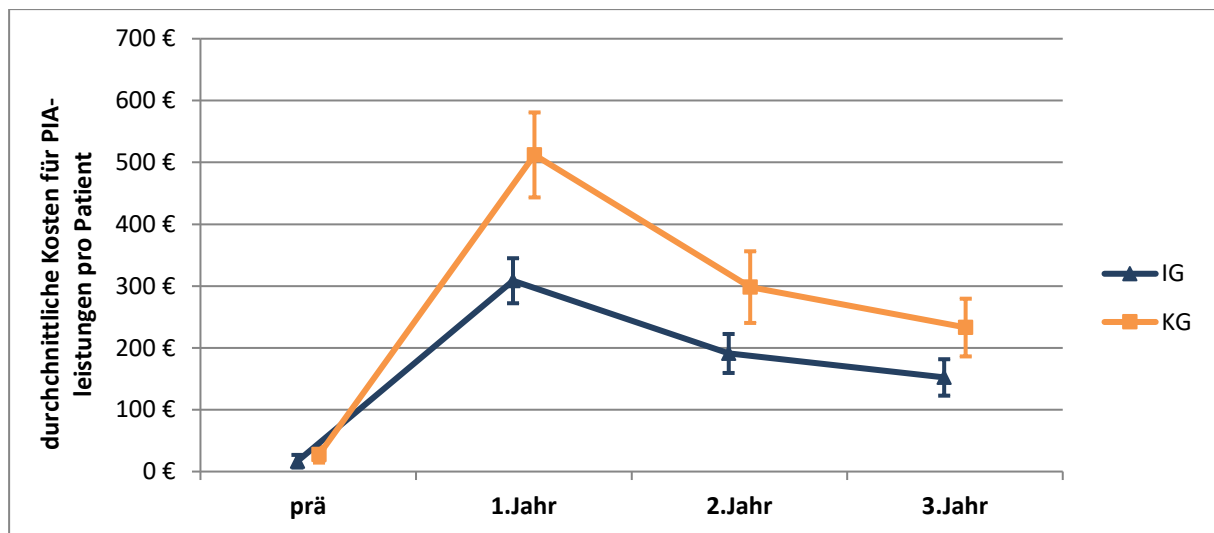
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbeobach- tungsjahr	2. Nach- beobach- tungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbeobach- tungsjahr	2. Nachbeobach- tungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Insanspruchnahme}	16	251	134	113	29	308	148	131
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	16,67 €	308,59 €	190,94 €	152,21 €	27,33 €	512,07 €	298,27 €	232,87 €
Standardabweichung	125,52 €	447,56 €	382,22 €	351,90 €	157,53 €	842,16 €	702,61 €	561,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	175,17 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	560,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	659,56 €	176,19 €	0,00 €
Maximum	1.640,00 €	1.700,00 €	1.446,64 €	2.020,82 €	1.825,99 €	4.529,34 €	4.365,54 €	3.584,69 €

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



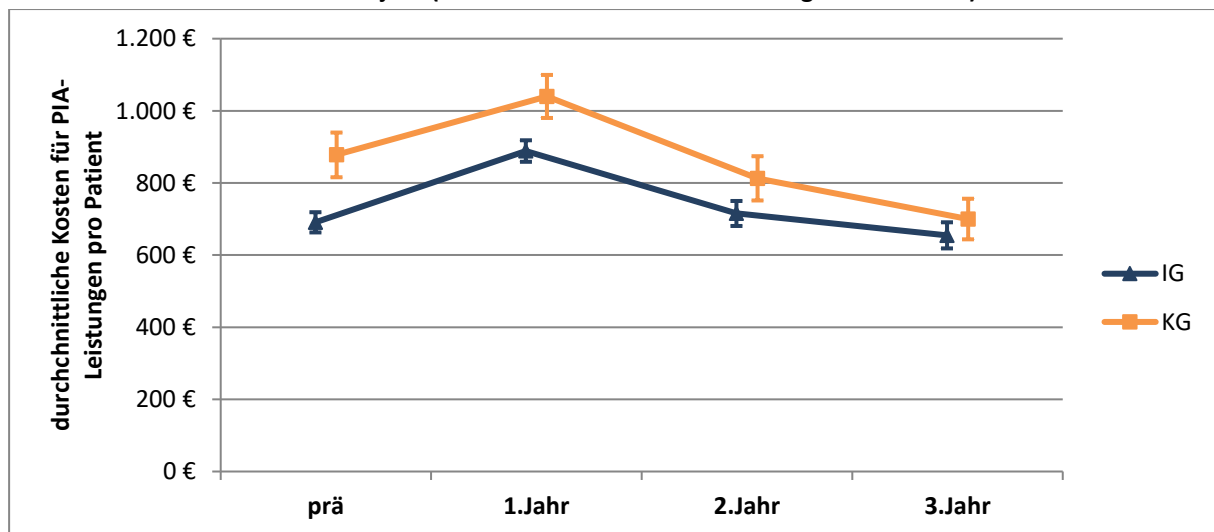
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	742	815	649	580	709	771	590	530
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	690,84 €	888,49 €	715,38 €	654,71 €	877,77 €	1.039,85 €	812,81 €	699,93 €
Standardabweichung	428,00 €	455,43 €	526,66 €	547,49 €	948,53 €	912,80 €	928,57 €	846,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	295,00 €	560,00 €	0,00 €	0,00 €	201,58 €	371,40 €	0,00 €	0,00 €
Median	885,00 €	1.120,00 €	855,00 €	876,64 €	701,28 €	869,92 €	668,99 €	485,08 €
75%-Perzentil	1.160,0 0 €	1.125,00 €	1.140,00 €	1.161,64 €	1.168,4 4 €	1.397,80 €	1.110,32 €	1.082,32 €
Maximum	1.455,0 0 €	3.171,11 €	3.748,09 €	2.695,21 €	9.127,7 5 €	5.973,47 €	5.628,61 €	6.506,85 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (16,67 €) und KG (27,33 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für PIA-Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein starker Anstieg der Kosten in der IG auf 308,59 € und in der KG auf 512,07 €, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ist ($p < 0,001$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen wieder ab, bleiben aber jeweils signifikant voneinander verschieden ($p = 0,004$ bzw. $p = 0,008$; vgl. Tabelle 51).

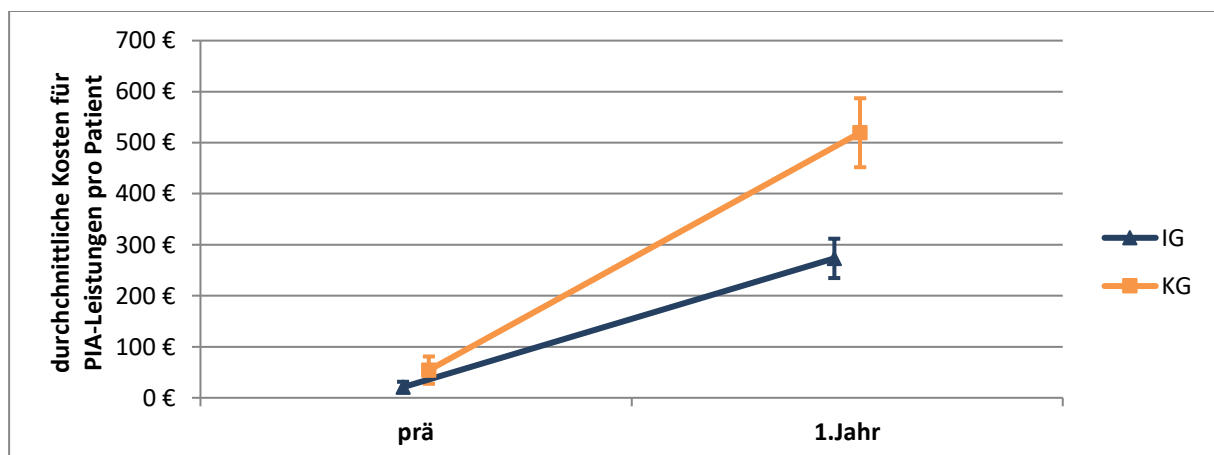
Bei den klinikbekannten Patienten der IG liegen die PIA-Kosten je Patient im Prä-Zeitraum mit 690,84 € signifikant ($p < 0,001$) unter den Kosten der KG, in der es 877,77 € sind. Im ersten Nachbeobachtungsjahr steigen die Kosten in der IG auf 888,49 € und in der KG auf 1039,85 €. Diese Differenz zwischen den beiden Gruppen ist dabei statistisch signifikant ($p < 0,001$). Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen ab, wobei sich nur im zweiten Jahr ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen ergibt ($p = 0,01$; vgl. Tabelle 52).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	20	195	37	296						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	20,85 €	273,23 €	54,27 €	519,47 €	-33,42 €	0,023	-246,24 €	<0,001	-212,83 €	<0,001
Standardabweichung	118,88 €	435,20 €	302,13 €	762,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	231,77 €						
75%-Perzentil	0,00 €	370,82 €	0,00 €	752,99 €						
Maximum	1.140,00 €	2.603,35 €	3.845,78 €	4.704,05 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich bereits im Prä-Zeitraum hinsichtlich der Kosten für Leistungen der PIA von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 20,85 € zu verzeichnen. In der KG betrugen die Kosten 54,27 €. In der IG fielen je Patient um 33,42 € geringere Kosten gegenüber der KG an ($p = 0,02$). In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen, wobei der Anstieg der IG geringer ausfiel. So stiegen die Kosten der IG auf 273,23 € pro Patient, in der KG auf 943,66 €. Dabei sind sowohl die Differenz zwischen IG und KG im ersten Jahr des Nachbeobachtungszeitraums als auch der um 212,83 € geringere Kostenanstieg der IG statistisch signifikant (p jeweils $< 0,001$; vgl. Tabelle 53).

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

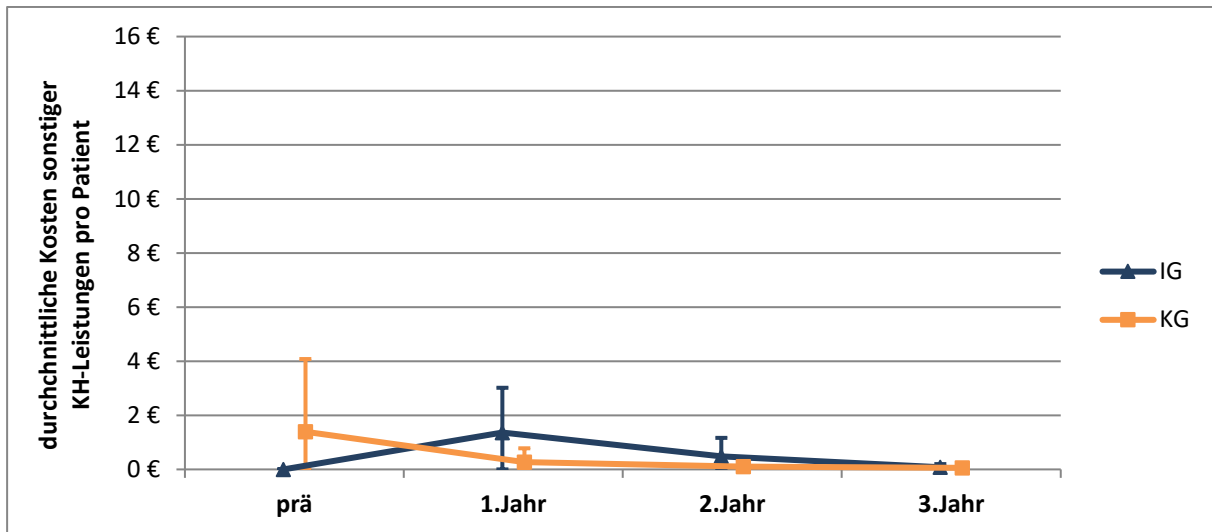
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Insanspruchnahme}	0	4	3	2	2	1	1	1
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	1,36 €	0,49 €	0,08 €	1,39 €	0,26 €	0,11 €	0,06 €
Standardabweichung	0,00 €	20,33 €	8,23 €	1,36 €	32,95 €	6,33 €	2,52 €	1,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	343,00 €	185,00 €	24,00 €	791,46 €	152,00 €	60,00 €	32,00 €

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



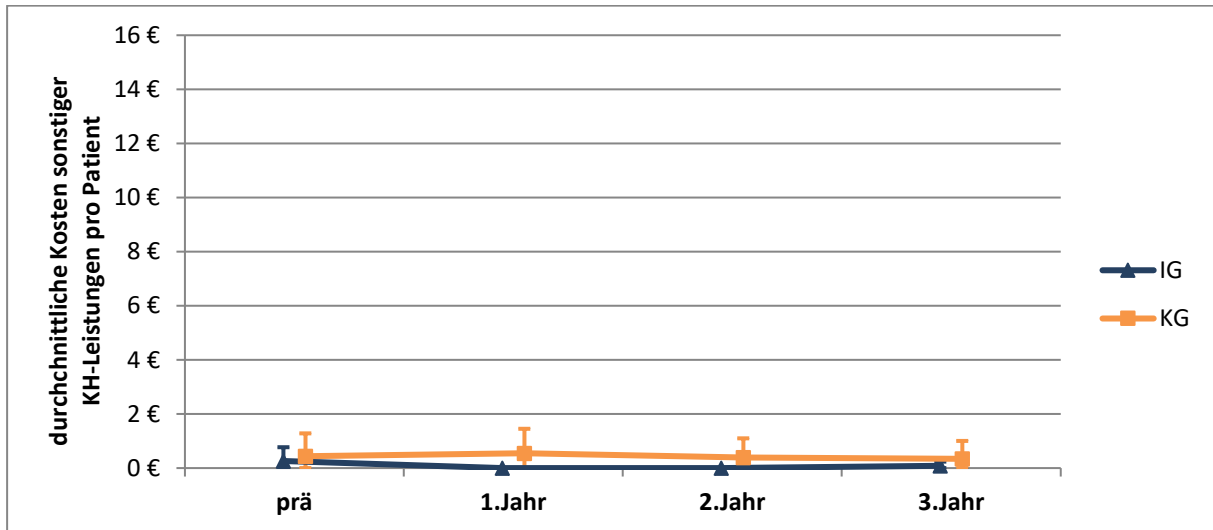
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	2	0	0	1	1	2	3	2
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,26 €	0,00 €	0,00 €	0,08 €	0,43 €	0,55 €	0,39 €	0,34 €
Standardabweichung	7,78 €	0,00 €	0,00 €	2,39 €	13,00 €	13,84 €	10,67 €	9,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	233,00 €	0,00 €	0,00 €	71,00 €	390,00 €	406,00 €	315,00 €	294,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

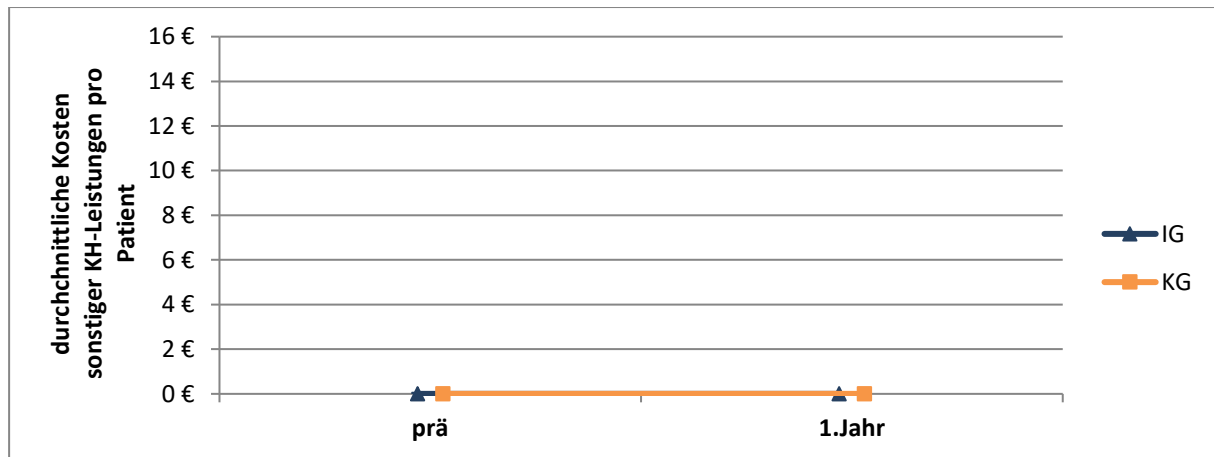
Die Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen sind sowohl für die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten in jedem Zeitraum verschwindend gering und zwischen den Gruppen nicht voneinander verschieden (vgl. Tabelle 54 und Tabelle 55).

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	0	0	0	0						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		0,00 €		0,00 €	
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

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



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

10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

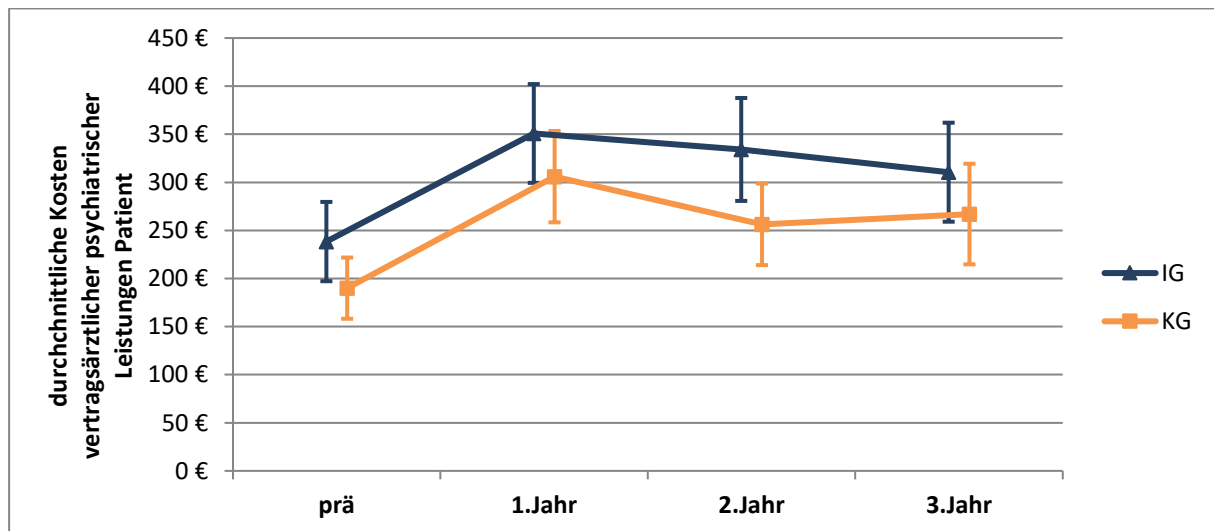
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Insanspruchnahme}	517	551	495	464	510	530	485	470
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	238,42 €	350,80 €	334,19 €	310,54 €	189,99 €	305,89 €	256,34 €	267,02 €
Standardabweichung	506,46 €	630,85 €	649,11 €	614,67 €	389,86 €	582,37 €	514,35 €	628,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1,95 €	35,50 €	25,26 €	19,24 €	12,18 €	30,70 €	23,49 €	21,00 €
Median	46,66 €	93,80 €	79,57 €	67,64 €	60,28 €	111,87 €	78,82 €	77,29 €
75%-Perzentil	211,68 €	301,99 €	278,90 €	245,58 €	181,09 €	297,70 €	269,33 €	220,31 €
Maximum	3.843,99 €	3.556,60 €	3.784,73 €	3.563,74 €	2.866,72 €	5.873,29 €	3.862,11 €	5.810,75 €

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



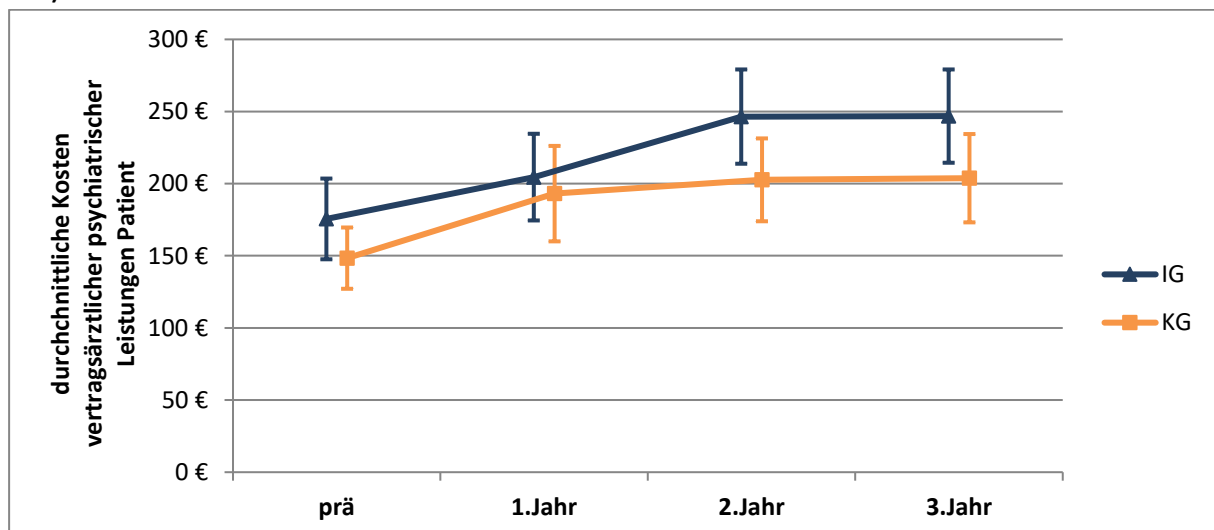
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

klambekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungs-jahr	2. Nachbeobachtungs-jahr	3. Nachbeobachtungs-jahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungs-jahr	2. Nachbeobachtungs-jahr	3. Nachbeobachtungs-jahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	847	857	839	811	801	794	759	740
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	175,55 €	204,53 €	246,48 €	246,83 €	148,37 €	193,08 €	202,64 €	203,78 €
Standardabweichung	427,22 €	458,70 €	496,83 €	489,05 €	325,32 €	506,34 €	434,71 €	460,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	2,80 €	19,21 €	37,88 €	32,79 €	2,16 €	10,72 €	23,88 €	22,04 €
Median	31,70 €	49,84 €	79,75 €	75,72 €	44,87 €	46,12 €	69,90 €	68,22 €
75%-Perzentil	141,32 €	168,33 €	194,90 €	183,93 €	155,83 €	145,45 €	168,12 €	175,42 €
Maximum	3.886,15 €	3.195,82 €	4.367,65 €	3.383,15 €	3.099,43 €	6.627,71 €	3.588,47 €	4.535,44 €

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



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

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (238,42 €) und KG (189,99 €) hinsichtlich der durchschnittlichen kumulierten Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein Anstieg der Kosten in der IG auf 350,80 € und in der KG auf 305,89 €, wobei sich für diesen Unterschied keine statistische Signifikanz feststellen ließ. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fallen die Werte in beiden Gruppen leicht, verbleiben aber in etwas auf dem Niveau des ersten Nachbeobachtungsjahres (vgl. Tabelle 57). Der Unterschied im zweiten Nachbeobachtungsjahr ist mit $p = 0,02$ statistisch signifikant.

