

# Zwischenbericht

## St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 27.09.2019**

#### Autoren:

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

<sup>1</sup> Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

<sup>2</sup> WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

<sup>3</sup> Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

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

## Danksagung

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

<sup>1</sup> Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

<sup>2</sup> WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

## Inhalt

1.	Zusammenfassung.....	19
2.	Hintergrund .....	28
3.	Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	28
4.	Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten .....	28
5.	Methoden .....	28
6.	Aufbereitung der Sekundärdaten.....	29
6.1	Patientenmatching .....	31
7.	Darstellung Modellvorhaben St. Marien-Hospital Hamm gGmbH.....	34
8.	Ergebnisse: Effektivität .....	35
8.1	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	36
8.2	Ergebnisse Outcomeparameter .....	45
8.2.1	Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer .....	47
8.2.2	Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	63
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.....	117
8.2.7	Wiederaufnahmeraten.....	129
8.2.8	Komorbidität .....	133
8.2.9	Mortalität .....	137
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung.....	142
8.2.11	Leitlinienadhärenz .....	152
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	160
9.1	Patientenmix .....	160
9.2	Leistungserbringung.....	165
10.	Ergebnisse: Kosten.....	174
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten .....	174
10.2	Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	181
10.3	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	185
10.4	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	189

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 193	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	197
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	200
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung .....	203
11.	Ergebnisse: Effizienz .....	206
12.	Diskussion .....	208
12.1	Hauptergebnisse .....	208
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	215
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	219
13.	Literatur .....	221
14.	Anhang.....	222
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	222
14.2	Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	251
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	272
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 318	
14.5	Ergebnisse Kosten .....	319
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	319
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	324
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	327
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	333
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) .....	338
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 339	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 340	

## Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Outcome** beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

**Peak** beschreibt ein spitzes Maximum im Verlauf einer Kurve.

**Population I/II** beschreibt zwei verschiedene Subkohorten der Studienkohorte. Population I umfasst die Patienten, die zum Referenzzeitpunkt einer eindeutigen Indexgruppe basierend auf ICD 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.

**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 . 51

Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 59

Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 67

Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 76

Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 93

Abbildung 6: Interaktionsdiagramme 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: Interaktionsdiagramme für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 109

Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 113

Abbildung 10: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 115

Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .... 120

Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 126

Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 129

Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 131

Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 134

Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 136

Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 138

Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 140

Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 145

Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 150

Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr 152

Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 158

Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ..... 161

Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ..... 162

Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ..... 163

Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 175

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 176

Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 177

Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	181
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	182
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	183
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	186
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	187
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	189
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	190
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	191
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) .....	194
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) .....	195
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	196
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	197
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	198
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	199
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	200
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	201
Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	202
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	203

Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 204

Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 205

Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 207

Abbildung 51: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 251

Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 255

Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 258

Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 261

Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 263

Abbildung 56: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 264

Abbildung 57: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 266

Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 267

Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität ..... 268

Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 269

Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 270

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ..... 338

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching..... 32

Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken ..... 32

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching ..... 33

Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle ..... 36

Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle ..... 39

Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 48

Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 58

Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 64

Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 75

Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 80

Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 100

Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 108

Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 109

Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 111

Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 115

Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 118

Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 125

Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 129

Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 130

Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 133

Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 135

Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 137

Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 140

Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 143

Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 149

Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 153

Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 154

Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 155

Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 157

Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ..... 160

Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ..... 161

Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ..... 163

Tabelle 33: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 166

Tabelle 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 167

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) ..... 168

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) .....	168
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) .....	169
Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	170
Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	171
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) .....	171
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	174
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	175
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	177
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	179
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	181
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	182
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	183
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	186
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	187
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	189
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	190
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	191
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) .....	193
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) .....	194

Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	195
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	197
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	198
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	199
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	200
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	201
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	202
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	203
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	204
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	205
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	206
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	206
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	222
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	224
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	226
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	234
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	240
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	241
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	243
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	245
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	247
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	248
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	249
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	273
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	275
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	277
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	279
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	281

Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	283
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	285
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	287
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	289
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	291
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	293
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	294
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	295
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	296
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	297
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	298
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	299
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .	300
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	301
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	302
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	304
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	305
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt).....	306
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	307
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	309
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	310
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	311
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	312
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	313
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) .....	315
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	317
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	318
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319

Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	323
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	323
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	324
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	324
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	324
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	325
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	325
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	325
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	326
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	327
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	327
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	328
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	328

Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	328
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	329
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	329
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	329
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	330
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	330
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	330
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	331
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	331
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	331
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	332
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	332
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	333
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	333
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	333
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	334
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	334
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	334
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	335
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	335
Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	335
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	336
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	336
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	336

Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	337
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	337
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting.....	338
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr.....	339
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr .....	339
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr.....	339
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr .....	340
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	340
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	341

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG<sup>2</sup> GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach §64b sind (A) die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und -durchführung. Konkret sollen (B) Alternativen zur vollstationären Behandlung – mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter – gestärkt werden, (C) eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, (D) die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psycho-therapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der St. Marien-Hospital Hamm gGmbH (im Folgenden Klinikum Hamm genannt). Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik vor Modellstart keine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

### Studiendesign und Methoden

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

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter  $\geq 18$  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 das Klinikum Hamm 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, Patientenkontinuität der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

#### *Analyse*

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparameter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder 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 dritten Modelljahr.

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

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

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

## Ergebnisse

Die Studienpopulation für das Klinikum Hamm für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.869 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

### Effektivität

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 47 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der IG und der KG mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG im ersten Jahr und war sonst nahezu vergleichbar. Der Peak war in der IG um ca. 6 vollstationäre Tage geringer als in der KG (Seite 48 ff.). Das Muster des Verlaufs der durchschnittlichen *teilstationären Behandlungsdauer* war ähnlich dem Muster der *vollstationären Tage* mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dabei hatte hier die IG einen um ca. 3 teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die *teilstationären Behandlungstage* zwischen IG und KG vergleichbar. 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 Höhe der *vollstationären Tage* in der IG ab dem ersten patientenindividuellen Jahr stets unter dem Wert der KG. Die *Dauer teilstationärer Aufenthalte* verzeichnete bei den linikbekannten Patienten in der IG einen kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr, während die *teilstationären Tage* in der KG kontinuierlich abnahmen. Hier hatte die IG einen um ca. 2 *teilstationäre Tage* höheren Peak, ansonsten waren die *teilstationären Behandlungstage* zwischen IG und KG vergleichbar (Seite 48 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Zunahme der *vollstationären Behandlungstage* in der IG im Vergleich zur KG. Auf der anderen Seite war in der IG eine größere Zunahme der *teilstationären Tage* im Vergleich zur KG zu erkennen (Seite 58 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der Teilgruppe der erwerbstätigen Patienten in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen 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 mit jeweils höherer Anzahl an AU-Tagen (ab dem ersten patientenindividuellen Jahr) in der IG im Vergleich zur KG und größerem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG (Seite 118 ff.). Bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG stets geringer als in der KG. Zudem wiesen linikbekannte Patienten der IG und KG bezüglich der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro linikbekanntem Patient ein vergleichbares Muster mit Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und vergleichbarem Rückgang vom ersten zum zweiten patientenindividuellen Jahr auf. Dabei war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Seite 118 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil an *AU-Episoden* vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG statistisch signifikant etwas weniger stark als in der KG (Seite 124 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 63 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster in der

PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem in der IG um 1 PIA-Kontakt höheren Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Auch war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *sonstigen Vertragsärzten* war ähnlich dem oben beschriebenen Muster mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Hier wies jedoch die IG zu jedem untersuchten Zeitpunkt ca. drei Kontakte mehr im Vergleich zur KG auf. Auch war der Anstieg der Kontakte bei einem Vertragsarzt aufgrund von Indexdiagnose vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (Seite 64 ff.). Auch bei den klimbekannt Patienten zeigte sich ein ähnlicher Verlauf der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit, mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dabei hatten hier die Patienten der IG stets eine geringere Anzahl an PIA-Kontakten im Vergleich zur KG. Der Anstieg der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach jedoch war in der IG größer als in der KG (Seite 64 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zu dem Jahr danach. Die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten nahm in der IG statistisch signifikant weniger stark zu im Vergleich zur KG. Während die Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten (aufgrund von Indexdiagnosen) in der IG wiederum statistisch signifikant stärker zunahm im Vergleich zur KG (Seite 73 ff.).

Bei dem Zielparame<sup>ter</sup> *Behandlungskontinuität* (Seite 79 ff.) zeigten sich sowohl für klimbneue als auch für klimbekannt Patienten vergleichbare Muster der Verläufe in Bezug zur Kontinuität im „psychiatrischen Sektor“. Betrachtet man die Veränderungen der Kontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, dann sind leicht geringere Anstiege der Kontinuität in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Bei der Betrachtung der *Erkrankungsprogression* (Seite 141 ff.) war für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr der Anteil an Patienten mit Entwicklung einer Suchterkrankung in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Bei der Betrachtung der *Leitlinienadhärenz* (oder leitlinien-nahe Behandlung) (Seite 152 ff.) für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen sowie der Anteil von Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG.

Die Parameter *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 110 ff.), Wiederaufnahme (Seite 128 ff.), *Komorbidity* (Seite 133 ff.) und *Mortalität* (Seite 137 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*

Bei den klimbneuen Patienten der Kohorte 1 ergaben sich im Zeitverlauf, mit Ausnahme des Prä-Zeitraums, keine signifikanten Unterschiede bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Im Prä-Zeitraum war die IG signifikant teurer als die KG. Bei den durchschnittlichen Kosten vollstationärer Leistungen war die IG im Prä-Zeitraum noch signifikant teurer, jedoch im ersten Nachbeobachtungsjahr bereits um 1.248 € günstiger als die KG. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf

die relativ geringe Anzahl an Patienten der IG mit vollstationärem Aufenthalt zurückzuführen (IG: 347 von 893; KG: 529 von 881). Gleichzeitig war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr bzgl. der durchschnittlichen Kosten teilstationärer Leistungen um 343 € signifikant teurer als die KG. Dabei hatten mehr Individuen der IG einen teilstationären Aufenthalt (IG: 171; KG: 104). Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung war die IG vom ersten bis einschließlich zum dritten Modelljahr signifikant teurer als die KG. Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung waren in der IG in allen Zeiträumen signifikant höher als in der KG. Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung verliefen in beiden Gruppen nahezu identisch.

Bei den klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 ergaben sich im Zeitverlauf keine signifikanten Unterschiede bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten vollstationärer Leistungen war die IG im ersten Jahr um 1.123 € und im zweiten Jahr um 571 € signifikant günstiger als die KG. Dabei hatten in der IG weniger Individuen einen vollstationären Aufenthalt. Gleichzeitig war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr bei den durchschnittlichen Kosten teilstationärer Behandlung um 279 € teurer als die KG, was wiederum auf die unterschiedlich hohe Inanspruchnahme zurückzuführen war. Die Kosten der PIA-Behandlung waren in der IG in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant höher als in der KG. Auch die durchschnittlichen Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung waren in der IG in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant höher als in der KG. Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung verliefen in beiden Gruppen identisch.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG im Zeitverlauf bzgl. der durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient um 1.788 € signifikant günstiger als die KG. Aufgrund der geringeren Anzahl an Individuen der IG mit vollstationärem Aufenthalt entwickelte sich die IG hier im Zeitverlauf um 2.517 € signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig entwickelte sich die IG im Vergleich zur KG, aufgrund höherer Fallzahl, bei den teilstationären Versorgungskosten um 491 € signifikant teurer. Ebenso entwickelte sich die IG im Zeitverlauf bei den Kosten der PIA-Behandlung im Zeitverlauf um 171 € günstiger als die KG. Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung entwickelten sich IG und KG im Zeitverlauf nahezu parallel. Ebenso ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Entwicklung der Kosten der Psychopharmakaversorgung.

#### *Kosten-Effektivität*

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf je Patient um 1.788,47 € signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 9,6 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden ( $p < 0,001$ ). Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -186,07 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 186,07 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient um 2.233,70 € signifikant günstiger. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 1,2 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden.

Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von - 1.850,37 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag konnten 1.850,37 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart werden.

## Diskussion

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

In diesem Bericht lassen sich drei Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. (2) Unterschiede in den Arbeitsunfähigkeitstagen zeigen zunächst hypothesenkonträre Effekte, welche sich im Verlauf zu hypothesenkonformen Effekten verändern. (3) Die verringerten vollstationären Behandlungstage scheinen durch erhöhte teilstationäre Behandlungstage und erhöhte PIA-Kontakte aufgefangen zu sein.

Der Peak bei den vollstationären Behandlungstagen der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwändiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken. Durch den höheren Peak bei den teilstationären Behandlungstagen in der IG scheinen Patienten in der IG vermehrt anstelle von vollstationär teilstationär versorgt worden zu sein. Die Höhe der vollstationären Tage bei den klinikbekannten Patienten in der IG lag ab dem ersten patientenindividuellen Jahr mit zwei bis vier vollstationären Tagen stets unter dem Wert der KG. Ein solcher Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage nicht ableitbar. Hier hatte die IG einen um ca. zwei teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Dies weist darauf hin, dass Patienten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, in der IG eine geringere vollstationäre Aufenthaltsdauer aufwiesen und in anderen Sektoren aufgefangen wurden. Die Implementierung des Modellvorhabens scheint sich daher bei den klinikbekannten Patienten über einen längeren Zeitraum im Vergleich zu den klinikneuen Patienten auszuwirken.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit höheren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr für klinikneue und klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr widerspricht der angenommenen Hypothese

einer Verringerung von AU-Tagen im Modellvorhaben gegenüber der KG. Sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Effekt ist hypothesenkonträr. Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr drehte sich dieser Effekt hin zu einer statistisch signifikant geringeren Zunahme von AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG. Hier schienen sich im Verlauf des Modellvorhabens Veränderungen hin zu geringeren AU-Tagen im Modellvorhaben zu ergeben. Mutmaßlich benötigte die angenommene Auswirkung auf die Höhe der AU-Tage eine Zeit in der Implementierung des Modellvorhabens. 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.

Bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch bei allen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr in der IG ein signifikant höherer Anstieg der PIA-Kontakte im Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG. Die verringerten vollstationären Tage im ersten patientenindividuellen Jahr schienen somit durch vermehrte teilstationäre Tage und erhöhte PIA-Kontakte aufgefangen zu sein. 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 Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit trotz der Einsparung von vollstationären Behandlungstagen keine Verringerung der Qualität ersichtlich ist.

In der Diskussion muss berücksichtigt werden, dass sich sowohl bei klinikneuen als auch bei klinikbekannten Patienten das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark veränderte. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 6 % unterhalb der Kontrollkliniken, von 2014 bis 2015 in etwa auf dem Niveau der Kontrollkliniken und im Jahr 2016 etwa 16 % darüber. Inwieweit es sich um periodenfremde Effekte handelt lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl an Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik-ebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte

Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

## **Fazit**

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zur Wirksamkeit des Modellvorhabens zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden und teilstationäre Tage sowie PIA-Kontakte erhöht wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Ob sich der Trend zu weniger vollstationären Tagen und weniger AU-Tagen (Vergleich von Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr) in der IG im Vergleich zur KG über die Zeit bestätigt und ggf. noch weitere Effekte sichtbar werden, lässt sich erst im Abschlussbericht abbilden. 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.

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

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

- AOK NordWest
- BKK Achenbach Buschhütten
- BKK Bertelsmann AG
- BKK Bosch
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Mobil Oil
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- BKK VDN
- BKK ZF & Partner
- Continentale BKK
- DIE BERGISCHE KRANKENKASSE
- IKK classic
- Knappschaft
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zur mhplus BKK zum 01.01.2019)
- NOVITAS BKK
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- R+V Betriebskrankenkasse
- Siemens Betriebskrankenkasse (SBK)
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK Plus
- BKK DürkoppAdler
- BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)
- BKK Linde (Fusion mit der HEAG BKK zum 01.01.2016)
- BKK Melitta Plus
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- SIEMAG BKK.

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

## 6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 3.946 Versicherte ein, wobei für 3.915 Versicherte (99%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die KG wurde aus einer Grundpopulation von 49.408 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 fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch für die jeweiligen Kohorten der IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hier identische Verteilungen für die Interventions- und Kontrollgruppe ergeben.

Der Anteil an Referenzfällen in der Psychosomatik war in den Kohorten 1, 2 und über alle Kohorten insgesamt jeweils in der IG signifikant niedriger als in der KG. Die klinikbekannten Patienten der IG hatten über alle drei Kohorten, ebenso in Kohorte 1 signifikant mehr PIA-Fälle im Prä-Zeitraum. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

**Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching**

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
Gesamt	Gesamt	5.372	60.826	3.946 (73%)	49.408 (81%)	3.915 (73% ; 99%)	3.915 (6% ; 8%)
	Kohorte 1	2.791	30.359	2.086 (75%)	25.074 (83%)	2.078 (74% ; 100%)	2.078 (7% ; 8%)
	Kohorte 2	1.436	15.953	1.060 (74%)	12.832 (80%)	1.046 (73% ; 99%)	1.046 (7% ; 8%)
	Kohorte 3	1.145	14.514	800 (70%)	11.502 (81%)	791 (69% ; 99%)	791 (5% ; 7%)
Klinikneu	Gesamt	3.658	42.552	2.647 (72%)	34.103 (80%)	2.628 (72% ; 99%)	2.628 (6% ; 8%)
	Kohorte 1	1.262	14.669	924 (73%)	11.828 (81%)	921 (73% ; 100%)	921 (6% ; 8%)
	Kohorte 2	1.296	14.295	953 (74%)	11.487 (80%)	944 (73% ; 99%)	944 (7% ; 8%)
	Kohorte 3	1.100	13.588	770 (70%)	10.788 (80%)	763 (69% ; 99%)	763 (6% ; 7%)
Klinikbekannt	Gesamt	1.714	18.274	1.299 (76%)	15.305 (84%)	1.287 (75% ; 99%)	1.287 (7% ; 8%)
	Kohorte 1	1.529	15.690	1.162 (76%)	13.246 (84%)	1.157 (76% ; 100%)	1.157 (7% ; 9%)
	Kohorte 2	140	1.658	107 (76%)	1.345 (81%)	102 (73% ; 95%)	102 (6% ; 8%)
	Kohorte 3	45	926	30 (67%)	714 (84%)	28 (62% ; 93%)	28 (3% ; 4%)

(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	21,0	618
2	21,9	909
3	22,9	441
4	24,7	402
5	25,1	1802
6	25,2	29
7	25,3	15
8	26,1	15
9	26,8	30
10	27,1	68

**Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching**

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 2	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	3.915	3.915		2.078	2.078		1.046	1.046		791	791		IG	KG
	klinikneu	2.628	2.628		921	921		944	944		763	763			
	klimbekannt	1.287	1.287		1.157	1.157		102	102		28	28			
mittleres Alter	gesamt	50,3	50,3	1,000	51,3	51,5	1,000	48,9	49,1	1,000	49,5	48,9	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	48,6	48,8	0,664	48,0	49,3	0,711	48,6	48,6	1,000					
	klimbekannt	53,8	53,4	1,000	54,0	53,2	1,000	50,7	53,0	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	56,0%	57,1%	1,000	57,3%	57,3%	1,000	55,3%	56,8%	1,000	53,9%	57,0%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	55,0%	57,3%	0,450	55,0%	57,5%	0,726	55,6%	57,2%	1,000					
	klimbekannt	58,2%	56,6%	1,000	59,0%	57,1%	1,000	52,0%	52,9%	1,000					
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	32,9%	32,9%	1,000	55,7%	55,7%	1,000	9,8%	9,8%	1,000	3,5%	3,5%	1,000	<0,001	<0,001
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klimbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	84,2%	60,6%	<0,001	83,8%	66,9%	<0,001	83,2%	52,3%	<0,001	86,7%	54,9%	<0,001	<0,001	1,000
	klinikneu	82,8%	53,8%	<0,001	77,4%	53,6%	<0,001	84,7%	53,3%	<0,001					
	klimbekannt	87,1%	74,3%	<0,001	88,9%	77,4%	<0,001	68,6%	43,1%	0,004					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	13,1%	36,6%	<0,001	13,3%	30,6%	<0,001	13,9%	44,4%	<0,001	11,4%	42,4%	<0,001	<0,001	1,000
	klinikneu	14,7%	43,6%	<0,001	19,3%	43,6%	<0,001	12,7%	44,0%	<0,001					
	klimbekannt	9,8%	22,5%	<0,001	8,6%	20,1%	<0,001	24,5%	48,0%	0,006					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	2,7%	2,1%	0,969	2,8%	2,1%	1,000	3,0%	2,3%	1,000	1,9%	2,0%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	2,5%	1,6%	0,275	3,3%	1,8%	0,457	2,5%	1,6%	1,000					
	klimbekannt	3,1%	3,1%	1,000	2,5%	2,2%	1,000	6,9%	8,8%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,7%	<0,001	0,0%	0,5%	0,039	0,0%	1,1%	0,023	0,0%	0,8%	0,368	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	1,0%	<0,001	0,0%	0,9%	0,105	0,0%	1,2%	0,020					
	klimbekannt	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	12,3%	12,5%	1,000	17,7%	18,8%	1,000	6,4%	6,2%	1,000	5,8%	4,3%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	4,8%	3,6%	0,275	4,8%	3,3%	0,615	4,8%	3,8%	1,000					
	klimbekannt	27,6%	30,7%	0,635	28,0%	31,2%	0,708	21,6%	28,4%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,6%	2,6%	1,000	4,6%	4,5%	1,000	0,5%	0,7%	1,000	0,4%	0,3%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	0,2%	0,4%	0,662	0,4%	0,3%	1,000	0,1%	0,6%	0,909					
	klimbekannt	7,5%	7,1%	1,000	7,9%	7,9%	1,000	3,9%	1,0%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	29,2%	27,8%	1,000	49,7%	47,4%	1,000	6,1%	6,3%	1,000	5,7%	4,8%	1,000	0,964	1,000
	klinikneu	3,2%	4,0%	0,625	3,3%	5,8%	0,105	3,1%	3,4%	1,000					
	klimbekannt	82,1%	76,5%	0,004	86,7%	80,6%	<0,001	34,3%	33,3%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	44,0%	42,6%	1,000	43,6%	42,3%	1,000	44,6%	44,1%	1,000	43,9%	41,5%	1,000	1,000	1,000
	klinikneu	44,9%	42,9%	0,625	46,7%	43,9%	0,726	43,6%	43,1%	1,000					
	klimbekannt	42,1%	42,0%	1,000	41,2%	41,1%	1,000	53,9%	52,9%	1,000					

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

## 7. Darstellung Modellvorhaben St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Hamm begann zum 01.01.2014 mit einer Laufzeit von vier Jahren. Es besteht eine Verlängerungsoption auf insgesamt acht Jahre.

Am Klinikum Hamm sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 96 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 20 in der Tagesklinik und 12 in der gerontopsychiatrischen Tagesklinik vorgesehen.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment sowie Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +/- 6%).

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

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2015 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment, Case Management, sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen und komplex ambulante Behandlung. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik vor Inkrafttreten des Modellvertrages keine §64b-SGB-V-ähnliche Struktur.

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 Hamm wie folgt ausgeglichen wird: Mehrerlöse für zusätzliche Patienten sind zu 60% in Höhe der durchschnittlichen Patientenerlöse vom Krankenhaus zurückzuzahlen; darüberhinausgehende Mehrerlöse sind zu 100% zurückzuzahlen; Mindererlöse werden vollständig durch den Kostenträger ausgeglichen.

Anders als bei der in Nordrhein-Westfalen üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) erfolgt die PIA-Abrechnung am Klinikum Hamm mittels nach behandelnder Berufsgruppe und Therapiedauer differenzierten Entgeltschlüsseln.

Im stationären Bereich erfolgte bis einschließlich 2013 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Ab dem 01.01.2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in zwei Kliniken ausschließlich nach Pflegesätzen abgerechnet. In zwei Kliniken erfolgte die Umstellung auf PEPP im Jahr 2014, wobei eine ab 01.01.2014, eine ab dem 3. Quartal 2014 und eine ab Dezember 2014 nach PEPP abrechnet.

## 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.

Die Mehrheit der eingeschlossenen Patienten (77-86%) 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)  
 depressive Episoden (F32)  
 rezidivierende depressive Störungen (F33) 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>921</b>	<b>921</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	81,4 %	82,3 %
• Zwei Diagnosen	17,2 %	16,0 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,2 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	21	24
2. F10 & F43	16	17
3. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F32	10	11

<sup>1</sup> 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	78,6 %	79,8 %
• Zwei Diagnosen	19,5 %	18,0 %
• Drei Diagnosen	1,7 %	1,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F33 / KG: F33 & F43	17	18
2. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F33	16	17
3. F10 & F32	16	17

<sup>1</sup> 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>791</b>	<b>791</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	84,8 %	86,0 %
• Zwei Diagnosen	14,3 %	12,9 %
• Drei Diagnosen	0,9 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	21	23
2. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F43	9	8
3. IG: F10 & F43 / KG: F41 & F43	9	6

<sup>1</sup> stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1 und Tabelle 5) konnte die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechenden Kapitel zu finden.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	750	758	921	921
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	11,2 %	11,5 %	10,3 %	10,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,2 %	15,2 %	16,8 %	17,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,9 %	5,8 %	6,4 %	5,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,3 %	29,9 %	36,2 %	37,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	25,5 %	25,7 %	28,9 %	28,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,1 %	2,2 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	7,9 %	7,5 %	10,9 %	10,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,1 %	0,3 %	0,9 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,3 %	1,1 %	2,3 %	2,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,2 %	0,8 %	1,7 %	1,2 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	48,7	50,0	48,0	49,3
• Median	46	48	46	48
• (Interquartilsabstand)	(33 - 60)	(32 - 66)	(33 - 59)	(32 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,0 %	57,1 %	55,0 %	57,5 %
• Männer	46,0 %	42,9 %	45,0 %	42,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	18,4 %	41,7 %	22,6 %	46,4 %
• PIA	81,6 %	58,3 %	77,4 %	53,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	0,7 %	0,5 %	0,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,1 %	8,4 %	7,4 %	7,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	7,9 %	9,2 %	7,6 %	9,9 %
• Abitur/Fachabitur	6,8 %	7,9 %	6,6 %	7,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	14,0 %	11,1 %	14,0 %	11,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,5 %	5,7 %	4,3 %	6,0 %
	19,5 %	19,8 %	19,1 %	19,9 %
	1,2 %	1,2 %	1,4 %	1,1 %
	0,3 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
	2,3 %	1,7 %	2,1 %	1,5 %
	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
	8,4 %	8,4 %	9,0 %	7,8 %
	63,9 %	62,7 %	63,8 %	63,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	8,4 %	11,9 %	8,4 %	11,1 %
	68,8 %	59,0 %	68,5 %	59,7 %
	22,8 %	29,2 %	23,1 %	29,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	23,3 %	23,6 %	25,1 %	25,4 %
	14,8 %	13,2 %	16,6 %	14,5 %
	61,9 %	63,2 %	58,3 %	60,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	60,8 %	54,9 %	60,7 %	55,3 %
	7,6 %	6,3 %	8,1 %	6,6 %
	27,6 %	34,4 %	26,9 %	33,6 %
	4,0 %	4,4 %	4,2 %	4,6 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> ohne F43 und F45

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	909	923	1.157	1.157
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,8 %	1,0 %	1,1 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	12,4 %	12,4 %	12,4 %	11,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,5 %	13,7 %	17,2 %	17,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	25,2 %	25,4 %	22,0 %	22,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,2 %	33,9 %	41,1 %	41,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,0 %	4,1 %	8,7 %	9,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,4 %	0,3 %	1,0 %	1,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	4,7 %	4,7 %	8,3 %	8,6 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,5 %	2,6 %	5,6 %	5,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,1 %	0,1 %	1,0 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	54,5	54,4	54,0	53,2
• Median	53	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(41 - 68)	(42 - 65)	(41 - 66)	(41 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	58,5 %	56,9 %	59,0 %	57,0 %
• Männer	41,5 %	43,1 %	41,0 %	43,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	9,1 %	19,7 %	11,1 %	22,6 %
• PIA	90,9 %	80,3 %	88,9 %	77,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,1 %	1,3 %	0,1 %	1,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,6 %	5,9 %	3,3 %	6,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,0 %	5,1 %	2,9 %	4,6 %
• Abitur/Fachabitur	2,9 %	3,6 %	2,9 %	3,8 %
• Abschluss unbekannt	8,4 %	7,9 %	8,9 %	8,0 %
• Fehlende Angabe	83,1 %	76,3 %	81,8 %	75,9 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	1,4 %	5,1 %	1,8 %	5,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,5 %	10,4 %	8,7 %	10,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,1 %	0,9 %	0,1 %	0,9 %
• Bachelor	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,4 %	0,8 %	0,4 %	0,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	6,3 %	6,3 %	6,9 %	6,2 %
• Fehlende Angabe	83,1 %	76,3 %	81,8 %	75,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	13,9 %	13,7 %	13,2 %	13,0 %
• Nein	65,9 %	54,4 %	65,5 %	55,9 %
• Fehlende Angabe	20,2 %	32,0 %	21,3 %	31,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	22,8 %	25,7 %	23,4 %	26,8 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	50,7 %	47,5 %	51,7 %	48,0 %
• Weder A noch B	26,5 %	26,9 %	24,9 %	25,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	40,6 %	41,8 %	41,3 %	42,8 %
• Familienversicherter	5,4 %	6,0 %	5,3 %	6,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,2 %	47,3 %	48,0 %	46,8 %
• Fehlende Angabe	5,8 %	4,9 %	5,4 %	4,2 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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
<b>Gesamtzahl (n)</b>	671	680	791	791
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,4 %	0,6 %	1,1 %	1,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,4 %	2,5 %	2,7 %	2,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	8,2 %	8,5 %	8,7 %	8,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,3 %	13,2 %	13,8 %	13,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,7 %	6,2 %	6,6 %	6,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	27,0 %	26,8 %	30,8 %	30,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	28,9 %	29,0 %	31,7 %	32,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,7 %	2,0 %	1,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	9,1 %	8,8 %	11,3 %	10,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,6 %	0,9 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,2 %	1,2 %	1,9 %	2,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,1 %	0,6 %	0,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,3 %	0,9 %	1,9 %	1,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	49,9	49,1	49,5	48,9
• Median	48	48	48	48
• (Interquartilsabstand)	(34 - 61)	(32 - 62)	(33 - 61)	(32 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,8 %	56,3 %	53,9 %	57,0 %
• Männer	47,2 %	43,7 %	46,1 %	43,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	11,6 %	43,2 %	13,3 %	45,1 %
• PIA	88,4 %	56,8 %	86,7 %	54,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,9 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,8 %	9,3 %	8,6 %	9,4 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,3 %	8,4 %	8,5 %	8,1 %
• Abitur/Fachabitur	6,3 %	7,9 %	6,3 %	8,0 %
• Abschluss unbekannt	13,3 %	12,9 %	13,1 %	12,1 %
• Fehlende Angabe	62,4 %	60,6 %	62,6 %	61,6 %

Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,2 %	9,3 %	5,4 %	9,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	19,7 %	18,4 %	19,7 %	18,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	1,0 %	0,6 %	0,9 %
• Bachelor	0,4 %	0,1 %	0,4 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,2 %	2,1 %	1,3 %	2,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	10,3 %	8,5 %	10,0 %	7,6 %
• Fehlende Angabe	62,4 %	60,6 %	62,6 %	61,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,9 %	8,7 %	9,2 %	8,8 %
• Nein	69,9 %	63,7 %	68,6 %	64,0 %
• Fehlende Angabe	21,2 %	27,6 %	22,1 %	27,2 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	22,1 %	25,4 %	23,3 %	26,2 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	13,7 %	13,2 %	15,3 %	14,4 %
• Weder A noch B	64,2 %	61,3 %	61,4 %	59,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	64,2 %	61,2 %	63,8 %	61,3 %
• Familienversicherter	5,7 %	8,5 %	6,4 %	8,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	27,4 %	29,0 %	27,2 %	29,0 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	1,3 %	2,5 %	1,3 %

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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 von Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit visualisieren (Präzeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr). Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.
- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.
- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).

### **8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer**

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>893</b>	<b>893</b>	<b>824</b>	<b>805</b>	<b>881</b>	<b>881</b>	<b>830</b>	<b>795</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,5 %	34,5 %	13,1 %	11,7 %	7,3 %	32,7 %	13,9 %	10,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,2 %	4,1 %	2,7 %	2,1 %	1,2 %	2,7 %	1,4 %	0,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,7 %	16,2 %	14,3 %	11,4 %	15,3 %	16,3 %	13,6 %	10,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	2,2	12,5	4,5	3,7	1,2	18,3	3,8	3,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	7,1	1,5	0,9	0,1	4,4	1,3	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,3	19,7	6,0	4,6	1,2	22,7	5,1	4,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	1,1	0,5	0,5	0,1	0,7	0,3	0,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,4	0,9	0,3	0,4	0,1	0,6	0,2	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,3	1,8	1,3	2,3	2,4	1,8	1,7

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.059</b>	<b>1.007</b>	<b>1.131</b>	<b>1.131</b>	<b>1.079</b>	<b>1.033</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	28,8 %	24,3 %	18,1 %	16,3 %	32,3 %	27,6 %	21,1 %	20,6 %
	5,8 %	3,6 %	2,6 %	3,0 %	4,9 %	3,3 %	1,9 %	2,4 %
	18,7 %	16,4 %	19,0 %	16,7 %	17,2 %	16,9 %	16,3 %	15,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> </ul>	12,1	10,6	6,8	6,9	11,7	14,3	9,3	9,3
	3,2	5,1	2,0	1,7	2,9	2,8	1,4	0,9
	15,2	15,7	8,7	8,6	14,5	17,1	10,7	10,1
	1,4	0,6	0,6	1,0	1,1	0,8	0,5	0,7
	1,3	0,5	0,5	0,9	1,1	0,7	0,5	0,7

<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	2,1	2,2	2,6	2,5	2,4	2,2	2,2	1,6
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

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

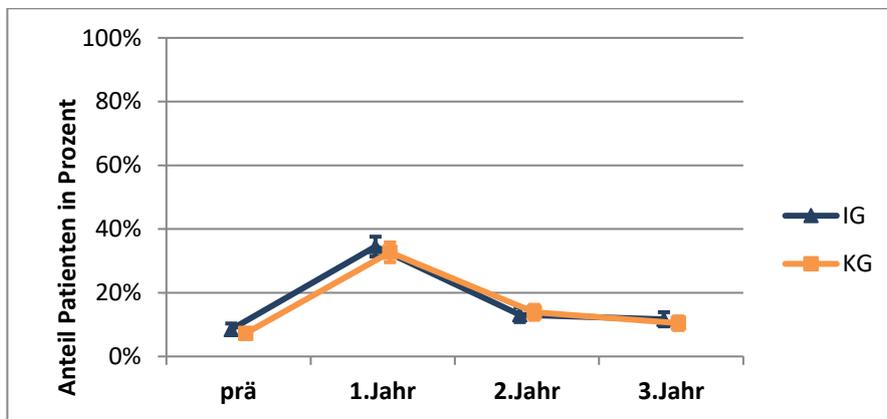
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

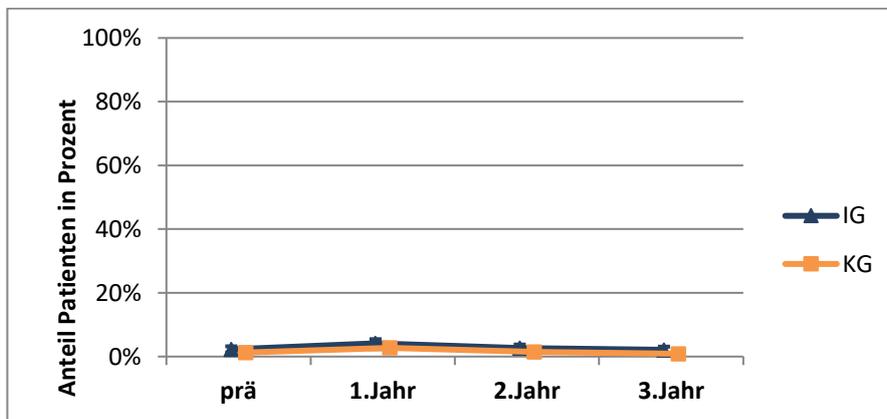
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

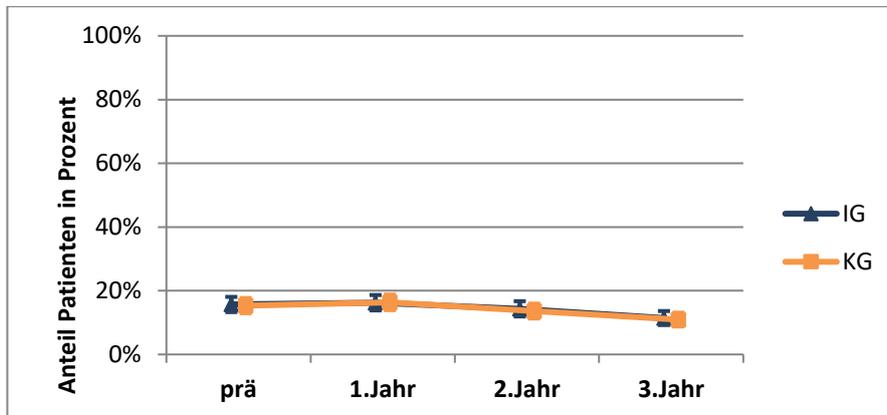
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

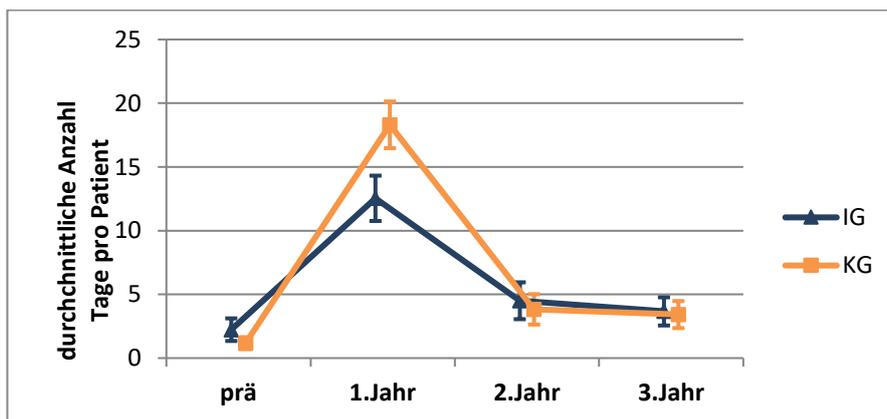


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

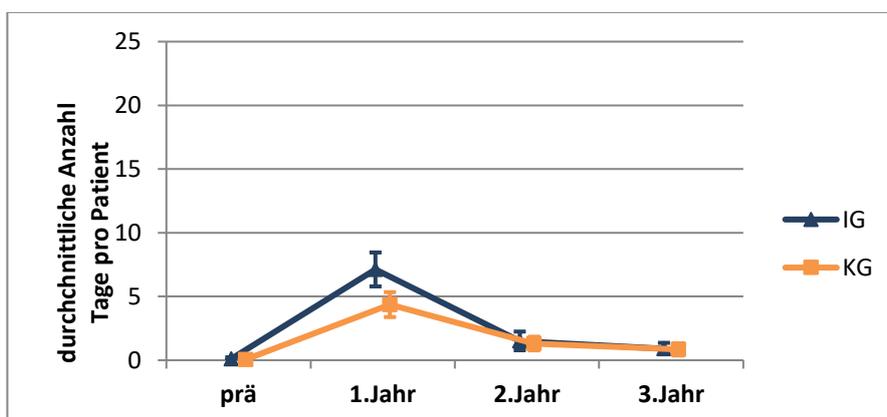


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

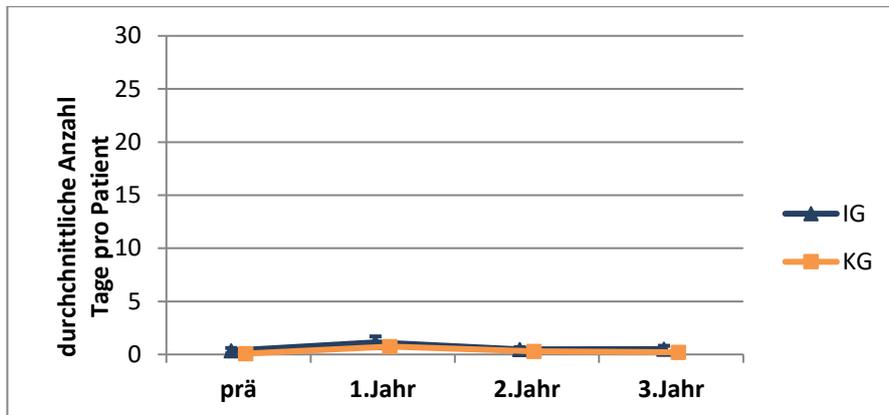
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



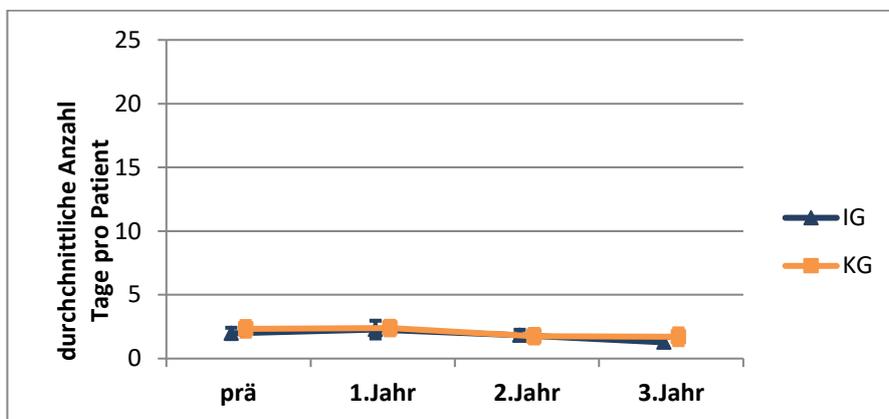
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



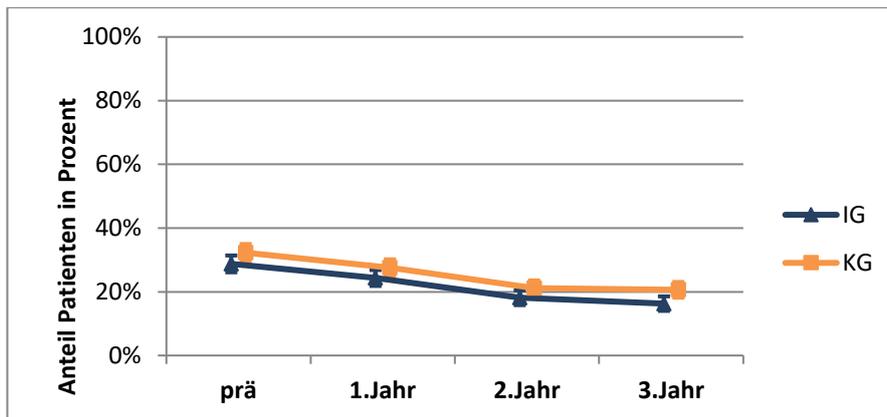
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

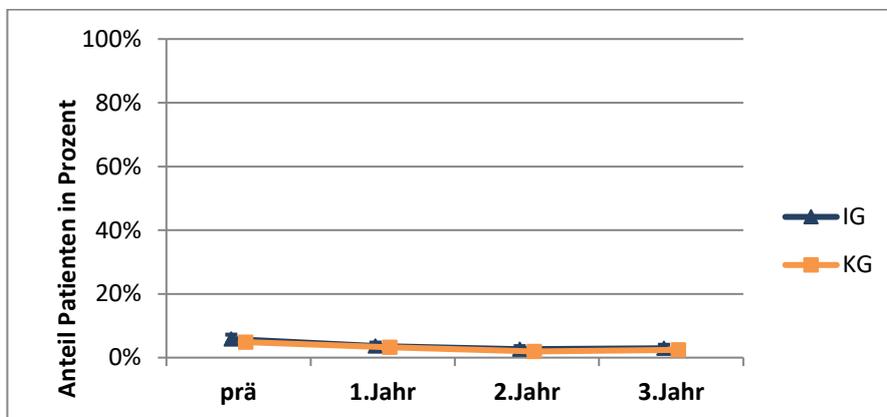
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

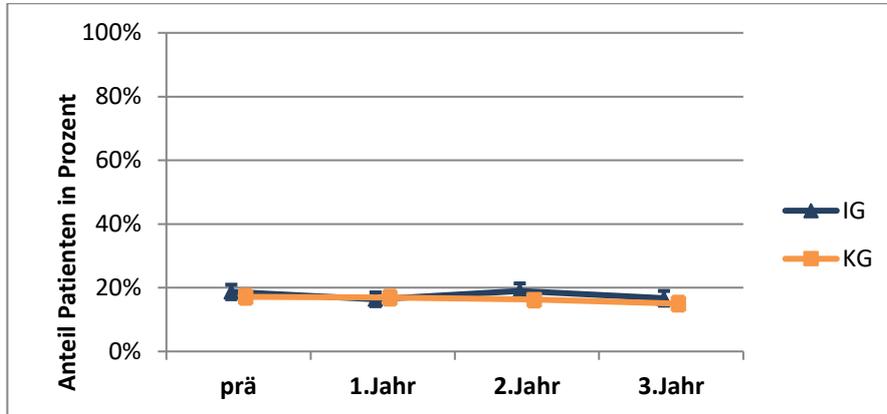
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

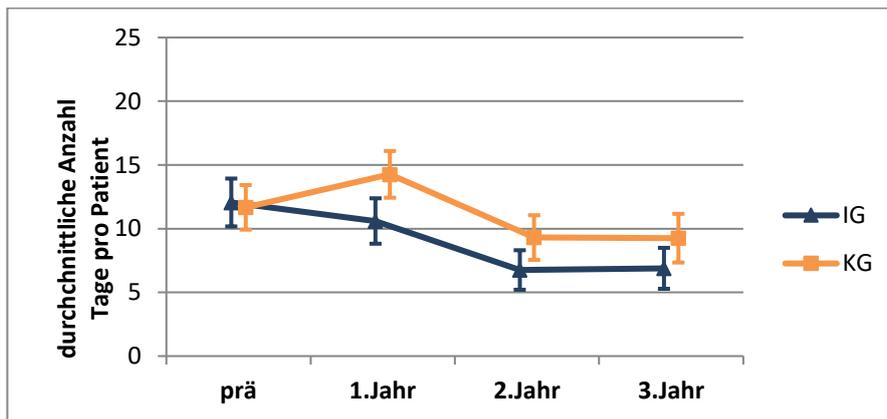


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

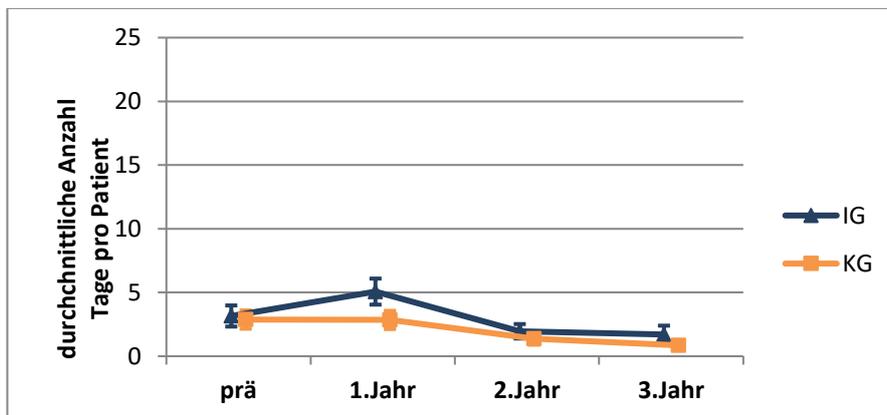


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

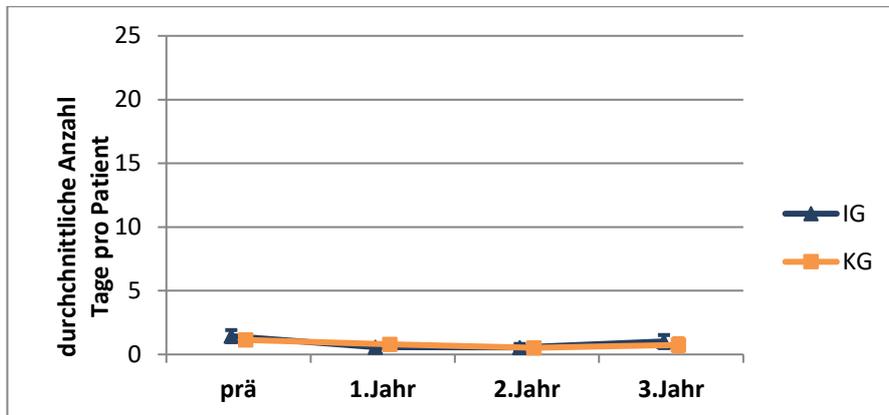
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



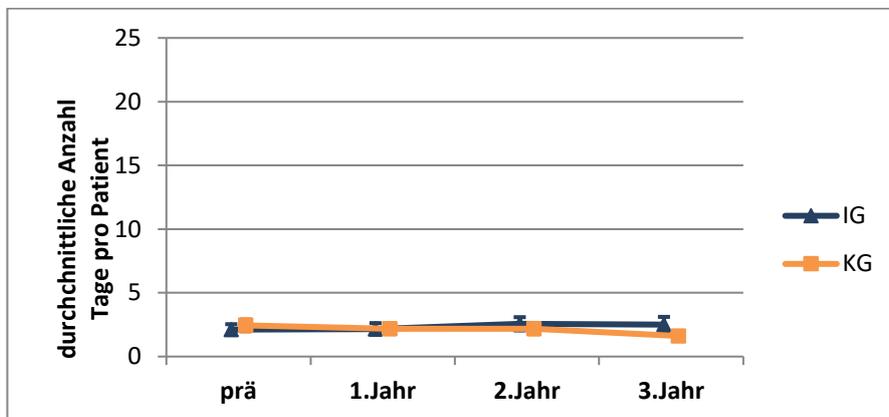
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=893, KG=881;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.130, KG=1.131).

Sowohl in der IG als auch in der KG zeigte sich bei den klินิกneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,2; KG: 1,2 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 12,5; KG: 18,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,5 und 3,7 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,8 und 3,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Dabei war das Niveau im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG um ca. 6 vollstationäre Tage geringer als in der KG und ansonsten vergleichbar. Auch war der Anstieg vom patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall zum ersten patientenindividuellen Jahr nach Referenzfall in der IG (+10,3 vollstationäre Tage) geringer als in der KG (+17,1 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -6,81$  vollstationäre Tage).

Das Muster des Verlaufs der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem Muster der vollstationären Tage mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dabei hatte hier die IG einen um ca. 3 teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar.

Auch bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einem steten Abfall der vollstationären Behandlungstage über die Zeit (mit kleinem Anstieg in der KG im ersten patientenindividuellen Jahr). Dabei war die Höhe der vollstationären Tage in der IG ab dem ersten patientenindividuellen Jahr stets unter dem Wert der KG (Prä: +0,4; 1. Jahr: -3,7; 2. Jahr: -2,5; 3. Jahr: -2,4). Die Veränderung vom patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall zum ersten patientenindividuellen Jahr nach Referenzfall war in der IG ein Abfall um 1,5 vollstationäre Tage, während in der KG ein Anstieg um 2,6 vollstationäre Tage zu verzeichnen war. Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -4,21$  vollstationäre Tage).

Die Dauer teilstationärer Aufenthalte verzeichnete bei den klinikbekannten Patienten in der IG einen kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr, während die teilstationären Tage in der KG kontinuierlich abnahmen. Hier hatte die IG einen um ca. zwei teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar.

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt (ohne Referenzfall) war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten (Indexdiagnose als Hauptdiagnose) vergleichbar, mit Peak im ersten patientenindividuellen unter den klinikneuen Patienten und mit steter Verringerung über die Zeit unter den klinikbekannten Patienten.

**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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>791</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	7,0 %	27,6 %	6,7 %	30,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,7 %	4,9 %	1,5 %	4,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,3 %	18,2 %	13,9 %	15,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	1,8	8,2	2,1	18,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	7,8	0,0	4,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	1,8	16,1	2,1	22,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,8	1,2	0,3	1,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,8	0,9	0,3	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,2	2,7	1,6	2,7

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

**Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

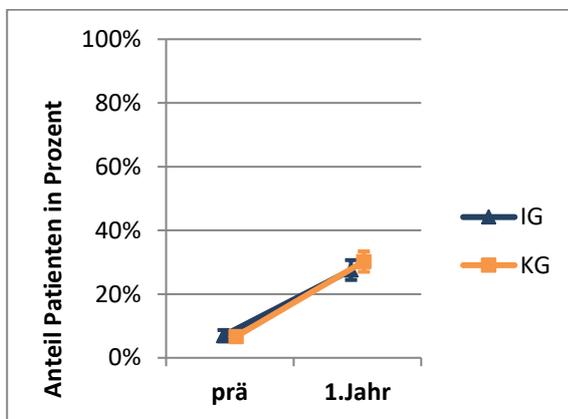
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

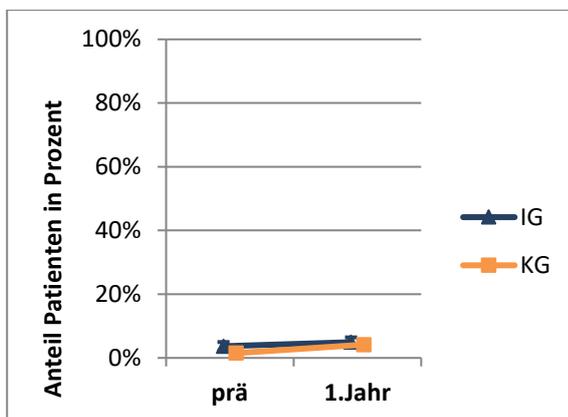
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

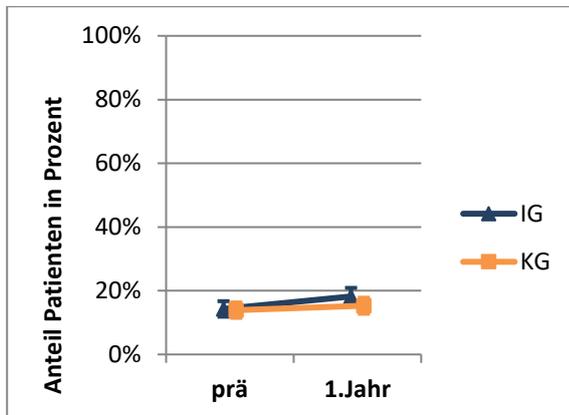
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

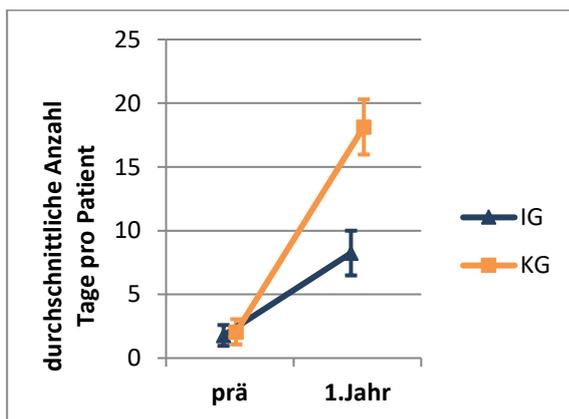


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

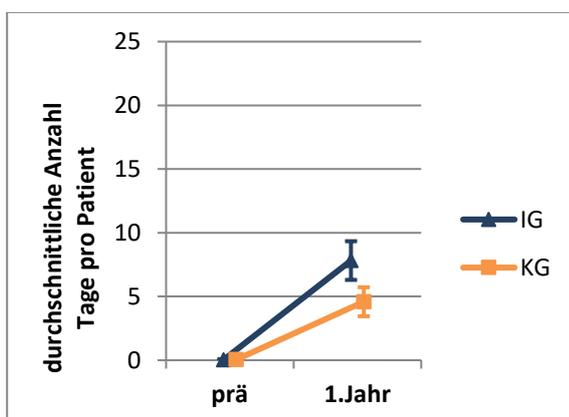


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

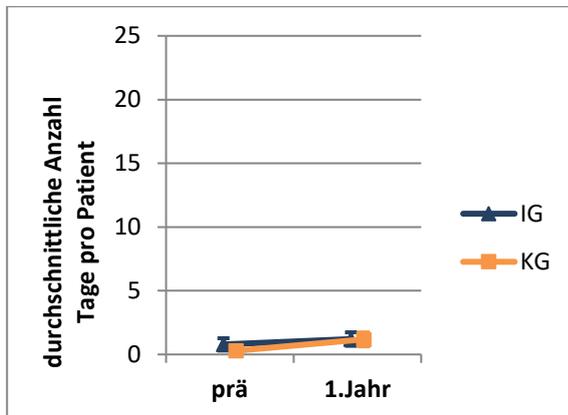
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



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



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



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

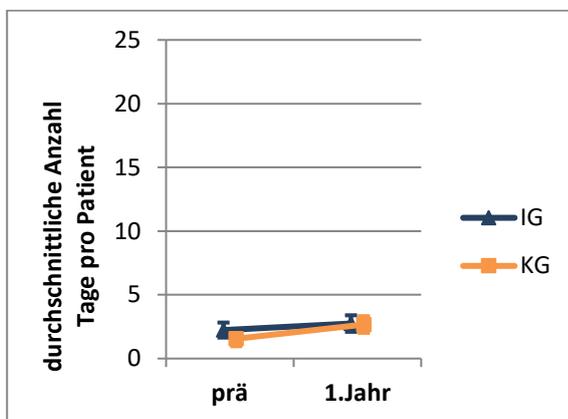


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=791 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (DiD<sub>additiv</sub> = -9,61 vollstationäre Tage). Auf der anderen Seite war in der IG eine größere Zunahme der teilstationären Tage (+7,8 teilstationäre Tage) im Vergleich zur KG (+4,5 teilstationäre Tage) zu erkennen.

Der Anstieg der Anteile der Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnosen war zwischen IG (+20,6 %-Punkte) und KG (+23,5 %-Punkte) vergleichbar.

Auch die vollstationären Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnose und aufgrund somatischer Diagnosen stiegen in der IG statistisch signifikant weniger stark an als in der KG (andere F-Diagnosen als Hauptdiagnose: DiD<sub>additiv</sub> = -0,47 vollstationäre Tage; somatische Diagnosen als Hauptdiagnose: (DiD<sub>additiv</sub> = -0,60 vollstationäre Tage), wobei hier der numerische Unterschied gering war.

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, zweiten und dritten Jahr in der IG signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen Störungen durch Alkohol und affektiven Störungen, sowie signifikant verringerte Inanspruchnahmen für Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 318 ff.).