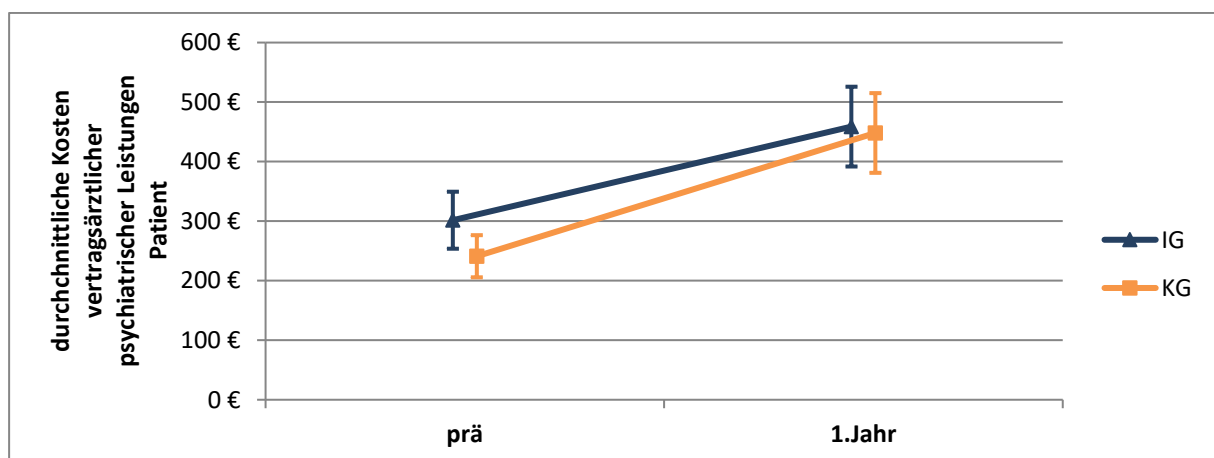
Bei den klinikbekannten Patienten der IG liegen die durchschnittlichen vertragsärztlich psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum mit 175,55 € in gleicher Höhe wie die der KG, in der es 148,37 € sind. Im ersten Nachbeobachtungsjahr steigen die Kosten in der IG auf 205,53 € und in der KG auf 193,08 €. Diese Differenz zwischen den beiden Gruppen ist dabei statistisch nicht signifikant. In der KG verbleiben die Kosten im zweiten und dritten Jahr auf dem gleichen Niveau des ersten Nachbeobachtungsjahres. In der IG steigen die Kosten im zweiten Jahr an und stagnieren im dritten Jahr (vgl. Tabelle 58). Die Unterschiede zwischen IG und KG im zweiten und dritten Jahr sind statistisch nicht signifikant.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	450	455	442	450						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	301,57 €	458,81 €	241,06 €	448,12 €	60,51 €	0,047	10,69 €	0,825	-49,82 €	0,078
Standardabweichung	540,34 €	756,30 €	399,34 €	755,34 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	34,10 €	43,10 €	36,88 €	45,53 €						
Median	92,32 €	124,06 €	119,72 €	152,22 €						
75%-Perzentil	287,95 €	474,70 €	280,45 €	413,65 €						
Maximum	3.664,06 €	4.936,40 €	3.871,36 €	5.492,47 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich bereits im Prä-Zeitraum hinsichtlich der Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Versorgung von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 301,57 € zu verzeichnen. In der KG betragen die Kosten 241,06 €. Dieser Unterschied von 60,51 € war dabei statistisch signifikant ($p = 0,047$). In beiden Gruppen war ein deutlicher Anstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen, wobei der Anstieg der KG etwas stärker ausfiel. So stiegen die Kosten der IG auf 458,81 € pro Patient, in der KG auf 448,12 €. Die durchschnittlichen Kosten liegen somit im ersten Nachbeobachtungsjahr mit einem Unterschied von 10,69 € gleichauf. Der um 49,82 € geringere Anstieg der IG ist jedoch statistisch nicht signifikant (vgl. Tabelle 59).

10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

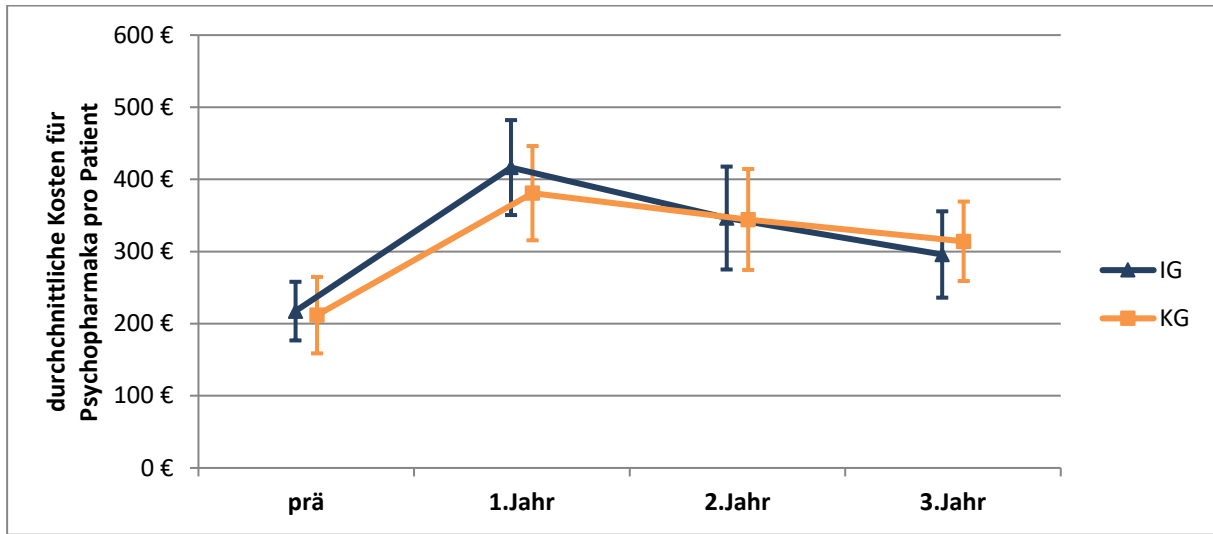
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N Inanspruchnahme	340	408	343	318	333	431	349	333
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	217,40 €	416,37 €	346,42 €	295,89 €	211,79 €	380,88 €	344,46 €	314,20 €
Standardabweichung	499,48 €	808,44 €	865,05 €	715,02 €	649,46 €	800,90 €	848,25 €	662,03 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	29,53 €	93,69 €	53,46 €	47,09 €	18,54 €	126,42 €	74,18 €	55,15 €
75%-Perzentil	143,03 €	483,11 €	305,50 €	246,13 €	142,26 €	411,51 €	292,02 €	264,59 €
Maximum	3.392,89 €	8.275,77 €	11.097,07 €	6.848,64 €	9.759,27 €	8.384,82 €	13.046,98 €	6.698,45 €

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



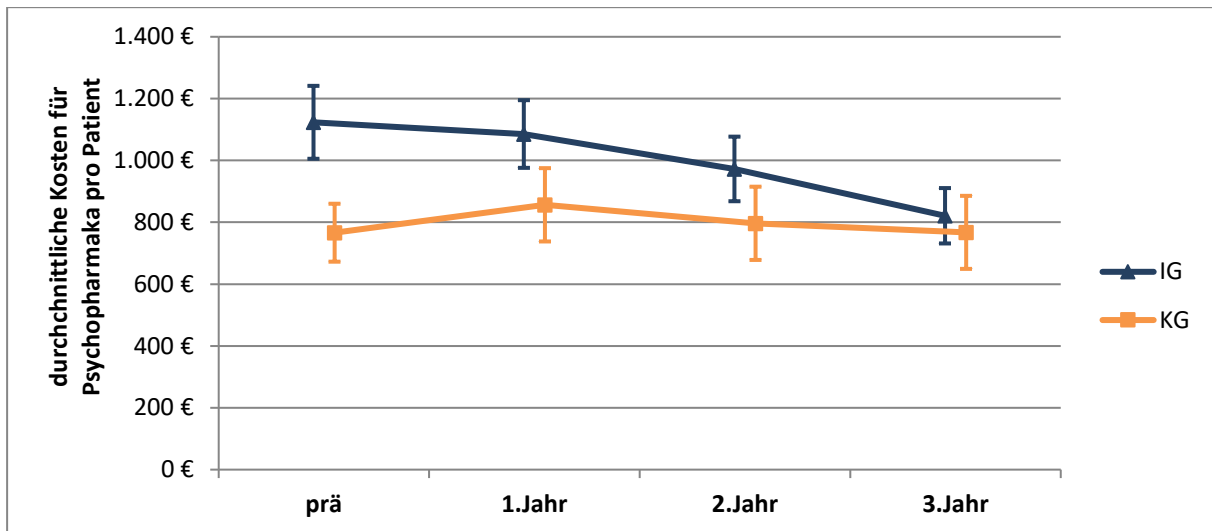
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	760	757	719	694	703	699	636	648
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	1.123,39 €	1.085,53 €	972,61 €	821,11 €	766,30 €	856,55 €	796,68 €	767,43 €
Standardabweichung	1.801,74 €	1.672,06 €	1.587,92 €	1.355,23 €	1.434,64 €	1.814,51 €	1.793,59 €	1.777,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	80,06 €	84,13 €	64,08 €	34,09 €	18,73 €	23,40 €	0,00 €	0,00 €
Median	451,79 €	432,80 €	380,91 €	305,44 €	182,62 €	255,38 €	204,49 €	221,88 €
75%-Perzentil	1.381,66 €	1.329,40 €	1.222,54 €	985,04 €	817,83 €	878,56 €	800,63 €	794,51 €
Maximum	14.801,02 €	12.951,03 €	12.817,19 €	13.224,34 €	11.267,68 €	22.579,17 €	24.106,98 €	25.529,97 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG (217,40 €) und KG (211,79 €) hinsichtlich der Kosten für Psychopharmaka feststellen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich für beide Gruppen ein Anstieg der Kosten in der IG auf 416,37 € und in der KG auf 380,88 €. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die Werte in beiden Gruppen (vgl. Tabelle 60). In keinem der vier Zeiträume ließ sich ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen.

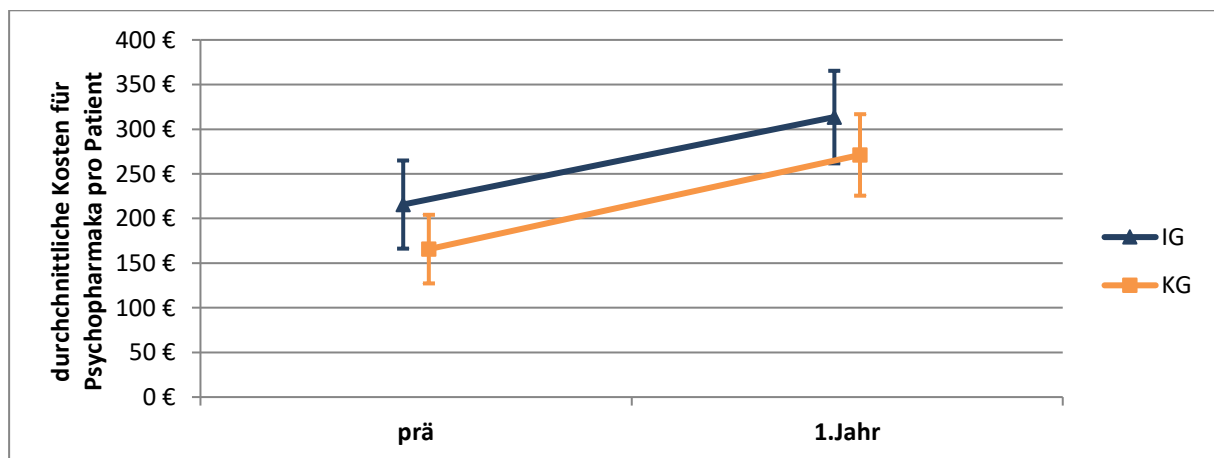
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die durchschnittlichen Psychopharmakakosten im Prä-Zeitraum mit 1123,39 € signifikant ($p < 0,001$) über den Kosten der KG, in der es 766,30 € waren. In der KG blieben die Kosten in den nachfolgenden Beobachtungszeiträumen gleich hoch (vgl. Tabelle 61). In der IG sanken die Kosten über die Zeit, wobei sich im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikante Unterschiede erkennen ließen ($p = 0,02$), bevor sich die Kosten im dritten Jahr nicht mehr zwischen IG und KG unterschieden.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	280	345	306	355						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	215,62 €	313,56 €	165,73 €	271,17 €	49,88 €	0,118	42,39 €	0,229	-7,49 €	0,751
Standardabweichung	556,88 €	584,82 €	433,48 €	514,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	23,67 €	93,26 €	32,76 €	106,21 €						
75%-Perzentil	127,64 €	306,54 €	131,37 €	273,73 €						
Maximum	6.925,01 €	7.129,53 €	5.760,30 €	4.926,21 €						

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



Die Kosten für Psychopharmaka unterschieden sich im Prä-Zeitraum sowie im ersten Nachbeobachtungsjahr lediglich numerisch, jedoch nicht statistisch signifikant voneinander (vgl. Tabelle 62). Die Kosten der IG waren im Prä-Zeitraum mit 215,62 € um 49,88 € je Patient höher. In beiden Gruppen steigen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr und der Niveauunterschied zwischen IG und KG betrug 42,39 €. Weder dieser Unterschied noch der um 7,49 € geringere Anstieg der IG gegenüber der KG waren statistisch signifikant.

10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

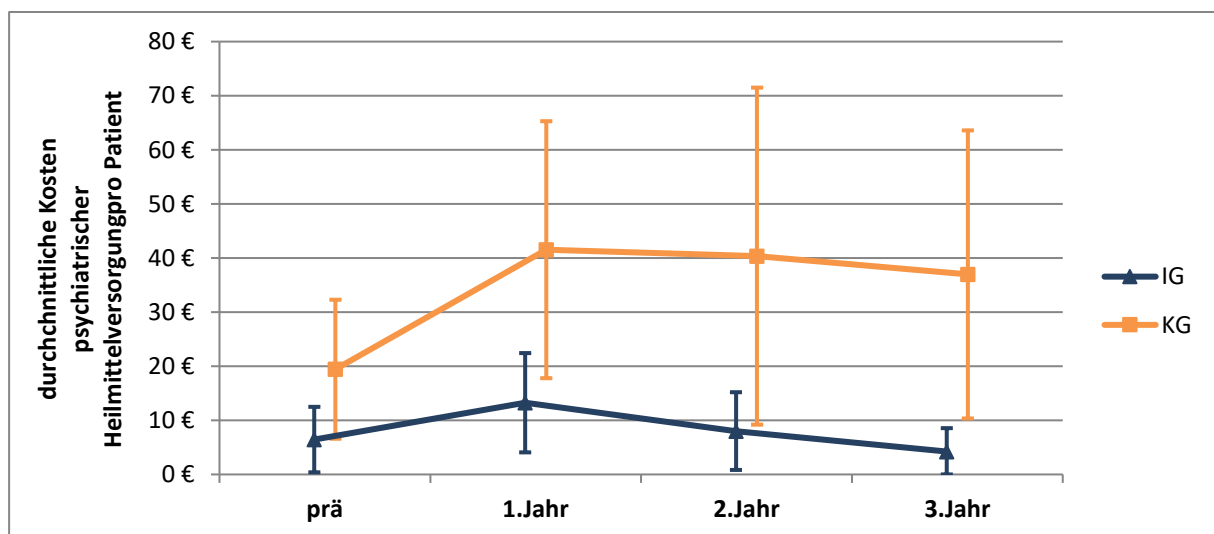
Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	2. Nachbeobachtungsjahr	3. Nachbeobachtungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Insanspruchnahme}	6	13	8	5	11	22	16	16
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	6,44 €	13,25 €	8,01 €	4,23 €	19,44 €	41,54 €	40,35 €	36,97 €
Standardabweichung	74,37 €	112,77 €	87,10 €	51,69 €	157,43 €	291,07 €	377,75 €	319,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.362,53 €	1.804,02 €	1.479,44 €	968,19 €	2.236,00 €	3.716,69 €	6.456,41 €	4.982,91 €

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



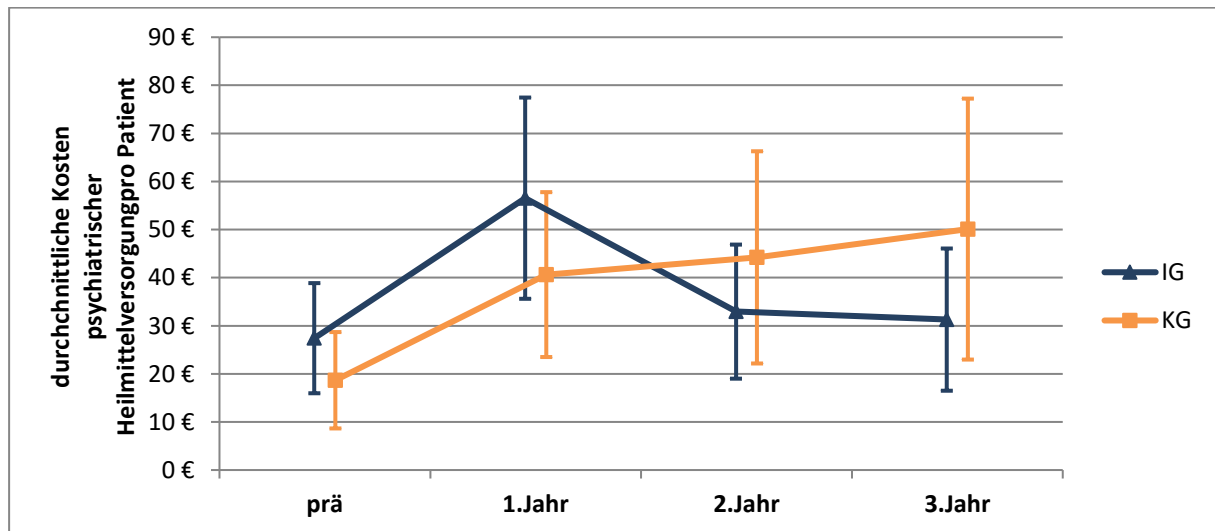
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3. Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3. Nachbeobachtu ngsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Insanspruchnahme	31	44	28	28	25	32	29	32
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	27,42 €	56,53 €	32,94 €	31,28 €	18,67 €	40,64 €	44,22 €	50,11 €
Standardabweichung	174,92 €	319,54 €	211,95 €	223,65 €	153,37 €	262,41 €	333,94 €	408,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.238,80 €	4.477,60 €	2.535,60 €	2.808,30 €	3.035,88 €	2.811,00 €	5.792,14 €	6.488,40 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

Im Rahmen der Heilmittelversorgung ließen sich für klinikneue Patienten in den Nachbeobachtungsjahren signifikant geringere Kosten in der IG gegenüber der KG feststellen ($p_{1. \text{Jahr}} = 0,03$; $p_{2. \text{Jahr}} = 0,05$; $p_{3. \text{Jahr}} = 0,02$).