### **8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen**

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>891</b>	<b>891</b>	<b>822</b>	<b>803</b>	<b>879</b>	<b>879</b>	<b>828</b>	<b>793</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>865</b>	<b>872</b>	<b>802</b>	<b>772</b>	<b>851</b>	<b>857</b>	<b>796</b>	<b>769</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,3	1,7	1,7	0,3	2,4	1,5	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,6	4,1	3,2	2,3	2,1	3,3	2,8	2,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,9	12,5	11,4	10,8	7,5	9,4	8,3	8,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	0,9	0,7	0,5	0,4	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,4	0,5	0,6	0,1	0,2	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,4	4,6	5,5	5,9	5,9	6,7	7,5	7,6

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.129</b>	<b>1.129</b>	<b>1.058</b>	<b>1.006</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.078</b>	<b>1.032</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.099</b>	<b>1.086</b>	<b>1.014</b>	<b>962</b>	<b>1.117</b>	<b>1.106</b>	<b>1.059</b>	<b>1.005</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,2	8,1	7,2	6,8	8,0	9,9	8,3	8,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,8	1,9	2,0	2,3	1,8	2,1	2,2	2,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	13,5	14,3	13,4	12,4	11,4	11,9	12,2	12,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1

<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten<sup>4</sup> (D)</li> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1
	1,7	0,9	1,2	0,8	1,6	1,1	1,3	1,1
<b>Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor<sup>6</sup> (G1)</li> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	0,2	0,4	0,4	0,5	0,1	0,2	0,4	0,3
	8,6	7,5	7,6	8,1	7,2	7,0	5,5	5,4

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

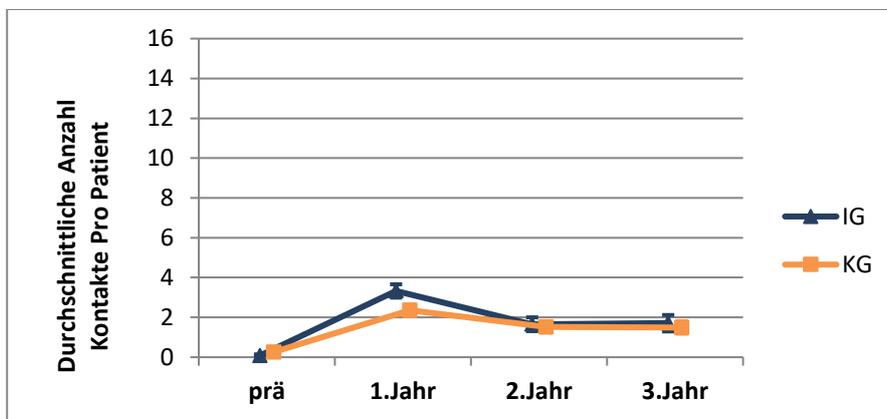
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

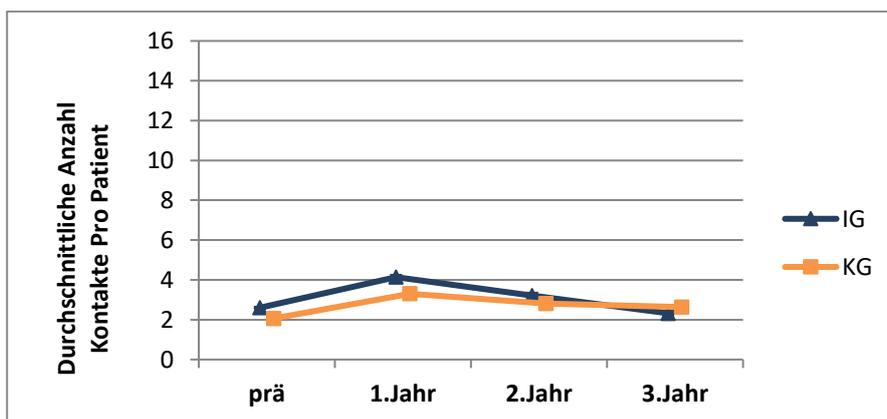
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

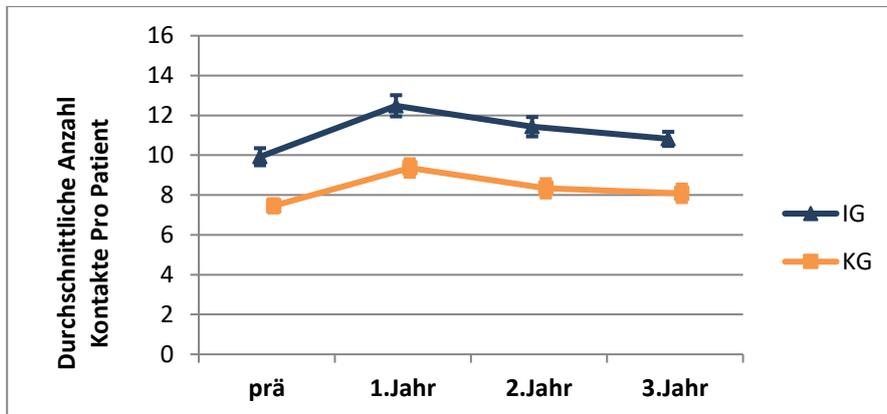
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

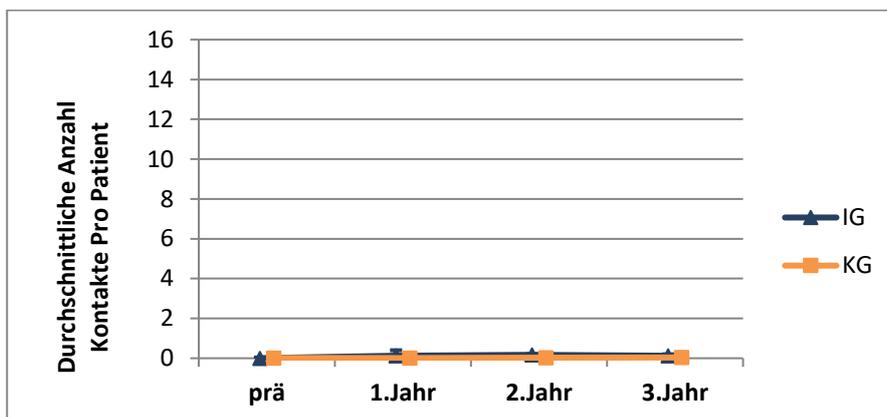


- bei anderen Vertragsärzten (E)

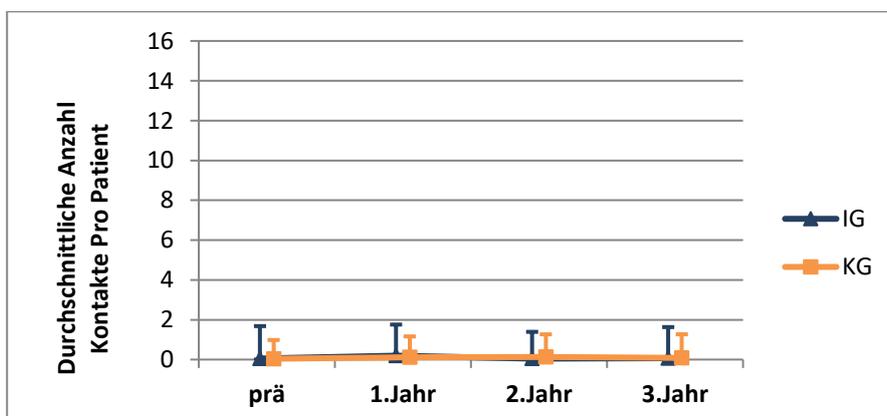


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

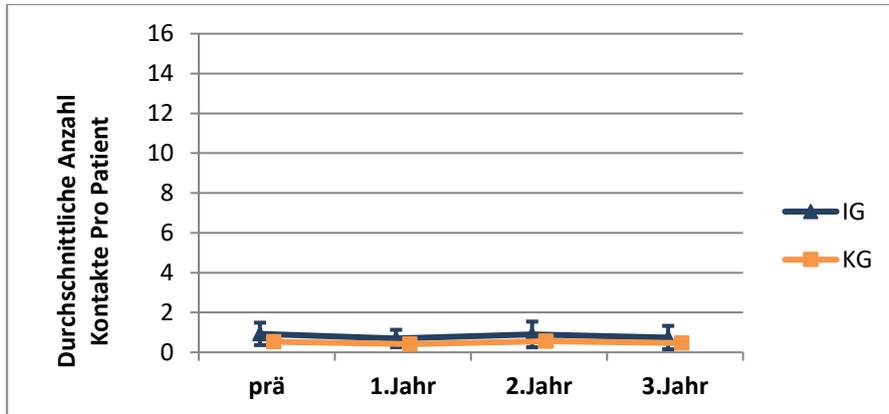
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

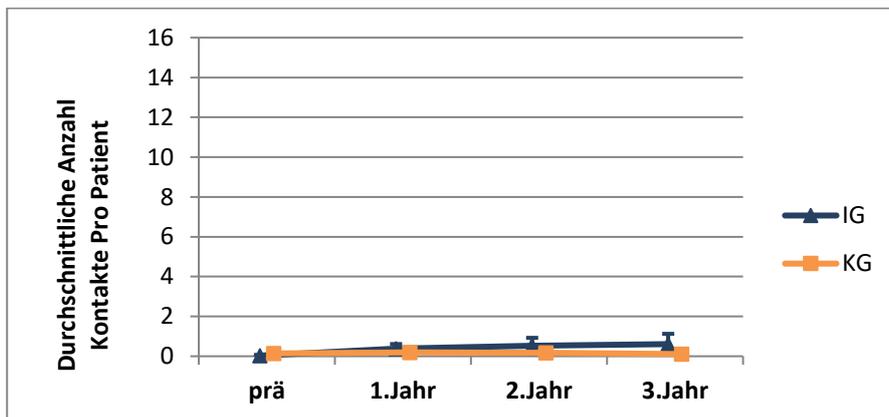


- bei anderen Vertragsärzten (F)

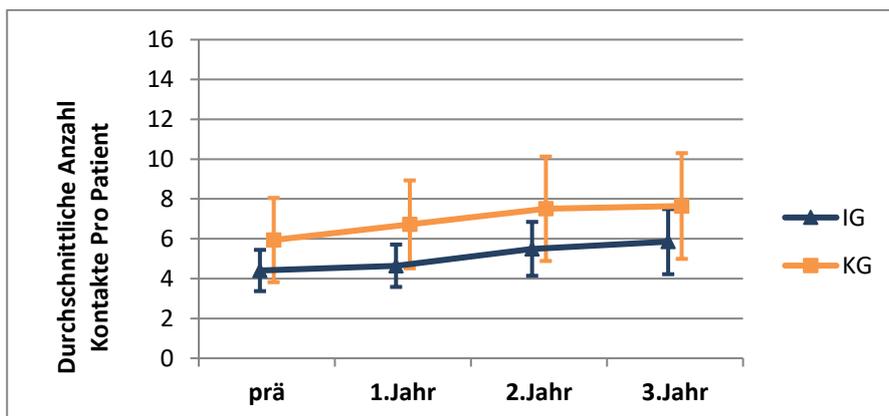


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



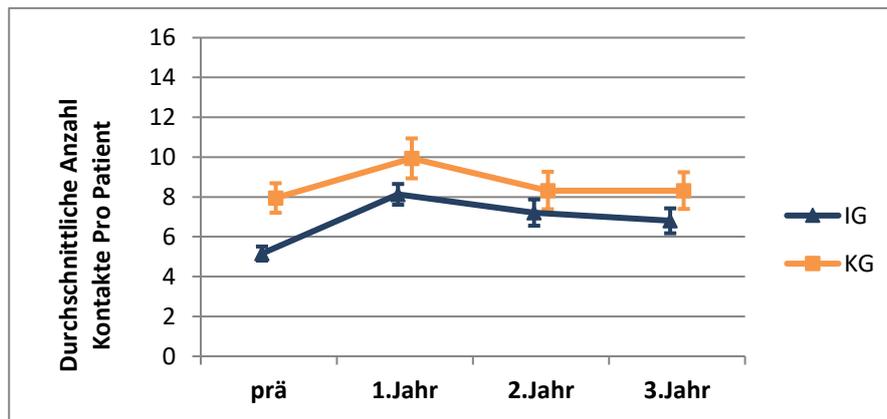
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

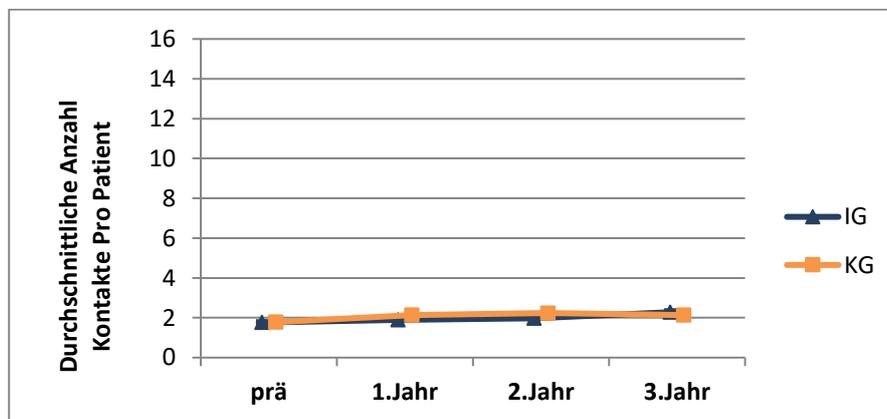
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

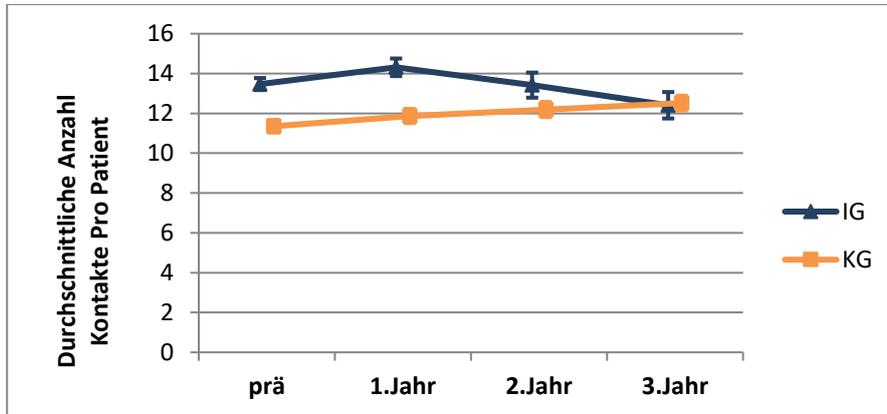
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

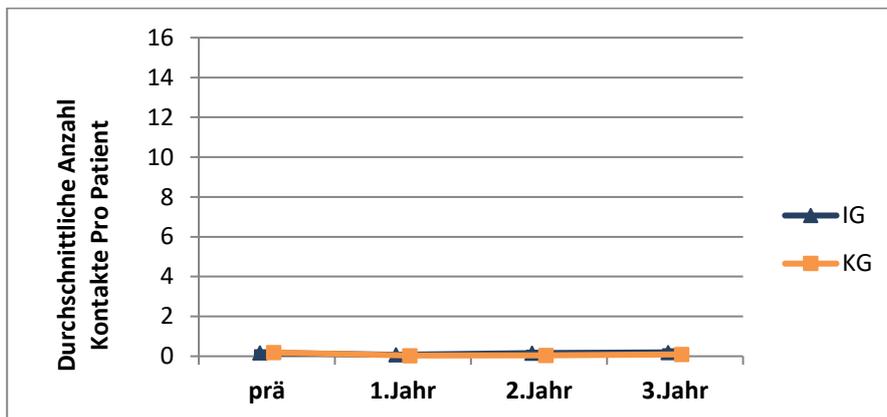


- bei anderen Vertragsärzten (E)

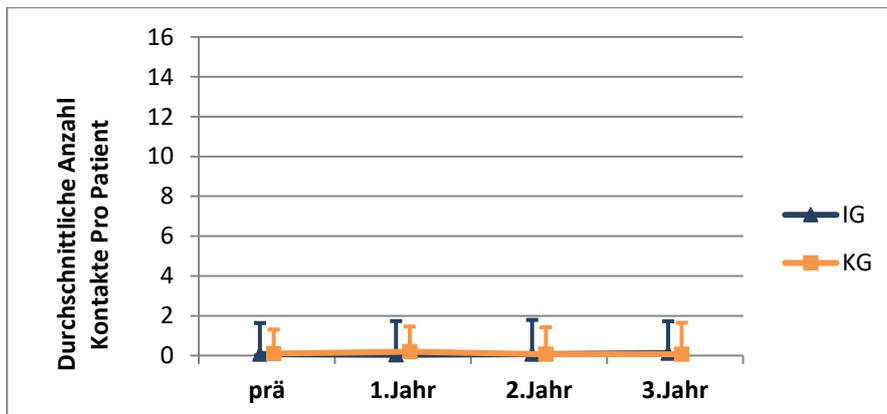


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

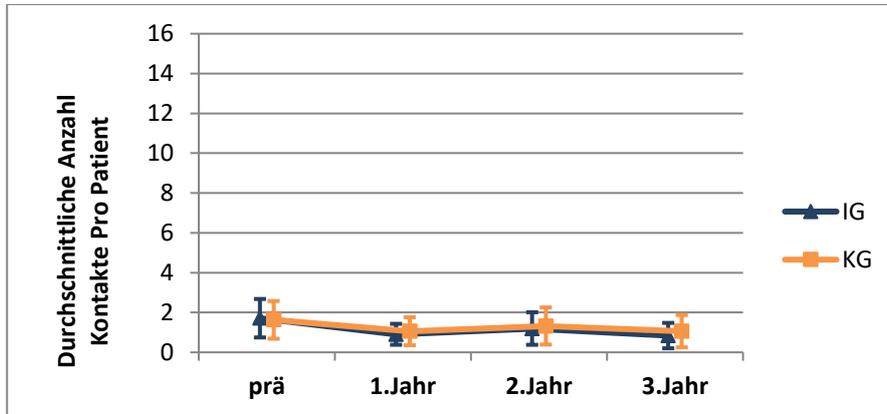
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

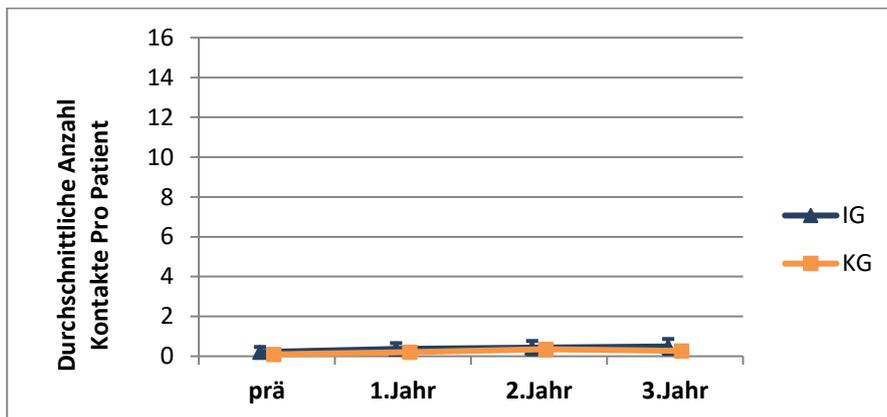


- bei anderen Vertragsärzten (F)

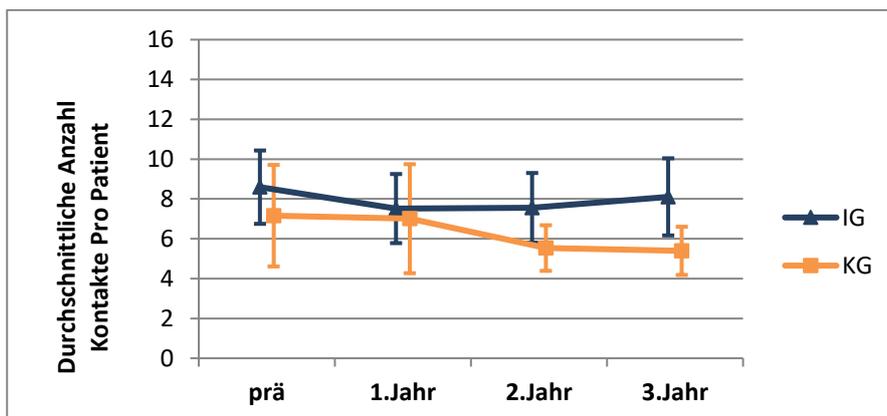


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=891, KG=879;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.129, KG=1.130). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster in der PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem in der IG um 1 PIA-Kontakt höheren Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Auch war der Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +3,2 PIA-Kontakte; KG: +2,1 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = +1,26$  PIA-Kontakte) (siehe Kapitel 14.3).

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* mit einem kleinen Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei war der kleine Peak im ersten Jahr zwischen IG (+1,5 Kontakte) und KG (+1,2 Kontakte) vergleichbar.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *sonstigen Vertragsärzten* war ähnlich dem oben beschriebenen Muster mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Hier wies jedoch die IG zu jedem untersuchten Zeitpunkt ca. 3 Kontakte mehr im Vergleich zur KG auf. Auch war der Anstieg der Kontakte bei einem Vertragsarzt aufgrund von Indexdiagnose vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (IG: +2,6 Kontakte; KG: +1,9 Kontakte). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = +0,66$  Kontakte), jedoch mit geringer numerischer Ausprägung (siehe Kapitel 14.3).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein ähnlicher Verlauf der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über die Zeit, mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dabei hatten hier die Patienten der IG stets eine geringere Anzahl an PIA-Kontakten (Prä: -2,8, 1. Jahr: -1,8, 2. Jahr: -1,1, 3. Jahr: -1,5 Kontakte) im Vergleich zur KG. Der Anstieg der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach jedoch war in der IG (+3,0 PIA-Kontakte) größer als in der KG (+2,0 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = +0,99$  PIA-Kontakte) (siehe Kapitel 14.3).

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei waren die Höhen der Inanspruchnahmen sehr gering (1,8-2,2). Dennoch war der Anstieg der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG (+0,1 Kontakte) etwas geringer als in der KG (+0,4 Kontakte). Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit sogar statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -0,25$  Kontakte), wenn auch mit sehr geringer numerischer Ausprägung (siehe Kapitel 14.3).

Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte bei *anderen Vertragsärzten* war zu allen Zeitpunkten außer im dritten patientenindividuellen Jahr in der IG größer als in der KG (Prä: +2,1, 1. Jahr: +2,4, 2. Jahr: +1,2, 3. Jahr: -0,1 Kontakte). Aufgrund des Absenkens der Inanspruchnahme in der IG und des Anstiegs in der KG glich sich die Inanspruchnahme über die Zeit bis zum dritten Jahr patientenindividuellen Jahr an.

**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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>790</b>	<b>790</b>	<b>790</b>	<b>790</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>776</b>	<b>778</b>	<b>769</b>	<b>765</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	4,2	0,1	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,0	3,7	2,0	4,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	8,8	12,3	7,3	9,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,4	1,0	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,4	0,5	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,0	6,1	5,2	6,3

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

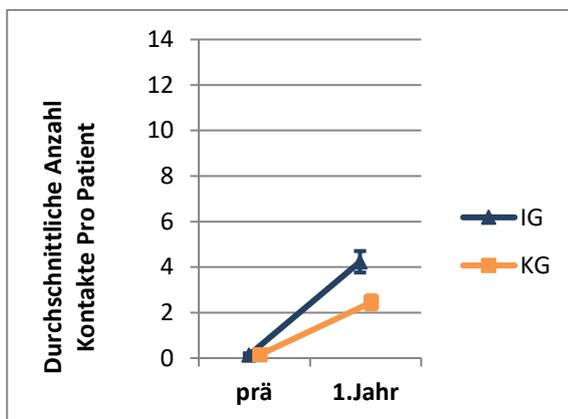
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

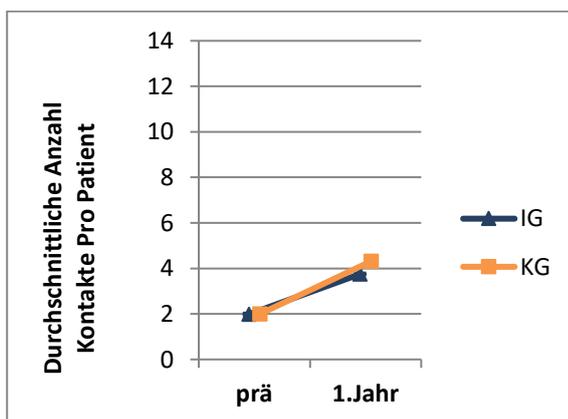
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

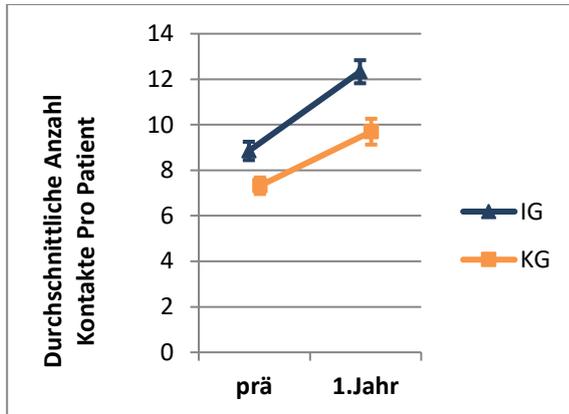
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

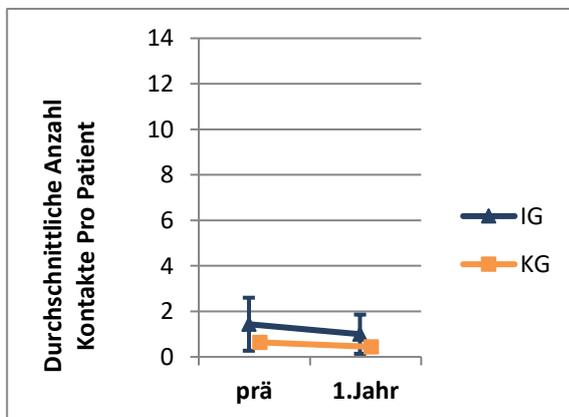
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

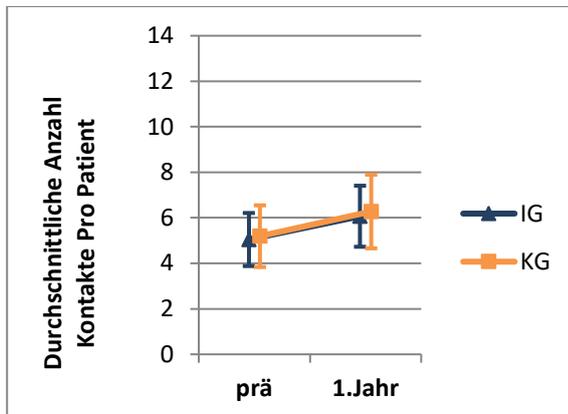


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= jeweils 790) zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zu dem Jahr danach ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = +1,80$  PIA-Kontakte). Die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten nahm in der IG statistisch signifikant weniger stark zu im Vergleich zur KG ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = -0,55$  Kontakte). Die Inanspruchnahme von anderen Vertragsärzten (aufgrund von Indexdiagnosen) nahm in der IG wiederum statistisch signifikant stärker zu im Vergleich zur KG ( $\text{DiD}_{\text{additiv}} = +1,11$  Kontakte).

### **8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik**

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

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

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

**Klinikneue Patienten**

**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>97</b>	<b>561</b>	<b>153</b>	<b>138</b>	<b>69</b>	<b>746</b>	<b>160</b>	<b>100</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,3 %	15,5 %	19,6 %	19,6 %	10,1 %	4,8 %	13,1 %	13,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,4 %	11,4 %	9,2 %	4,3 %	5,8 %	10,2 %	11,3 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	37,1 %	40,3 %	28,8 %	29,7 %	39,1 %	41,0 %	35,0 %	31,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,3 %	9,3 %	13,1 %	18,1 %	13,0 %	9,4 %	8,8 %	11,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,1 %	4,8 %	2,0 %	0,7 %	0,0 %	3,9 %	0,6 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,2 %	7,1 %	6,5 %	5,1 %	5,8 %	2,5 %	3,1 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,7 %	29,1 %	30,1 %	23,2 %	15,9 %	18,0 %	23,8 %	24,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,2 %	38,1 %	40,5 %	43,5 %	42,0 %	45,6 %	45,6 %	48,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>70</b>	<b>305</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>48</b>	<b>343</b>	<b>88</b>	<b>46</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								

• PIA (A)	11,4 %	14,8 %	20,0 %	22,2 %	12,5 %	4,7 %	13,6 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,1 %	17,4 %	15,0 %	6,2 %	8,3 %	16,9 %	9,1 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,7 %	41,0 %	36,3 %	28,4 %	43,8 %	39,4 %	33,0 %	30,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,6 %	7,9 %	8,8 %	11,1 %	16,7 %	9,9 %	11,4 %	13,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	4,6 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %	1,1 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	6,6 %	10,0 %	4,9 %	8,3 %	2,9 %	5,7 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,1 %	32,8 %	35,0 %	27,2 %	20,8 %	24,2 %	21,6 %	26,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,1 %	36,4 %	37,5 %	46,9 %	33,3 %	43,4 %	45,5 %	45,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>120</b>	<b>31</b>	<b>30</b>	<b>19</b>	<b>136</b>	<b>42</b>	<b>25</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,0 %	10,8 %	25,8 %	30,0 %	15,8 %	6,6 %	14,3 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	39,1 %	24,2 %	19,4 %	6,7 %	10,5 %	22,1 %	16,7 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	34,8 %	39,2 %	54,8 %	43,3 %	47,4 %	38,2 %	35,7 %	20,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,7 %	8,3 %	6,5 %	16,7 %	21,1 %	9,6 %	11,9 %	8,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,0 %	2,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,1 %	2,4 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	5,0 %	12,9 %	6,7 %	5,3 %	1,5 %	4,8 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,8 %	33,3 %	41,9 %	36,7 %	26,3 %	33,1 %	31,0 %	32,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,4 %	35,8 %	29,0 %	20,0 %	26,3 %	40,4 %	42,9 %	56,0 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>82</b>	<b>513</b>	<b>130</b>	<b>118</b>	<b>62</b>	<b>675</b>	<b>138</b>	<b>86</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,3 %	24,0 %	26,9 %	36,4 %	12,9 %	10,2 %	23,9 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,3 %	19,1 %	15,4 %	13,6 %	14,5 %	19,6 %	18,8 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,2 %	64,1 %	56,9 %	56,8 %	58,1 %	65,9 %	58,0 %	54,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,5 %	24,6 %	25,4 %	28,8 %	32,3 %	28,7 %	25,4 %	27,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,5 %	9,4 %	3,8 %	5,1 %	8,1 %	9,2 %	3,6 %	11,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,5 %	16,8 %	20,8 %	14,4 %	12,9 %	8,0 %	9,4 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,7 %	45,2 %	44,6 %	46,6 %	30,6 %	35,3 %	42,8 %	46,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,0 %	15,6 %	15,4 %	21,2 %	19,4 %	18,7 %	21,0 %	23,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>58</b>	<b>274</b>	<b>67</b>	<b>69</b>	<b>43</b>	<b>311</b>	<b>77</b>	<b>42</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	13,8 %	22,6 %	26,9 %	47,8 %	14,0 %	11,3 %	23,4 %	26,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,9 %	27,7 %	25,4 %	17,4 %	18,6 %	31,2 %	22,1 %	23,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	63,8 %	64,6 %	62,7 %	55,1 %	62,8 %	66,6 %	62,3 %	64,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,2 %	26,3 %	20,9 %	26,1 %	32,6 %	31,5 %	35,1 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,6 %	10,2 %	3,0 %	5,8 %	9,3 %	11,9 %	5,2 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,5 %	17,9 %	25,4 %	14,5 %	16,3 %	8,7 %	11,7 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,8 %	51,8 %	53,7 %	60,9 %	34,9 %	48,6 %	45,5 %	54,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	12,4 %	14,9 %	18,8 %	14,0 %	13,2 %	15,6 %	19,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>20</b>	<b>110</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>17</b>	<b>118</b>	<b>34</b>	<b>22</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	15,5 %	30,8 %	59,3 %	17,6 %	12,7 %	29,4 %	31,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	45,0 %	34,5 %	26,9 %	14,8 %	29,4 %	39,8 %	32,4 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,0 %	66,4 %	80,8 %	59,3 %	76,5 %	62,7 %	61,8 %	59,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,0 %	28,2 %	26,9 %	33,3 %	41,2 %	38,1 %	41,2 %	22,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	8,2 %	0,0 %	11,1 %	11,8 %	11,0 %	11,8 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	13,6 %	34,6 %	14,8 %	17,6 %	5,9 %	11,8 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	50,9 %	53,8 %	74,1 %	52,9 %	61,0 %	64,7 %	63,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	15,5 %	11,5 %	7,4 %	11,8 %	10,2 %	8,8 %	27,3 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**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
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>57</b>	<b>446</b>	<b>108</b>	<b>88</b>	<b>39</b>	<b>601</b>	<b>112</b>	<b>73</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	28,0 %	34,3 %	35,2 %	30,8 %	14,5 %	29,5 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,1 %	29,1 %	29,6 %	26,1 %	25,6 %	28,5 %	30,4 %	28,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,5 %	79,1 %	75,9 %	78,4 %	76,9 %	81,0 %	81,3 %	74,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,1 %	45,3 %	38,9 %	48,9 %	51,3 %	52,2 %	44,6 %	50,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,5 %	17,3 %	6,5 %	10,2 %	12,8 %	14,0 %	7,1 %	23,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,8 %	28,7 %	31,5 %	31,8 %	17,9 %	14,5 %	16,1 %	16,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,6 %	57,8 %	60,2 %	52,3 %	51,3 %	47,8 %	58,9 %	60,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,0 %	7,0 %	6,5 %	8,0 %	10,3 %	8,3 %	5,4 %	9,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>233</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>24</b>	<b>273</b>	<b>63</b>	<b>35</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,5 %	27,0 %	35,7 %	43,5 %	33,3 %	15,8 %	30,2 %	31,4 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	37,5 %	42,5 %	42,9 %	32,6 %	37,5 %	44,0 %	36,5 %	37,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,5 %	81,5 %	76,8 %	80,4 %	83,3 %	83,5 %	88,9 %	82,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,5 %	47,6 %	39,3 %	50,0 %	54,2 %	59,0 %	52,4 %	54,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	20,6 %	5,4 %	17,4 %	16,7 %	19,8 %	9,5 %	28,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,5 %	31,3 %	44,6 %	32,6 %	20,8 %	15,8 %	15,9 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	68,7 %	71,4 %	65,2 %	62,5 %	64,8 %	63,5 %	71,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,0 %	4,7 %	3,6 %	4,3 %	4,2 %	3,3 %	3,2 %	5,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>13</b>	<b>93</b>	<b>24</b>	<b>19</b>	<b>14</b>	<b>101</b>	<b>28</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,5 %	17,2 %	37,5 %	52,6 %	35,7 %	16,8 %	25,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	69,2 %	53,8 %	41,7 %	26,3 %	42,9 %	52,5 %	42,9 %	44,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,6 %	79,6 %	91,7 %	84,2 %	78,6 %	86,1 %	89,3 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,2 %	54,8 %	33,3 %	57,9 %	57,1 %	58,4 %	57,1 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,4 %	19,4 %	0,0 %	21,1 %	21,4 %	18,8 %	14,3 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	28,0 %	50,0 %	36,8 %	28,6 %	14,9 %	17,9 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,6 %	67,7 %	66,7 %	68,4 %	78,6 %	76,2 %	71,4 %	77,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,5 %	0,0 %	5,3 %	7,1 %	1,0 %	3,6 %	11,1 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>492</b>	<b>523</b>	<b>285</b>	<b>247</b>	<b>578</b>	<b>739</b>	<b>375</b>	<b>338</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,5 %	25,8 %	33,3 %	34,8 %	19,7 %	15,8 %	20,0 %	23,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,1 %	5,7 %	3,9 %	5,3 %	8,5 %	12,2 %	8,5 %	5,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	32,9 %	30,6 %	27,4 %	28,7 %	33,4 %	31,9 %	31,5 %	30,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,0 %	9,2 %	10,2 %	10,9 %	6,6 %	10,4 %	6,7 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,0 %	2,1 %	1,8 %	2,0 %	1,4 %	2,6 %	2,4 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	5,2 %	3,5 %	5,3 %	4,3 %	2,7 %	2,4 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,2 %	32,3 %	37,9 %	40,1 %	28,4 %	28,6 %	29,9 %	31,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,3 %	44,9 %	43,2 %	38,1 %	43,1 %	42,6 %	43,5 %	42,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>395</b>	<b>394</b>	<b>216</b>	<b>193</b>	<b>489</b>	<b>546</b>	<b>281</b>	<b>261</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,0 %	24,6 %	33,3 %	33,2 %	22,1 %	17,9 %	23,1 %	28,0 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,3 %	7,4 %	4,2 %	6,7 %	10,0 %	15,2 %	10,0 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,2 %	30,7 %	29,2 %	31,1 %	33,9 %	34,4 %	31,0 %	31,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,2 %	9,1 %	9,7 %	13,0 %	7,0 %	11,0 %	8,2 %	11,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,3 %	2,8 %	2,3 %	2,6 %	1,6 %	3,3 %	3,2 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	6,3 %	3,7 %	4,1 %	4,3 %	2,9 %	2,8 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,8 %	33,0 %	38,4 %	39,9 %	32,3 %	33,9 %	34,9 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,1 %	43,7 %	39,8 %	36,8 %	39,9 %	37,2 %	39,9 %	40,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>256</b>	<b>256</b>	<b>160</b>	<b>133</b>	<b>307</b>	<b>328</b>	<b>210</b>	<b>196</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,3 %	25,4 %	35,6 %	35,3 %	27,7 %	21,0 %	25,7 %	31,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,0 %	7,0 %	4,4 %	6,8 %	10,1 %	14,3 %	9,5 %	6,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	33,6 %	31,6 %	30,0 %	32,3 %	34,5 %	35,4 %	31,4 %	27,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,7 %	9,0 %	9,4 %	12,8 %	7,8 %	13,4 %	8,6 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,3 %	3,9 %	2,5 %	3,0 %	1,3 %	3,4 %	3,3 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	4,7 %	1,9 %	3,0 %	4,6 %	4,0 %	3,3 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,1 %	33,6 %	41,3 %	42,1 %	37,8 %	36,3 %	37,1 %	40,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	43,8 %	41,8 %	37,5 %	36,1 %	35,5 %	34,1 %	39,0 %	40,3 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

**B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>404</b>	<b>462</b>	<b>255</b>	<b>219</b>	<b>470</b>	<b>644</b>	<b>330</b>	<b>292</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,8 %	44,8 %	54,9 %	54,8 %	38,9 %	29,2 %	36,1 %	40,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,9 %	13,0 %	9,4 %	9,1 %	14,3 %	19,3 %	17,3 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,4 %	52,8 %	49,4 %	53,0 %	58,9 %	58,9 %	54,8 %	57,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,4 %	24,2 %	25,5 %	27,9 %	25,1 %	25,3 %	23,0 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,9 %	5,6 %	5,1 %	6,4 %	4,3 %	6,8 %	6,1 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	13,6 %	12,2 %	8,7 %	7,2 %	7,5 %	7,3 %	7,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,0 %	55,8 %	63,5 %	62,6 %	52,8 %	50,3 %	54,2 %	57,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,3 %	19,7 %	16,9 %	14,6 %	14,7 %	16,8 %	20,0 %	13,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>323</b>	<b>354</b>	<b>196</b>	<b>180</b>	<b>391</b>	<b>474</b>	<b>254</b>	<b>232</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	45,8 %	48,0 %	58,7 %	55,6 %	41,4 %	33,5 %	40,6 %	45,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,6 %	15,0 %	10,2 %	9,4 %	16,4 %	23,2 %	19,3 %	21,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,9 %	52,3 %	52,6 %	55,0 %	58,8 %	61,0 %	55,5 %	56,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,8 %	25,7 %	26,0 %	27,2 %	26,9 %	27,2 %	26,8 %	30,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,2 %	7,1 %	6,1 %	7,2 %	5,1 %	8,0 %	7,1 %	6,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,6 %	14,1 %	11,7 %	7,8 %	7,2 %	7,8 %	7,5 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,5 %	60,5 %	67,9 %	63,9 %	57,3 %	59,1 %	61,4 %	66,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,2 %	17,5 %	14,8 %	13,3 %	12,0 %	12,0 %	16,1 %	11,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>212</b>	<b>231</b>	<b>146</b>	<b>128</b>	<b>236</b>	<b>281</b>	<b>187</b>	<b>173</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	48,1 %	50,2 %	62,3 %	60,2 %	49,2 %	42,0 %	47,6 %	50,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,6 %	16,0 %	10,3 %	10,2 %	19,1 %	23,8 %	17,6 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,7 %	51,1 %	53,4 %	52,3 %	59,7 %	61,2 %	57,2 %	55,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	38,7 %	22,9 %	23,3 %	25,8 %	30,9 %	31,0 %	29,4 %	33,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,6 %	7,4 %	6,2 %	9,4 %	6,4 %	6,8 %	7,5 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,2 %	12,1 %	8,9 %	6,3 %	7,2 %	10,3 %	8,6 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,9 %	62,8 %	71,9 %	68,8 %	66,9 %	67,3 %	66,8 %	71,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,7 %	16,0 %	13,7 %	12,5 %	8,9 %	9,6 %	13,9 %	8,7 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>323</b>	<b>366</b>	<b>200</b>	<b>165</b>	<b>342</b>	<b>481</b>	<b>246</b>	<b>222</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	63,2 %	59,8 %	63,5 %	65,5 %	53,8 %	33,9 %	43,9 %	51,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,8 %	23,2 %	16,0 %	15,2 %	19,6 %	28,9 %	25,2 %	22,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,4 %	76,0 %	75,0 %	71,5 %	78,9 %	79,2 %	74,4 %	77,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	49,8 %	47,8 %	41,5 %	45,5 %	46,2 %	48,2 %	42,7 %	52,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,2 %	10,7 %	8,5 %	9,7 %	6,7 %	10,2 %	7,7 %	10,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,7 %	27,3 %	20,0 %	20,0 %	12,9 %	13,1 %	13,8 %	15,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,6 %	76,0 %	77,0 %	77,0 %	69,9 %	62,6 %	67,1 %	72,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	4,1 %	4,5 %	6,1 %	3,2 %	5,8 %	6,5 %	4,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>258</b>	<b>280</b>	<b>157</b>	<b>135</b>	<b>287</b>	<b>353</b>	<b>200</b>	<b>177</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,8 %	63,9 %	66,2 %	66,7 %	56,4 %	36,5 %	49,0 %	56,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,6 %	26,8 %	18,5 %	16,3 %	22,0 %	33,1 %	27,0 %	26,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,6 %	77,1 %	76,4 %	72,6 %	77,4 %	79,6 %	74,5 %	76,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,6 %	51,4 %	40,8 %	45,2 %	48,8 %	49,9 %	44,0 %	54,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,5 %	12,1 %	9,6 %	11,1 %	8,0 %	11,0 %	8,5 %	11,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,3 %	28,6 %	19,7 %	19,3 %	11,5 %	13,0 %	15,0 %	14,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,8 %	82,1 %	82,2 %	79,3 %	74,6 %	69,4 %	74,0 %	80,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	2,1 %	3,8 %	5,2 %	2,8 %	4,2 %	5,0 %	3,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>168</b>	<b>181</b>	<b>116</b>	<b>99</b>	<b>173</b>	<b>197</b>	<b>145</b>	<b>126</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	70,2 %	69,1 %	69,8 %	74,7 %	61,3 %	46,2 %	53,8 %	61,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,9 %	27,6 %	18,1 %	17,2 %	23,1 %	32,5 %	26,2 %	25,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,5 %	76,2 %	74,1 %	70,7 %	76,3 %	80,2 %	75,2 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,1 %	47,5 %	39,7 %	44,4 %	52,6 %	54,8 %	46,2 %	56,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	11,6 %	10,3 %	13,1 %	8,7 %	9,1 %	8,3 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,0 %	24,9 %	20,7 %	20,2 %	12,1 %	15,7 %	14,5 %	17,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,4 %	86,2 %	85,3 %	87,9 %	79,2 %	77,2 %	76,6 %	84,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,6 %	1,1 %	3,4 %	4,0 %	2,3 %	3,6 %	4,8 %	1,6 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

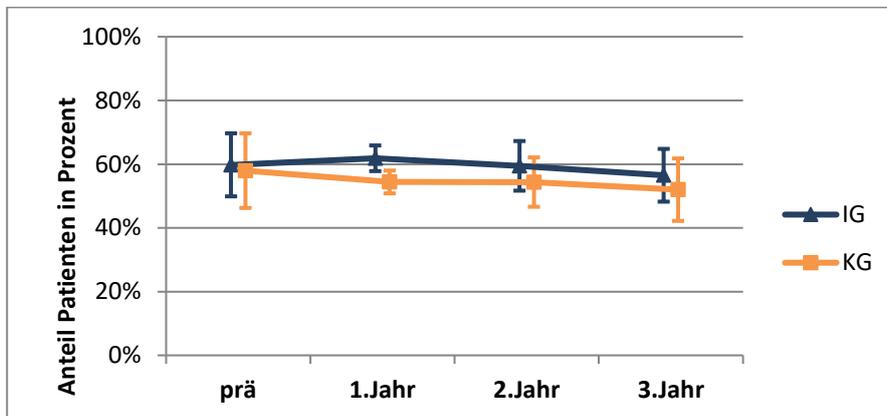
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

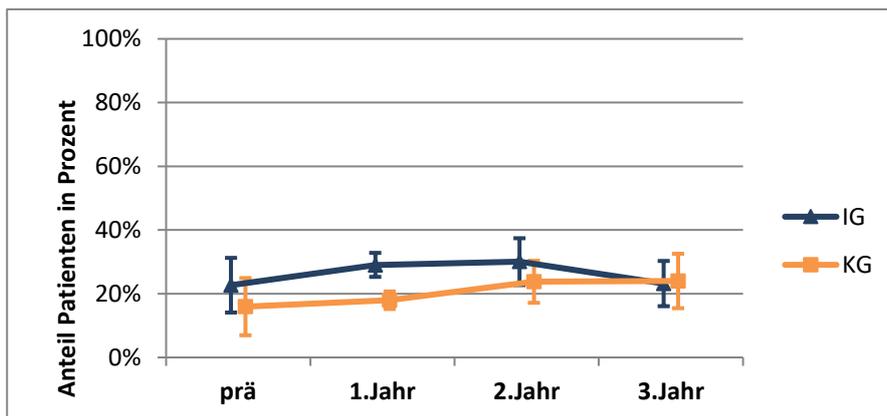
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



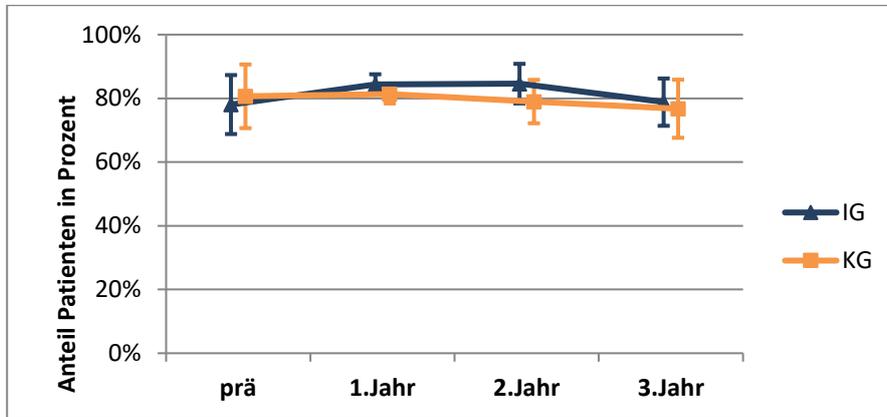
- Alle (psychiatrischer Sektor)



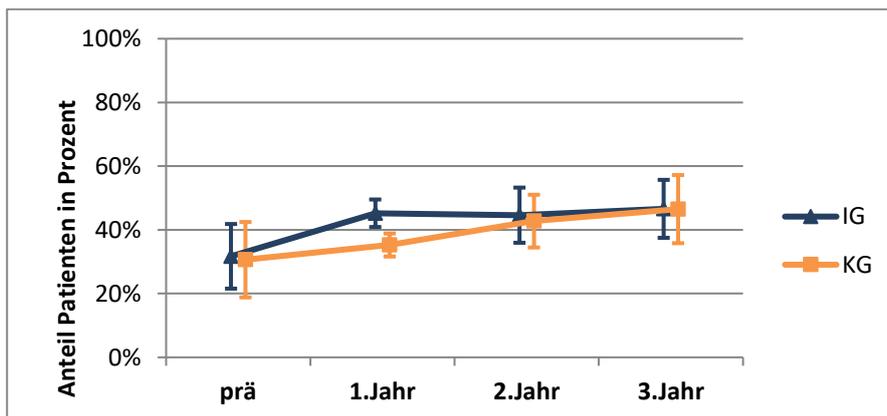
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



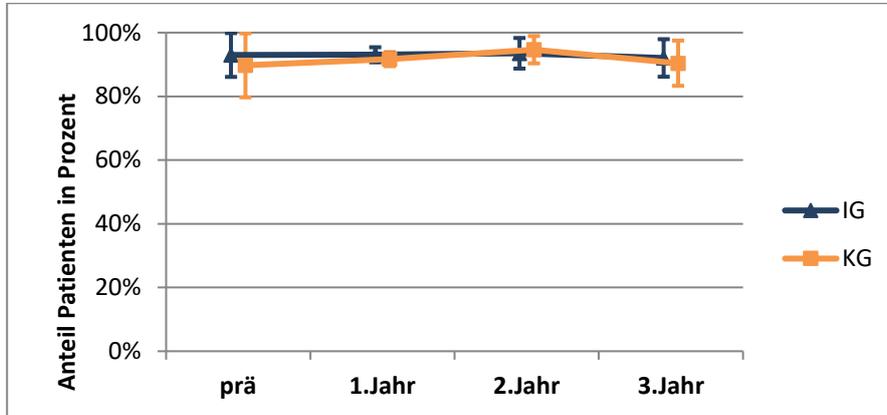
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



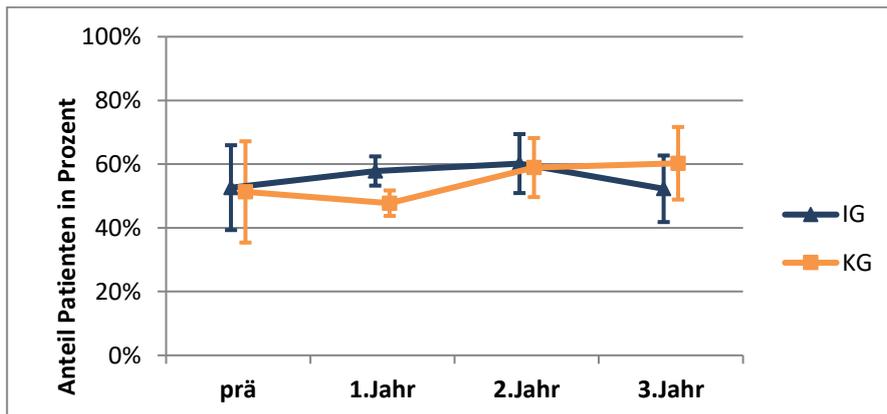
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



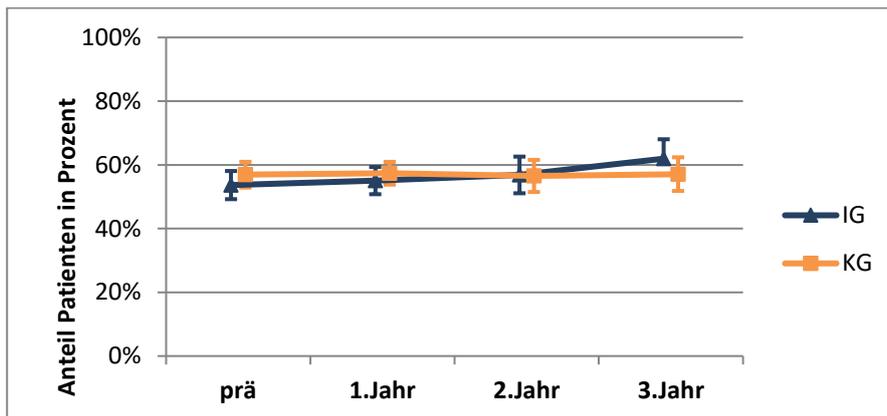
**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

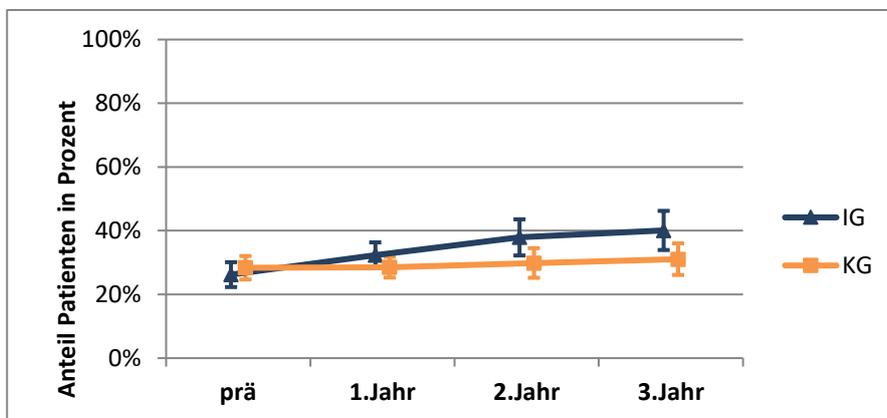
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



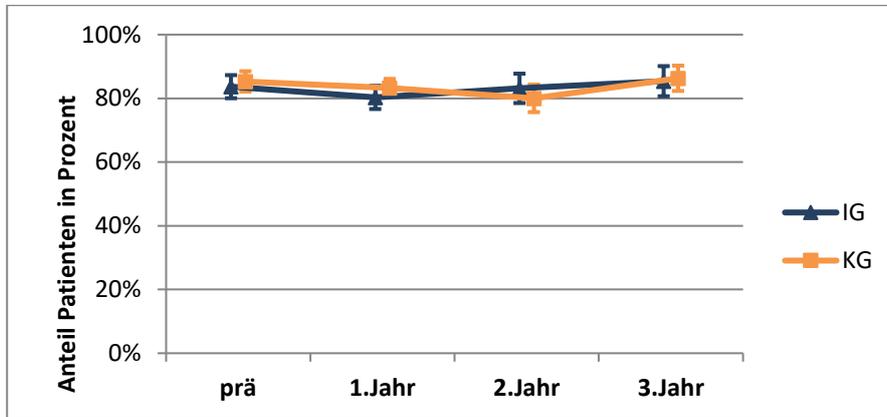
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



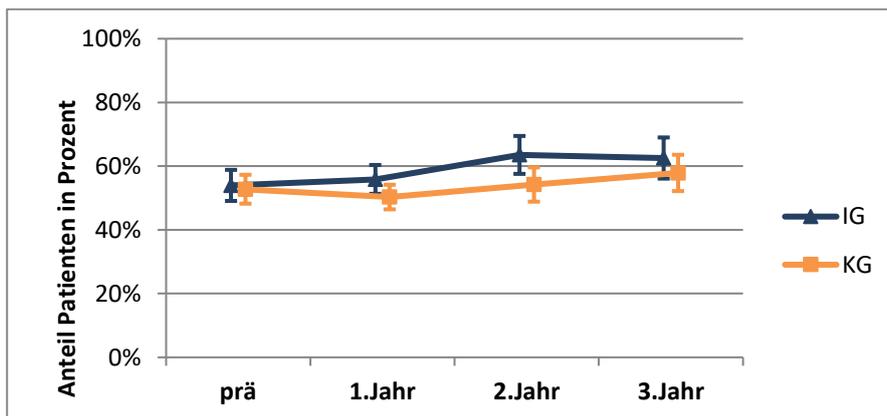
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



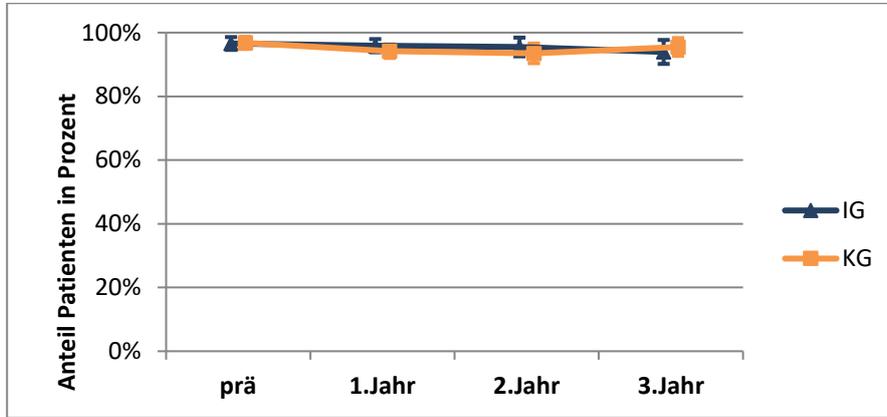
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



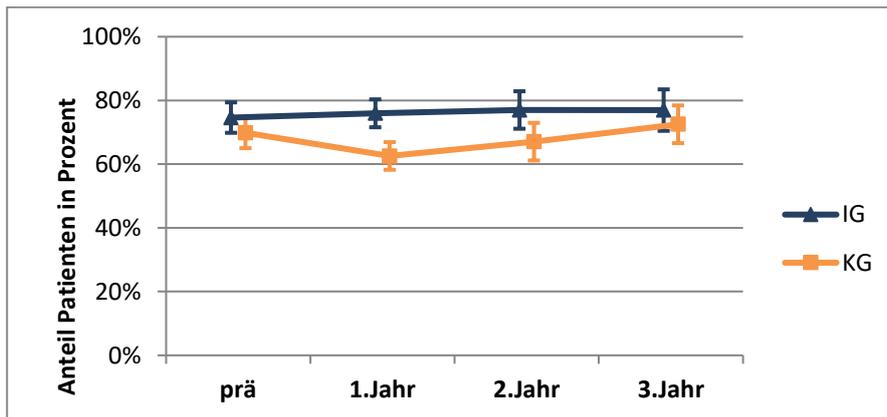
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet. Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten verliefen die Muster der Verläufe in Bezug zur Kontinuität im „psychiatrischen Sektor“ vergleichbar. Betrachtet man die Veränderungen der Kontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, sind leicht geringere Anstiege der Kontinuität in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Diese sind für alle Untersuchungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (linikneu/linikbekannt und 7-, 30- und 90-Tage Intervall), ausgenommen für klinikbekannte Patienten mit der Betrachtung des 7-Tages Intervalls. Die Veränderungen sind jedoch numerisch stets sehr gering ( $DiD_{\text{additiv}}$  = zwischen -0,07 bis -0,19).