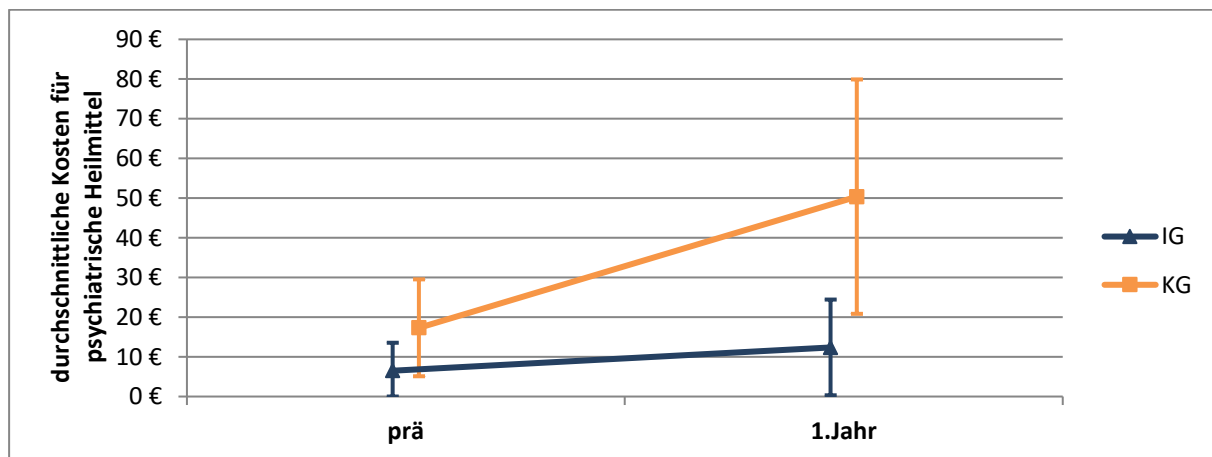
Die Kostenentwicklung der klinikbekannten Patienten verlief numerisch zwischen IG und KG voneinander verschieden, es ließ sich jedoch für keinen Zeitraum ein signifikanter Unterschied ausmachen.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Insanspruchnahme	7	9	11	20						
Durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	6,51 €	12,37 €	17,32 €	50,37 €	-10,81 €	0,133	-37,99 €	0,02	-27,19 €	0,002
Standardabweichung	79,45 €	136,11 €	137,70 €	333,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.422,21 €	2.494,87 €	1.818,54 €	3.817,50 €						

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



Patienten der Interventionsgruppe, die ihren Referenzfall im dritten Modelljahr hatten, unterschieden sich nicht im Prä-Zeitraum hinsichtlich der Kosten für Leistungen der PIA von den Patienten der Kontrollgruppe mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Pro Patient der IG waren im Durchschnitt 6,51 € zu verzeichnen. In der KG betrug die Kosten für Heilmittel 17,32€. In der IG war ein geringer Anstieg auf 12,37 € im ersten Nachbeobachtungsjahr zu verzeichnen. Der Anstieg der KG viel deutlich stärker aus. So stiegen die Kosten der 50,37 € pro Patient. Sowohl die Differenz zwischen IG und KG im ersten Jahr des Nachbeobachtungszeitraums als auch der um 27,19 geringere Kostenanstieg der IG statistisch signifikant ($p = 0,02$ bzw. $p = 0,002$; vgl. Tabelle 65).

11. Ergebnisse: Effizienz

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

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

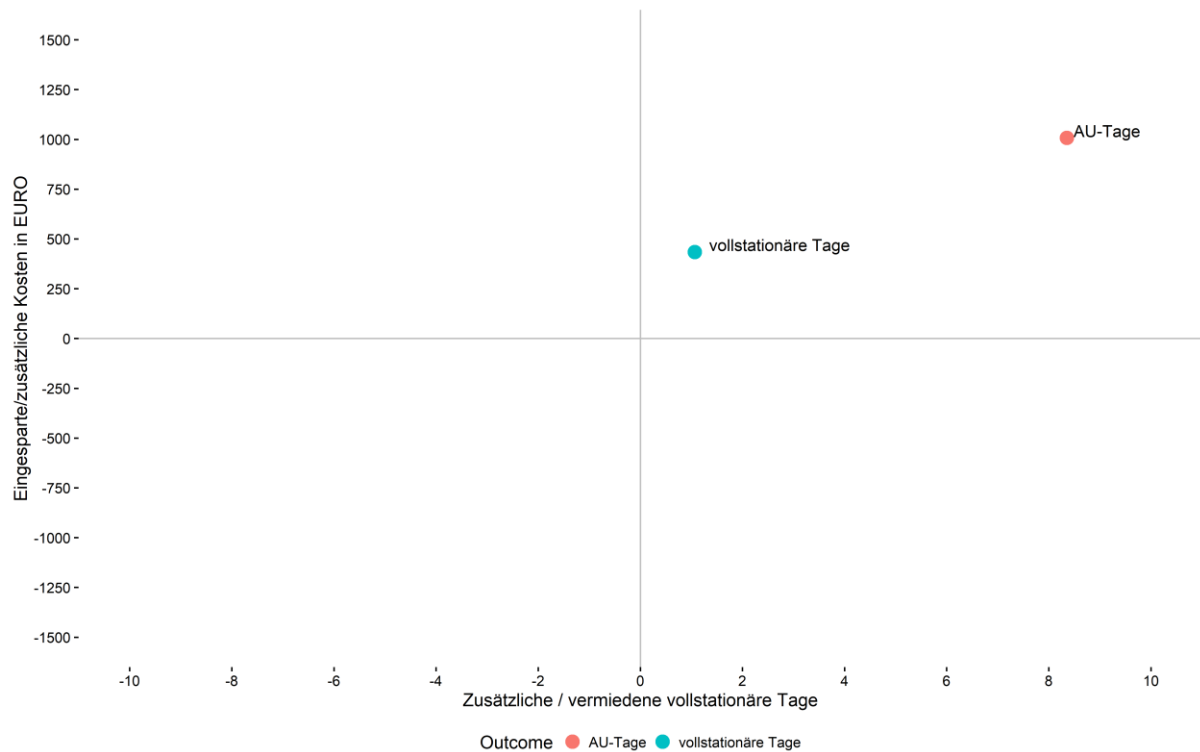
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	489	1.623,23 €	489	8.195,99 €		6.572,76 €
	KG	489	1.403,16 €	489	7.541,88 €		6.138,72 €
	Differenz IG-KG		220,07 €		654,11 €		434,04 €
	p-Wert		0,46		0,24		0,49
(eingesparte) KH-Tage	IG	489	2,5	489	19,8		17,3
	KG	489	2,5	489	20,9		18,4
	Differenz IG-KG		0,0		-1,1		-1,1
	p-Wert		0,96		0,58		0,62
	ICER (Diff in Diff)						405,82 €

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

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	323	1.406,78 €	323	7.964,77 €		6.557,99 €
	KG	312	1.273,11 €	312	6.824,28 €		5.551,18 €
	Differenz IG-KG		133,67 €		1.140,48 €		1.006,81 €
	p-Wert		0,65		0,07		0,14
(eingesparte) AU-Tage	IG	323	22,1	323	64,0		41,9
	KG	312	28,9	312	79,1		50,3
	Differenz IG-KG		-6,8		-15,2		-8,4
	p-Wert		0,18		0,053		0,37
	ICER						120,50 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr zeigen sich weder für den Anstieg der vollstationären Tage der IG gegenüber der KG als auch den Anstieg der AU-Tage signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). Auch die Anstiege der Kosten unterscheiden sich lediglich numerisch, nicht jedoch statistisch signifikant.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis liegt bezogen auf die vollstationären Tage bei 405,82 € und bezogen auf die AU-Tage bei 120,50 €, d.h. es muss für jeden zusätzlich eingesparten Tag der entsprechende Betrag aufgewendet werden.

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

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

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst 10 Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen¹⁰ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen¹¹. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

Effektivität

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

(1) Es gibt relevante Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können: Patienten, die in der Modellklinik behandelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt und waren weniger Tage arbeitsunfähig als Patienten der Kontrollkliniken.

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

¹⁰ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

¹¹ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnostikombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

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

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 19,1 vollstationäre Tage; KG: 24,4 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

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

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Über den gesamten Verlauf wies die IG geringere vollstationäre Tage pro Patient auf (prä: -6,3 Tage; 1. Jahr: -4,9 Tage; 2. Jahr: -3,7 Tage; 3. Jahr: -2,6 Tage). Ein solcher Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage nicht ableitbar. Dies weist darauf hin, dass Patienten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, eine geringe vollstationäre Aufenthaltsdauer aufweisen und in anderen Sektoren aufgefangen werden. Mutmaßlich weist zudem das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage darauf hin, dass der Vorvertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere Behandlungsdauer wirkte.

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa 5 vollstationären Behandlungstagen erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine Unterschiede zwischen IG und KG. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an. Vergleicht man damit jedoch die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist bei den klinikneuen Patienten eine stärkere Zunahme an Tagen in vollstationärer Behandlung vom patientenindividuellen Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich. Dies könnte darauf hinweisen, dass strukturelle Veränderungen auch in der Regelversorgung wirksam sind, welche sich auch in der KG in einer Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit zeigen. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Vergleich man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG und die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im Durchschnitt fünf Tage weniger stationäre Behandlungsdauer aufwiesen, aber 13 Tage weniger AU-Tage. Dies weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten oder teilstationären Bereich bewirkt hat. Kongruent dazu ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr zwar keine Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer, wohl aber in der Dauer der AU – Episoden zwischen IG und KG gefunden wurden. Hier konnten für Patienten der Modellklinik 8 AU-Tage gegenüber Patienten der Kontrollkliniken eingespart werden.

Dies deutet insgesamt darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer zusätzlich zur Vermeidung von AU - Tagen durch Reduzierung der vollstationären Liegedauer möglicherweise weitere Effekte gab, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Über die Natur dieser Effekte lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Antworten können hier möglicherweise

durch das ergänzende Projekt PsychCare gefunden werden, welches weitere Datenquellen untersucht, besonders Primärdaten mittels Fragebogen und Befragungen.

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

Es lässt sich feststellen, dass insgesamt kein relevanter Unterschied in der Häufigkeit ambulanter Kontakte, trotz Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer, festzustellen ist. Eine mögliche Erklärung könnte hier in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Hier ergibt sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG ein höherer Peak mit +1,6 Tagen und für klinikbekannte Patienten mit +0,7 Tagen im Vergleich zur KG. Möglicherweise wird ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme klinikneuer Patienten in der PIA zeigten sich vergleichbare Muster zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG). Hier hatten jedoch klinikneue Patienten in der IG über alle Jahre in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) aufgrund Indexdiagnose weniger Kontakte als Patienten der KG, wobei sich dieser Unterschied über den Zeitverlauf annäherte. Es ist zu beachten, dass bei den klinikneuen Patienten nicht alle Patienten einen ambulanten Kontakt in der PIA (siehe auch Tabelle 36) aufwiesen. Betrachtet man hier nur die Patienten mit mindestens einem Kontakt kommt die IG im ersten Jahr auf 11,1 Kontakte und die KG auf 13,1 Kontakte mit gleichbleibendem Niveau im zweiten und dritten Jahr. Diese Zahlen lagen in der Größenordnung der Werte klinikbekannter Patienten, welche offensichtlich gut kontinuierlich ambulant führbar sind.

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Hier lag jedoch die Inanspruchnahme der IG stets über der KG (sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten). Entgegengesetzt der gestellten Hypothese, wurde die PIA in der IG weniger stark im Vergleich zur KG in Anspruch genommen, sondern der ambulante Sektor der Vertragsärzte eingebunden. Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA kann zu diesem Zeitpunkt nur spekuliert werden. Ein mögliches Szenario wäre, dass in Krankenhäusern keine Termine für Behandlungen in der PIA verfügbar waren und es so einen Deckeneffekt für die Inanspruchnahme gab. Ein anderes Szenario wäre, dass die Vernetzung mit niedergelassenen Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten sehr eng war und die niedrigere Behandlungsdauer mit höherer Inanspruchnahme im niedergelassenen Bereich kompensiert werden konnte.

Auch für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich das oben beschriebene Muster. Sowohl bei der IG als auch bei der KG stieg erwartungsgemäß die Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei die Inanspruchnahme in der IG

niedriger als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ähnlich dem aus dem Zeitverlauf, d.h. höhere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG, jedoch stieg die Inanspruchnahme in der IG weniger stark als in der KG, so dass sich eine Annäherung der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im patientenindividuellen ersten Jahr verzeichnen lässt. Vergleicht man diese Entwicklung mit Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Kapitel 14.1 und 14.2), lassen sich diese Trends bestätigen. Das heißt, bereits im ersten Modelljahr war die Inanspruchnahme in der PIA bei der IG leicht geringer als in der KG und bei den Vertragsärzten in der IG höher als in der KG (mit Trend der Annäherung der IG and die KG). Weiterhin war die Inanspruchnahme anderer Vertragsärzte in allen untersuchten Kohorten in der IG höher als in der KG. Hier lässt sich vermuten, dass neben den Vertragsärzten im psychiatrischen Bereich möglicherweise weitere Vertragsärzte (z.B. Hausärzte) die geringere Dauer vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zu KG auffangen.

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

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren 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. Für klinikneue Patienten der IG ist sogar eine deutlich geringere Progression von leichter/mittelgradiger zu schwerer depressiver Episode sowie von jeglicher depressiver Episode zu rezidivierender depressiver Störung im Vergleich zur KG festzustellen.

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

Kosten

Bei der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gleiche Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So lagen

im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang - die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende - stationäre Behandlungen vor. Durch den Eintritt in ein Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 7292,37 € und in der KG um 6447,36 €. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 6572,76 € und in der KG derselben Kohorte um 6138,72 €. Für den Kostenanstieg der IG-Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr, der deutlich über den Anstiegen der anderen Gruppen liegt, ist vor allem der im Jahr 2013 um das 1,44-fach höhere Tagessatz der Modellkliniken gegenüber dem gemittelten Tagessatz der Kontrollkliniken. So fällt bei dieser Gruppe auf, dass im ersten Nachbeobachtungsjahr zwar je Patient in der IG 5,3 vollstationär psychiatrische Behandlungstage eingespart werden ($\sum_{\text{Tage};IG} = 11078$; $\sum_{\text{Tage};IG} = 14079$), die – dem entsprechend der im Methodenband beschriebenen Vorgehen ermittelten – Behandlungskosten für diese Leistungen mit 3.379.625,20 € in der IG über den Kosten der KG liegen, in der es 3.323.600,78 € sind. Auch im tagesklinischen Bereich wird der Preiseffekt ersichtlich. Hier werden für die Gruppe der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr 4814 tagesklinische Behandlungstage (BT) in der IG und 3866 BT in der KG erbracht. Dabei übersteigt das Kostenverhältnis von IG (1.024.071,20 €) und KG (521.325,27 €) das Verhältnis der Behandlungstage (11,24 zu 1) deutlich. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich ein verringerter Preiseffekt. Hier wurden in der IG 9682 BT und in der KG 10220 BT vollstationär erbracht. In der IG fielen dafür Kosten von 2.705.671,23 € und in der KG von 2.596.149,90 € an. Das Verhältnis der Tagessätze lag hier bei 1,1 zu 1. Gleiches zeigt sich für die tagesklinische Behandlung: In der IG waren für 5086 BT insgesamt 784.825,24 € aufzubringen. In der KG fielen 461.449,74 € für 3619 BT an. Hier lag das Tagessatzverhältnis bei 1,2 zu 1.

Die stärkeren Kostensteigerungen zum ersten Nachbeobachtungsjahr der klinikneuen Patienten der IG gegenüber der KG sind somit eher den veranschlagten Tagessätzen in Modell- und Kontrollkliniken zuzuschreiben als der über die Behandlungstage gemessenen Behandlungsintensität.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich bereits im Prä-Zeitraum eine kostengünstigere psychiatrische Versorgung der Modell- gegenüber den Kontrollpatienten. Auch hier führte der Preiseffekt zu einem Kostenanstieg vom Prä-Zeitraum zum ersten Jahr, wohingegen die Kosten in der KG sanken. Die Ergebnisse sind also unter der Berücksichtigung der Preiseffekte zu interpretieren, da das Leistungsniveau im vollstationären Bereich auf einem ähnlichen Niveau verblieb und in der Tagesklinik leicht abfiel, dabei aber ein Kostenanstieg stattfand. Allerdings lag die Zahl der vollstationären BTs in der IG sowohl im Prä- als auch im Nachbeobachtungszeitraum deutlich unter den BTs der KG. Die Umsteuerung fand somit wahrscheinlich bereits vor Modellstart im Rahmen des Vorläufervertrages statt und lässt sich nur bedingt an den Kostenentwicklungen und – unterschieden ablesen.

Fazit

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

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von 20 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen Großteil der in den Modell- und Kontrollkliniken behandelten Patienten ab und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

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

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste

bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Parameters verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Zielparametern strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

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

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

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018, die für diesen Bericht noch nicht berücksichtigt werden konnte, haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

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

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein,

für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Res-sourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnose-übereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr 2012 bei dem 1,07-fachen gegenüber dem durchschnittlichen Tagessatz aller zehn Kontrollkliniken. Im Jahr 2013 betrug der Tagessatz in der Modellklinik das 1,44-fache gegenüber dem der Kontrollkliniken. Vor allem in die Pflegesätze eingepreiste Ausgleichszahlungen aus dem Zeitraum vor Modellbeginn führten zu diesem deutlichen Preisanstieg. In den Jahren 2014 und 2015 sank der Faktor auf 1,19 bzw. 1,14. Vor allem diese periodenfremden Preiseffekte im Jahr 2013 bedingen einen enormen Kostenanstieg im ersten Nachbeobachtungsjahr der Kohorte mit Referenzfall im ersten Modelljahr. Die Auswirkungen sind vor allem dann sichtbar, wenn bei einer verringerten Anzahl vollstationärer Behandlungstage dennoch gleich hohe oder gar höhere Kosten anfallen. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

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

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

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

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

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

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

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

13. Literatur

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

14. Anhang

14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	610	610	610	610
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)	10,0 %	32,5 %	13,3 %	39,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,3 %	4,4 %	1,1 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,8 %	10,5 %	14,3 %	12,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,2	18,8	3,6	23,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	8,4	0,5	7,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,3	27,2	4,0	30,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,6	1,0	0,3	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,6	0,6	0,3	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,4	1,6	1,6

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	924	924	924	924
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	27,5 %	22,7 %	36,9 %	25,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) 	6,3 %	4,0 %	4,9 %	2,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	11,4 %	11,0 %	14,9 %	13,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	8,0	8,9	14,4	13,6
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) 	3,8	3,0	3,5	2,1
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) 	11,8	11,9	17,9	15,7
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) 	1,4	0,7	1,4	0,7
<ul style="list-style-type: none"> • anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1) 	1,2	0,6	1,3	0,6
<ul style="list-style-type: none"> • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,3	1,4	1,7	2,1

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)

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)	501	501	512	512
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	485	500	497	506
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	3,2	—*	5,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	4,1	4,5	2,2	3,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	13,3	17,3	11,2	13,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	—*	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,5	0,8	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,0	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,1	7,0	7,6	9,0

¹ Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder O16xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	728	728	742	742
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	721	719	731	728
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	9,6	—*	10,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,9	3,5	1,9	2,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	17,1	18,2	15,7	14,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	—*	0,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,6	1,0	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,2	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,0	10,6	9,7	11,8

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

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	69	537	79	511
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	7,1 %	—*	7,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	4,8 %	—*	7,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	48,4 %	—*	46,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	11,9 %	—*	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	3,0 %	—*	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	2,2 %	—*	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	14,3 %	—*	16,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	39,5 %	—*	40,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	50	266	55	252
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	6,8 %	—*	8,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	7,5 %	—*	11,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	48,5 %	—*	46,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	14,3 %	—*	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	4,9 %	—*	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	1,9 %	—*	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	18,4 %	—*	22,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	35,3 %	—*	36,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	33	102	25	129
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	4,9 %	—*	6,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	10,8 %	—*	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	47,1 %	—*	48,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	15,7 %	—*	14,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	7,8 %	—*	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	2,0 %	—*	3,1 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	22,5 %	—*	24,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	35,3 %	—*	33,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	46	483	70	458
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	14,1 %	—*	16,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	10,1 %	—*	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	73,1 %	—*	70,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	29,4 %	—*	29,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	7,0 %	—*	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	5,0 %	—*	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	28,4 %	—*	35,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—*	18,4 %	—*	17,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	34	240	48	224
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	14,6 %	—*	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	15,0 %	—*	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	74,6 %	—*	74,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	33,3 %	—*	35,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	10,8 %	—*	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	5,4 %	—*	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	36,3 %	—*	45,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—*	14,2 %	—*	12,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	23	93	22	117
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	—*	11,8 %	—*	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	21,5 %	—*	23,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	76,3 %	—*	80,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	32,3 %	—*	34,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	17,2 %	—*	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	3,2 %	—*	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	45,2 %	—*	47,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—*	9,7 %	—*	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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	28	432	44	400
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	20,4 %	—*	21,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	18,5 %	—*	21,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	88,7 %	—*	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	51,6 %	—*	53,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	10,4 %	—*	8,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	8,1 %	—*	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	41,9 %	—*	45,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	8,1 %	—*	8,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	22	213	31	193
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	23,9 %	—*	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	27,7 %	—*	29,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	93,9 %	—*	88,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	56,3 %	—*	59,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	13,6 %	—*	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	8,5 %	—*	7,8 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	55,9 %	—*	54,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	2,8 %	—*	6,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	17	82	14	99
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	20,7 %	—*	23,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	34,1 %	—*	32,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	93,9 %	—*	92,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	58,5 %	—*	59,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	19,5 %	—*	15,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	7,3 %	—*	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	63,4 %	—*	58,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	2,4 %	—*	5,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	348	421	407	434
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	19,7 %	—*	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	2,9 %	—*	9,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	40,4 %	—*	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	10,2 %	—*	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	0,7 %	—*	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	1,0 %	—*	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	22,8 %	—*	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	44,2 %	—*	38,0 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	315	363	350	353
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	20,4 %	—*	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	3,3 %	—*	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	40,2 %	—*	42,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	11,0 %	—*	11,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	0,8 %	—*	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	1,1 %	—*	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	24,0 %	—*	29,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	43,5 %	—*	36,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	182	231	178	190
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	22,1 %	—*	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	3,5 %	—*	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	42,0 %	—*	42,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	11,7 %	—*	12,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	0,9 %	—*	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	1,7 %	—*	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	26,4 %	—*	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—*	38,1 %	—*	33,2 %

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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	285	324	342	367
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	33,3 %	—*	29,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	8,3 %	—*	16,3 %

<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	—*	69,4 %	—*	62,9 %
	—*	27,2 %	—*	26,7 %
	—*	2,2 %	—*	4,1 %
	—*	4,6 %	—*	4,1 %
	—*	41,4 %	—*	45,8 %
	—*	19,1 %	—*	15,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	256	280	294	297
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	35,4 %	—*	34,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	9,6 %	—*	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	71,1 %	—*	62,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	28,9 %	—*	25,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	2,5 %	—*	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	5,0 %	—*	4,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	44,6 %	—*	51,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—*	17,1 %	—*	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	152	174	153	159
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	36,8 %	—*	37,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	9,2 %	—*	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	72,4 %	—*	67,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	30,5 %	—*	26,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	2,3 %	—*	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	6,3 %	—*	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	45,4 %	—*	61,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—*	13,8 %	—*	6,9 %