**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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>62</b>	<b>367</b>	<b>76</b>	<b>622</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,4 %	19,9 %	14,5 %	4,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,9 %	11,2 %	9,2 %	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,4 %	38,7 %	42,1 %	38,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,7 %	9,5 %	7,9 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,1 %	3,3 %	0,0 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	5,4 %	5,3 %	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,5 %	31,3 %	23,7 %	18,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,7 %	38,7 %	44,7 %	46,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>43</b>	<b>169</b>	<b>54</b>	<b>300</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,3 %	19,5 %	16,7 %	4,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,0 %	17,8 %	13,0 %	15,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,9 %	36,7 %	48,1 %	40,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,0 %	9,5 %	7,4 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,6 %	4,7 %	0,0 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	7,7 %	5,6 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,9 %	37,3 %	29,6 %	24,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,9 %	35,5 %	38,9 %	38,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>14</b>	<b>82</b>	<b>20</b>	<b>116</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	22,0 %	10,0 %	4,3 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,3 %	15,9 %	20,0 %	16,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,7 %	42,7 %	40,0 %	41,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,3 %	8,5 %	10,0 %	12,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,1 %	1,2 %	0,0 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	4,9 %	10,0 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	36,6 %	30,0 %	24,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,7 %	28,0 %	40,0 %	35,3 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>51</b>	<b>333</b>	<b>53</b>	<b>582</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	33,9 %	30,2 %	9,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	27,5 %	21,0 %	24,5 %	22,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	64,7 %	61,6 %	64,2 %	63,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,4 %	28,8 %	37,7 %	25,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,7 %	11,1 %	7,5 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,6 %	15,9 %	15,1 %	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,9 %	50,8 %	43,4 %	38,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,8 %	13,8 %	15,1 %	17,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>37</b>	<b>149</b>	<b>35</b>	<b>276</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,1 %	38,3 %	37,1 %	11,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,4 %	32,9 %	34,3 %	33,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	73,0 %	61,7 %	68,6 %	65,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	35,1 %	29,5 %	37,1 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,9 %	14,8 %	11,4 %	14,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,0 %	16,1 %	11,4 %	7,2 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,2 %	61,7 %	54,3 %	52,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	2,7 %	10,7 %	8,6 %	10,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>74</b>	<b>11</b>	<b>103</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,3 %	41,9 %	18,2 %	8,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	36,4 %	31,1 %	54,5 %	35,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	72,7 %	63,5 %	63,6 %	69,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,1 %	27,0 %	54,5 %	31,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	14,9 %	0,0 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	9,5 %	18,2 %	10,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,5 %	63,5 %	63,6 %	49,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,1 %	8,1 %	9,1 %	9,7 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>35</b>	<b>292</b>	<b>32</b>	<b>520</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,1 %	40,8 %	28,1 %	12,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,6 %	32,9 %	34,4 %	31,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	77,1 %	84,2 %	87,5 %	78,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,4 %	53,8 %	59,4 %	48,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	16,8 %	6,3 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,9 %	30,1 %	31,3 %	14,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,7 %	63,0 %	59,4 %	49,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,9 %	2,4 %	3,1 %	8,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>132</b>	<b>22</b>	<b>246</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,5 %	48,5 %	31,8 %	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,2 %	49,2 %	50,0 %	48,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	79,2 %	85,6 %	90,9 %	80,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	58,3 %	59,1 %	59,1 %	52,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	29,2 %	20,5 %	9,1 %	19,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	29,2 %	31,1 %	27,3 %	16,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,8 %	78,8 %	77,3 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>66</b>	<b>&lt;10</b>	<b>90</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	56,1 %	0,0 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	42,9 %	47,0 %	100,0 %	58,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	85,7 %	89,4 %	66,7 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,9 %	60,6 %	83,3 %	56,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	28,6 %	16,7 %	0,0 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,6 %	27,3 %	16,7 %	17,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	81,8 %	100,0 %	72,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

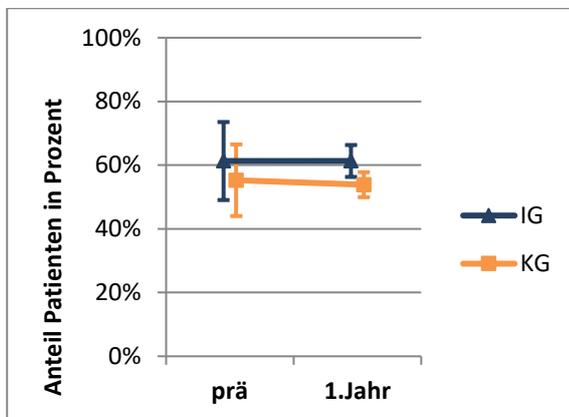
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

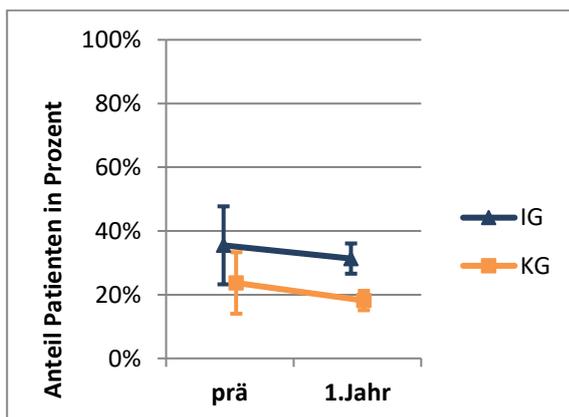
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

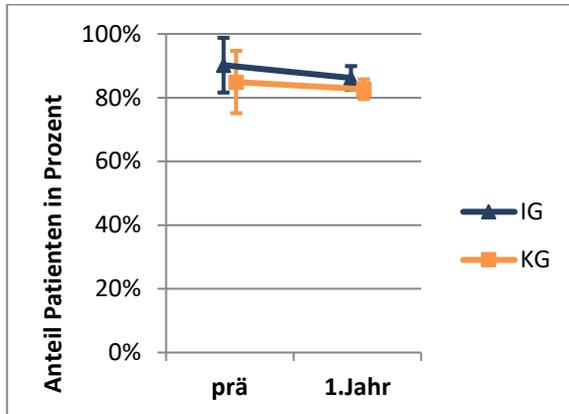


- Alle (psychiatrischer Sektor)

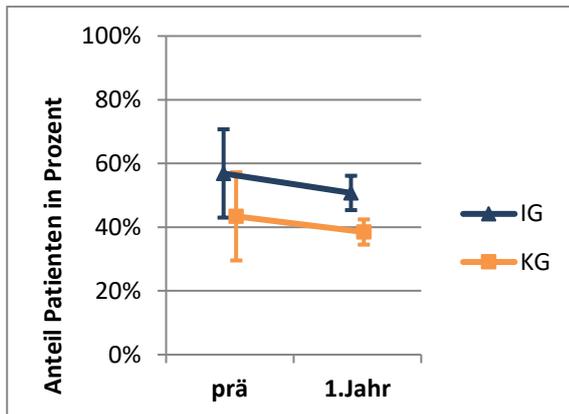


**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle

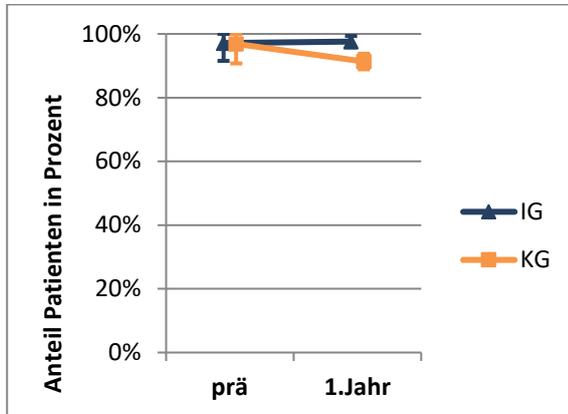


- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

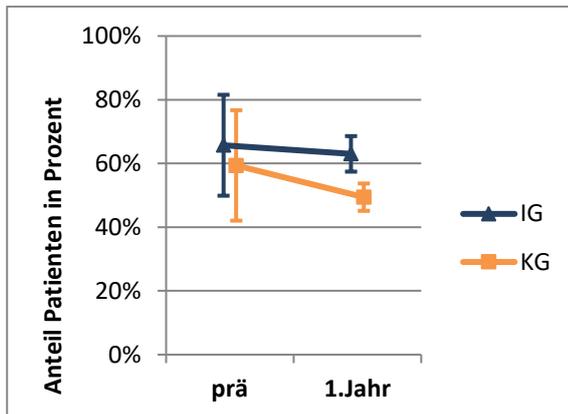


Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf der Verringerung der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor im Vergleich vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG. Alle getesteten Unterschiede der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor waren statistisch nicht signifikant.

#### 8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

##### **Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

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

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

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

**Abbildung 8: Interaktionsdiagramme 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 251 ff).

### 8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

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

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>891</b>	<b>891</b>	<b>891</b>	<b>891</b>	<b>879</b>	<b>879</b>	<b>879</b>	<b>879</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>865</b>	<b>872</b>	<b>802</b>	<b>772</b>	<b>851</b>	<b>857</b>	<b>796</b>	<b>770</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	1,1%	2,1%	1,3%	1,2%	1,1%	1,3%	0,8%	0,7%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,6%	0,2%	0,2%	0,5%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.129</b>	<b>1.129</b>	<b>1.129</b>	<b>1.129</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.099</b>	<b>1.086</b>	<b>1.014</b>	<b>962</b>	<b>1.117</b>	<b>1.106</b>	<b>1.059</b>	<b>1.007</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	1,0%	1,2%	0,6%	1,6%	0,4%	1,0%	0,8%	1,0%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,3%	0,5%	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%

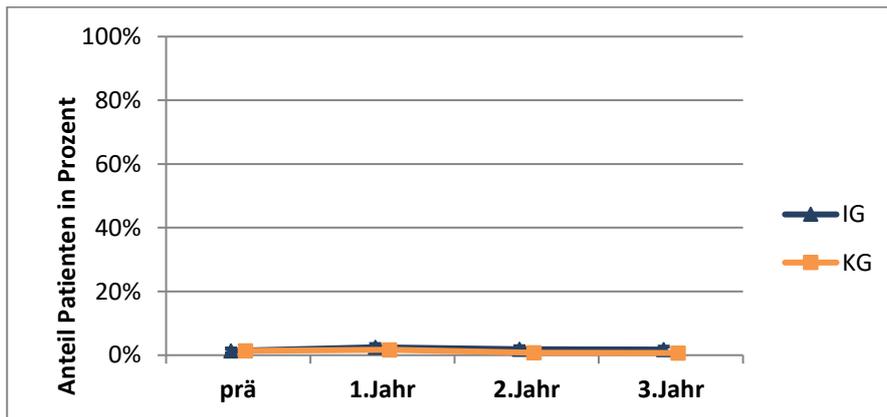
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

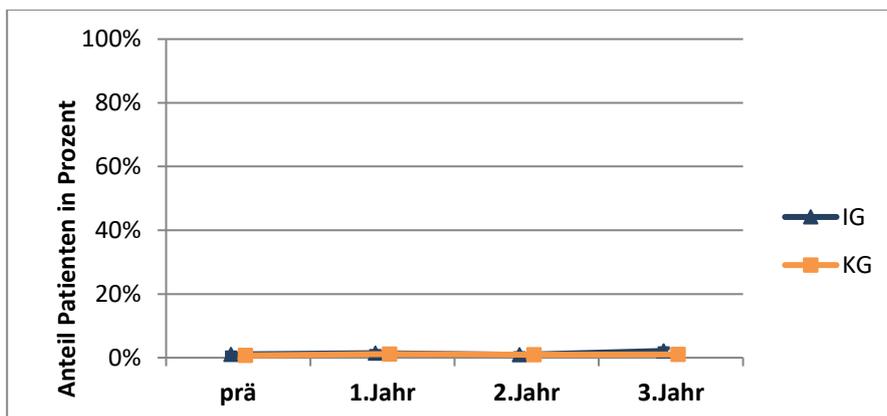
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaushopping ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG=891, KG=879;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG=1.129, KG=1.130) 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>790</b>	<b>790</b>	<b>790</b>	<b>790</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>776</b>	<b>778</b>	<b>769</b>	<b>765</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	0,8%	2,3%	0,6%	1,5%
• Vier (B)	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Fallzahl zu klein

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

Abbildung 10 die Interaktionsdiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>540</b>	<b>540</b>	<b>537</b>	<b>536</b>	<b>485</b>	<b>485</b>	<b>483</b>	<b>478</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	228	375	168	137	201	363	150	113
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,6	1,5	1,8	1,5	1,5	1,6	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,7	71,6	26,2	15,1	17,5	62,4	20,0	12,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,0%	13,9%	6,5%	4,1%	20,0%	12,8%	4,6%	4,6%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	13	22	15	15	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,4	1,4	1,5	1,0	1,6	1,3	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	1,1	0,5	0,7	0,2	0,4	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>468</b>	<b>468</b>	<b>467</b>	<b>465</b>	<b>483</b>	<b>483</b>	<b>481</b>	<b>476</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	215	225	140	137	224	250	148	133
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,9	1,7	1,7	1,7	2,0	2,0	2,0	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	33,0	42,7	19,6	18,1	30,8	35,8	19,0	20,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	12,4%	7,7%	3,9%	4,1%	11,2%	5,4%	6,0%	4,8%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	34	27	21	23	25	25	15	16
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,3	2,1	1,8	1,7	2,2	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,6	0,9	0,8	1,7	1,2	1,0	0,7	1,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

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

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

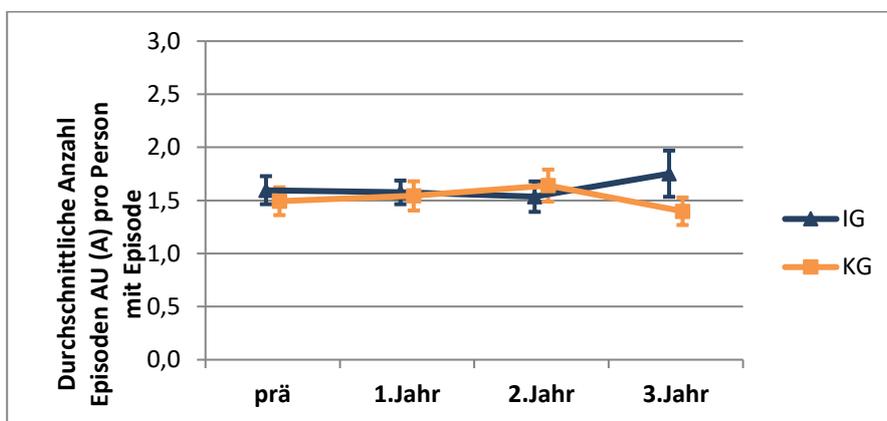
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

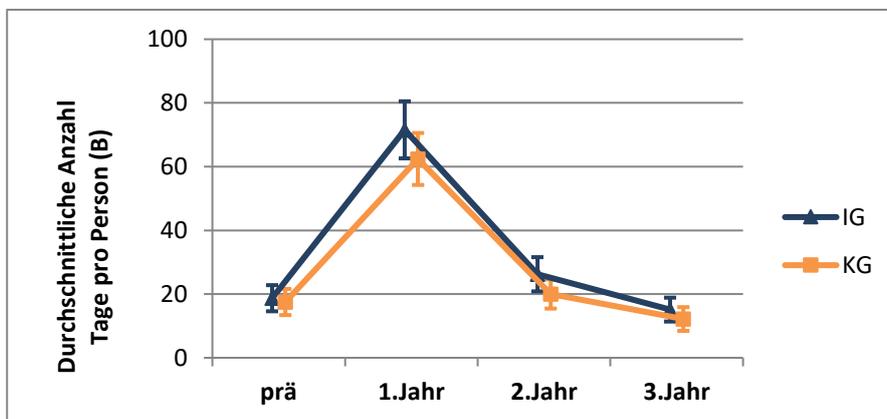
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

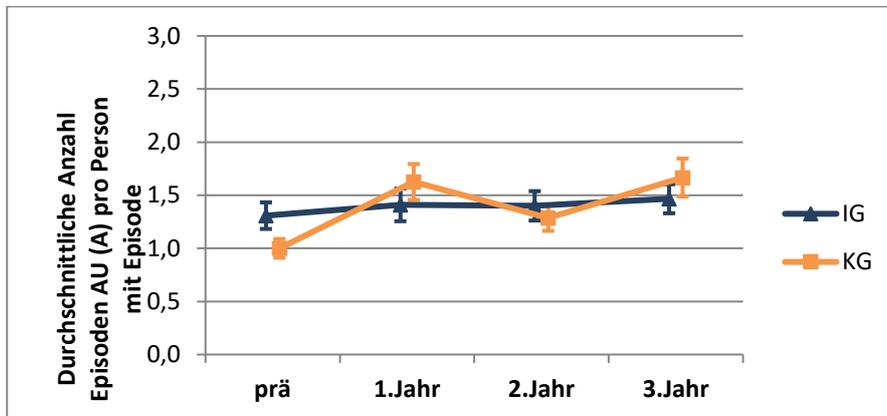


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

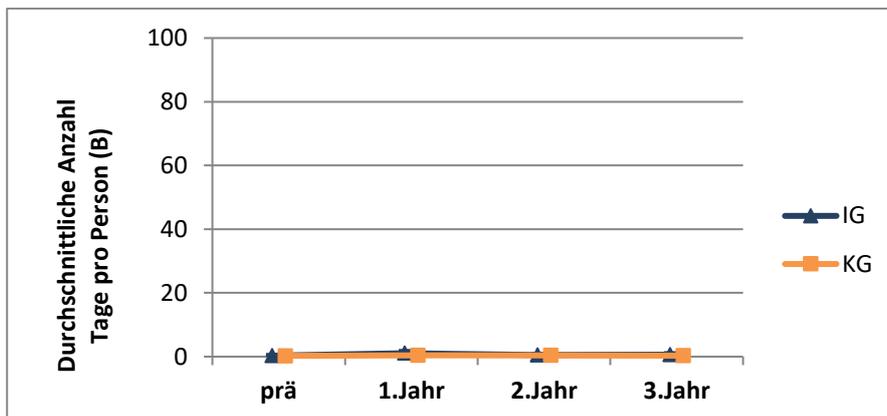


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



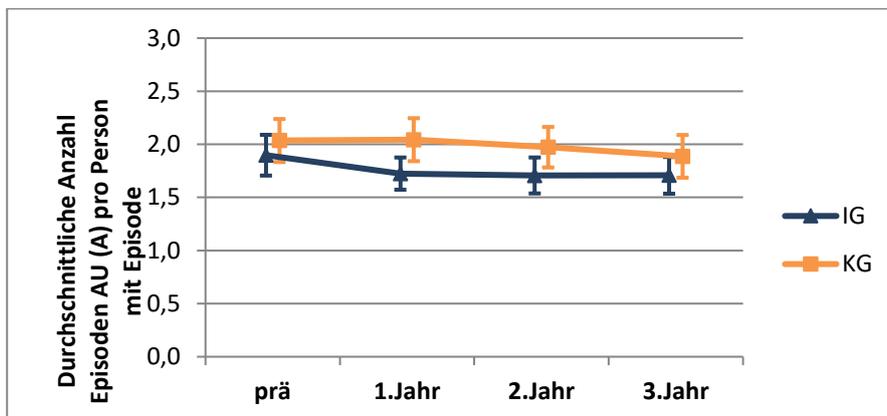
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

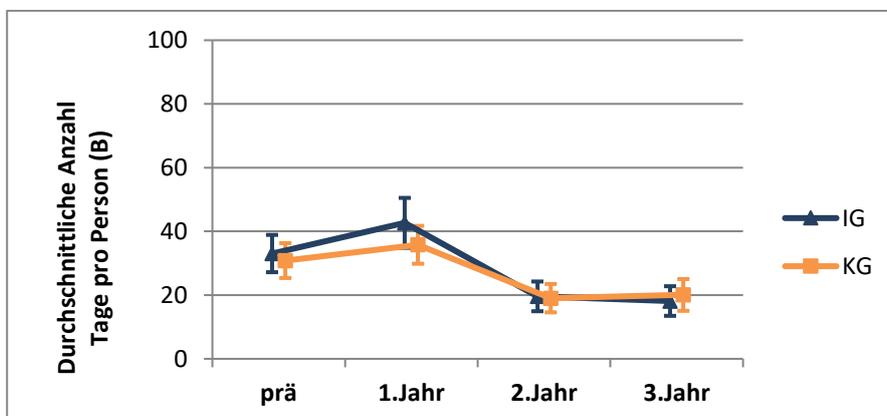
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

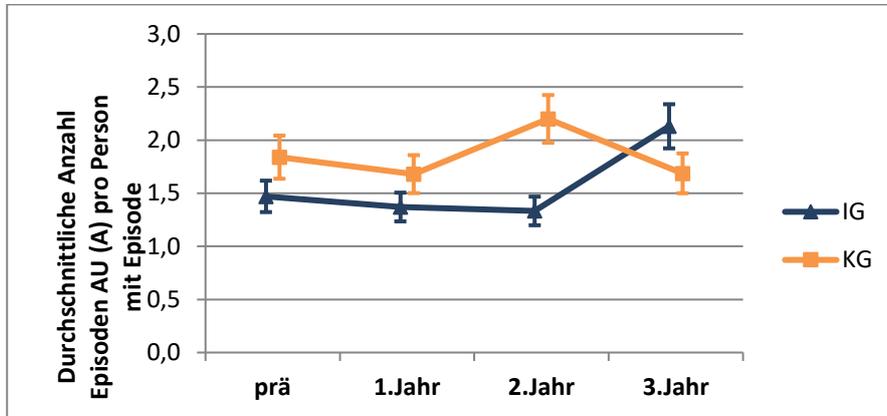


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

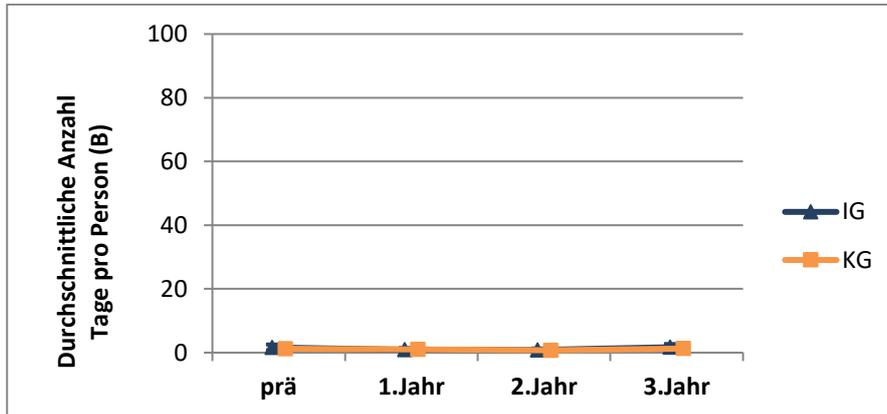


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner) mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{klinikenneu}}$ : IG=540, KG=485;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG=468, KG=483). 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.

Bei den klinikenneuen Patienten war die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in den ersten Jahren vergleichbar (ca. 1,5 AU-Episoden). Vom zweiten zum dritten patientenindividuellen Jahr erhöhte sich die Anzahl AU-Episoden in der IG und verringerte sich in der KG (IG: +0,3; KG: -0,2 AU-Episoden).

Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar mit jeweils höherer Anzahl an AU-Tagen (ab dem ersten patientenindividuellen Jahr) in der IG im Vergleich zur KG und größerem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr (Prä: -1,2; 1. Jahr: +9,1; 2. Jahr: +6,2; 3. Jahr: +3,0 AU-Tage). Auch war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (IG: +52,8; KG: +44,9 AU-Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = +7,14$  AU-Tage).

Bei den klinikbekanntem Patienten war die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG stets geringer als in der KG (Prä: -0,1; 1. Jahr: -0,3; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,2 AU-Episoden). Signifikante Veränderungen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach gab es jedoch nicht.

Bezüglich der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikbekanntem Patient ist ein vergleichbares Muster mit Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und vergleichbarem Abfall vom ersten zum zweiten patientenindividuellen Jahr zu verzeichnen. Dabei war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (IG: +9,6; KG: +4,9 AU-Tage). Dieser Unterschied war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = +4,61$  AU-Tage).

**Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>505</b>	<b>505</b>	<b>485</b>	<b>485</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	208	314	183	362
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,6	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	20,0	61,4	18,3	60,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,2%	11,1%	16,9%	14,4%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	15	19	<10	15
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,2	1,3	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,5	0,5	0,1	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

**Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

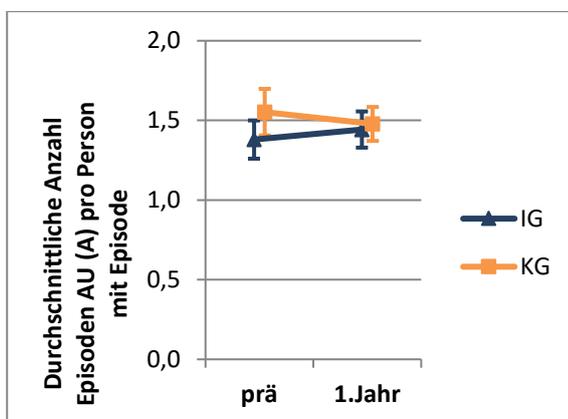
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

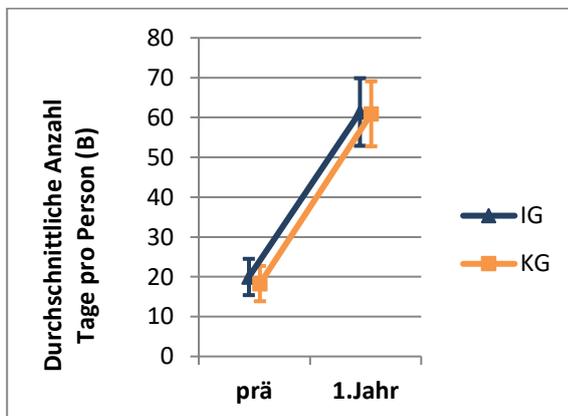
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Abbildung 11 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 12 die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 318 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=505 und 485) war der Anteil an *AU-Episoden* vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG vergleichbar (nur sehr geringer Anstieg in der IG und geringer Abfall in der KG, statistisch nicht signifikant). Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (+41,4 AU-Tage) etwas weniger stark als in der KG (+42,6 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -1,21$  AU-Tage).

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant größer und im zweiten Jahr statistisch signifikant geringer als in der KG. Im dritten Jahr war der Unterschied nicht statistisch signifikant verschieden voneinander.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Tagen in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit affektiven Störungen, während Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen eine signifikant geringere Dauer an AU-Tagen aufwiesen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 318 ff.).

### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

**Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>238</b>	<b>434</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	35,3% 100,3	29,0% 107,6
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>107</b>	<b>197</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	17,2% 97,8	14,3% 90,6
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>54</b>	<b>74</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	8,8% 87,3	4,6% 37,9

<sup>1</sup> 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.

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

**Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

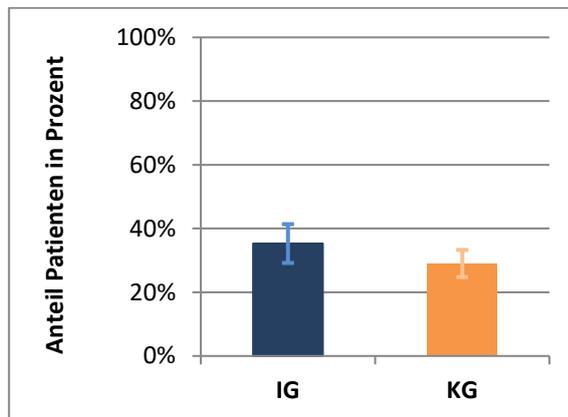
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

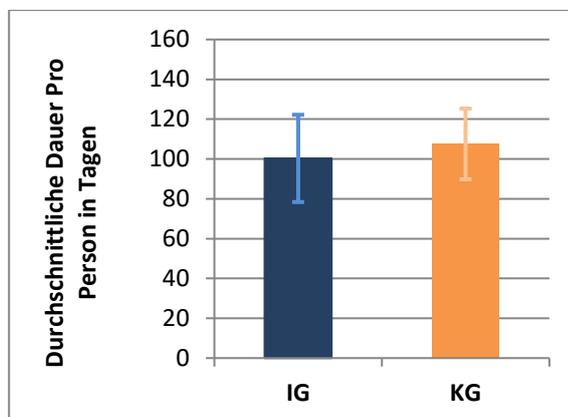


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten

mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=238 und 434) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt in der IG im patientenindividuellen ersten Jahr etwas höher als in der KG (IG: 35,3%; KG: 29,0%). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 100,3 Tage; KG: 107,6 Tage).

### 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
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>893</b>	<b>893</b>	<b>824</b>	<b>805</b>	<b>881</b>	<b>881</b>	<b>830</b>	<b>795</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,1	3,7	3,1	3,1	2,9	3,5	3,0	2,9

#### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.059</b>	<b>1.007</b>	<b>1.131</b>	<b>1.131</b>	<b>1.079</b>	<b>1.033</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	4,0	3,9	4,0	3,5	3,6	3,6	3,7

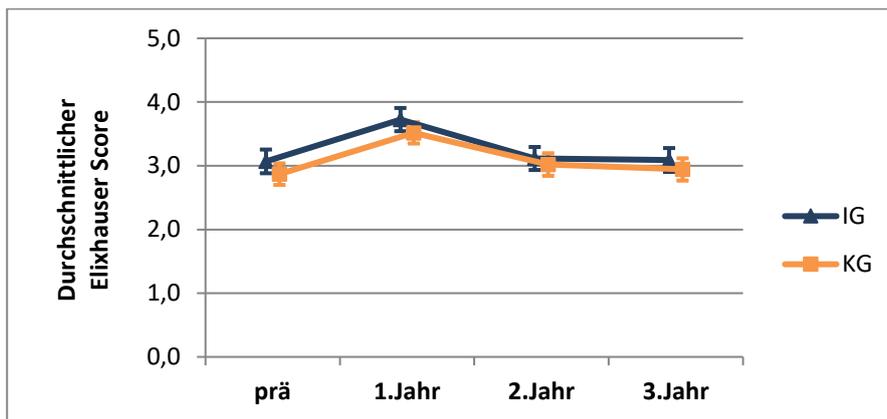
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**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**

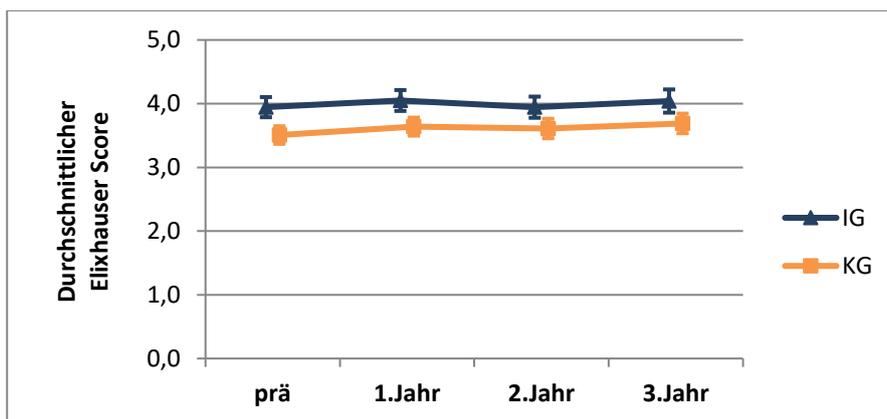


**Klinikbekannte Patienten**

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=893, KG=881;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.130, KG=1.131) war der Verlauf des durchschnittlichen Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten vergleichbar. Dabei wies die IG sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets einen etwas höheren Score im Vergleich zur KG auf (Klinikneu: +0,1 bis +0,2; Klinikbekannt: +0,3 bis +0,4).

**Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>791</b>	<b>791</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	4,0 3 2 - 5	3,5 3 2 - 4
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (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"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,5 2 1 - 4	2,2 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	1,4 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

**Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****(ohne Unterscheidung in klinikneuen 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.

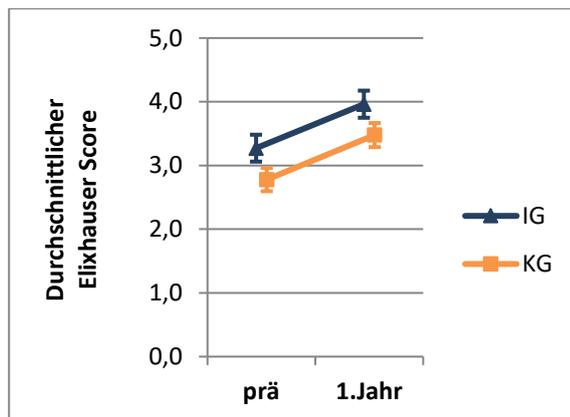
**Mittlerer Elixhauser Score**

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 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung im Anstieg zwischen IG und KG. Beide Verläufe verliefen parallel, wobei die IG stets höhere Scores im Vergleich zur KG aufwies.

### 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
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>893</b>	<b>893</b>	<b>893</b>	<b>881</b>	<b>881</b>	<b>881</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	7,7 %	9,9 %	12,1 %	5,8 %	9,8 %	12,0 %

#### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.130</b>	<b>1.131</b>	<b>1.131</b>	<b>1.131</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,3 %	10,9 %	15,4 %	4,6 %	8,7 %	12,3 %

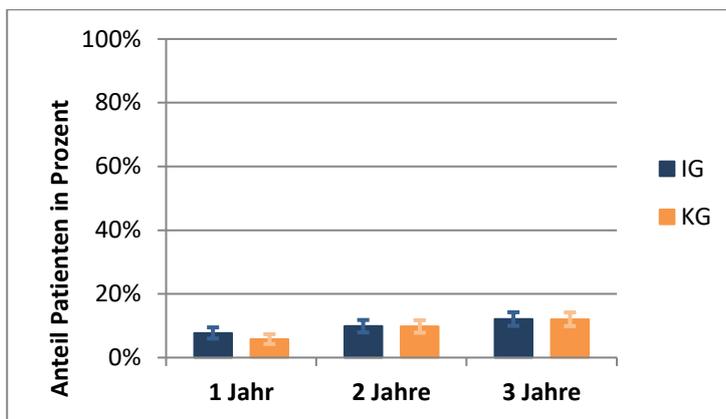
**Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**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**

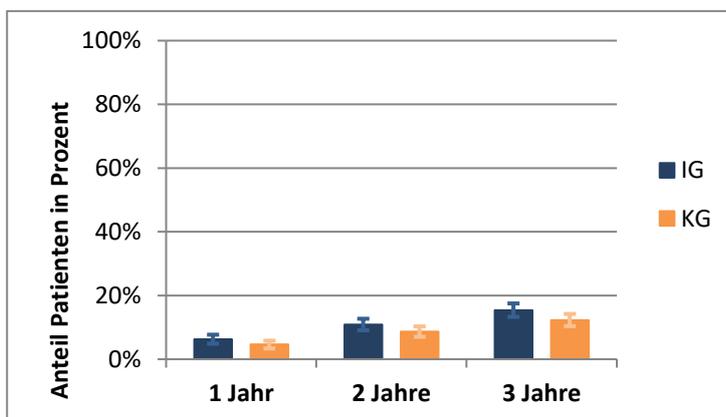


**Klinikbekannte Patienten**

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=893, KG=881;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.130, KG=1.131) zeigten sich bei Klinikneuen und den Klinikbekannten Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG. Die etwas höhere 1-Jahres Mortalität in der IG (+1,9%-Punkte) war für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant (RR = 1,63).

**Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	791	791
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,2 %	4,2 %

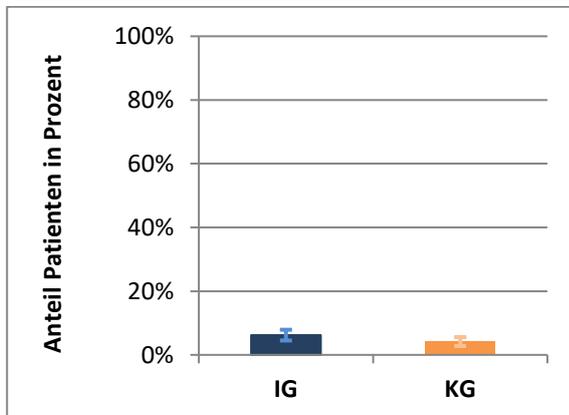
**Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**

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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt-ten 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 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der IG marginal höher als in der KG (+2,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht 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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>824</b>	<b>805</b>	<b>785</b>	<b>830</b>	<b>795</b>	<b>775</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	233	269	284	250	269	281
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	498	504	506	482	482	469
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	567	552	537	595	570	552
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	22,3 %	25,3 %	25,7 %	23,2 %	24,9 %	28,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,4 %	5,0 %	5,7 %	4,8 %	6,2 %	8,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	15,7 %	18,5 %	23,3 %	14,1 %	17,5 %	20,8 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> 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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.059</b>	<b>1.007</b>	<b>956</b>	<b>1.079</b>	<b>1.033</b>	<b>992</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	153	167	193	208	220	252
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	517	497	469	503	490	481
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	584	550	523	652	616	592
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	15,7 %	19,2 %	21,2 %	11,1 %	15,5 %	20,6 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,3 %	4,2 %	5,5 %	1,8 %	3,9 %	4,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	4,5 %	9,1 %	13,4 %	5,7 %	10,7 %	15,4 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

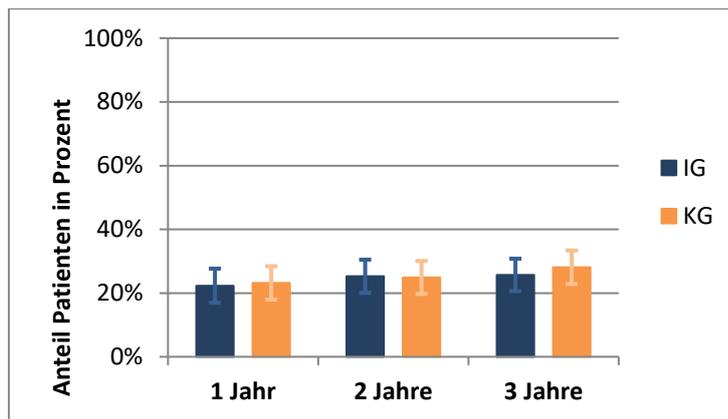
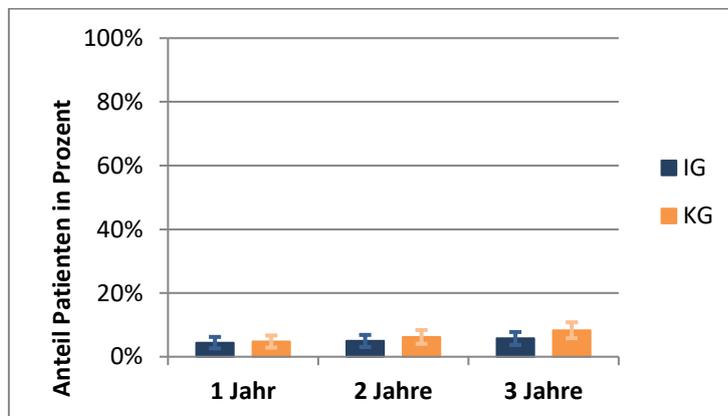
**Klinikneue Patienten**

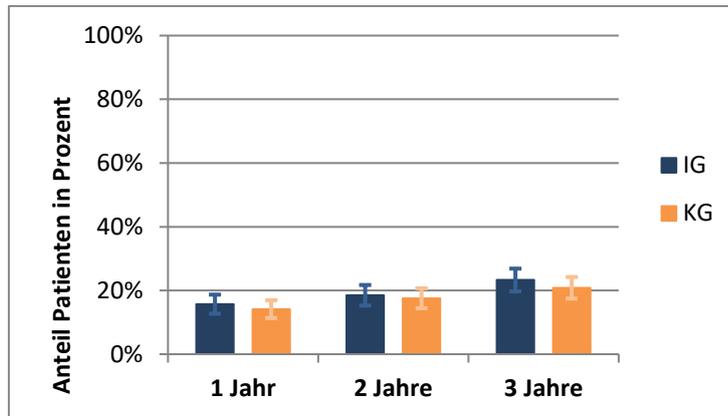
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

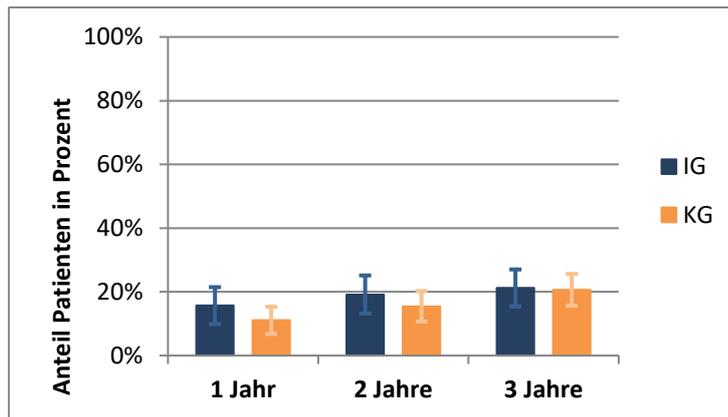
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

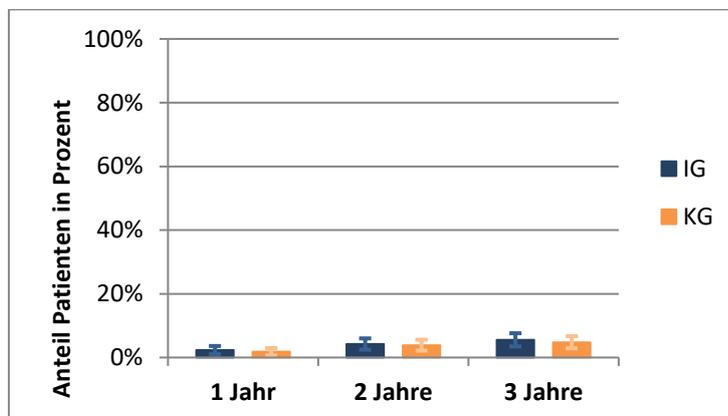
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

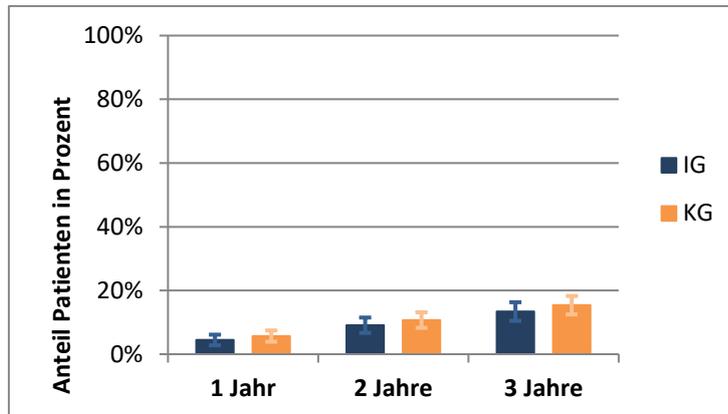
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Progression A (→ schwere depressive Störung)



#### Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{linikneu}}$ : IG=824, KG=830;  $n_{\text{linikbekannt}}$ : IG=1.059, KG=1.079) 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. Dabei entwickelten klinikneue Patienten der IG in allen Jahren zu leicht geringen Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) und zu leicht höheren Anteilen eine Suchterkrankung (Progression C). Bei den klinikbekannten Patienten entwickelte in der IG in allen Jahren ein leicht höherer Anteil eine schwere depressive Episode (Progression A) und eine rezidivierende depressive Störung (Progression B), aber zu leicht geringeren Anteilen eine Suchterkrankung (Progression C).

**Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>742</b>	<b>758</b>
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depressive Episode<sup>1</sup></li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup></li> <li>• ohne Suchterkrankung<sup>5</sup></li> </ul>	253 423 515	231 401 565
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depr. Episode<sup>1</sup> zu schwere depr. Epi.<sup>2</sup> (A)</li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung<sup>4</sup> (B)</li> <li>• Entwicklung einer Suchterkrankung<sup>5</sup> (C)</li> </ul>	24,5 % 3,5 % 17,1 %	21,6 % 3,7 % 15,6 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

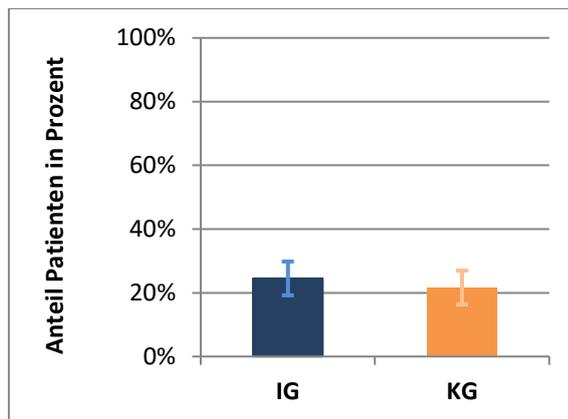
<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Progression A** (→ schwere depressive Störung)**Progression B** (→ rezidivierende depressive Störung)

Fallzahl zu klein

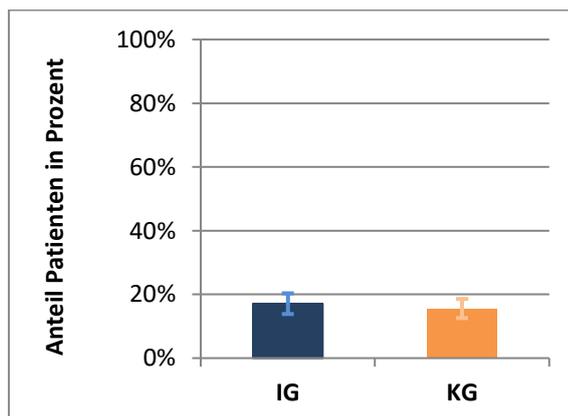
**Progression C** (→ Suchterkrankung)

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 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der IG höher als in der KG. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Der Anteil an Patienten mit Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (RR = 1,47).

### 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**

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>15</b> 13,3 %</p>	<p><b>52</b> 0,0 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>51</b> 0,0 %</p>	<p><b>55</b> 3,6 %</p>

<sup>3</sup> ICD-10: F10.2

<sup>4</sup> Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

<sup>5</sup> ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,

<sup>6</sup> ATC-Code: N07BB03

<sup>7</sup> ATC-Code: N07BB04

<sup>8</sup> 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**

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>100</b> 7,0 %</p>	<p><b>99</b> 3,0 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p><b>14</b> 21,4 %</p>	<p><b>13</b> 53,8 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p><b>46</b> 37,0 %</p>	<p><b>45</b> 37,8 %</p>

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

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

<sup>3</sup> ICD-10: F00

<sup>4</sup> ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

<sup>5</sup> ACT-Code: N06DX01

<sup>6</sup> ICD-10: F00, F01, F02, F03

<sup>7</sup> 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
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>292</b></p> <p>52,7 %</p>	<p><b>237</b></p> <p>42,6 %</p>
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>256</b></p> <p>22,3 %</p>	<p><b>285</b></p> <p>15,4 %</p>

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> ACT Code: N06A

<sup>7</sup> 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)

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (RR = 1,33).

Auch der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (RR = 1,93).

## Schizophrenie

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

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

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

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

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>41</b></p> <p style="text-align: center;">80,5 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>42</b></p> <p style="text-align: center;">90,5 %</p>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>22</b></p> <p style="text-align: center;">100,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>28</b></p> <p style="text-align: center;">92,9 %</p>
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b></p> <p style="text-align: center;">28,6 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>16</b></p> <p style="text-align: center;">25,0 %</p>

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

<sup>3</sup> ACT-Codes: N05A

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

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> ≥ 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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

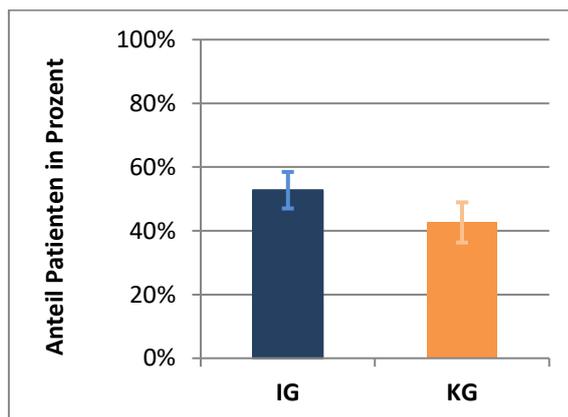
**Demenz E**

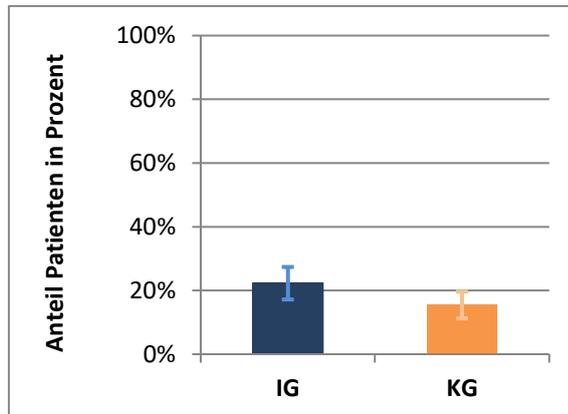
Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

**Depression G**



**Depression I****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 finden sich im Anhang (Seite 251 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 266 ff.).

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

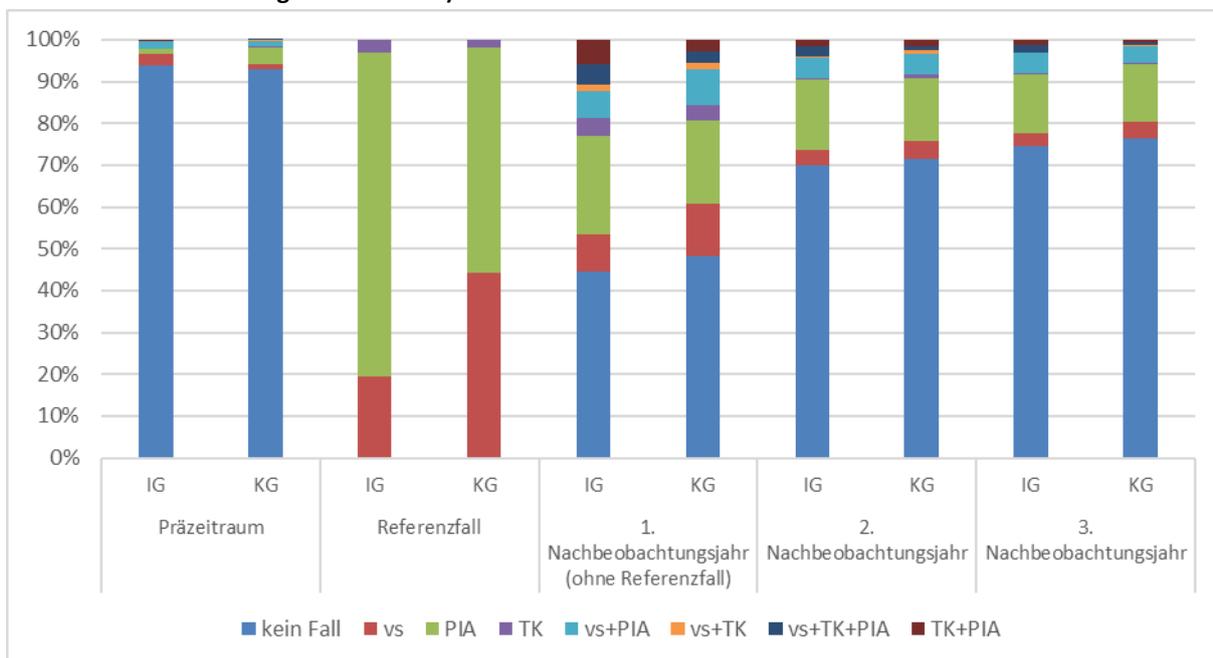
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr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

#### Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000				44	25	0,188	21	<10	0,212	13	5	0,923
vs+TK		<10	1,000				15	12	0,724	<10	<10	1,000		<10	1,000
vs+PIA	16	13	1,000				56	78	0,245	40	43	1,000	41	31	1,000
TK+PIA	<10		1,000				51	24	0,021	13	13	1,000	11	<10	1,000
vs	25	12	0,356	175	391	<0,001	79	110	0,113	31	36	1,000	24	33	1,000
TK		<10	1,000	28	16	0,102	40	30	0,597	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	10	35	0,002	690	474	<0,001	210	176	0,321	140	123	1,000	114	108	1,000
kein Fall	838	818	1,000				398	426	0,363	576	594	1,000	601	607	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>893</b>	<b>881</b>	<b>0,012</b>	<b>893</b>	<b>881</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>893</b>	<b>881</b>	<b>0,001</b>	<b>825</b>	<b>830</b>	<b>0,694</b>	<b>805</b>	<b>795</b>	<b>1,000</b>

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

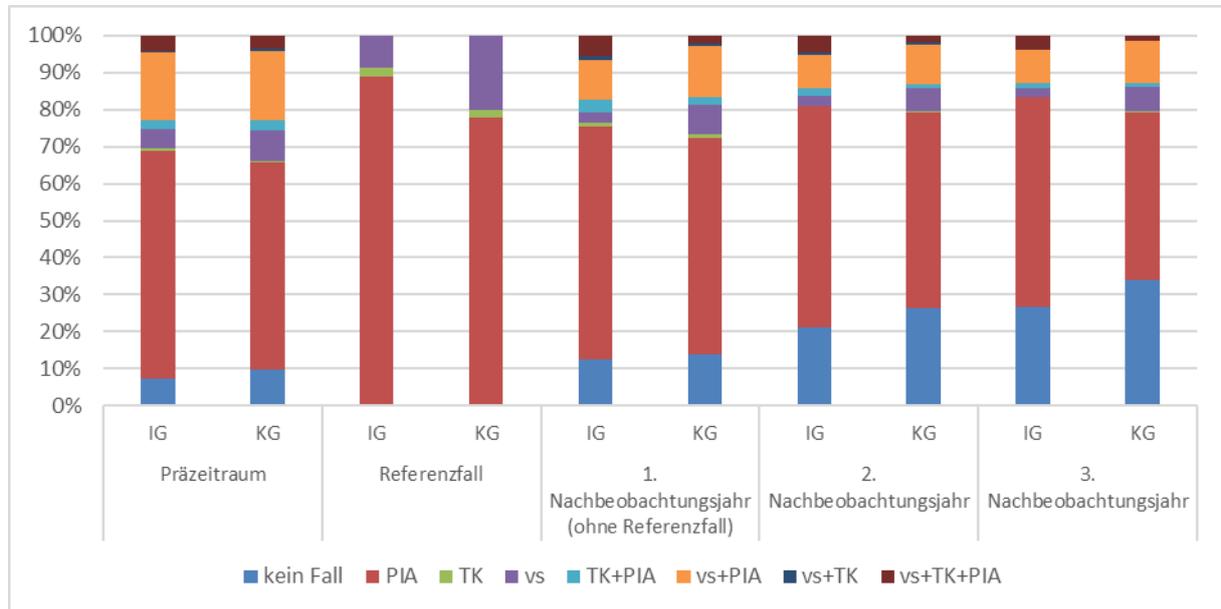


**Klinikbekannte Patienten**

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	49	39	1,000				63	24	<0,001	47	20	0,007	37	13	0,004
vs+TK	<10	10	0,477				10	<10	1,000	<10	<10	0,747	<10	<10	1,000
vs+PIA	207	210	1,000				123	157	0,179	97	116	0,495	89	118	0,256
TK+PIA	28	31	1,000				38	24	0,374	23	12	0,307	15	11	1,000
vs	56	92	0,027	98	226	<0,001	30	92	<0,001	29	67	0,001	23	66	<0,001
TK	<10	<10	1,000	29	25	0,677	13	11	1,000		<10	0,307	<10	<10	1,000
PIA	696	633	0,052	1003	880	<0,001	710	658	0,158	632	571	0,011	570	470	<0,001
kein Fall	84	109	0,431				143	159	1,000	224	283	0,034	268	350	0,003
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1130</b>	<b>1131</b>	<b>0,044</b>	<b>1130</b>	<b>1131</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1130</b>	<b>1131</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1059</b>	<b>1079</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1007</b>	<b>1034</b>	<b>&lt;0,001</b>

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatten in der IG im Prä-Zeitraum signifikant weniger Patienten einen PIA-Aufenthalt (vgl. Tabelle 30 und Abbildung 23). Zum Referenzfall hatten in der IG wiederum signifikant mehr Individuen einen PIA-Aufenthalt und signifikant weniger einen vollstationären Aufenthalt im Vergleich zur KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ohne Referenzfall wurden mehr Patienten der IG im tagesklinischen + PIA-Setting behandelt. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting zwischen den Gruppen.

Bei den Klinikbekannten wurden in der IG im Prä-Zeitraum signifikant weniger Patienten vollstationär behandelt (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 24). Ebenso hatten in der IG signifikant weniger Patienten ihren Referenzfall vollstationär, während signifikant mehr Individuen der IG ihren Referenzfall in der PIA hatten. Ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich signifikante Unterschiede im Behandlungssetting zwischen den Gruppen. In den letzten beiden Nachbeobachtungsjahren hatte die IG u.a. signifikant mehr Patienten mit PIA-Aufenthalt und signifikant weniger Individuen ohne Fall.

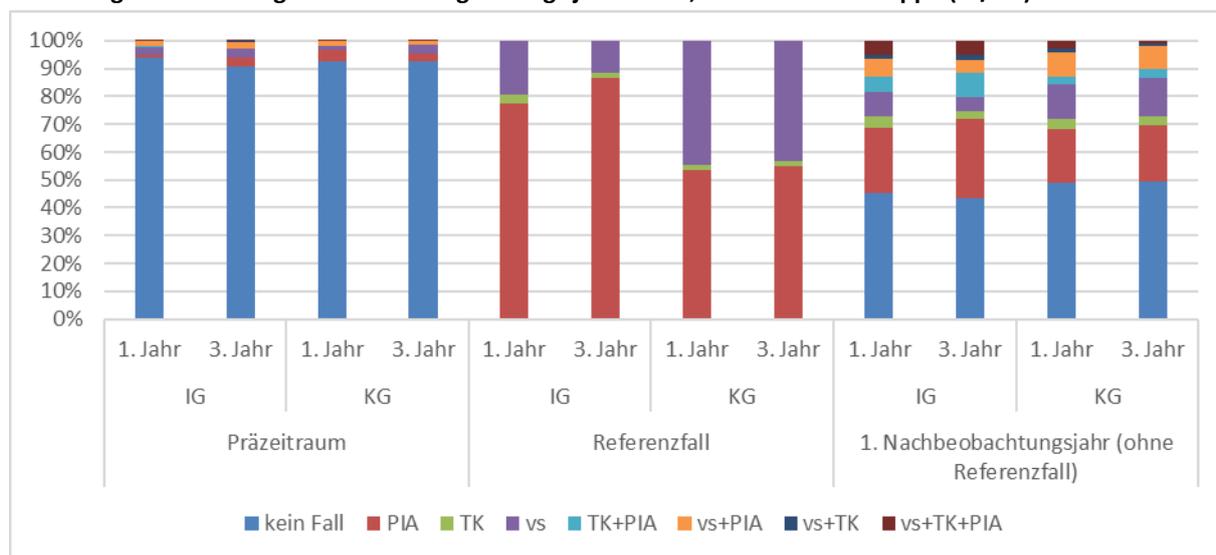
### Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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)**

Behandlungs- setting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3						
vs+TK+PIA	<10	<10	<10	<10					45	40	25	<10
vs+TK		<10	<10	<10					15	15	14	<10
vs+PIA	16	18	15	11					58	36	80	66
TK+PIA	<10			<10					51	68	24	22
vs	26	25	13	22	178	90	410	341	80	42	114	110
TK			<10		30	15	17	16	40	21	34	28
PIA	10	26	38	25	713	686	494	434	215	224	179	157
kein Fall	865	719	852	731					417	345	451	392
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>921</b>	<b>791</b>	<b>921</b>	<b>791</b>	<b>921</b>	<b>791</b>	<b>921</b>	<b>791</b>	<b>921</b>	<b>791</b>	<b>921</b>	<b>791</b>

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



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

Im Vergleich der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr kam es weder im Prä-Zeitraum, noch im Referenzfall, noch im ersten Nachbeobachtungsjahr zu nennenswerten Verwerfungen in der IG bzw. KG (vgl. Tabelle 32 und Abbildung 25). Zum Referenzfall stieg in der IG vom ersten zum dritten Jahr der Anteil an PIA-Fällen im Zeitverlauf an.