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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	200	253	279	296
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	49,8 %	—*	40,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	14,6 %	—*	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	88,1 %	—*	80,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	53,8 %	—*	49,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	4,7 %	—*	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	8,7 %	—*	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	62,1 %	—*	59,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	8,3 %	—*	7,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	178	225	242	242
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	51,6 %	—*	44,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	16,4 %	—*	20,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	90,7 %	—*	79,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	55,6 %	—*	50,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	4,9 %	—*	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	9,3 %	—*	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	64,9 %	—*	65,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	5,8 %	—*	6,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	95	135	129	129
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—*	56,3 %	—*	46,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	—*	16,3 %	—*	27,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	—*	93,3 %	—*	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	—*	56,3 %	—*	53,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	—*	5,2 %	—*	6,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—*	11,1 %	—*	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—*	70,4 %	—*	71,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—*	3,7 %	—*	3,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

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

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	466	466	482	482	466	466	482	482
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	81	313	98	293	81	313	98	293
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	34	120	39	120	34	120	39	120
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	13	36	12	41	13	36	12	41
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	49	127	47	145	49	127	47	145
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	21	54	19	62	21	54	19	62
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	18	<10	23	<10	18	<10	23

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA1) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB1) Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA2) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB2) Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (aA3) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (aB3) 								
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> • 1: Schwere psychische Störung A³ (dA1) • 2: Schwere psychische Störung B⁴ (dB1) 								
	23,5 %	23,3 %	27,6 %	21,8 %	19,8 %	21,4 %	25,5 %	18,4 %
	20,4 %	18,1 %	17,0 %	17,9 %	16,3 %	16,5 %	19,1 %	16,6 %
	14,7 %	6,7 %	5,1 %	12,5 %	2,9 %	5,0 %	0,0 %	8,3 %
	14,3 %	3,7 %	10,5 %	8,1 %	0,0 %	3,7 %	0,0 %	6,5 %
	0,0 %	13,9 %	8,3 %	9,8 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	2,4 %
	0,0 %	11,1 %	0,0 %	13,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %
	291,4	853,3	359,7	664,8	343,6	962,2	397,9	805,2
	246,9	687,3	382,3	685,6	307,1	778,9	390,1	742,1

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	198,4	454,2	200,8	397,4	225,0	431,9	0,0	483,6
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	184,5	335,0	200,8	371,4	0,0	215,0	0,0	474,6
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	247,6	171,7	261,3	0,0	304,7	0,0	336,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	183,1	0,0	265,6	0,0	0,0	0,0	336,0

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 Nachbeobachtungszeitraum	708	708	708	708	708	708	708	708
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen(A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	508	434	564	449	508	434	564	446
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	231	212	253	212	231	212	253	210
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	83	76	86	80	83	76	86	79
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	302	274	327	245	302	274	327	244
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	147	140	160	119	147	140	160	118
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	58	52	56	45	58	52	56	44

* 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)	32,9 %	12,7 %	27,1 %	13,6 %	30,9 %	9,7 %	24,3 %	12,8 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	31,5 %	11,7 %	25,7 %	13,1 %	30,5 %	5,8 %	21,1 %	9,0 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	15,2 %	8,0 %	17,4 %	7,5 %	5,6 %	3,8 %	5,9 %	5,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	14,3 %	5,7 %	15,6 %	5,9 %	5,4 %	2,1 %	6,3 %	3,4 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	14,5 %	5,3 %	14,0 %	15,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	17,2 %	1,9 %	10,7 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,3 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	405,8	471,5	340,2	511,7	451,5	700,7	400,1	623,5
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	399,9	329,4	326,6	531,3	435,0	606,5	403,1	775,8

Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	247,2	409,4	221,0	411,0	312,0	525,4	291,5	481,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	213,8	354,2	225,5	476,4	252,9	540,5	292,6	601,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	157,4	281,2	171,4	255,9	0,0	0,0	0,0	259,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	157,9	145,3	171,5	204,1	0,0	0,0	0,0	259,0

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)	501	501	512	512
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	485	500	497	506
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)	1,2%	1,4%	1,0%	2,1%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

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)	728	728	742	742
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	721	719	731	728
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)	0,5%	1,5%	0,9%	0,9%
• Vier (B)	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%

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)	323	323	354	354
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	127 1,6 27,8 23,5%	259 1,5 65,9 10,8%	152 1,6 24,3 19,5%	271 1,6 77,0 15,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	11 1,1 0,4 0,3%	<10 1,4 1,0 0,0%	<10 1,0 0,3 0,0%	<10 1,0 0,5 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 sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	482	482	454	454
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	199 1,8 29,5 8,9%	194 1,9 27,3 5,6%	236 1,7 44,0 12,6%	201 1,9 29,0 6,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	34 1,6 1,5 0,2%	25 2,2 1,0 0,0%	18 2,2 1,3 0,0%	19 2,2 1,0 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	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	46	46	49	49
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	47,8%	54,3%	53,1%	57,1%
	92,4	73,2	126,9	123,3
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	39	39	38	38
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	41,3%	47,8%	40,8%	46,9%
	96,1	81,7	119,9	115,2
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	22	22	23	23
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	30,4%	30,4%	22,4%	32,7%
	102,4	95,7	132,3	82,3

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

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	172	172	196	196
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	73,8%	62,2%	69,9%	60,7%
	101,3	96,8	107,3	120,4
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	159	159	174	174
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	69,2%	57,6%	62,2%	53,6%
	106,0	97,8	107,3	122,6
Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	114	114	110	110
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) 	47,1%	42,4%	43,4%	32,7%
	102,3	87,5	106,5	122,4

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)	610	610
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,3 3 2 - 4	3,3 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,1 2 1 - 3	2,0 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	1,2 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	924	924
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	3,6 3 2 - 5	3,5 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	2,7 2 1 - 4	2,7 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score ¹ (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	0,8 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	610	610
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	2,5 %	2,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	924	924
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	0,9 %	2,2 %

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	595	598
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	192 350 389	177 320 382
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	8,9 % 2,3 % 23,9 %	21,5 % 6,9 % 21,5 %

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	916	904
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	211 480 506	207 453 519
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	2,8 % 1,5 % 6,5 %	7,2 % 4,2 % 9,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

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

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ 	93	72
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	3,2 %	4,2 %
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ 	214	131
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	0,5 %	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

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ 	59	63
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	3,4 %	7,9 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ 	15	10
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	40,0 %	40,0 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ 	38	33
<ul style="list-style-type: none"> Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	47,4 %	42,4 %

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ACT-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ACT-Codes: N05A

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	705 50,6 %	669 51,0 %
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	515 8,7 %	359 9,5 %

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

² ACT Code: N06A

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	215 94,4 %	206 78,2 %
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	86 94,2 %	84 75,0 %
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	20 25,0 %	12 25,0 %

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

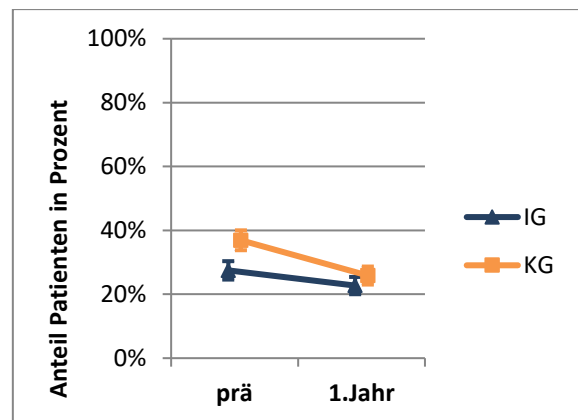
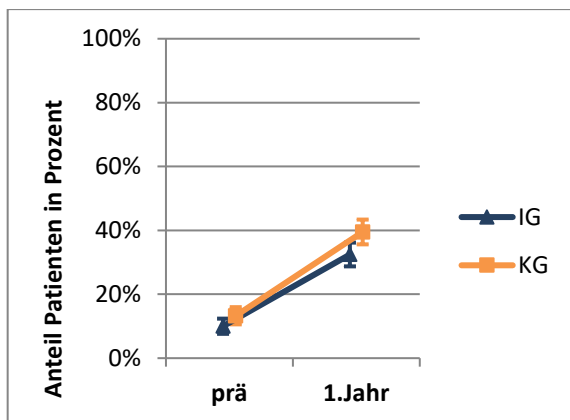
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

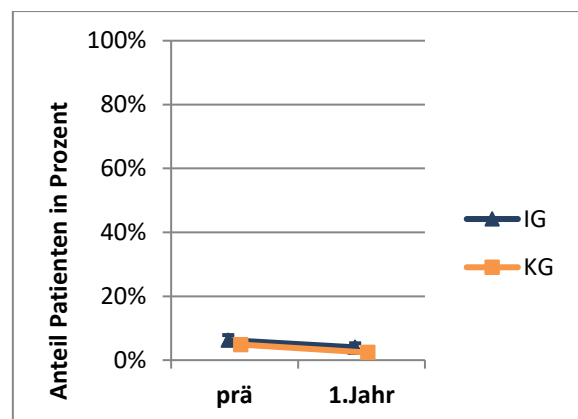
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

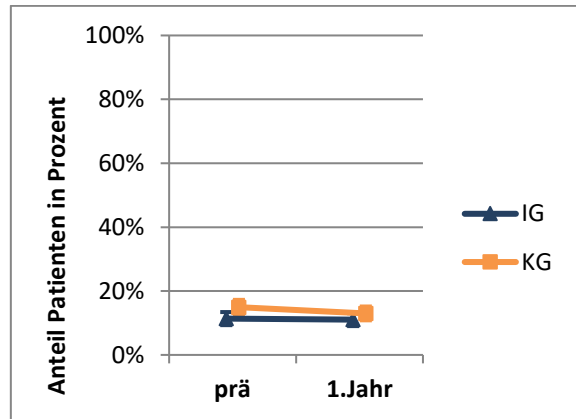
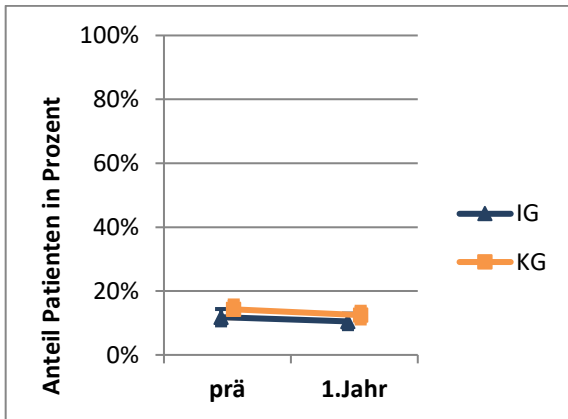


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

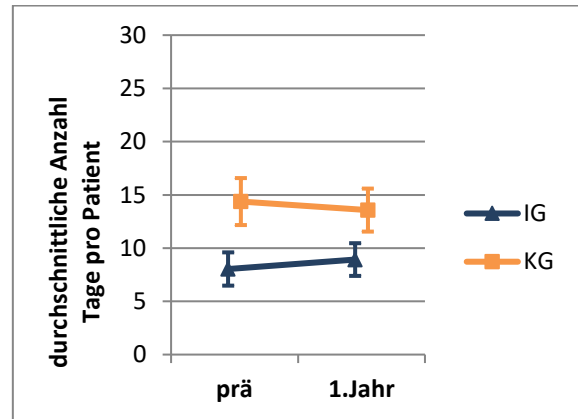
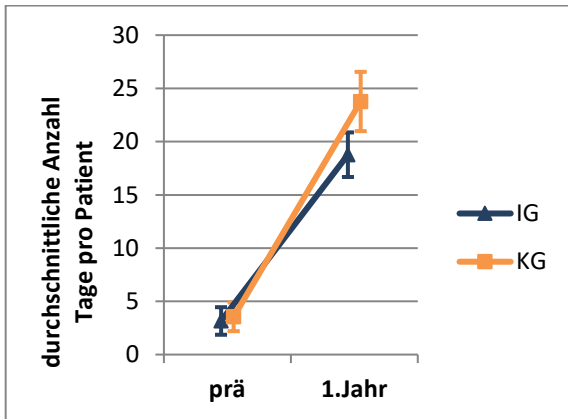


Klinikneue Patienten

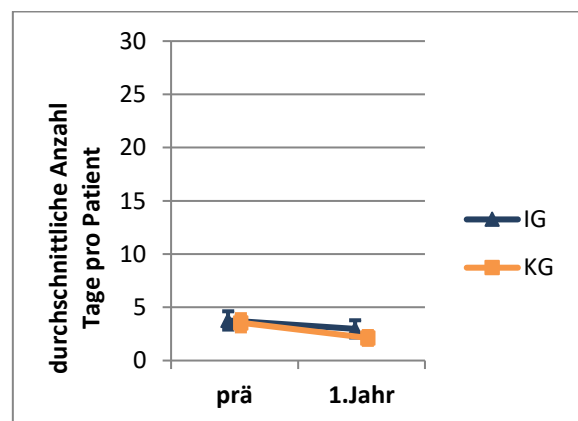
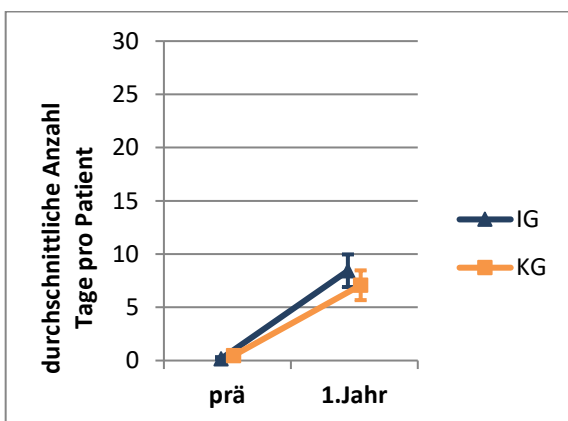
Klinikbekannte Patienten

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

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

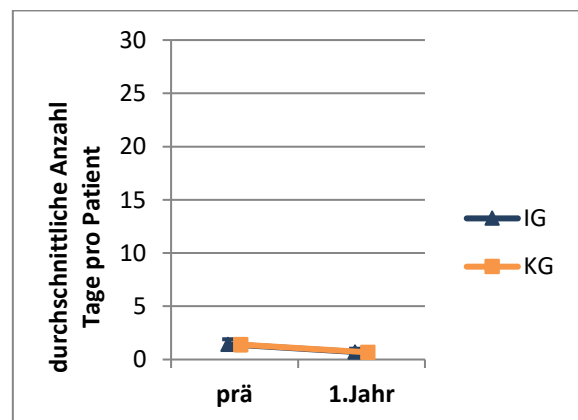


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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

Fallzahl zu klein



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

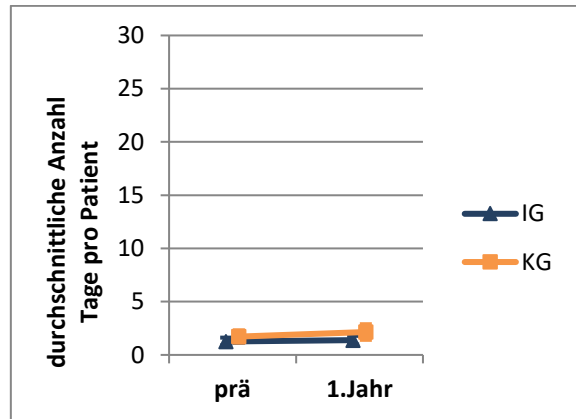
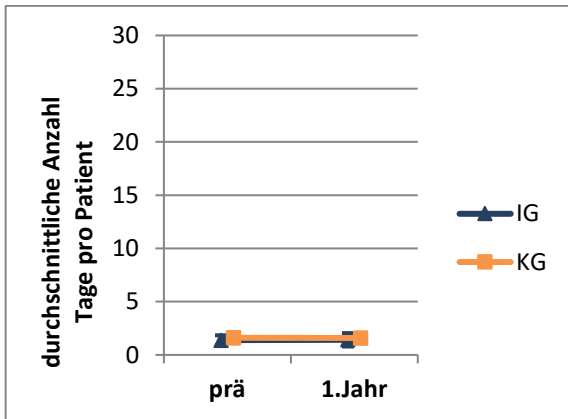


Abbildung 52: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

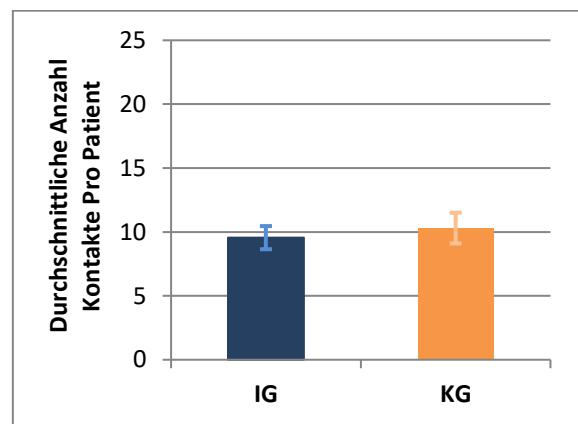
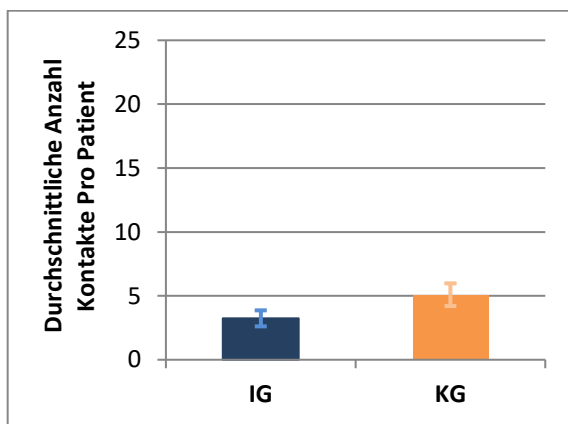
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

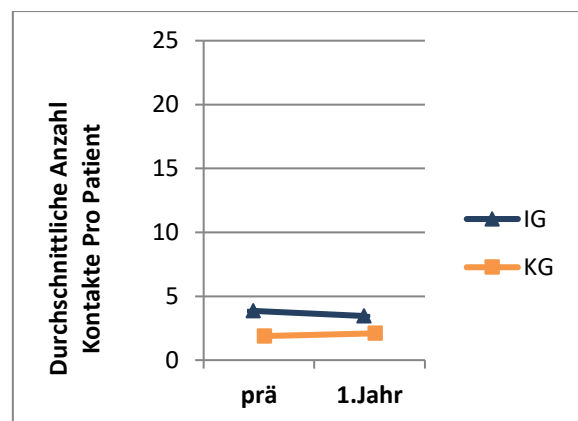
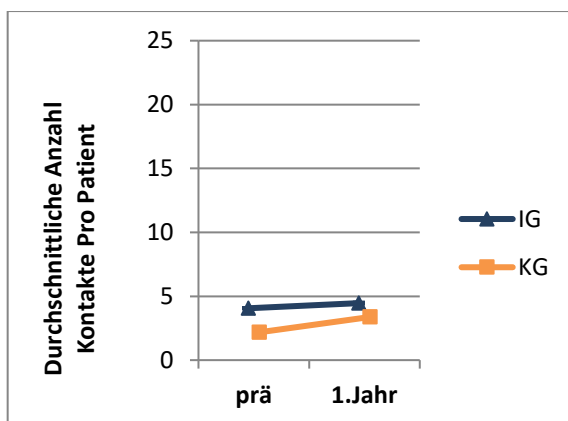
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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



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

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



- bei anderen Vertragsärzten (E)

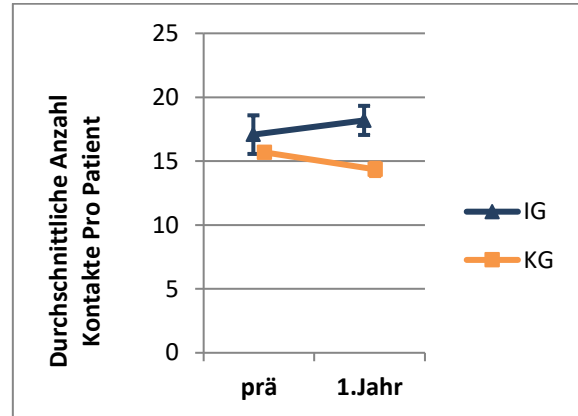
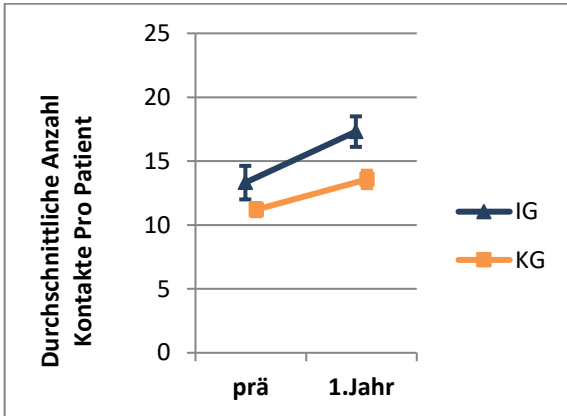


Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

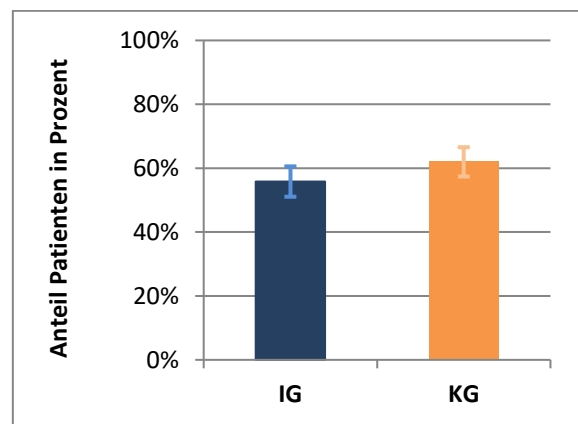
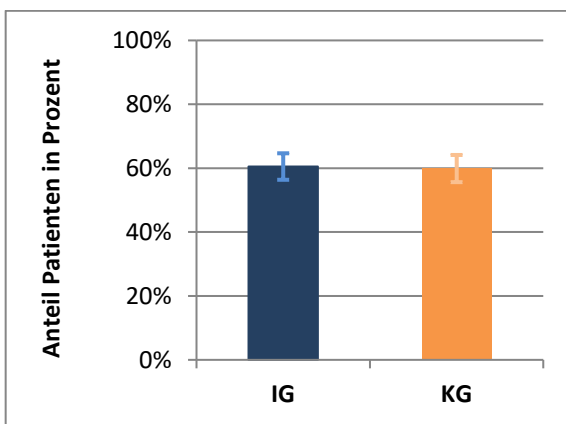
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

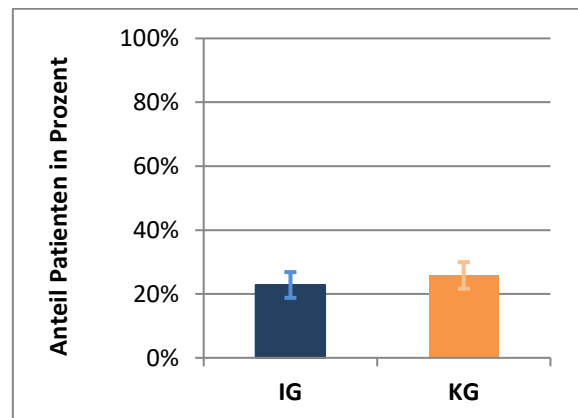
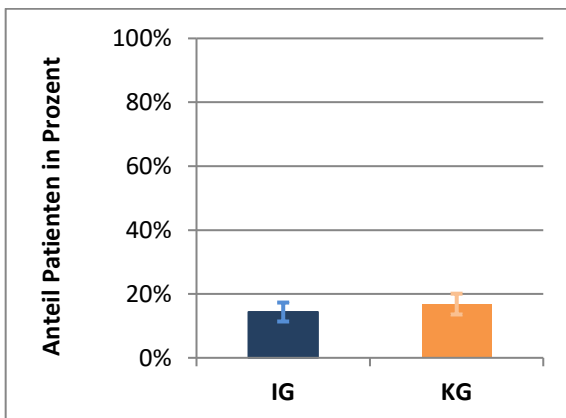
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

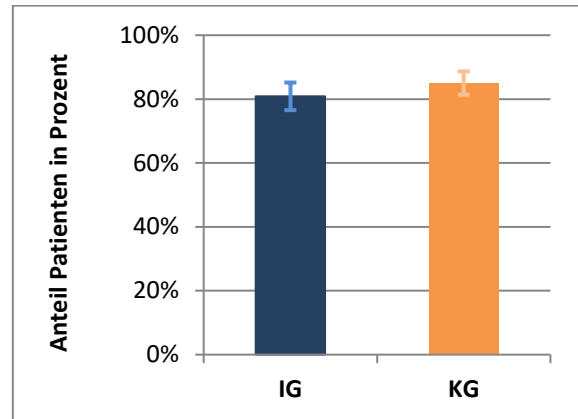
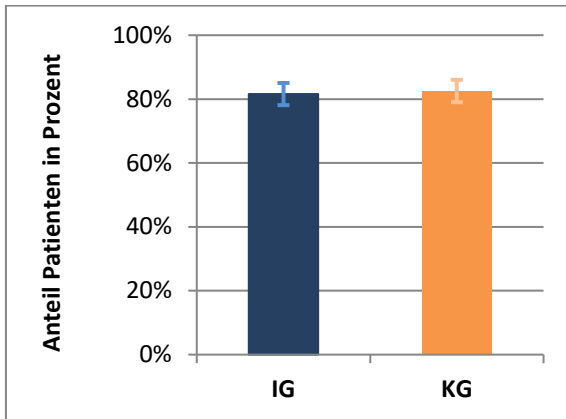


Klinikneue Patienten

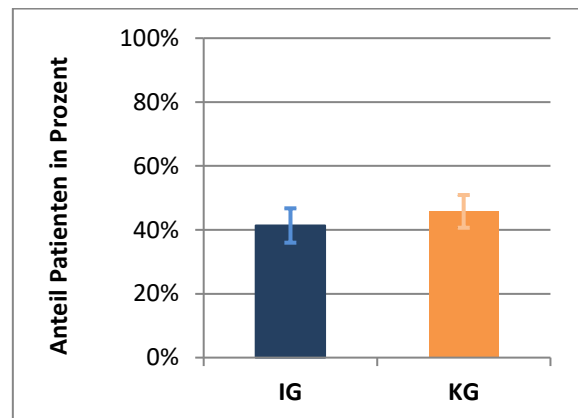
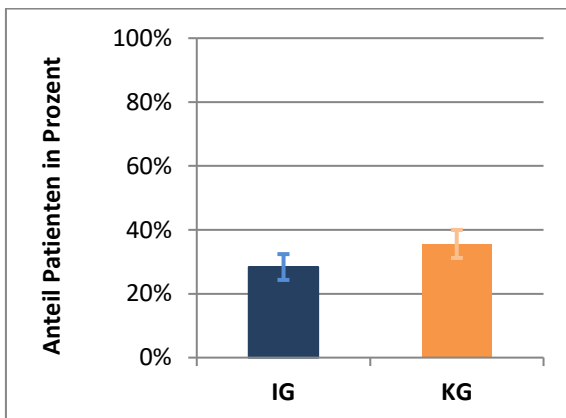
Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

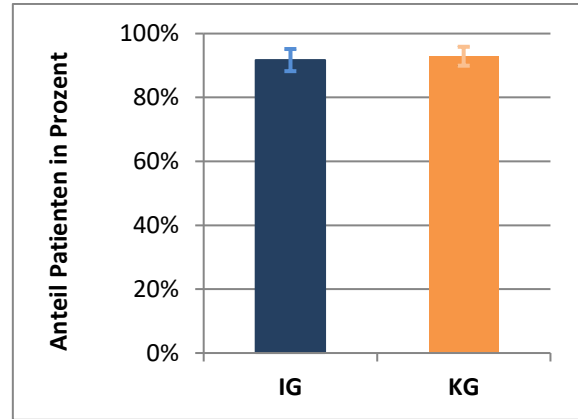
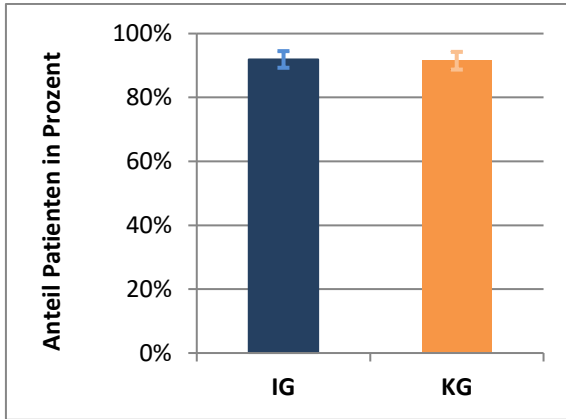


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

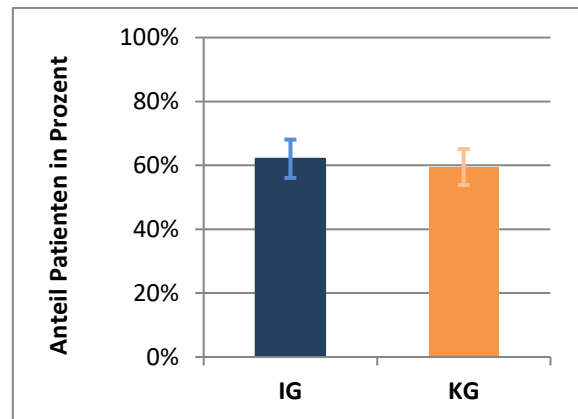
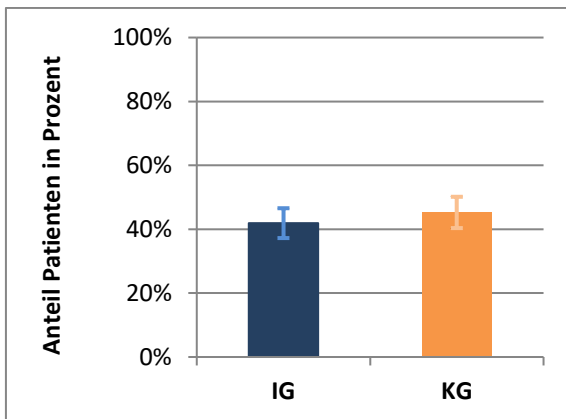


Abbildung 54: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

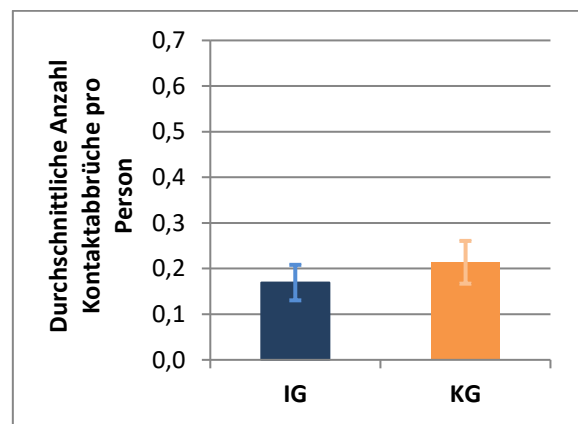
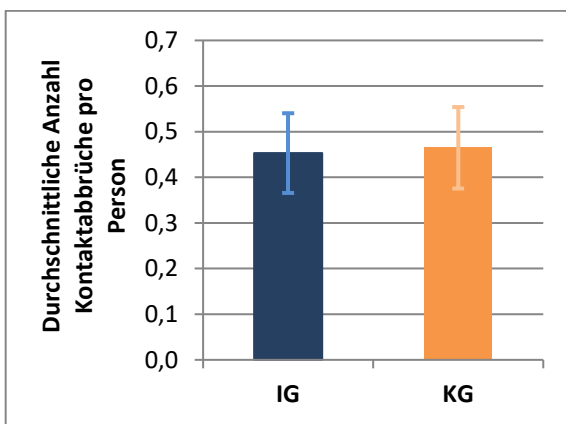
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

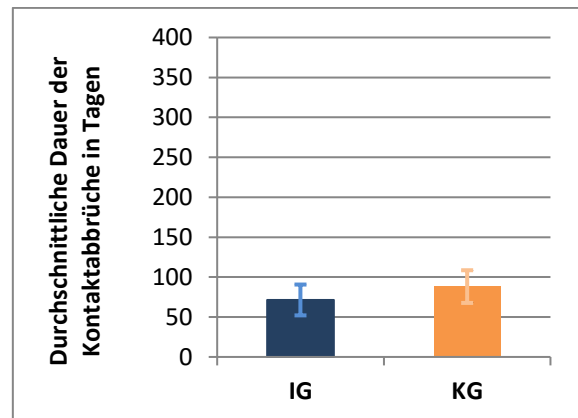
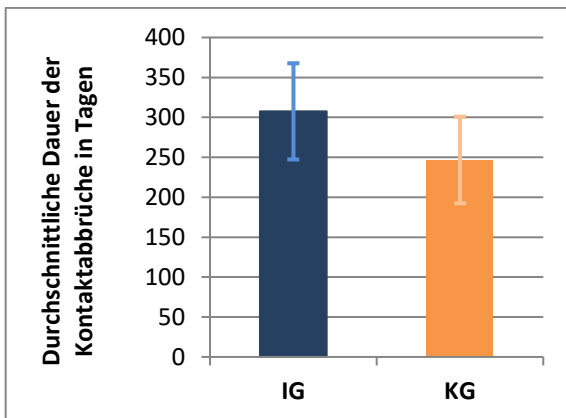


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

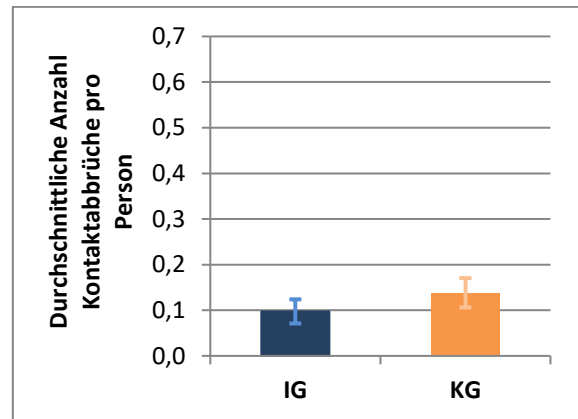
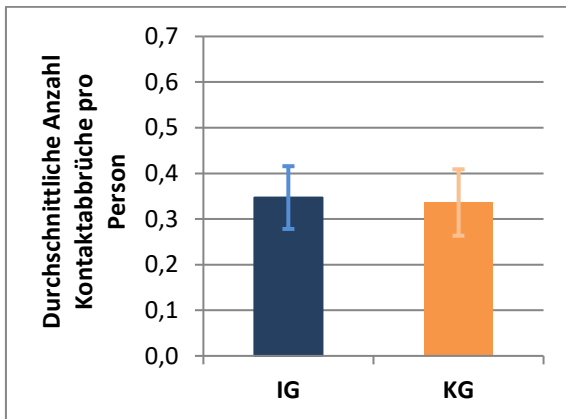


Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

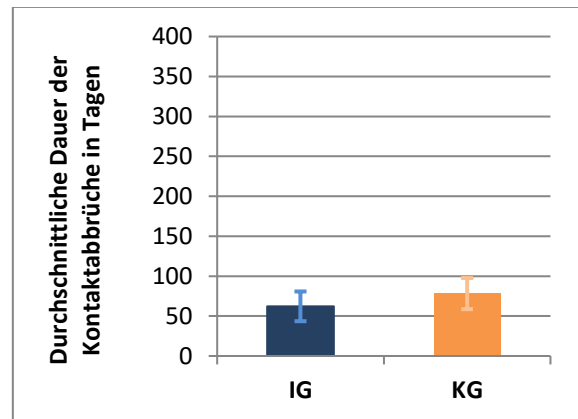
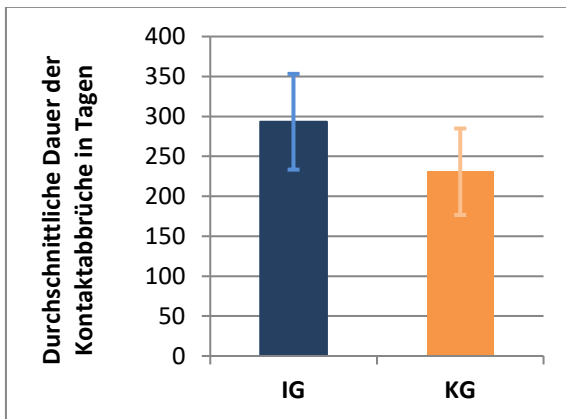


Abbildung 55: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

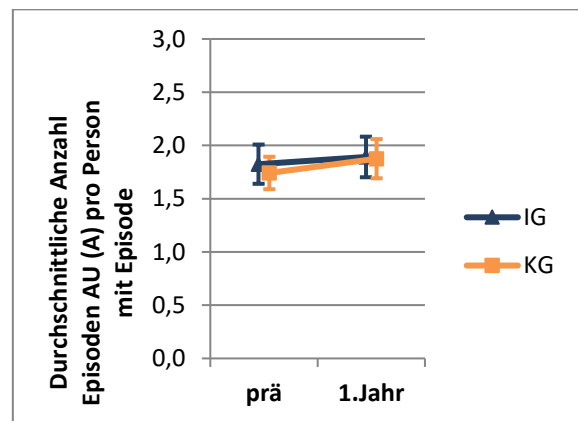
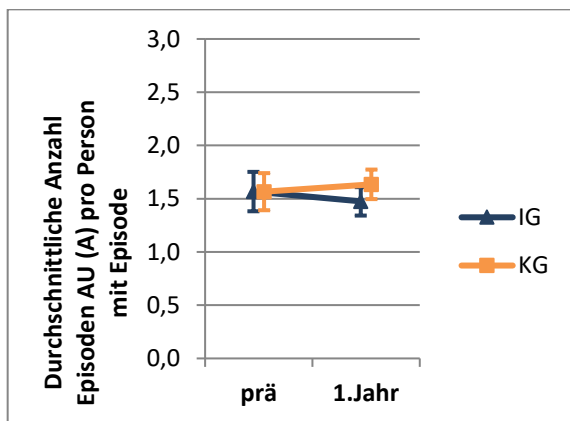
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

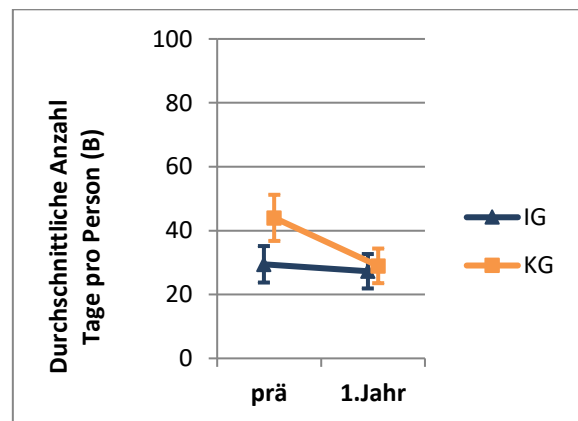
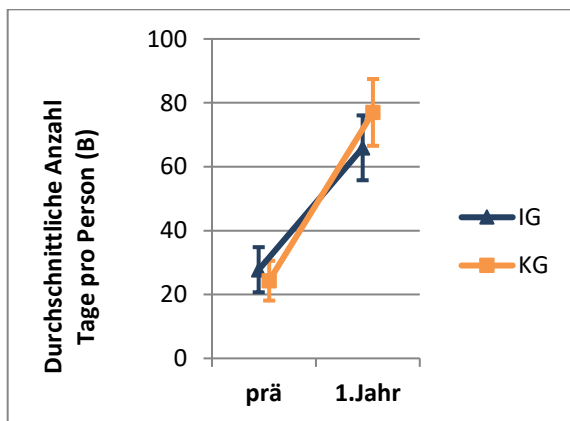
Klinikbekannte Patienten

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



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



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

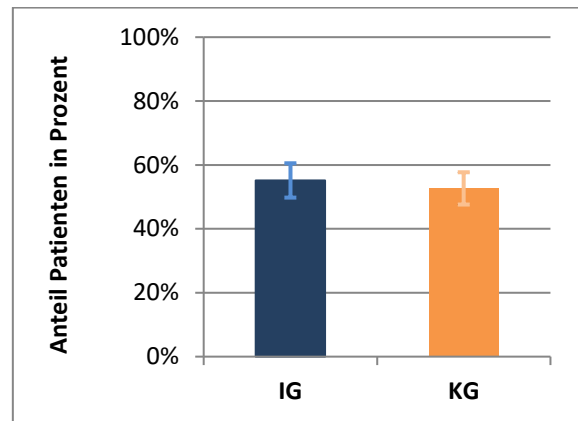
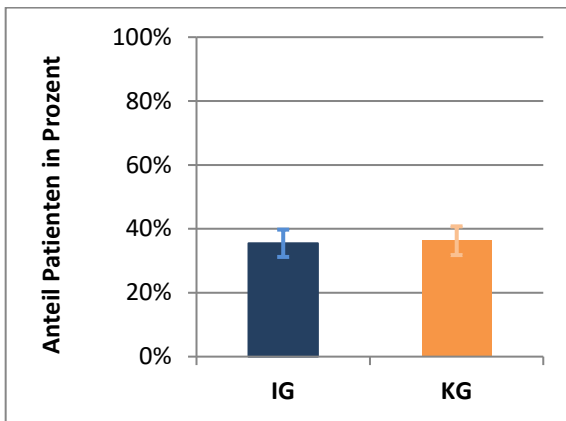
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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



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

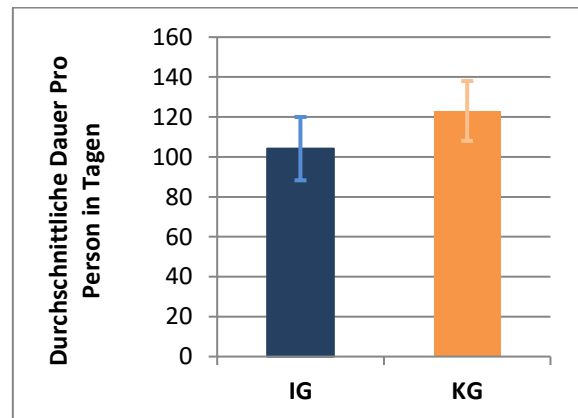
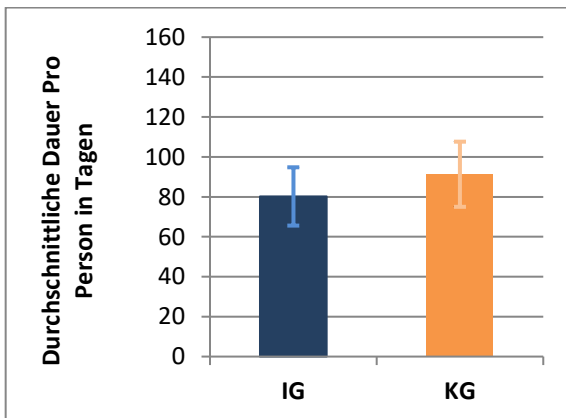