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

## 9.2 Leistungserbringung

Die Intensität der Behandlungen lässt sich über die als OPS-Schlüssel dokumentierten Therapieeinheiten abschätzen. Hierzu wurden für jeden Patienten die Therapieeinheiten je Behandlungssetting im jeweiligen Beobachtungszeitraum kumuliert und die durchschnittlichen Werte je Untersuchungsgruppe (IG/KG) miteinander verglichen.<sup>1</sup> 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.

---

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

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	893	881	893	881	893	881	893	881	893	881	893	881	825	830	825	830
N mit mind. einem Fall	43	27	<10	<10	175	391	28	16	194	225	150	91	94	93	38	34
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,1	0,0	0,0	0,3	1,2	0,2	0,2	0,8	1,4	1,1	1,0	0,3	0,3	0,2	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,3	0,0	0,0	0,9	3,6	0,5	0,3	2,4	3,5	2,6	2,0	1,1	0,7	0,5	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,1	0,1	-	-	0,2	0,1	-	-	0,1	0,0	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	-	-	0,2	0,9	-	-	0,4	0,4	-	-	0,3	0,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0,2	0,6	-	0,3	-	0,0	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0	0,1	0,7	-	0,3	-	0,1	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	-	-	-	-	0,1	-	-	0,3	0,4	-	0,0	0,1	-	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	-	-	0,1	-	-	0,3	0,3	-	0,0	0,1	-	-	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>1,5</b>	<b>5,9</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	<b>4,7</b>	<b>7,5</b>	<b>3,6</b>	<b>3,6</b>	<b>1,9</b>	<b>1,2</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	893	881	893	881	893	881	893	881	893	881	893	881	825	830	825	830
N mit mind. einem Fall	43	27	<10	<10	175	391	28	16	194	225	150	91	94	93	38	34
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,9	3,7	6,8	3,3	1,7	2,7	6,1	8,9	3,7	5,3	6,3	9,3	2,7	2,3	4,3	8,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	16,6	10,0	9,5	6,0	4,4	8,1	15,8	15,2	10,9	13,8	15,2	19,7	9,4	6,1	9,9	15,9
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	0,2	-	-	0,4	0,2	-	-	0,8	0,4	-	-	0,8	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,3	3,0	-	-	1,2	1,9	-	-	2,0	1,7	-	-	2,6	1,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	1,3	-	6,7	-	0,1	-	0,6	0,8	2,5	-	2,6	-	0,3	0,2	1,3
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	1,6	-	8,0	-	0,0	-	0,8	0,6	2,8	-	2,9	-	0,7	0,2	1,4
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,3	-	-	-	-	0,1	-	-	1,4	1,4	-	0,1	0,7	-	-	0,4
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	-	-	-	-	0,1	-	-	1,4	1,3	-	0,0	0,5	-	-	0,5
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>29,3</b>	<b>19,8</b>	<b>16,3</b>	<b>24,0</b>	<b>7,7</b>	<b>13,3</b>	<b>21,9</b>	<b>25,4</b>	<b>21,5</b>	<b>29,2</b>	<b>21,5</b>	<b>34,7</b>	<b>16,7</b>	<b>10,5</b>	<b>14,6</b>	<b>27,4</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	891	879	891	879	891	879	823	828	803	793
N mit mind. einem Fall	29	47	688	472	360	302	213	186	178	150
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	0,8	0,5	1,3	0,8	0,9	0,8	0,8	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,1	0,6	0,2	0,5	0,2	0,4	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,1</b>	<b>0,3</b>	<b>1,2</b>	<b>0,9</b>	<b>2,2</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</b>	<b>1,5</b>

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	891	879	891	879	891	879	823	828	803	793
N mit mind. einem Fall	29	47	688	472	360	302	213	186	178	150
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	3,5	1,1	1,0	3,2	2,5	3,6	3,8	3,6	3,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	1,6	0,0	0,3	1,0	1,6	1,7	2,3	2,6	2,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,4	0,2	1,4	0,6	1,8	0,9	1,9	1,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>2,8</b>	<b>5,4</b>	<b>1,6</b>	<b>1,6</b>	<b>5,6</b>	<b>4,6</b>	<b>7,1</b>	<b>7,0</b>	<b>8,1</b>	<b>8,0</b>

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.059	1.079	1.059	1.079
N mit mind. einem Fall	315	351	87	87	98	226	29	25	226	279	124	65	180	208	77	42
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	1,1	0,4	0,6	0,1	0,4	0,2	0,2	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,6	0,3	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,2	3,8	1,4	1,6	0,4	1,5	0,4	0,4	2,0	3,0	1,4	0,9	1,8	2,4	0,7	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	-	0,0	0,0	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,9	1,3	-	-	0,1	0,6	-	-	0,6	0,9	-	-	0,9	0,9	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2	-	0,1	-	0,0	-	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	-	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,2	-	0,2	-	0,1	-	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,1	0,0	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	-	-	-	0,1	-	-	0,0	0,2	-	0,1	-	0,1	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	-	-	0,1	-	-	0,0	0,2	-	0,1	-	0,1	-	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>7,3</b>	<b>7,2</b>	<b>1,8</b>	<b>2,5</b>	<b>0,7</b>	<b>2,7</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>2,0</b>	<b>1,8</b>	<b>3,6</b>	<b>4,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.130	1.131	1.059	1.079	1.059	1.079
N mit mind. einem Fall	315	351	87	87	98	226	29	25	226	279	124	65	180	208	77	42
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5	3,4	5,7	8,0	1,6	1,8	6,3	8,4	3,3	3,0	5,6	7,5	3,6	3,2	4,0	5,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	15,2	12,2	18,0	21,4	5,1	7,4	16,0	17,9	9,9	12,0	12,7	16,2	10,6	12,5	9,7	13,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,6	-	-	0,5	0,2	-	-	0,7	0,7	-	-	0,4	0,9	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	7,0	4,3	-	-	1,1	2,9	-	-	2,9	3,7	-	-	5,5	4,7	0,1	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,5	-	1,6	-	0,2	-	3,0	0,4	0,3	0,0	2,1	0,5	0,1	-	2,6
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,7	-	2,0	-	0,3	-	4,3	0,4	0,3	0,0	2,9	0,4	0,1	-	2,5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,8	-	-	-	0,4	-	-	0,2	0,6	-	1,1	-	0,5	-	1,5
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	0,8	-	-	-	0,3	-	-	0,2	0,7	-	1,2	-	0,4	-	0,8
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>26,1</b>	<b>23,3</b>	<b>23,6</b>	<b>33,1</b>	<b>8,3</b>	<b>13,5</b>	<b>22,3</b>	<b>33,6</b>	<b>18,0</b>	<b>21,3</b>	<b>18,3</b>	<b>31,0</b>	<b>20,9</b>	<b>22,4</b>	<b>13,8</b>	<b>25,6</b>

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.129	1.130	1.129	1.130	1.129	1.130	1.058	1.078	1.006	1.033
N mit mind. einem Fall	978	912	1.002	879	933	862	798	718	710	611
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,1	3,6	0,6	1,1	3,1	3,1	3,4	3,2	3,6	3,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,1	3,9	0,2	1,2	2,0	4,2	2,7	4,2	2,7	4,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,2	0,5	1,0	0,2	1,3	0,5	1,1	0,5	0,9	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,4	0,2	0,1	0,1	0,3	0,1	0,3	0,1	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>5,5</b>	<b>8,4</b>	<b>2,1</b>	<b>2,5</b>	<b>6,4</b>	<b>8,1</b>	<b>7,2</b>	<b>8,3</b>	<b>7,3</b>	<b>8,5</b>

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.129	1.130	1.129	1.130	1.129	1.130	1.058	1.078	1.006	1.033
N mit mind. einem Fall	978	912	1.002	879	933	862	798	718	710	611
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,5	4,5	0,7	1,4	3,7	4,1	4,5	4,9	5,2	5,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,3	4,9	0,3	1,5	2,4	5,5	3,6	6,3	3,8	7,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,4	0,6	1,2	0,3	1,5	0,7	1,5	0,8	1,3	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,5	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,5	0,1	0,5
<b>Gesamt</b>	<b>6,4</b>	<b>10,4</b>	<b>2,4</b>	<b>3,3</b>	<b>7,7</b>	<b>10,6</b>	<b>9,6</b>	<b>12,5</b>	<b>10,4</b>	<b>14,3</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich weder bei der stationären noch bei der tagesklinischen Leistungserbringung Unterschiede hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen den klinikneuen Patienten der IG und KG (vgl. Tabelle 33). Zum Referenzfall wurden in der IG signifikant weniger TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe & Therapeut/Pflege) und in Intensivbehandlung (Therapeut/Pflege) im vollstationären Setting erbracht. Im ersten Nachbeobachtungsjahr ohne Referenzfall erhielt die IG im vollstationären Setting signifikant weniger TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe) und in psychotherapeutischer Komplexbehandlung (Arzt/Psychologe & Therapeut/Pflege). Ebenso erhielt die IG im gleichen Zeitraum signifikant weniger TE in psychotherapeutischer Komplexbehandlung (Arzt/Psychologe & Therapeut/Pflege) im teilstationären Setting. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich weder im vollstationären noch im tagesklinischen Setting signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die IG hatte im Prä-Zeitraum signifikant weniger PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung (vgl. Tabelle 35). Zum Referenzfall hatte die IG signifikant mehr PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung, signifikant weniger ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung und mehr Kontakte sowohl mit als auch ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) hatte die IG signifikant mehr PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung. Ab dem ersten Nachbeobachtungsjahr bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr hatte die IG signifikant mehr PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung.

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede in der Höhe erbrachter TE im jeweiligen Behandlungssetting zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 37).

Zum Referenzfall erhielt die IG im vollstationären Setting signifikant weniger TE in Regelbehandlung (Arzt/Psychologe & Therapeut/Pflege), sowie in Intensivbehandlung (Therapeut/Pflege). Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) erhielt die IG im tagesklinischen Setting signifikant weniger TE in psychotherapeutischer Komplexbehandlung (Arzt/Psychologe & Therapeut/Pflege). Im zweiten Nachbeobachtungsjahr erhielt die IG signifikant mehr TE in Intensivbehandlung (Arzt/Psychologe) als die KG.

Die klinikneuen Patienten der IG hatten im Prä-Zeitraum in allen Kategorien weniger TE als die Patienten der KG, bis auf die aufsuchende Behandlung mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt (hier hatte die IG signifikant mehr Kontakte). Zum Referenzfall hatte die IG signifikant weniger TE ohne aufsuchende Behandlung (mit und ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt), während sie gleichzeitig signifikant mehr TE mit aufsuchender Behandlung (mit und ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt) hatte als die KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall), sowie im zweiten und im dritten Nachbeobachtungsjahr hatte die IG signifikant weniger PIA-Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne auf-

suchende Behandlung, signifikant mehr PIA-Kontakte mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung und signifikant weniger Kontakte ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung.

## 10. Ergebnisse: Kosten

### 10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

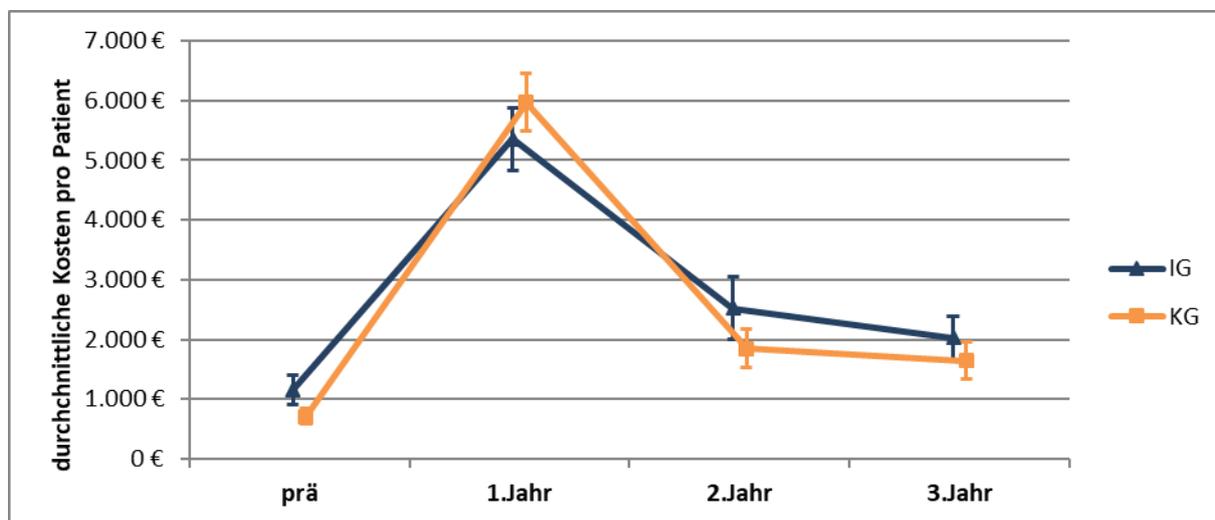
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	793	893	715	673	762	881	690	640
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.157,63 €</b>	<b>5.360,54 €</b>	<b>2.522,55 €</b>	<b>2.022,33 €</b>	<b>708,24 €</b>	<b>5.973,07 €</b>	<b>1.846,68 €</b>	<b>1.645,85 €</b>
Standardabweichung	3.826,26 €	8.001,39 €	7.598,54 €	5.163,56 €	1.963,93 €	7.341,67 €	4.818,98 €	4.497,92 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,97 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,20 €	524,62 €	46,96 €	23,79 €	24,38 €	609,11 €	26,90 €	16,98 €
Median	113,22 €	1.990,89 €	542,35 €	300,44 €	126,40 €	2.843,78 €	271,25 €	195,54 €
75%-Perzentil	640,44 €	7.321,04 €	1.846,54 €	1.221,78 €	514,16 €	9.366,64 €	1.374,96 €	1.098,36 €
Maximum	67.120,56 €	74.517,77 €	139.190,34 €	48.671,32 €	19.540,50 €	45.808,10 €	63.873,31 €	39.719,85 €

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



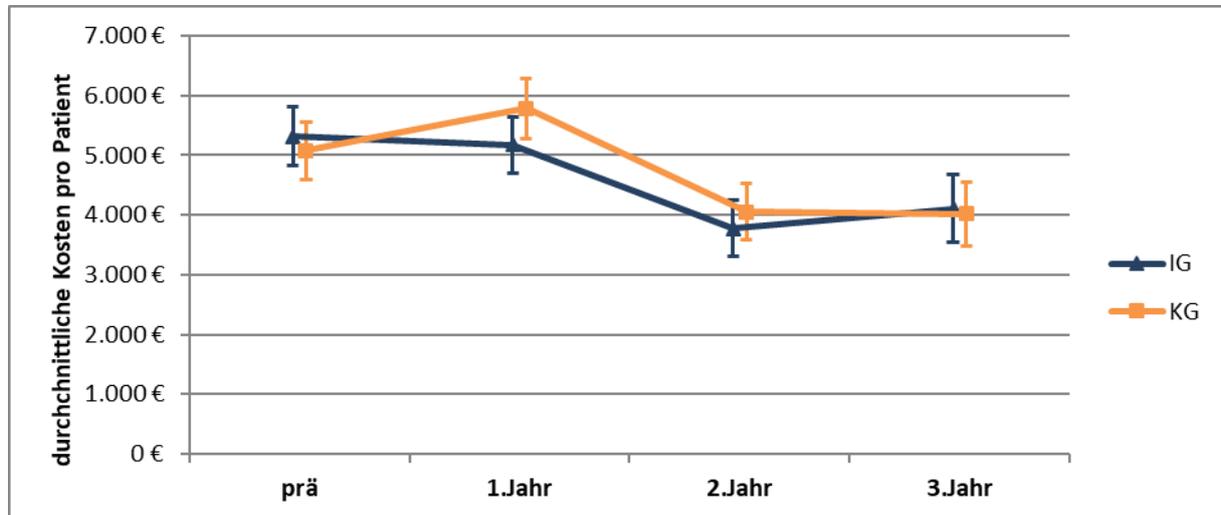
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	1.123	1.130	1.031	971	1.118	1.131	1.046	981
durchschnittliche Kosten	5.319,04 €	5.177,03 €	3.774,08 €	4.109,81 €	5.077,04 €	5.786,45 €	4.057,14 €	4.016,45 €
Standardabweichung	8.590,48 €	8.140,94 €	7.774,11 €	9.158,71 €	8.374,71 €	8.657,06 €	7.862,66 €	8.772,49 €
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	56,57 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	833,16 €	963,82 €	568,18 €	525,54 €	693,48 €	932,89 €	509,47 €	362,57 €
Median	1.784,83 €	1.919,38 €	1.255,26 €	1.186,82 €	1.716,67 €	2.060,96 €	1.198,21 €	1.139,42 €
75%-Perzentil	6.547,40 €	5.862,09 €	3.324,76 €	2.965,38 €	6.050,32 €	7.395,36 €	3.240,24 €	2.967,98 €
Maximum	82.441,66 €	70.024,42 €	103.693,49 €	107.014,97 €	85.396,80 €	71.114,17 €	85.981,66 €	92.154,55 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr hatte die IG im Prä-Zeitraum signifikant höhere durchschnittliche direkte psychiatrische Versorgungskosten im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 41 und Abbildung 26). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den Gruppen ergab. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums ab.

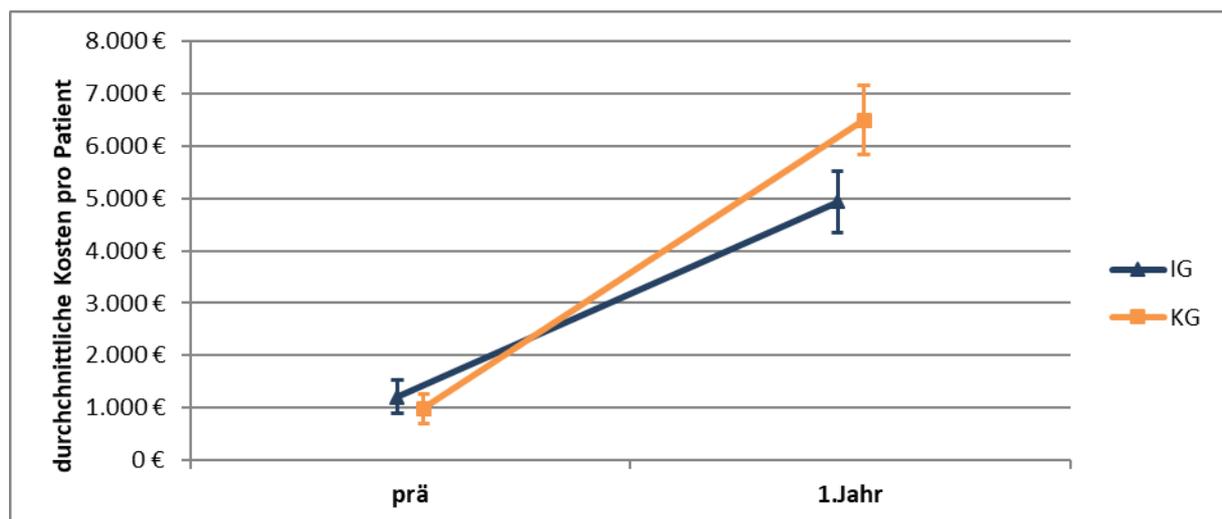
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 42 und Abbildung 27). Im ersten Jahr stiegen in der KG die Kosten an, während sie in der IG sanken. Zum zweiten und dritten Modelljahr sanken die Kosten in beiden Gruppen unterhalb des Niveaus des Prä-Zeitraums.

### 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-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	688	791	657	791						
durchschnittliche Kosten	1.207,01 €	4.934,12 €	977,89 €	6.493,46 €	229,12 €	0,275	-1.559,34 €	<0,001	-1.788,47 €	<0,001
Standardabweichung	4.426,73 €	8.399,69 €	3.899,14 €	9.509,99 €						
Minimum	0,00 €	42,08 €	0,00 €	109,88 €						
25%-Perzentil	24,92 €	483,30 €	19,90 €	677,37 €						
Median	117,30 €	1.539,88 €	106,11 €	2.775,72 €						
75%-Perzentil	705,77 €	6.171,44 €	458,57 €	9.004,41 €						
Maximum	56.961,91 €	72.601,52 €	48.349,57 €	123.203,31 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 43)

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant von denen der KG (vgl. Tabelle 43 und Abbildung 28). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant günstiger war. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeiterlauf um 1.788,47 € günstiger als die KG ( $p < 0,001$ ).

**Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

**Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.207,00 €	248,80 €	<0,001	251,69 €	506,96 €	0,620	380,40 €	243,05 €	0,118
Differenz KG-IG	-229,10 €	351,80 €	0,515	26,07 €	324,79 €	0,936	14,32 €	324,33 €	0,965
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	3.727,10 €	351,80 €	<0,001	1.421,48 €	741,26 €	0,055	1.862,64 €	383,19 €	<0,001
<b>Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)</b>	<b>-1.788,50 €</b>	<b>497,50 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-1.566,14 €</b>	<b>459,09 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-1.572,62 €</b>	<b>458,28 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Alter bis 29 J.				-898,34 €	397,87 €	0,024	-632,73 €	287,86	0,028
30 J. bis 47 J.				-300,18 €	368,14 €	0,415			
48 J. bis 64 J.				-275,30 €	363,63 €	0,449			
Weiblich				-13,96 €	238,20 €	0,953			
Erwerbstätig				454,81 €	375,41 €	0,226			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				588,35 €	795,77 €	0,460			
Referenzdiagnose F00				3.579,38 €	1.534,67 €	0,020	3.349,24 €	1498,40	0,025
Referenzdiagnose F01				2.118,41 €	1.121,69 €	0,059			
Referenzdiagnose F02*									
Referenzdiagnose F03				26,01 €	794,79 €	0,974			
Referenzdiagnose F07				602,17 €	1.926,27 €	0,755			
Referenzdiagnose F10				2.596,75 €	638,72 €	<0,001	2.168,96 €	498,78	<0,001
Referenzdiagnose F2x				10.905,18 €	777,29 €	<0,001	10.510,50 €	668,66	<0,001
Referenzdiagnose F3x				5.108,04 €	522,79 €	<0,001	4.736,29 €	375,67	<0,001
Referenzdiagnose F4x				2.372,61 €	647,94 €	<0,001	2.000,29 €	538,08	<0,001
Referenzdiagnose F43				411,10 €	528,16 €	0,436			
Referenzdiagnose F45				4.867,98 €	1.189,87 €	<0,001	4.758,48 €	1177,72	<0,001
Referenzdiagnose F50				2.467,75 €	1.540,47 €	0,109			
Referenzdiagnose F60.31				1.710,95 €	1.213,03 €	0,158			
Referenzdiagnose F7x				4.029,52 €	2.309,94 €	0,081			
Referenzdiagnose F84				-1.723,25 €	4.591,03 €	0,707			
Referenzdiagnose F9x				-297,44 €	1.383,12 €	0,830			
vollstat. Fall in Prä				7.431,36 €	597,60 €	<0,001	7.488,20 €	591,62	<0,001
teilstat. Fall in Prä				174,43 €	2.934,79 €	0,953			
PIA-Fall in Prä				3.089,97 €	764,28 €	<0,001	3.146,33 €	757,57	<0,001
vertragsärztl. Fall in Prä				439,41 €	422,56 €	0,298			
R <sup>2</sup>			0,10			0,24			0,24

\*Hinweis: Referenzdiagnosen F02 wurden ausgeschlossen, da sie nur eine Ausprägung aufweist.

Im Grundmodell ergab sich eine um 1.788,50 € günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG ( $p < 0,001$ ; vgl. Tabelle 44). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergab sich im Gesamtmodell eine um

1.566,14 € günstigere Entwicklung ( $p < 0,001$ ). Im gesättigten Modell ergab sich eine um 1.572,62 € günstigere Entwicklung der IG im Vergleich zur KG ( $p < 0,001$ ).

## 10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

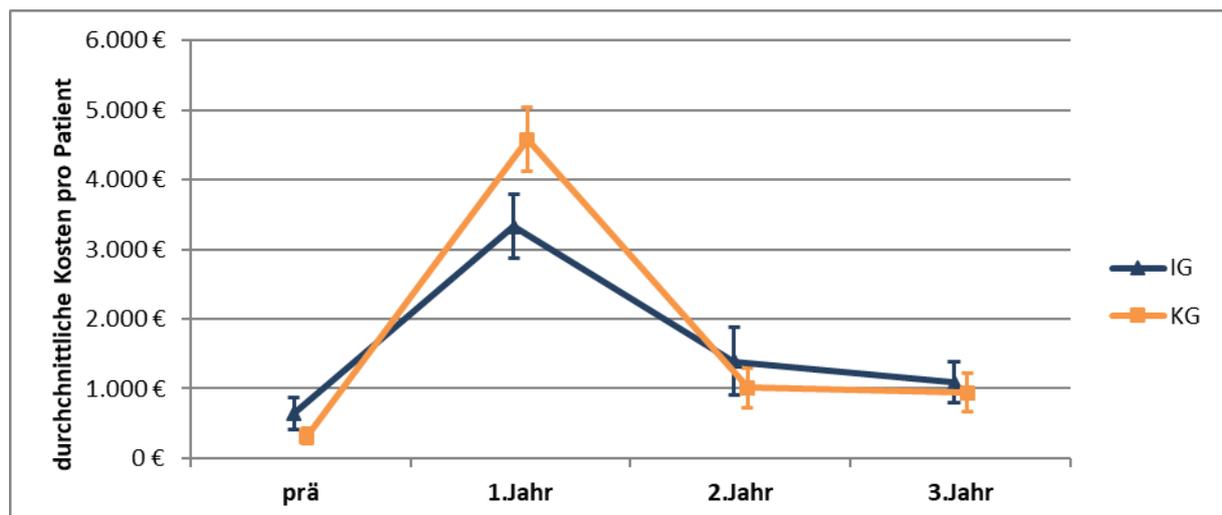
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	87	347	106	91	71	529	102	78
durchschnittliche Kosten	647,54 €	3.330,34 €	1.391,52 €	1.085,91 €	317,77 €	4.578,58 €	1.009,26 €	943,28 €
Standardabweichung	3.466,93 €	7.108,82 €	7.099,28 €	4.282,95 €	1.667,47 €	6.832,14 €	4.277,15 €	3.961,86 €
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 €	994,99 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.766,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.461,63 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	65.914,38 €	73.290,60 €	137.773,62 €	46.862,03 €	17.460,42 €	43.691,29 €	61.352,22 €	38.118,42 €

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



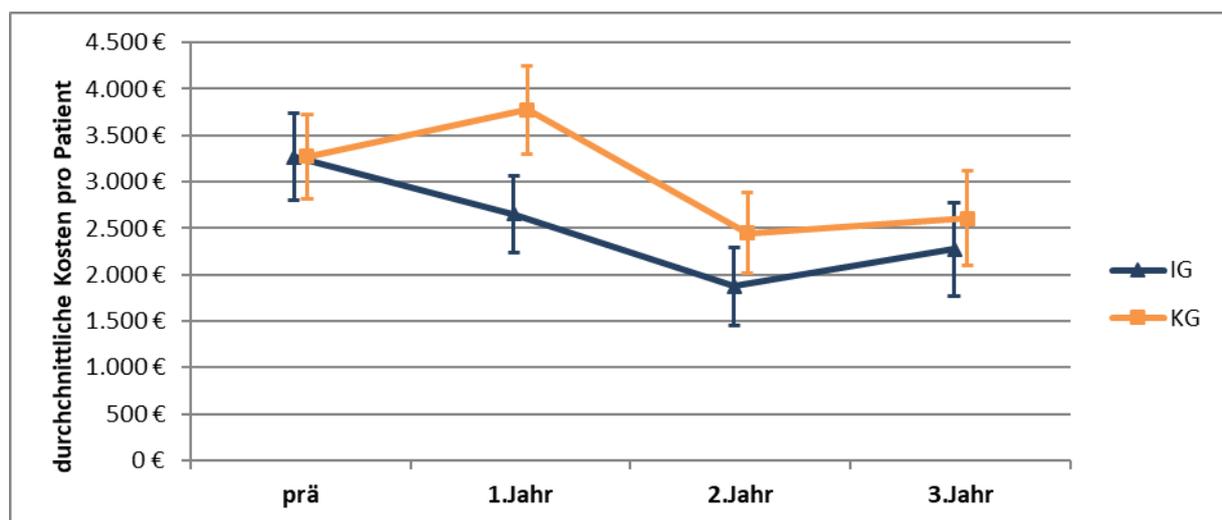
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	330	288	186	164	364	380	223	209
durchschnittliche Kosten	3.266,60 €	2.650,13 €	1.873,91 €	2.270,89 €	3.270,58 €	3.773,32 €	2.445,10 €	2.606,74 €
Standardabweichung	8.064,08 €	7.093,40 €	7.010,08 €	8.223,90 €	7.889,58 €	8.158,38 €	7.251,47 €	8.382,41 €
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	2.682,84 €	397,08 €	0,00 €	0,00 €	2.906,52 €	4.489,29 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	82.323,50 €	70.000,75 €	103.170,90 €	106.706,89 €	82.170,46 €	66.799,37 €	83.798,26 €	92.154,55 €

**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 war die IG im Prä-Zeitraum hinsichtlich durchschnittlicher vollstationärer Kosten signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 45 und Abbildung 29). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant günstiger war als die KG. Dies war u.a. darauf zurückzuführen, dass in der IG deutlich weniger Individuen einen vollstationären Fall hatten. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums.