Abbildung 58: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Mittlerer Elixhauser Score

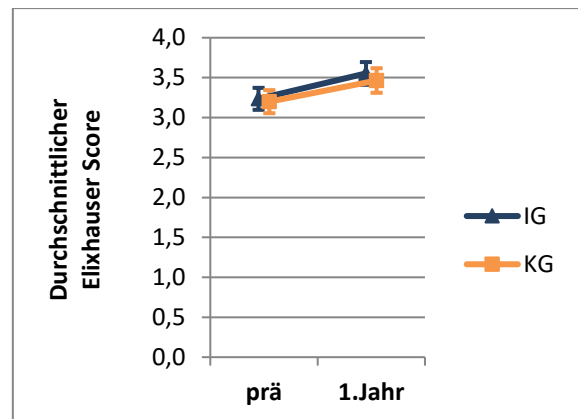
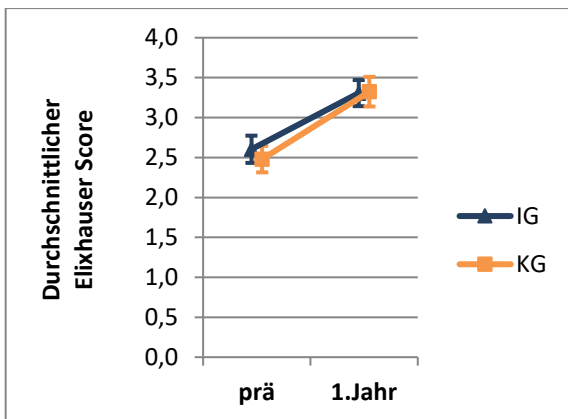


Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

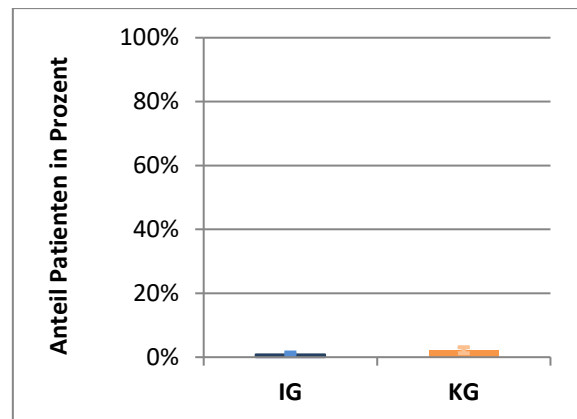
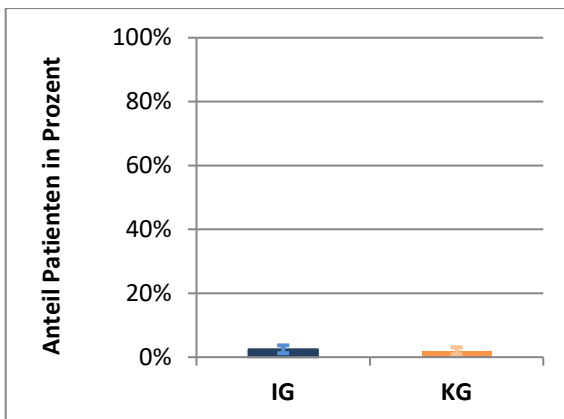
Klinikneue Patienten**Klinikbekannte Patienten****Anzahl Tode**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Fallzahl zu klein

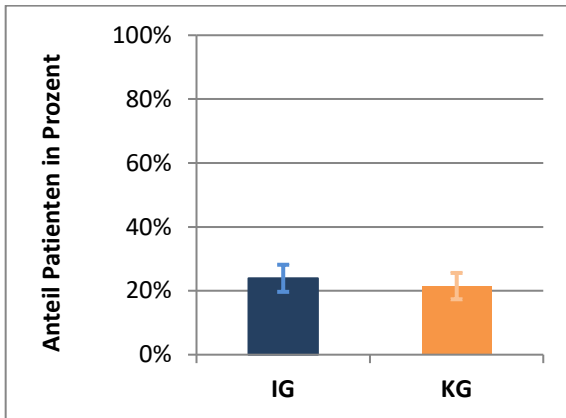
Fallzahl zu klein

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

Progression C (→ Suchterkrankung)



Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Alkoholabhängigkeit B

Fallzahl zu klein

Alkoholabhängigkeit C

Fallzahl zu klein

Demenz D

Fallzahl zu klein

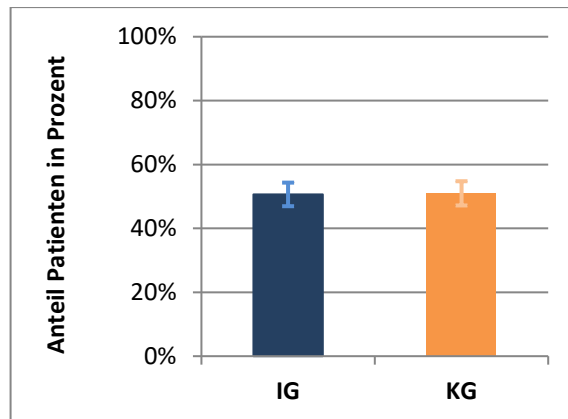
Demenz E

Fallzahl zu klein

Demenz F

Fallzahl zu klein

Depression G



Depression I

Fallzahl zu klein

Schizophrenie J

Fallzahl zu klein

Schizophrenie K

Fallzahl zu klein

Schizophrenie L

Fallzahl zu klein

14.3 Ergebnisse Modellierung

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

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

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,60*** -5,16...-4,05	kf	0,06 -0,14...0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,89*** 0,83...0,95	kf	1,04 0,91...1,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,59-1,46	kf	1,02 0,60-1,74	0,90** 0,84-0,96	kf	1,03 0,90-1,17
Gruppe	0,74 0,50-1,09	kf	0,69 0,47-1,01	0,78* 0,60-1,00	kf	0,47* 0,26-0,85
Zeit	5,64*** 4,04-7,88	kf	0,82 0,57-1,17	6,67*** 6,37-6,97	kf	0,97 0,89-1,06
Indexgruppe 6 (F10)	1,43* 1,07-1,91	kf	1,02 0,72-1,46	1,25 0,92-1,69	kf	0,93 0,44-1,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,76-1,28	kf	0,79 0,57-1,10	1,00 0,75-1,31	kf	0,58 0,30-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,70-1,34	kf	0,44** 0,27-0,74	0,76 0,54-1,08	kf	0,28** 0,11-0,72
Psy A ¹	1,44* 1,08-1,91	kf	0,69 0,47-1,02	0,96 0,71-1,30	kf	0,42* 0,20-0,89
Psy B ²	1,38* 1,01-1,88	kf	1,91** 1,27-2,87	2,21*** 1,56-3,13	kf	3,19** 1,39-7,33
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,02*** 1,01-1,03	1,00 0,99-1,00	kf	1,04** 1,01-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,74-1,21	kf	0,91 0,67-1,24	1,12 0,86-1,45	kf	0,74 0,40-1,38
Komorbidität ³	1,03 0,97-1,10	kf	1,17*** 1,09-1,25	1,04 0,97-1,11	kf	1,37*** 1,18-1,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,71 0,45-1,11	kf	1,93** 1,24-3,01	0,93 0,59-1,47	kf	6,99*** 2,47-19,80
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,72*** 1,36-2,18	kf	2,20*** 1,61-2,99	1,23 0,96-1,59	kf	5,49*** 2,94-10,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55*** 0,42-0,72	kf	0,46*** 0,32-0,67	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,30** 0,15-0,60

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	1,69*** 1,26...2,12	0,00 -0,14...0,13	-0,30*** -0,47...-0,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,18*** 1,13...1,22	1,02 0,89...1,17	0,88* 0,79...0,98
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,49* 1,04-2,12	2,28*** 2,26-2,29	1,24 0,78-1,95	1,16*** 1,11-1,20	0,91 0,79-1,04	0,84** 0,75-0,93
Gruppe	0,72* 0,56-0,93	1,20*** 1,19-1,21	0,74 0,52-1,05	0,44*** 0,31-0,64	1,23 0,57-2,65	0,95 0,60-1,53
Zeit	0,46*** 0,36-0,59	0,10*** 0,10-0,10	0,76 0,56-1,04	0,95*** 0,92-0,97	0,50*** 0,46-0,55	1,27*** 1,19-1,35
Indexgruppe 6 (F10)	1,13 0,84-1,53	0,14*** 0,13-0,14	0,74 0,48-1,12	1,74 0,99-3,06	0,35 0,10-1,14	0,45* 0,22-0,94
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,79 0,62-1,01	0,18*** 0,17-0,18	0,65* 0,46-0,92	0,61* 0,38-0,99	0,50 0,21-1,22	0,36** 0,20-0,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,44-1,76	0,00*** 0,00-0,00	1,76 0,67-4,65	0,28 0,07-1,16	0,00 0,00-1,87	0,45 0,06-3,13
Psy A ¹	1,27 0,91-1,77	2,12*** 2,11-2,13	1,24 0,77-1,99	1,56 0,82-2,95	0,66 0,20-2,16	0,82 0,37-1,80
Psy B ²	1,06 0,85-1,31	0,67*** 0,67-0,68	1,05 0,77-1,42	1,37 0,91-2,08	1,47 0,60-3,58	0,94 0,56-1,59
Alter	0,99 0,99-1,00	0,93*** 0,93-0,93	1,01* 1,00-1,02	0,99 0,97-1,00	0,93*** 0,90-0,96	1,02* 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,93-1,40	0,16*** 0,16-0,16	1,09 0,82-1,46	0,99 0,67-1,47	0,25** 0,11-0,55	1,37 0,83-2,25
Komorbidität ³	1,03 0,98-1,07	1,52*** 1,51-1,53	1,38*** 1,29-1,48	0,99 0,90-1,08	1,38*** 1,15-1,65	1,63*** 1,47-1,82
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,81-1,65	0,09*** 0,09-0,09	1,78* 1,14-2,80	2,21* 1,14-4,28	0,55 0,10-3,03	1,74 0,78-3,88
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	10,77*** 8,35-13,89	9,52*** 9,46-9,58	3,01*** 2,21-4,11	41,10*** 27,37-61,72	2,01 0,83-4,86	4,78*** 2,88-7,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,18-0,30	0,47*** 0,46-0,47	0,53*** 0,38-0,73	0,02*** 0,01-0,04	0,35* 0,15-0,86	0,35*** 0,19-0,63

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-1,07*** -1,67...-0,47	kf	0,68*** 0,46...0,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,96 0,88...1,05	kf	1,58*** 1,36...1,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,70-2,02	kf	1,01 0,50-2,00	0,96 0,88-1,04	kf	1,66*** 1,43-1,93
Gruppe	0,73 0,46-1,15	kf	0,73 0,41-1,27	0,74 0,53-1,02	kf	0,52 0,23-1,15
Zeit	4,80*** 3,28-7,02	kf	0,92 0,57-1,47	8,30*** 7,82-8,80	kf	0,77*** 0,71-0,85
Indexgruppe 6 (F10)	1,80*** 1,30-2,51	kf	0,77 0,44-1,34	1,74** 1,17-2,58	kf	0,70 0,26-1,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,70-1,24	kf	0,74 0,45-1,20	1,25 0,88-1,77	kf	0,56 0,23-1,36
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,99 0,68-1,43	kf	0,75 0,38-1,51	1,06 0,67-1,66	kf	0,73 0,22-2,36
Psy A ¹	1,56** 1,15-2,11	kf	0,74 0,44-1,26	1,19 0,83-1,72	kf	0,67 0,26-1,72
Psy B ²	1,24 0,88-1,76	kf	1,43 0,79-2,61	1,80** 1,17-2,79	kf	1,74 0,61-5,02
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,03*** 1,02-1,05	1,00 0,99-1,01	kf	1,06*** 1,03-1,09
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,83-1,41	kf	0,92 0,58-1,44	1,21 0,88-1,67	kf	1,24 0,55-2,81
Komorbidität ³	1,04 0,97-1,11	kf	1,28*** 1,15-1,42	1,00 0,92-1,08	kf	1,42*** 1,17-1,71
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34 0,78-2,30	kf	2,08 0,97-4,46	1,89 0,99-3,62	kf	3,21 0,68-15,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,02*** 1,55-2,64	kf	3,70*** 2,30-5,95	1,05 0,77-1,44	kf	4,84*** 2,14-10,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55*** 0,41-0,75	kf	0,39** 0,23-0,67	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,21** 0,08-0,56

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-4,60*** -5,16...-4,05
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-2,90*** -3,46...-2,34
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,19*** -1,80...-0,57
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,89*** 0,83...0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,45*** 0,41...0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,05 0,96...1,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,89** 0,84-0,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,45*** 0,41-0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,05 0,96-1,15

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,81 0,62-1,06
Zeit	6,66*** 6,37-6,97
Indexgruppe 6 (F10)	1,47*** 1,20-1,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,94-1,36
Indexgruppe 9 (F43)	0,68** 0,55-0,85
Psy A ¹	1,25* 1,03-1,51
Psy B ²	1,43** 1,13-1,79
Alter	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,19* 1,01-1,41
Komorbidität ³	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,84-1,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26** 1,07-1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	0,50*** 0,38-0,66
3. vs. 1.Jahr	0,75 0,56-1,00

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 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)	—	-0,79*** -1,12...-0,47	1,63*** 0,98...2,28	—	kf	-0,30*** -0,44...-0,15	kf	-0,54* -1,01...-0,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,71*** 0,64...0,78	1,07** 1,02...1,13	—	kf	0,64*** 0,52...0,79	kf	0,96 0,90...1,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,70*** 0,64-0,78	1,07** 1,02-1,12	—	kf	0,64*** 0,52-0,79	kf	0,95 0,89-1,01
Gruppe	0,81*** 0,76-0,87	1,18 0,83-1,68	1,15* 1,01-1,30	kf	kf	1,21 0,70-2,07	kf	0,70 0,39-1,26
Zeit	—	1,55*** 1,44-1,67	1,21*** 1,17-1,25	—	kf	0,92 0,80-1,06	kf	1,20*** 1,15-1,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,78*** 0,71-0,86	0,37*** 0,23-0,60	0,79** 0,67-0,92	kf	kf	0,97 0,48-1,96	kf	0,16*** 0,07-0,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,36*** 1,26-1,46	2,08*** 1,40-3,09	1,06 0,92-1,21	kf	kf	1,17 0,64-2,16	kf	0,78 0,40-1,53
Indexgruppe 9 (F43)	0,80*** 0,73-0,88	0,75 0,46-1,23	0,78** 0,65-0,92	kf	kf	0,88 0,41-1,86	kf	0,85 0,37-1,96
Psy A ¹	1,03 0,95-1,11	4,42*** 2,85-6,85	1,35*** 1,16-1,57	kf	kf	0,64 0,33-1,25	kf	0,82 0,40-1,72
Psy B ²	1,14** 1,05-1,24	3,01*** 1,90-4,79	1,39*** 1,17-1,64	kf	kf	1,07 0,50-2,31	kf	1,26 0,55-2,91
Alter	1,00*** 0,99-1,00	0,99 0,98-1,00	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,00	kf	1,05*** 1,02-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,44*** 1,35-1,54	1,07 0,74-1,56	1,23** 1,08-1,40	kf	kf	0,89 0,50-1,56	kf	8,07*** 4,31-15,13
Komorbidität ³	0,96*** 0,94-0,98	1,03 0,94-1,14	1,18*** 1,14-1,21	kf	kf	1,25** 1,08-1,45	kf	1,40*** 1,21-1,64
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70*** 0,60-0,82	0,97 0,48-1,95	1,35* 1,07-1,70	kf	kf	0,58 0,19-1,72	kf	2,11 0,69-6,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14*** 1,07-1,22	0,99 0,69-1,42	1,17* 1,03-1,32	kf	kf	0,64 0,37-1,11	kf	1,64 0,90-3,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,15*** 2,94-3,37	0,87 0,59-1,27	0,95 0,83-1,08	kf	kf	1,50 0,83-2,71	kf	1,37 0,72-2,64

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)	—	-0,61*** -0,85...-0,36	2,44*** 1,86...3,03	—	kf	-0,39*** -0,53...-0,25	kf	-2,55*** -3,02...-2,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,81*** 0,74...0,88	1,16*** 1,12...1,21	—	kf	0,88 0,75...1,04	kf	0,79*** 0,75...0,82
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,82*** 0,75-0,89	1,16*** 1,12-1,21	—	kf	0,86 0,73-1,01	kf	0,78*** 0,75-0,81
Gruppe	0,93*** 0,90-0,96	0,43*** 0,27-0,67	1,19*** 1,08-1,31	kf	kf	1,00 0,59-1,68	kf	1,59 0,96-2,65
Zeit	—	1,10* 1,02-1,18	0,92*** 0,89-0,94	—	kf	0,74*** 0,65-0,85	kf	1,22*** 1,19-1,26
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,99-1,10	0,56 0,28-1,10	0,77** 0,66-0,89	kf	kf	0,46 0,20-1,03	kf	0,25*** 0,12-0,54
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,05* 1,01-1,10	1,34 0,76-2,37	1,06 0,94-1,20	kf	kf	0,58 0,30-1,10	kf	1,69 0,89-3,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,93-1,15	2,92 0,69-12,41	0,96 0,69-1,32	kf	kf	0,19 0,03-1,19	kf	2,43 0,48-12,15
Psy A ¹	0,83*** 0,79-0,88	3,06** 1,46-6,42	1,17* 1,00-1,37	kf	kf	0,86 0,38-1,93	kf	1,56 0,69-3,52
Psy B ²	1,27*** 1,23-1,32	2,38** 1,46-3,88	1,72*** 1,55-1,92	kf	kf	0,92 0,52-1,63	kf	1,34 0,76-2,36
Alter	1,00** 1,00-1,00	0,96*** 0,94-0,98	1,00 1,00-1,01	kf	kf	0,95*** 0,93-0,97	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,99-1,06	1,17 0,74-1,86	1,07 0,97-1,18	kf	kf	0,78 0,46-1,33	kf	3,06*** 1,80-5,20
Komorbidität ³	1,00 1,00-1,01	1,12 1,00-1,25	1,20*** 1,17-1,23	kf	kf	1,20** 1,05-1,37	kf	1,34*** 1,18-1,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19*** 1,12-1,27	1,22 0,52-2,85	1,11 0,92-1,33	kf	kf	0,38 0,12-1,23	kf	2,21 0,85-5,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18*** 1,14-1,22	1,74* 1,09-2,76	1,25*** 1,13-1,38	kf	kf	1,17 0,68-2,01	kf	1,72* 1,01-2,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,80*** 2,64-2,98	0,24*** 0,13-0,44	1,15* 1,01-1,32	kf	kf	1,50 0,74-3,07	kf	1,59 0,80-3,15

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 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneue 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)	-2,07*** -2,32...-1,81	-1,48*** -1,88...-1,08	-0,44 -1,17...0,28	kf	kf	-0,59*** -0,79...-0,38	kf	-2,24*** -2,74...-1,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,64*** 1,74...4,00	0,63*** 0,58...0,70	0,95 0,90...1,00	kf	kf	0,68*** 0,56...0,83	kf	0,75*** 0,69...0,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,52*** 1,67-3,80	0,64*** 0,58-0,70	0,95 0,90-1,00	kf	kf	0,69*** 0,57-0,84	kf	0,74*** 0,69-0,80
Gruppe	0,29*** 0,17-0,47	0,76 0,46-1,26	1,25** 1,09-1,45	kf	kf	1,47 0,82-2,63	kf	1,30 0,67-2,51
Zeit	12,78*** 10,82-15,08	1,70*** 1,58-1,83	1,27*** 1,23-1,32	kf	kf	0,72*** 0,62-0,83	kf	1,31*** 1,24-1,37
Indexgruppe 6 (F10)	0,51** 0,33-0,79	0,26*** 0,13-0,50	0,89 0,74-1,07	kf	kf	0,80 0,38-1,70	kf	0,46 0,19-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,90-1,76	1,48 0,85-2,57	0,98 0,84-1,15	kf	kf	0,73 0,39-1,38	kf	1,78 0,86-3,68
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,96 0,63-1,46	0,72 0,36-1,45	1,09 0,89-1,33	kf	kf	1,03 0,46-2,29	kf	0,93 0,37-2,35
Psy A ¹	1,10 0,78-1,56	3,20*** 1,80-5,70	1,60*** 1,36-1,88	kf	kf	1,48 0,76-2,87	kf	1,00 0,47-2,12
Psy B ²	1,22 0,80-1,86	3,13** 1,60-6,12	1,23* 1,01-1,49	kf	kf	0,56 0,25-1,27	kf	1,37 0,54-3,46
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,99 0,97-1,00	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97** 0,96-0,99	kf	1,06*** 1,04-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,70-1,28	1,23 0,75-2,03	1,21** 1,05-1,39	kf	kf	0,67 0,37-1,20	kf	3,00** 1,55-5,80
Komorbidität ³	1,00 0,92-1,08	1,16* 1,02-1,32	1,20*** 1,16-1,24	kf	kf	1,53*** 1,31-1,79	kf	1,24* 1,05-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,44-1,93	0,32 0,10-1,03	1,71** 1,25-2,33	kf	kf	0,21* 0,04-0,96	kf	2,58 0,60-11,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,74-1,34	0,70 0,43-1,13	1,09 0,95-1,25	kf	kf	0,72 0,40-1,28	kf	1,45 0,76-2,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	11,99*** 8,44-17,04	1,09 0,64-1,86	0,98 0,84-1,15	kf	kf	0,91 0,48-1,72	kf	2,27* 1,11-4,65

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,99 0,85-1,16	0,96 0,83-1,11	1,00 0,86-1,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,70-1,05	0,91 0,76-1,09	0,96 0,80-1,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,97-1,40	1,08 0,91-1,27	1,08 0,92-1,28
Indexgruppe 9 (F43)	0,85 0,67-1,08	0,91 0,74-1,12	0,98 0,79-1,21
Psy A ¹	0,94 0,77-1,15	0,96 0,80-1,15	0,98 0,81-1,17
Psy B ²	0,99 0,79-1,24	1,12 0,91-1,37	1,01 0,82-1,24
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,99-1,40	1,10 0,94-1,29	1,03 0,88-1,21
Komorbidität ³	1,05* 1,01-1,10	1,03 0,99-1,07	1,03 0,99-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,79-1,43	0,95 0,73-1,26	1,05 0,80-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,84-1,17	1,01 0,87-1,17	0,99 0,85-1,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,73-1,18	0,91 0,73-1,14	0,93 0,74-1,16

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,00 0,84-1,19	0,95 0,80-1,12	0,95 0,80-1,13
Indexgruppe 6 (F10)	1,00 0,76-1,31	0,93 0,73-1,20	0,98 0,75-1,28
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,15 0,92-1,42	0,87 0,71-1,07	0,98 0,79-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,43 0,14-1,35	0,54 0,20-1,46	0,91 0,40-2,07
Psy A ¹	0,87 0,64-1,16	0,95 0,72-1,25	1,03 0,76-1,38
Psy B ²	1,17 0,95-1,44	1,14 0,94-1,39	1,09 0,89-1,34
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,89-1,31	1,22* 1,02-1,46	1,13 0,93-1,38
Komorbidität ³	1,09*** 1,05-1,14	1,05* 1,01-1,09	1,03 0,99-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,67-1,25	0,93 0,70-1,24	1,01 0,74-1,36
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,87-1,37	1,26* 1,01-1,56	1,15 0,92-1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,73-1,07	0,87 0,73-1,04	0,89 0,74-1,07

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)	0,09 -0,38...0,56	-0,05 -0,57...0,47	-0,07 -0,66...0,52
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,09 0,64...1,84	0,96 0,57...1,62	0,93 0,50...1,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,17 0,69-2,00	1,00 0,59-1,70	0,99 0,53-1,86
Gruppe	0,75 0,45-1,25	0,93 0,56-1,54	0,97 0,53-1,78
Zeit	1,03 0,72-1,46	1,24 0,86-1,77	1,20 0,80-1,79
Indexgruppe 6 (F10)	0,90 0,73-1,11	0,95 0,78-1,15	0,95 0,78-1,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,86-1,26	1,02 0,86-1,22	0,98 0,82-1,17
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,97 0,76-1,25	0,97 0,77-1,21	0,98 0,78-1,24
Psy A ¹	1,19 0,97-1,47	1,09 0,90-1,31	1,06 0,88-1,28
Psy B ²	1,01 0,81-1,27	1,02 0,83-1,25	1,06 0,85-1,31
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,90-1,29	1,09 0,92-1,28	1,05 0,89-1,24
Komorbidität ³	1,04 1,00-1,08	1,04 1,00-1,08	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,73-1,46	1,07 0,78-1,47	1,06 0,76-1,47
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,17 0,97-1,41	1,06 0,90-1,25	1,01 0,86-1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,70-1,18	1,02 0,81-1,29	0,96 0,76-1,22

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,89 0,68-1,17	1,04*** 1,03-1,05	0,93 0,68-1,27	1,05*** 1,04-1,06
Indexgruppe 6 (F10)	1,84*** 1,35-2,52	1,44*** 1,42-1,46	1,57* 1,08-2,28	1,38*** 1,36-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,89 0,66-1,19	1,01* 1,00-1,02	0,86 0,61-1,20	1,01 1,00-1,02
Indexgruppe 9 (F43)	1,13 0,75-1,71	1,24*** 1,22-1,26	1,20 0,75-1,90	1,26*** 1,24-1,28
Psy B ²	0,88 0,66-1,16	0,70*** 0,69-0,70	0,87 0,63-1,21	0,68*** 0,68-0,69
Alter	1,01 1,00-1,02	1,01*** 1,01-1,01	1,00 0,99-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,72-1,28	0,91*** 0,90-0,92	0,93 0,67-1,31	0,91*** 0,90-0,92
Komorbidität ³	0,96 0,89-1,03	0,98*** 0,98-0,98	0,99 0,91-1,08	0,99*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,44-1,33	0,84*** 0,83-0,86	0,89 0,49-1,63	0,88*** 0,86-0,90
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,87 0,66-1,15	0,86*** 0,85-0,87	0,86 0,62-1,18	0,86*** 0,85-0,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,26*** 0,18-0,39	0,21*** 0,20-0,21	0,26*** 0,16-0,41	0,21*** 0,20-0,21

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,85 0,66-1,10	0,86*** 0,85-0,88	0,75 0,54-1,05	0,85*** 0,84-0,86
Indexgruppe 6 (F10)	0,52** 0,35-0,78	0,46*** 0,45-0,47	0,59* 0,36-0,98	0,46*** 0,46-0,47
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,77 0,57-1,03	0,72*** 0,71-0,73	0,79 0,54-1,15	0,72*** 0,71-0,73
Psy B ²	0,93 0,71-1,23	0,92*** 0,91-0,93	0,74 0,52-1,06	0,88*** 0,86-0,89
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01*** 1,00-1,01	1,01 0,99-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,69** 0,53-0,90	0,59*** 0,59-0,60	0,55*** 0,39-0,77	0,55*** 0,54-0,56
Komorbidität ³	1,04 0,98-1,10	1,03*** 1,02-1,03	1,01 0,94-1,09	1,02*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47 0,98-2,21	1,67*** 1,64-1,70	1,51 0,90-2,53	1,71*** 1,68-1,75
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48* 1,06-2,06	1,25*** 1,23-1,27	1,30 0,86-1,96	1,19*** 1,17-1,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,10*** 0,08-0,14	0,08*** 0,08-0,08	0,09*** 0,06-0,14	0,08*** 0,08-0,08

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt-abbrüche	Dauer von Kon-taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt-abbrüche	Dauer von Kon-taktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf	kf
Psy B ²	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit-raum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaus hopping, 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 Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 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 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,22...0,19	-14,52*** -16,01...-13,03	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,82...1,30	0,75*** 0,72...0,78	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,82-1,30	0,75*** 0,75-0,75	kf	kf
Gruppe	0,85 0,70-1,03	0,78*** 0,78-0,78	kf	kf
Zeit	1,86*** 1,59-2,18	3,16*** 3,16-3,17	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,24** 1,06-1,45	0,78*** 0,78-0,78	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,22** 1,06-1,41	2,26*** 2,26-2,26	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,05 0,89-1,25	0,85*** 0,85-0,85	kf	kf
Psy A ¹	1,21* 1,04-1,40	1,96*** 1,96-1,96	kf	kf
Psy B ²	1,05 0,88-1,24	0,67*** 0,67-0,67	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,85-1,10	1,24*** 1,24-1,24	kf	kf
Komorbidität ³	1,04* 1,01-1,08	1,04*** 1,03-1,04	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,58-1,40	0,11*** 0,11-0,11	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,48*** 0,42-0,56	0,07*** 0,07-0,07	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,08 -0,08...0,25	12,85*** 11,82...13,88	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,10 0,90...1,35	1,41*** 1,36...1,45	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,09 0,89-1,33	1,40*** 1,36-1,45	kf	kf
Gruppe	0,82* 0,68-0,99	0,41*** 0,25-0,66	kf	kf
Zeit	0,93 0,81-1,07	0,66*** 0,64-0,67	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,00 0,77-1,29	1,44 0,67-3,09	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,17 0,96-1,43	3,20*** 1,76-5,82	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,96 0,59-1,54	1,38 0,36-5,27	kf	kf
Psy A ¹	1,27 0,97-1,65	2,22* 1,03-4,77	kf	kf
Psy B ²	1,13 0,95-1,35	0,93 0,55-1,58	kf	kf
Alter	0,99 0,99-1,00	0,99 0,97-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,91-1,27	1,89* 1,15-3,11	kf	kf
Komorbidität ³	1,09*** 1,04-1,13	1,14* 1,01-1,30	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,51-1,24	0,58 0,17-2,06	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,29*** 0,24-0,36	0,03*** 0,01-0,05	kf	kf

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach 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)	0,11 -0,10...0,32	-8,36*** -9,89...-6,82	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,30* 1,01...1,66	1,06** 1,02...1,10	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,30* 1,01-1,68	1,06** 1,02-1,10	kf	kf
Gruppe	0,68** 0,55-0,85	0,53*** 0,37-0,75	kf	kf
Zeit	1,71*** 1,45-2,02	2,74*** 2,67-2,80	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,21* 1,02-1,44	0,77 0,48-1,24	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,91-1,23	2,34*** 1,58-3,47	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,98 0,81-1,19	1,23 0,76-1,98	kf	kf
Psy A ¹	1,05 0,90-1,23	1,56* 1,04-2,32	kf	kf
Psy B ²	0,99 0,82-1,21	0,80 0,48-1,34	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,19* 1,03-1,36	1,81** 1,27-2,59	kf	kf
Komorbidität ³	1,03 0,99-1,08	0,96 0,85-1,07	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,80 0,44-1,47	1,09 0,26-4,63	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,50*** 0,43-0,59	0,08*** 0,05-0,11	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-14,52*** -16,01...-13,03
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,91 -0,44...2,26
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-7,36*** -8,96...-5,75
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,75*** 0,72...0,78
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,78*** 0,75...0,81
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,09*** 1,05...1,13
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,75*** 0,72-0,77
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,78*** 0,78-0,78
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,09*** 1,05-1,13

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	0,87 0,63-1,21
Zeit	3,17*** 3,10-3,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,79 0,61-1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,23*** 1,78-2,79
Indexgruppe 9 (F43)	0,81 0,63-1,06
Psy A ¹	1,83*** 1,46-2,31
Psy B ²	0,67** 0,50-0,89
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,65*** 1,34-2,02
Komorbidität ³	1,00 0,94-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,38* 0,18-0,83
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,07-0,11
2. vs. 1.Jahr	0,60** 0,43-0,83
3. vs. 1.Jahr	1,14 0,81-1,60

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,07 0,80-1,43	0,88*** 0,86-0,90
Indexgruppe 6 (F10)	1,16 0,81-1,66	1,18*** 1,15-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,80-1,55	1,14*** 1,11-1,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,57-1,31	0,91*** 0,88-0,94
Psy A ¹	1,03 0,72-1,47	1,07*** 1,03-1,10
Psy B ²	1,41 0,94-2,10	1,17*** 1,14-1,21
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00* 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,68-1,26	0,80*** 0,77-0,82
Komorbidität ³	1,08 1,00-1,16	1,01* 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,57 0,31-1,04	0,67*** 0,63-0,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,13 0,84-1,51	0,78*** 0,76-0,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76 0,50-1,14	1,10*** 1,07-1,14

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,18 0,87-1,62	0,81*** 0,80-0,83
Indexgruppe 6 (F10)	0,67 0,42-1,08	1,28*** 1,25-1,32
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,60* 0,40-0,89	1,19*** 1,16-1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,40 0,09-1,73	0,78*** 0,68-0,90
Psy A ¹	0,93 0,54-1,59	1,25*** 1,21-1,30
Psy B ²	1,27 0,89-1,82	0,93*** 0,91-0,95
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,28 0,91-1,78	0,99 0,97-1,01
Komorbidität ³	1,04 0,97-1,12	0,98*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,65 0,38-1,11	0,90*** 0,87-0,93
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,75** 1,25-2,44	0,88*** 0,86-0,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,58-1,12	0,96*** 0,94-0,98

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,04 0,73-1,49	0,98** 0,97-0,99
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,67-1,62	1,00 0,98-1,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,74 0,49-1,11	1,05*** 1,04-1,06
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,67 0,39-1,17	1,04*** 1,03-1,06
Psy A ¹	1,46 0,96-2,22	0,92*** 0,91-0,93
Psy B ²	1,61 0,99-2,61	0,92*** 0,90-0,93
Alter	0,98** 0,97-0,99	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,63-1,33	1,00 0,99-1,01
Komorbidität ³	1,08 0,98-1,19	0,99*** 0,99-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,57 0,76-3,26	1,00 0,98-1,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14 0,80-1,64	0,98** 0,97-0,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,25 0,70-2,23	0,96*** 0,95-0,98

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	0,95*** 0,95-0,95
Gruppe	1,05*** 1,05-1,05
Zeit	1,34*** 1,34-1,34
Indexgruppe 6 (F10)	1,35*** 1,35-1,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09*** 1,08-1,09
Indexgruppe 9 (F43)	0,93*** 0,93-0,93
Psy A ¹	1,22*** 1,22-1,22
Psy B ²	1,21*** 1,21-1,21
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01*** 1,01-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19*** 1,19-1,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20*** 1,19-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96*** 0,96-0,96

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	1,01*** 1,01-1,01
Gruppe	1,02*** 1,02-1,02
Zeit	1,08*** 1,08-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,96*** 0,96-0,96
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,99*** 0,99-0,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,85*** 0,85-0,85
Psy A ¹	1,03*** 1,03-1,03
Psy B ²	1,17*** 1,17-1,18
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,98*** 0,98-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,11*** 1,11-1,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23*** 1,22-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89*** 0,89-0,89

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	1,01 0,91-1,12
Gruppe	1,03 0,93-1,13
Zeit	1,25*** 1,17-1,35
Indexgruppe 6 (F10)	1,34*** 1,22-1,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,93-1,10
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,08 0,97-1,20
Psy A ¹	1,16** 1,06-1,26
Psy B ²	1,11* 1,01-1,23
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,99-1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28** 1,11-1,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,24*** 1,15-1,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,99-1,16

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Psy A ¹	0,82 0,29-2,33
Psy B ²	0,59 0,15-2,27
Alter	1,08*** 1,04-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,73 0,33-1,61
Komorbidität ³	1,21** 1,06-1,37
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,43 0,14-1,33
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	0,83 0,36-1,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40 0,12-1,35

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Psy A ¹	1,00 0,34-2,94
Psy B ²	0,60 0,26-1,37
Alter	1,08*** 1,05-1,12
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,50-2,61
Komorbidität ³	1,29** 1,11-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26* 0,07-0,91
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,00 0,41-2,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,34* 0,15-0,78

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	1-Jahres Mortalität
Psy A ¹	1,24 0,52-2,93
Psy B ²	0,60 0,20-1,81
Alter	1,09*** 1,06-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,44* 0,20-0,95
Komorbidität ³	1,04 0,90-1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,63 0,22-1,83
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,12 0,50-2,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49 0,18-1,33

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Psy A ¹	kf	kf	0,55** 0,36-0,84
Psy B ²	kf	kf	0,97 0,54-1,76
Alter	kf	kf	0,99 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,95 0,67-1,33
Komorbidität ³	kf	kf	0,71*** 0,63-0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,57 0,25-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,81 0,57-1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,40*** 0,26-0,60

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Psy A ¹	kf	kf	0,65 0,42-1,01
Psy B ²	kf	kf	0,76 0,39-1,46
Alter	kf	kf	0,99 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,76 0,52-1,12
Komorbidität ³	kf	kf	0,84** 0,74-0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,55 0,18-1,65
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	kf	kf	0,74 0,50-1,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,45*** 0,29-0,70

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

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01** 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,85*** 1,50-2,29	kf	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,98-1,08	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,49** 0,31-0,77	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,23* 1,00-1,52	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,55*** 1,26-1,91	kf	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 1,00-1,01	0,99 0,97-1,00	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	2,02*** 1,63-2,50	2,30** 1,43-3,71	kf	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 0,96-1,07	0,93 0,83-1,05	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,60* 0,39-0,93	0,28 0,07-1,19	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,15 0,94-1,41	2,05** 1,30-3,23	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,53*** 1,25-1,88	0,30*** 0,19-0,48	kf	kf	kf

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

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2015	2015
Alle Patienten (n)	1.905	21.633
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ¹ ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ² <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A) 	49,8 %	48,4 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär³ (B1) 	9,3	14,3
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)⁴ (n)	1.169	12.201
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) 	688 42,2	7.498 54,0

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

14.5 Ergebnisse Kosten

14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N Inanspruchnahme	568	576	545	522	556	567	545	534
durchschnittliche Kosten für somatische Leis- tungen	2.833,1 4 €	2.614,80 €	3.032,54 €	3.457,70 €	2.473,8 1 €	2.449,62 €	2.838,16 €	2.686,70 €
Standardabweichung	6.794,2 3 €	5.653,29 €	8.889,64 €	13.101,16 €	4.555,2 3 €	5.147,88 €	7.181,63 €	6.456,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	342,41 €	327,90 €	314,02 €	276,40 €	295,07 €	284,16 €	280,05 €	261,16 €
Median	871,46 €	759,34 €	801,67 €	719,21 €	793,89 €	722,23 €	727,85 €	691,41 €
75%-Perzentil	2.291,7 8 €	2.315,93 €	2.421,96 €	2.060,39 €	2.541,5 8 €	2.053,28 €	2.151,67 €	2.000,29 €
Maximum	69.632, 08 €	63.726,42 €	124.219,84 €	195.512,06 €	40.338, 71 €	52.753,83 €	70.596,58 €	78.967,95 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobacht- ungsjahr	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobacht- ungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	891	886	874	870	885	884	861	848
durchschnittliche Kosten für somatische Leis- tungen	2.333,6 0 €	2.316,62 €	2.556,07 €	2.304,74 €	2.530,65 €	3.005,56 €	2.808,70 €	3.263,09 €
Standardabweichung	5.461,9 4 €	4.600,77 €	6.730,03 €	5.302,23 €	7.186,69 €	11.783,48 €	7.406,68 €	9.827,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	367,18 €	387,65 €	356,23 €	367,37 €	296,56 €	307,19 €	261,33 €	315,31 €
Median	813,61 €	892,86 €	786,81 €	864,08 €	802,36 €	823,20 €	748,13 €	785,46 €
75%-Perzentil	2.044,4 5 €	2.196,57 €	2.259,78 €	2.137,21 €	2.266,71 €	2.424,01 €	2.425,00 €	2.445,36 €
Maximum	96.652, 70 €	76.719,32 €	88.313,18 €	112.782,98 €	121.978, 47 €	295.246,50 €	139.455,34 €	144.277,48 €

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

IG				KG			
Prä-	1. Nachbe-	2. Nachbe-	3.Nachbeobacht	Prä-	1. Nachbe-	2. Nachbe-	3.Nachbeobacht

	Zeit- raum	obachtungsjahr	obachtungsjahr	ungsjahr	Zeit- raum	obachtungsjahr	obachtungsjahr	ungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{inanspruchnahme}	171	145	126	94	168	136	113	108
durchschnittliche Kosten für vollstationär somati- sche Leistungen	1.538,3 4 €	1.363,43 €	1.331,25 €	1.582,58 €	1.344,9 4 €	1.274,55 €	1.317,98 €	1.404,36 €
Standardabweichung	5.030,7 8 €	4.461,64 €	4.913,54 €	9.353,88 €	3.849,5 8 €	4.201,20 €	4.807,54 €	5.213,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	909,43 €	112,50 €	0,00 €	0,00 €	749,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	53.393, 28 €	63.458,35 €	53.797,19 €	165.794,48 €	37.326, 85 €	49.278,16 €	53.569,97 €	68.109,73 €

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

	IG				KG			
	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3. Nachbeobacht ungsjahr	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3. Nachbeobacht ungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N _{inanspruchnahme}	182	179	182	160	234	200	192	171
durchschnittliche Kosten für vollstationär somati- sche Leistungen	964,82 €	1.007,79 €	1.132,60 €	868,91 €	1.278,11 €	1.604,46 €	1.457,53 €	1.664,33 €
Standardabweichung	3.204,8 6 €	3.154,85 €	4.987,93 €	2.866,75 €	6.242,36 €	10.836,08 €	6.543,49 €	8.413,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	645,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	41.825, 08 €	41.454,45 €	84.230,54 €	31.575,29 €	115.796, 81 €	278.022,74 €	135.308,88 €	139.451,86 €

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

	IG				KG			
	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3. Nachbeobacht ungsjahr	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3. Nachbeobacht ungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{inanspruchnahme}	3	1	4	2	3	3	3	4
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	16,71 €	3,69 €	17,07 €	36,67 €	7,58 €	8,99 €	7,13 €	12,11 €
Standardabweichung	243,99 €	88,98 €	210,20 €	813,56 €	144,24 €	141,45 €	100,81 €	159,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.634, 47 €	2.142,93 €	3.485,13 €	19.016,31 €	3.383, 71 €	2.868,54 €	1.657,04 €	2.864,20 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobacht-ungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobacht-ungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
Ninanspruchnahme	7	6	6	1	10	9	6	9
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	14,75 €	12,32 €	11,21 €	1,74 €	16,07 €	12,08 €	6,67 €	14,67 €
Standardabweichung	201,79 €	166,61 €	153,90 €	51,65 €	183,07 €	145,16 €	89,74 €	150,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.633,67 €	2.933,08 €	2.995,58 €	1.531,35 €	2.854,34 €	2.928,47 €	1.709,48 €	2.136,41 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{inanspruchnahme}	41	42	34	34	77	58	57	44
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	22,21 €	27,31 €	39,86 €	33,71 €	40,07 €	53,51 €	46,54 €	30,98 €
Standardabweichung	116,44 €	147,00 €	301,43 €	219,79 €	193,95 €	350,02 €	439,49 €	196,77 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.423,0 5 €	1.881,86 €	4.790,42 €	3.326,34 €	2.924,4 1 €	6.701,04 €	9.949,74 €	3.684,34 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobach- tungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobach- tungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N _{inanspruchnahme}	43	40	57	52	104	85	87	95
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	21,94 €	16,86 €	27,14 €	28,08 €	39,63 €	44,95 €	29,98 €	46,70 €
Standardabweichung	199,7 8 €	116,83 €	300,45 €	260,31 €	232,6 3 €	260,75 €	141,55 €	290,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.868, 99 €	1.557,78 €	7.309,12 €	6.344,44 €	4.577, 56 €	3.503,61 €	1.721,49 €	6.281,32 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobacht- ungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobacht- ungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{inanspruchnahme}	562	576	542	522	555	565	538	532
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	497,02 €	480,47 €	503,59 €	480,96 €	507,13 €	495,13 €	486,39 €	513,36 €
Standardabweichung	429,98 €	436,37 €	493,55 €	444,54 €	487,44 €	546,75 €	476,50 €	517,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	208,20 €	189,67 €	198,59 €	179,14 €	199,51 €	187,81 €	173,45 €	176,98 €
Median	400,40 €	357,27 €	391,05 €	352,98 €	369,37 €	352,32 €	351,93 €	360,20 €

75%-Perzentil	658,96 €	625,39 €	663,61 €	675,70 €	683,74 €	605,73 €	639,98 €	662,61 €
Maximum	4.345,50 €	3.415,08 €	5.013,20 €	4.522,02 €	3.786,57 €	6.798,96 €	3.532,75 €	3.579,21 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungs-jahr	2. Nachbe-obachtungs-jahr	3.Nachbeobacht-ungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungs-jahr	2. Nachbe-obachtungs-jahr	3.Nachbeobacht-ungsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N _{Inanspruchnahme}	887	884	873	869	884	883	853	845
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	491,00 €	510,11 €	499,30 €	505,92 €	550,83 €	547,17 €	524,24 €	550,38 €
Standardabweichung	387,39 €	406,32 €	400,22 €	398,73 €	1.124,84 €	705,55 €	562,55 €	622,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	239,44 €	232,58 €	224,83 €	222,30 €	218,65 €	195,88 €	165,08 €	186,29 €
Median	407,28 €	415,49 €	396,86 €	402,53 €	379,24 €	397,52 €	367,45 €	380,80 €
75%-Perzentil	628,91 €	659,00 €	656,94 €	681,16 €	691,25 €	709,74 €	701,58 €	699,75 €
Maximum	4.284,54 €	3.371,66 €	2.611,77 €	2.934,29 €	31.356,26 €	13.688,31 €	8.071,73 €	9.079,61 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu-ungsjahr	Prä-Zeit-raum	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu-ungsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{Inanspruchnahme}	495	505	486	464	477	490	472	458
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	658,72 €	613,09 €	1.005,03 €	1.210,45 €	484,81 €	511,23 €	851,48 €	625,90 €
Standardabweichung	2.993,57 €	2.828,20 €	6.729,76 €	6.783,97 €	1.380,31 €	1.551,91 €	4.437,38 €	1.941,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	32,95 €	39,94 €	33,88 €	27,69 €	20,08 €	26,89 €	25,11 €	27,27 €
Median	140,33 €	122,61 €	129,83 €	124,79 €	100,76 €	104,73 €	110,72 €	109,20 €
75%-Perzentil	427,82 €	369,25 €	428,66 €	423,71 €	332,30 €	411,34 €	401,61 €	405,06 €
Maximum	53.329,26 €	57.019,72 €	123.039,00 €	94.552,54 €	18.837,93 €	20.982,03 €	66.798,31 €	21.406,07 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit-	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu-ungsjahr	Prä-Zeit-	1. Nachbe-obachtungsjahr	2. Nachbe-obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu-ungsjahr

	raum				raum			
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N Inanspruchnahme	772	773	780	777	732	759	737	745
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	728,66 €	628,00 €	737,25 €	747,21 €	554,86 €	658,65 €	651,63 €	848,96 €
Standardabweichung	3.663,2 6 €	2.751,36 €	4.040,82 €	3.991,62 €	1.658,2 0 €	2.199,64 €	2.151,87 €	3.357,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	36,69 €	43,39 €	44,13 €	46,31 €	16,39 €	28,04 €	25,51 €	35,06 €
Median	161,56 €	182,31 €	172,30 €	189,24 €	115,68 €	135,94 €	133,57 €	166,78 €
75%-Perzentil	526,81 €	552,38 €	522,88 €	574,54 €	413,21 €	472,73 €	496,90 €	547,06 €
Maximum	88.190, 43 €	74.008,09 €	84.084,91 €	109.464,11 €	23.782, 02 €	33.263,91 €	42.300,14 €	69.254,39 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	580	580	565	548	577	577	565	555
N _{inanspruchnahme}	154	151	158	136	129	139	135	126
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	100,14 €	126,80 €	135,72 €	113,33 €	89,28 €	106,22 €	128,63 €	99,98 €
Standardabweichung	331,83 €	464,02 €	490,79 €	374,19 €	318,04 €	387,10 €	635,99 €	401,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	61,74 €	52,04 €	87,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,5 7 €	7.394,54 €	7.117,00 €	3.311,17 €	3.875,6 4 €	3.732,86 €	10.978,63 €	4.396,82 €

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

	IG				KG			
	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr	Prä- Zeit- raum	1. Nachbe- obachtungsjahr	2. Nachbe- obachtungsjahr	3.Nachbeobachtu- ngsjahr
N gesamt	896	896	888	879	900	900	880	870
N _{inanspruchnahme}	31	44	28	28	25	32	29	32
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	112,44 €	141,54 €	148,57 €	152,88 €	91,15 €	138,25 €	138,66 €	138,04 €
Standardabweichung	364,09 €	435,83 €	475,75 €	498,57 €	412,58 €	573,58 €	539,48 €	661,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	74,89 €	89,88 €	92,58 €	94,92 €	0,00 €	80,10 €	78,16 €	69,81 €
Maximum	4.140,0 1 €	4.406,26 €	4.889,24 €	6.220,47 €	6.581,8 0 €	10.096,54 €	8.968,20 €	16.060,20 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	480	479	472	477						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.710,08 €	2.830,61 €	3.015,88 €	2.828,90 €	-305,80 €	0,532	1,71 €	0,998	307,51 €	0,406
Standardabweichung	8.637,34 €	8.167,73 €	6.510,78 €	9.022,30 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	252,50 €	236,76 €	283,50 €	290,35 €						
Median	769,03 €	599,34 €	776,29 €	773,85 €						
75%-Perzentil	2.221,49 €	1.962,30 €	2.291,84 €	2.090,84 €						
Maximum	135.182,87 €	95.858,13 €	58.338,25 €	163.083,37 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	127	108	130	109						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.193,26 €	1.292,30 €	1.457,02 €	1.230,26 €	-263,76 €	0,306	62,04 €	0,853	325,80 €	0,123
Standardabweichung	3.802,62 €	4.946,74 €	4.245,21 €	5.487,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	657,51 €	0,00 €	725,12 €	0,00 €						
Maximum	44.637,86 €	75.233,10 €	37.508,98 €	98.665,94 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	3	3	6	4						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	16,02 €	12,43 €	71,79 €	29,78 €	-55,77 €	0,26	-17,35 €	0,418	38,42 €	0,154
Standardabweichung	249,15 €	160,68 €	1.064,70 €	445,06 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €		
Maximum	5.023,71 €	2.514,98 €	22.851,18 €	9.198,66 €		

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N _{anspruchnahme}	27	30	52	44						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	24,41 €	21,19 €	33,23 €	48,26 €	-8,82 €	0,45	-27,07 €	0,096	-18,25 €	0,066
Standardabweichung	201,62 €	120,40 €	161,09 €	337,95 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.944,39 €	1.329,21 €	1.770,97 €	4.855,74 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N _{anspruchnahme}	479	477	470	474						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	472,00 €	447,36 €	547,07 €	538,07 €	-75,07 €	0,015	-90,71 €	0,003	-15,64 €	0,474
Standardabweichung	434,66 €	424,96 €	526,37 €	533,92 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	167,98 €	150,44 €	182,07 €	192,53 €						
Median	365,08 €	320,16 €	396,01 €	370,05 €						
75%-Perzentil	621,39 €	604,78 €	762,52 €	758,63 €						
Maximum	3.389,83 €	3.001,36 €	4.258,32 €	4.398,63 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N _{anspruchnahme}	402	405	405	402						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	911,71 €	976,04 €	809,72 €	880,73 €	101,99 €	0,782	95,31 €	0,781	-6,68 €	0,979

Standardabweichung	7.467,93 €	6.275,34 €	3.303,94 €	4.268,14 €			
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €			
25%-Perzentil	21,23 €	25,41 €	21,67 €	17,37 €			
Median	105,77 €	110,79 €	99,90 €	98,54 €			
75%-Perzentil	373,89 €	411,13 €	363,61 €	340,49 €			
Maximum	133.647,95 €	94.956,63 €	33.753,14 €	62.011,46 €			

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	489	489	489	489						
N Inanspruchnahme	115	117	125	131						
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	92,67 €	81,29 €	97,03 €	101,79 €	-4,36 €	0,83	-20,50 €	0,277	-16,14 €	0,24
Standardabweichung	303,56 €	256,26 €	330,50 €	328,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	42,30 €	79,10 €						
Maximum	3.153,52 €	2.965,13 €	3.909,53 €	3.560,10 €						

14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	1.351,55 €	8.588,02 €	1.429,90 €	7.806,72 €	-78,36 €	0,761	781,30 €	0,134	859,66 €	0,002
Standardabweichung	4.306,13 €	9.022,06 €	4.681,57 €	9.191,29 €						
Minimum	0,00 €	168,65 €	0,00 €	161,57 €						
25%-Perzentil	26,61 €	1.856,83 €	30,65 €	1.441,10 €						
Median	154,26 €	5.496,07 €	156,63 €	4.578,18 €						
75%-Perzentil	815,63 €	12.309,17 €	789,88 €	9.944,51 €						
Maximum	57.295,11 €	68.057,65 €	54.146,77 €	66.979,57 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	858,54 €	5.717,17 €	919,63 €	5.632,09 €	-61,09 €	0,798	85,09 €	0,857	146,18 €	0,571
Standardabweichung	3.946,89 €	7.912,42 €	4.362,78 €	8.620,37 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.132,79 €	0,00 €	1.483,78 €						
75%-Perzentil	0,00 €	8.893,54 €	0,00 €	8.072,69 €						
Maximum	51.735,67 €	46.458,41 €	51.978,77 €	66.979,57 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	20,87 €	1.799,00 €	72,98 €	946,20 €	-52,11 €	0,064	852,80 €	<0,001	904,91 €	<0,001
Standardabweichung	256,39 €	4.027,40 €	644,05 €	2.270,45 €						

Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.882,13 €	24.302,21 €	9.654,92 €	13.275,44 €

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	16,33 €	308,50 €	25,86 €	512,92 €	-9,53 €	0,231	-204,41 €	<0,001	-194,88 €	<0,001
Standardabweichung	122,95 €	445,47 €	153,32 €	843,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	175,17 €						
75%-Perzentil	0,00 €	560,00 €	0,00 €	663,07 €						
Maximum	1.640,00 €	1.700,00 €	1.825,99 €	4.529,34 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	1,30 €	1,32 €	0,25 €	-1,32 €	0,311	1,05 €	0,214	2,36 €	0,002
Standardabweichung	0,00 €	19,83 €	32,05 €	6,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	343,00 €	791,46 €	152,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
<i>N</i> _{Inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	237,74 €	342,84 €	186,61 €	303,67 €	51,12 €	0,046	39,17 €	0,255	-11,95 €	0,587
Standardabweichung	499,06 €	617,79 €	385,82 €	582,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

25%-Perzentil	2,77 €	36,94 €	9,71 €	28,41 €			
Median	46,92 €	94,14 €	59,36 €	111,56 €			
75%-Perzentil	211,92 €	298,08 €	177,21 €	284,50 €			
Maximum	3.843,99 €	3.556,60 €	2.866,72 €	5.873,29 €			

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N _{inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	211,95 €	406,61 €	205,12 €	372,04 €	6,83 €	0,834	34,56 €	0,447	27,73 €	0,333
Standardabweichung	492,39 €	797,78 €	634,63 €	790,92 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	26,53 €	90,57 €	17,67 €	118,10 €						
75%-Perzentil	138,54 €	453,54 €	131,32 €	398,59 €						
Maximum	3.392,89 €	8.275,77 €	9.759,27 €	8.384,82 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N _{inanspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	6,12 €	12,60 €	18,39 €	39,55 €	-12,27 €	0,074	-26,95 €	0,029	-14,68 €	0,038
Standardabweichung	72,53 €	109,99 €	153,17 €	283,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.362,53 €	1.804,02 €	2.236,00 €	3.716,69 €						

14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

Tabelle 143: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N Inanspruchnahme										
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.769,69 €	2.583,28 €	2.426,81 €	2.398,42 €	342,88 €	0,291	184,85 €	0,542	-158,03 €	0,48
Standardabweichung	6.656,95 €	5.553,37 €	4.461,75 €	5.029,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	345,43 €	323,50 €	293,25 €	283,15 €						
Median	845,85 €	751,13 €	742,45 €	715,16 €						
75%-Perzentil	2.215,71 €	2.316,03 €	2.487,01 €	2.027,93 €						
Maximum	69.632,08 €	63.726,42 €	40.338,71 €	52.753,83 €						

Tabelle 144: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N Inanspruchnahme										
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.502,20 €	1.356,47 €	1.318,07 €	1.247,43 €	184,13 €	0,464	109,04 €	0,654	-75,10 €	0,671
Standardabweichung	4.938,53 €	4.391,01 €	3.762,23 €	4.100,71 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	888,12 €	337,50 €	778,35 €	0,00 €						
Maximum	53.393,28 €	63.458,35 €	37.326,85 €	49.278,16 €						

Tabelle 145: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N Inanspruchnahme										
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	15,89 €	3,51 €	7,17 €	8,51 €	8,72 €	0,436	-4,99 €	0,449	-13,71 €	0,035
Standardabweichung	237,93 €	86,76 €	140,29 €	137,58 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						

Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €			
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €			
Maximum	4.634,47 €	2.142,93 €	3.383,71 €	2.868,54 €			

Tabelle 146: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N _{anspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	21,88 €	27,48 €	38,23 €	51,82 €	-16,36 €	0,068	-24,34 €	0,105	-7,98 €	0,366
Standardabweichung	114,65 €	144,62 €	188,96 €	340,90 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.423,05 €	1.881,86 €	2.924,41 €	6.701,04 €						

Tabelle 147: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N _{anspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	494,03 €	479,68 €	508,24 €	495,86 €	-14,22 €	0,589	-16,18 €	0,563	-1,96 €	0,918
Standardabweichung	423,05 €	430,88 €	493,73 €	540,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	211,79 €	189,82 €	195,50 €	187,82 €						
Median	400,40 €	357,27 €	366,15 €	354,25 €						
75%-Perzentil	652,29 €	627,19 €	682,90 €	608,05 €						
Maximum	4.345,50 €	3.415,08 €	3.786,57 €	6.798,96 €						

Tabelle 148: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N _{anspruchnahme}										
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	638,52 €	592,18 €	468,72 €	492,92 €	169,80 €	0,193	99,26 €	0,436	-70,55 €	0,434
Standardabweichung	2.922,04 €	2.759,74 €	1.347,29 €	1.513,20 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	34,35 €	40,29 €	18,23 €	25,06 €						

Median	135,07 €	121,09 €	97,28 €	100,82 €			
75%-Perzentil	407,48 €	360,70 €	327,59 €	371,30 €			
Maximum	53.329,26 €	57.019,72 €	18.837,93 €	20.982,03 €			

Tabelle 149: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr	Prä-Zeitraum	1. Nachbeobachtungsjahr						
N gesamt	610	610	610	610						
N Inanspruchnahme										
durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel	97,18 €	123,96 €	86,37 €	101,88 €	10,80 €	0,552	22,07 €	0,356	11,27 €	0,449
Standardabweichung	324,67 €	453,45 €	310,20 €	377,20 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	58,80 €	60,38 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.710,57 €	7.394,54 €	3.875,64 €	3.732,86 €						

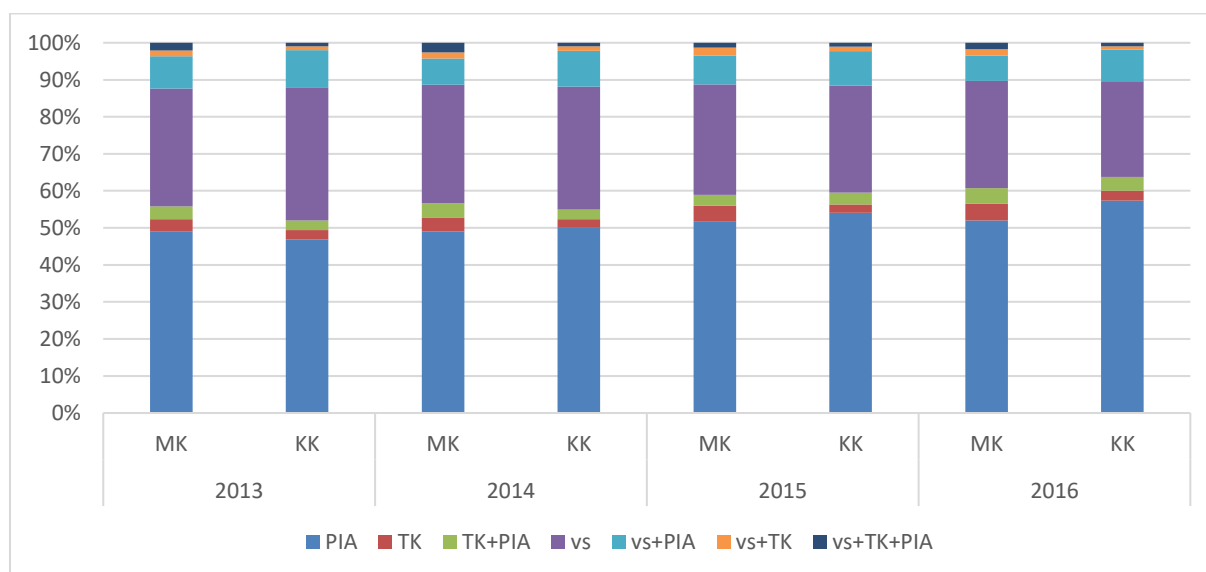
14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 150: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	41	179	51	193	24	234	33	217
vs+TK	30	202	33	252	41	252	32	192
vs+PIA	168	1942	139	2026	146	2035	128	1892
vs	615	6962	631	6926	559	6285	541	5743
TK+PIA	67	508	77	532	55	687	79	824
TK	65	483	72	501	81	491	84	593
PIA	945	9075	966	10421	968	11755	972	12726
Gesamt	1931	19351	1969	20851	1874	21739	1869	22187

(N_{Kontrollkliniken} = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendari- sche Perspektive)

Tabelle 151: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1931	1935	1969	2085	1874	2174
Anzahl Fälle	4705	4585	5112	4958	4769	5305
Ausgaben in €	8.717.908 €	8.852.588 €	8.202.543 €	9.643.306 €	7.691.610 €	9.778.168 €
Ausgaben je Patient	4.515 €	4.575 €	4.166 €	4.625 €	4.104 €	4.498 €
Ausgaben je Fall	1.853 €	1.931 €	1.605 €	1.945 €	1.613 €	1.843 €

Tabelle 152: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	854	929	854	940	770	881
Anzahl Fälle	1224	1338	1193	1346	1087	1269
Ausgaben vs in €	6.154.063 €	7.301.910 €	5.705.243 €	7.821.770 €	5.355.723 €	7.740.109 €
Ausgaben je vs Patient	7.206 €	7.864 €	6.681 €	8.324 €	6.955 €	8.790 €
Ausgaben je Fall	5.028 €	5.456 €	4.782 €	5.810 €	4.927 €	6.097 €

Tabelle 153: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	203	172	233	164	201	185
Anzahl Fälle	261	196	298	185	252	220
Ausgaben	1.665.901 €	722.924 €	1.510.713 €	746.758 €	1.345.294 €	905.591 €
Ausgaben je TK-Patient	8.206 €	4.215 €	6.484 €	4.547 €	6.693 €	4.898 €
Ausgaben je Fall	6.383 €	3.693 €	5.070 €	4.029 €	5.338 €	4.114 €

Tabelle 154: Anzahl PIA-Patienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1221	1170	1233	1317	1193	1471
Anzahl Fälle	3220	3090	3621	3445	3430	3837
Ausgaben	897.944 €	972.340 €	986.587 €	1.149.454 €	990.593 €	1.223.028 €
Ausgaben je PIA-Patient	735 €	831 €	800 €	873 €	830 €	831 €
Ausgaben je Fall	279 €	315 €	272 €	334 €	289 €	319 €

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

Tabelle 155: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	610	1.351,55 €	610	8.588,02 €	7.236,47 €	
	KG	610	1.429,90 €	610	7.806,72 €	6.376,81 €	
	Differenz IG-KG	-78,36 €		781,30 €		859,66 €	
	p-Wert	0,46		0,24		0,49	
(eingesparte) KH-Tage	IG	610	3,2	610	18,8	15,6	
	KG	610	3,6	610	23,8	20,2	
	Differenz IG-KG	-0,4		-5,0		-4,6	
	p-Wert	0,96		0,58		0,62	
	ICER (Diff in Diff)					186,75 €	

Tabelle 156: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	323	1.075,27 €	323	8.408,80 €	7.333,53 €	
	KG	354	1.093,79 €	354	6.813,28 €	5.719,49 €	
	Differenz IG-KG	-18,52 €		1.595,52 €		1.614,04 €	
	p-Wert	0,65		0,07		0,14	
(eingesparte) AU-Tage	IG	323	27,8	323	65,9	38,2	
	KG	354	24,3	354	77,0	52,7	
	Differenz IG-KG	3,4		-11,1		-14,5	
	p-Wert	0,18		0,053		0,37	
	ICER					111,16 €	