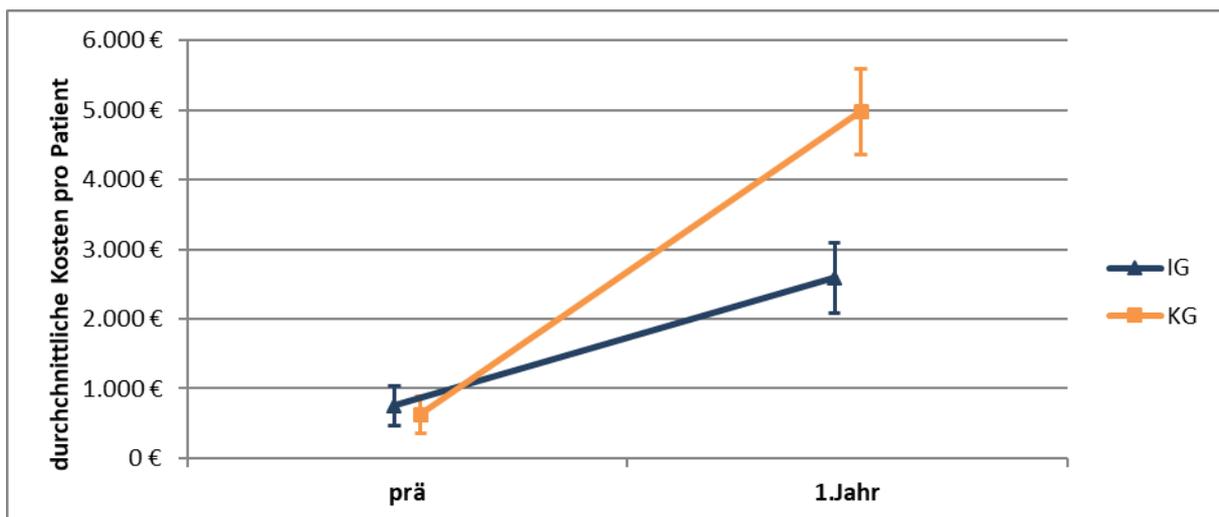
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im ersten Nachbeobachtungsjahr keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 46 und Abbildung 30). In der IG sanken die vollstationären Kosten zum ersten Jahr, während sie in der KG anstiegen. Zum zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen, im dritten Jahr näherten sich die Kosten der Gruppen auf einem Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums wieder an.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	81	217	60	456						
durchschnittliche Kosten	756,10 €	2.592,10 €	627,55 €	4.980,49 €	128,54 €	0,516	-2.388,39 €	<0,001	-2.516,93 €	<0,001
Standardabweichung	4.099,59 €	7.266,53 €	3.765,28 €	8.815,44 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.007,36 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.220,06 €	0,00 €	6.576,50 €						
Maximum	56.422,00 €	67.650,62 €	47.221,33 €	104.517,16 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 47)

Die durchschnittlichen vollstationären psychiatrischen Kosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr unterschieden sich im Prä-Zeitraum nicht signifikant zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 47 und Abbildung 31). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sie in der IG signifikant günstiger waren als in der KG ( $p < 0,001$ ). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die relativ geringe Anzahl an Patienten der IG mit vollstationärem Aufenthalt zurückzuführen. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 2.516,93 € günstiger als die KG ( $p < 0,001$ ).

### 10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

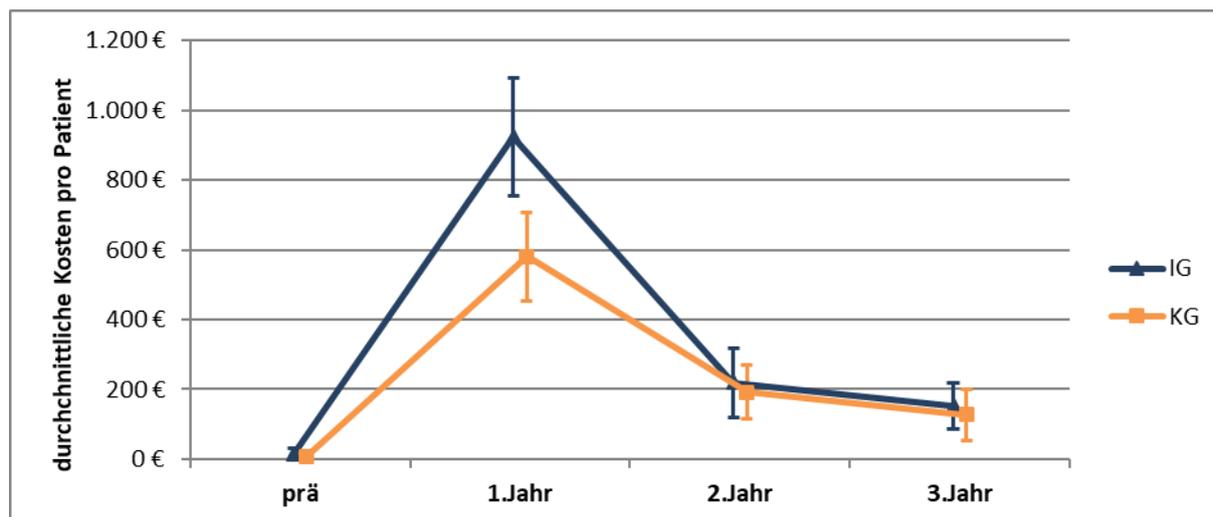
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	<10	171	38	25	<10	104	34	16
durchschnittliche Kosten	15,49 €	923,78 €	218,76 €	152,98 €	7,78 €	580,51 €	191,36 €	127,30 €
Standardabweichung	266,40 €	2.561,60 €	1.469,35 €	966,20 €	143,69 €	1.926,87 €	1.141,24 €	1.051,40 €
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	6.791,25 €	26.190,79 €	25.979,96 €	9.363,77 €	3.542,25 €	15.747,25 €	16.927,43 €	12.194,93 €

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



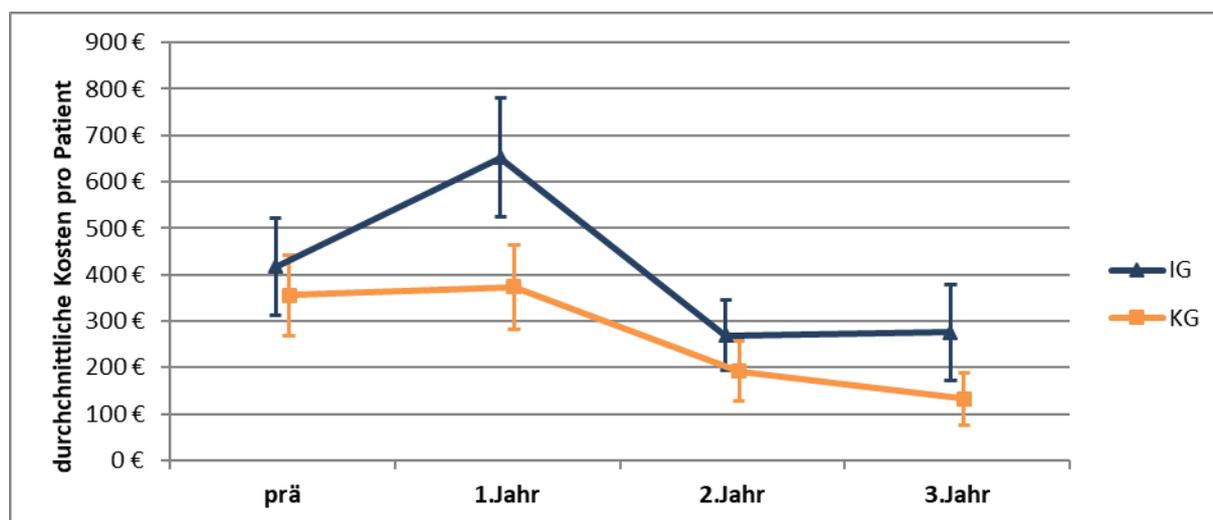
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	87	149	77	57	86	84	42	30
durchschnittliche Kosten	417,43 €	652,45 €	269,01 €	275,31 €	355,36 €	373,00 €	191,99 €	133,12 €
Standardabweichung	1.805,94 €	2.211,09 €	1.268,51 €	1.674,60 €	1.492,58 €	1.577,47 €	1.097,51 €	926,69 €
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	21.503,35 €	28.297,43 €	18.052,98 €	24.214,89 €	14.271,78 €	16.558,30 €	12.478,51 €	12.792,49 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich bei den durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 32). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die relativ größere Anzahl an Patienten der IG mit teilstationärem Aufenthalt zurückzuführen. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder in etwa auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums.

Im Prä-Zeitraum unterschieden sich die teilstationären Kosten der klinikbekannten Patienten nicht signifikant zwischen IG und KG (Tabelle 49 und Abbildung 33). Zum ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG an, während sie in der KG nahezu konstant blieben. Hierbei ist wiederum die relativ größere Anzahl

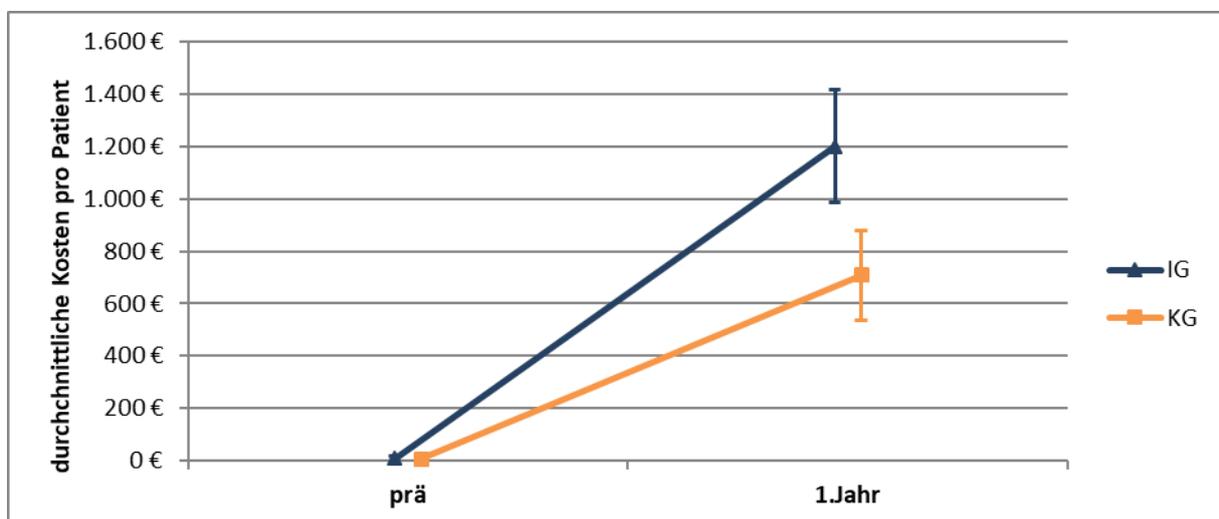
an Patienten mit teilstationärem Aufenthalt in der IG zu beachten. Im zweiten und dritten Modelljahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein Niveau unterhalb des Prä-Zeitraums.

### 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. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	<10	156	<10	79						
durchschnittliche Kosten	8,33 €	1.200,34 €	6,01 €	707,28 €	2,33 €	0,742	493,07 €	<0,001	490,74 €	<0,001
Standardabweichung	140,24 €	3.092,14 €	140,21 €	2.465,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.973,98 €	25.081,73 €	3.836,63 €	19.694,06 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 50)

Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 34). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark an, wobei die IG signifikant teurer war. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die

relativ größere Anzahl an Patienten der IG mit teilstationärem Aufenthalt zurückzuführen. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 490,74 € teurer als die KG ( $p < 0,001$ ).

## 10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

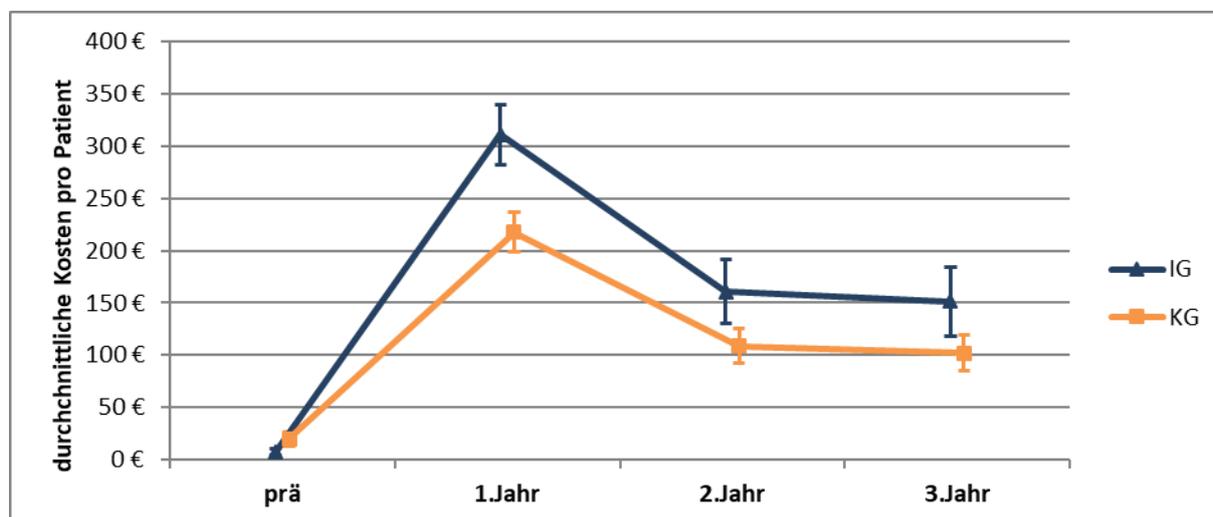
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	30	766	222	182	48	575	189	151
durchschnittliche Kosten	7,37 €	310,98 €	160,65 €	151,18 €	19,68 €	217,73 €	108,77 €	101,86 €
Standardabweichung	48,40 €	441,51 €	447,64 €	471,92 €	102,84 €	282,41 €	247,29 €	249,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	145,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	138,66 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	363,40 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €	287,05 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	762,18 €	4.098,16 €	4.451,88 €	4.591,02 €	1.156,11 €	1.906,81 €	1.366,40 €	1.397,22 €

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



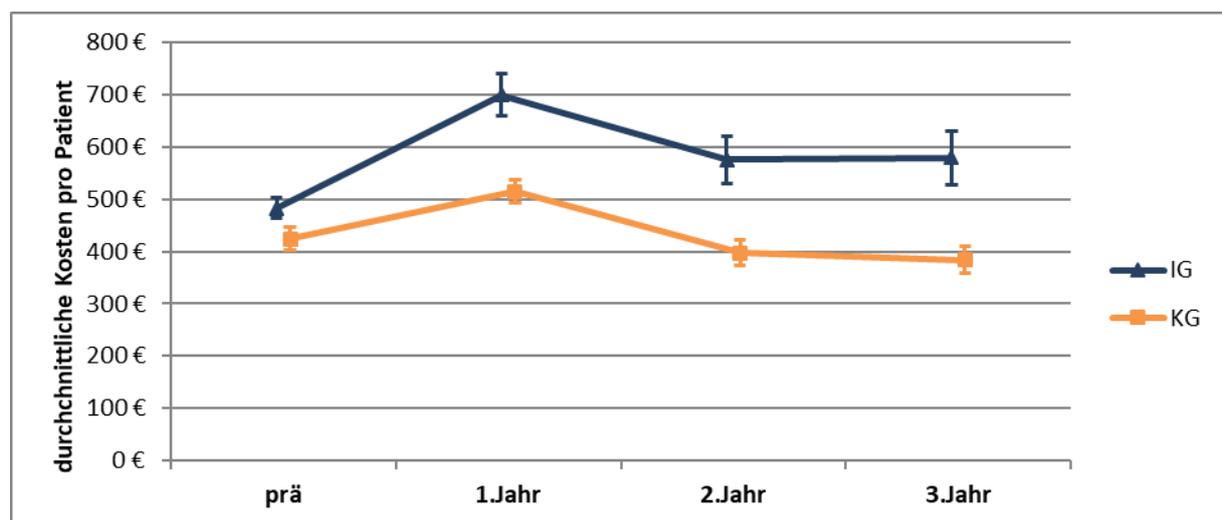
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	979	1.087	807	716	912	979	725	618
durchschnittliche Kosten	483,05 €	699,75 €	575,44 €	579,74 €	424,24 €	515,03 €	397,29 €	383,82 €
Standardabweichung	349,89 €	702,43 €	757,04 €	836,17 €	364,82 €	388,16 €	396,32 €	413,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	186,97 €	260,12 €	72,68 €	0,00 €	136,00 €	183,85 €	0,00 €	0,00 €
Median	480,66 €	560,64 €	405,48 €	372,33 €	421,56 €	521,29 €	378,01 €	317,90 €
75%-Perzentil	706,85 €	951,38 €	801,45 €	783,98 €	613,57 €	733,64 €	641,60 €	655,99 €
Maximum	3.482,66 €	10.697,87 €	7.837,33 €	7.805,13 €	4.044,55 €	2.872,69 €	2.980,87 €	2.651,38 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

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

Bei den klinikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum dritten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 36). Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede mehr. Die höheren durchschnittlichen

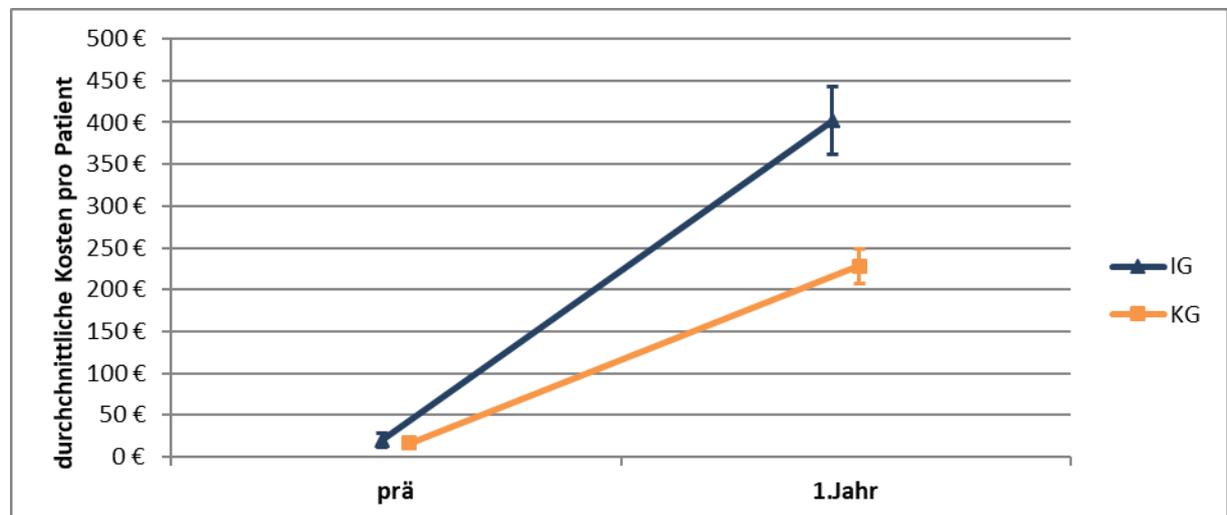
Kosten der IG waren u.a. auf die relativ größere Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückzuführen.

**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-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	45	738	38	520						
durchschnittliche Kosten	19,83 €	402,22 €	16,56 €	227,99 €	3,28 €	0,533	174,23 €	<0,001	170,95 €	<0,001
Standardabweichung	115,24 €	576,76 €	92,27 €	296,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	98,33 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	217,99 €	0,00 €	155,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	491,44 €	0,00 €	263,49 €						
Maximum	1.794,20 €	8.188,68 €	942,39 €	1.990,23 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 53)

Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Behandlung bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl.

Tabelle 53 und Abbildung 37). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die IG signifikant teurer war ( $p < 0,001$ ). Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die relativ größere Anzahl an Patienten mit PIA-Kontakt in der IG zurückzuführen. Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 170,95 € teurer ( $p < 0,001$ ).

## 10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

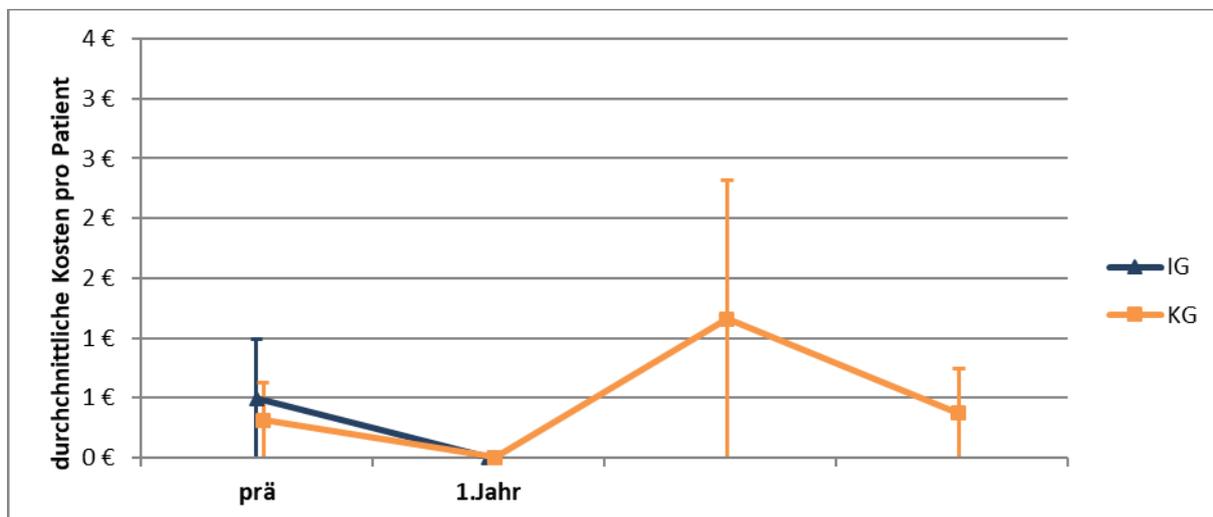
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,49 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,31 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>1,16 €</b>	<b>0,37 €</b>
Standardabweichung	14,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9,22 €	0,00 €	30,21 €	10,53 €
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	440,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	273,55 €	0,00 €	865,08 €	296,87 €

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



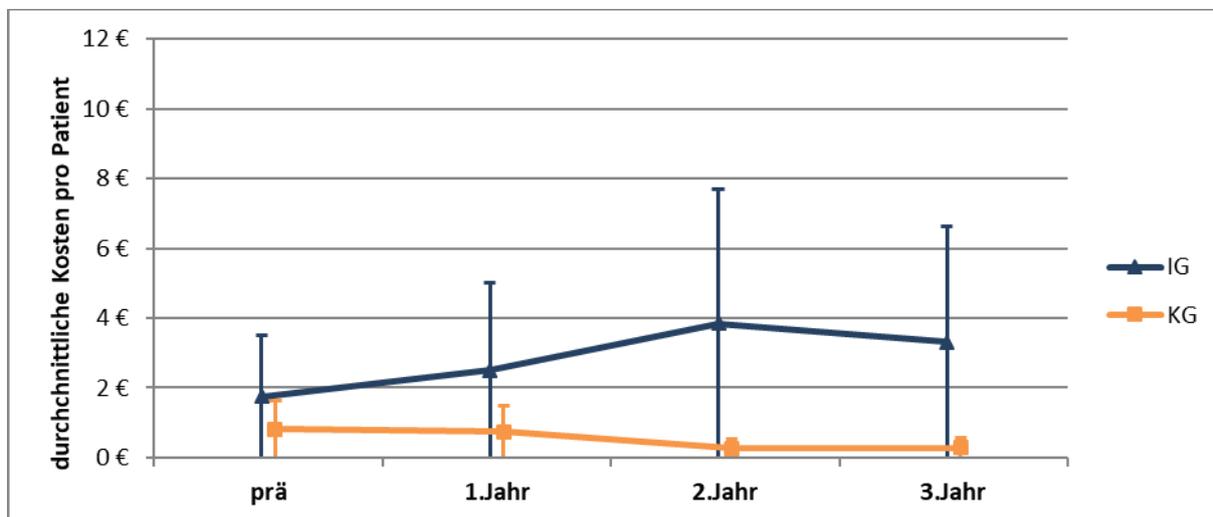
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1,76 €	2,50 €	3,84 €	3,31 €	0,82 €	0,75 €	0,27 €	0,29 €
Standardabweichung	59,02 €	84,04 €	90,99 €	104,96 €	19,74 €	25,09 €	8,78 €	9,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.984,14 €	2.825,20 €	2.533,96 €	3.330,71 €	547,10 €	843,72 €	288,36 €	296,87 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

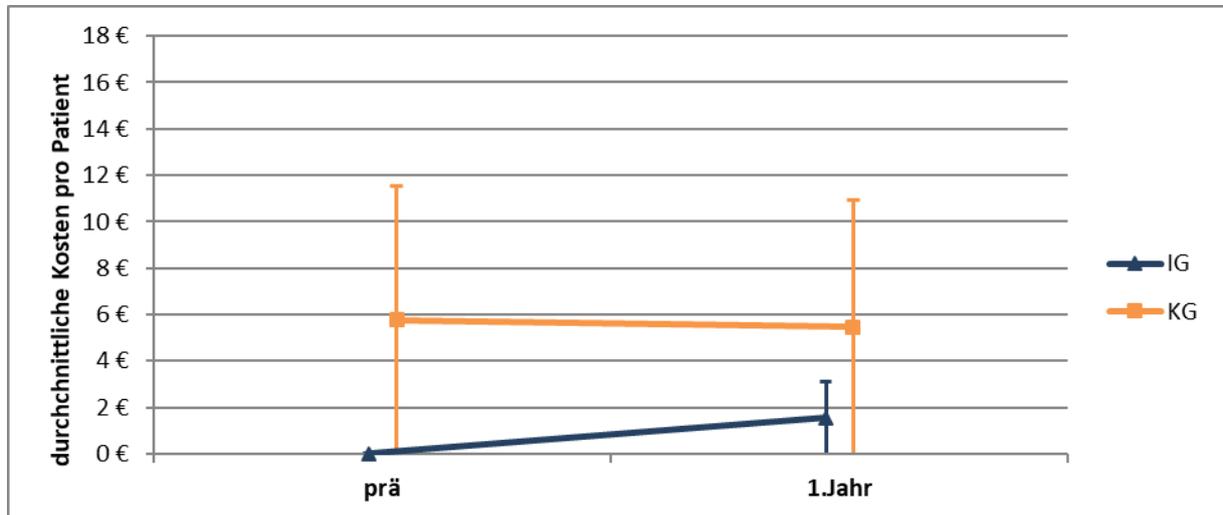
Aufgrund der relativ geringen Anzahl an Patienten (sowohl klinikneu als auch klinikbekannt) mit Referenzfall im ersten Modelljahr, welche sonstige im Krankenhaus erbrachte Leistungen in Anspruch nahmen, sind hier keine sinnvollen Aussagen zu Kostenunterschieden möglich (vgl. Tabelle 54, Tabelle 55, Abbildung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

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1,56 €	5,76 €	5,46 €	-5,76 €	0,26	-3,90 €	0,274	1,85 €	0,744
Standardabweichung	0,00 €	31,49 €	143,70 €	95,30 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	724,97 €	4.004,68 €	2.346,66 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 56)

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

## 10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

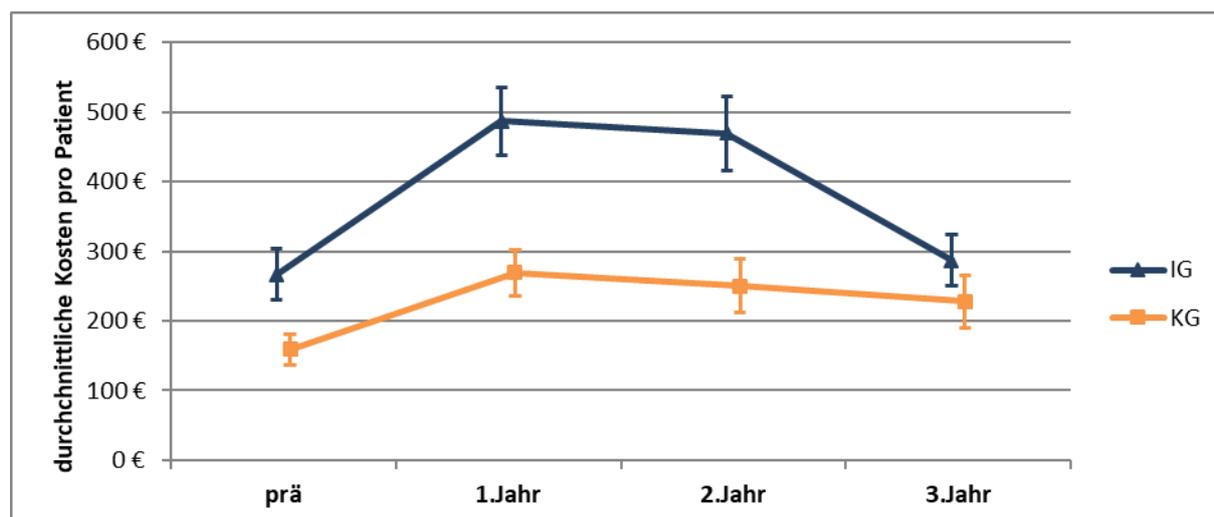
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	772	814	684	640	735	769	640	607
durchschnittliche Kosten	266,88 €	486,54 €	469,33 €	287,11 €	158,70 €	269,42 €	250,28 €	228,16 €
Standardabweichung	565,13 €	747,98 €	777,92 €	536,38 €	326,22 €	495,91 €	563,34 €	540,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,45 €	31,81 €	17,21 €	10,06 €	9,42 €	23,53 €	6,25 €	4,98 €
Median	51,61 €	121,33 €	90,69 €	61,41 €	47,29 €	74,56 €	55,93 €	46,07 €
75%-Perzentil	198,71 €	544,88 €	481,60 €	265,46 €	141,48 €	250,93 €	183,42 €	177,80 €
Maximum	3.982,76 €	4.103,90 €	4.274,36 €	3.914,50 €	2.805,25 €	3.119,29 €	4.564,15 €	6.649,85 €

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



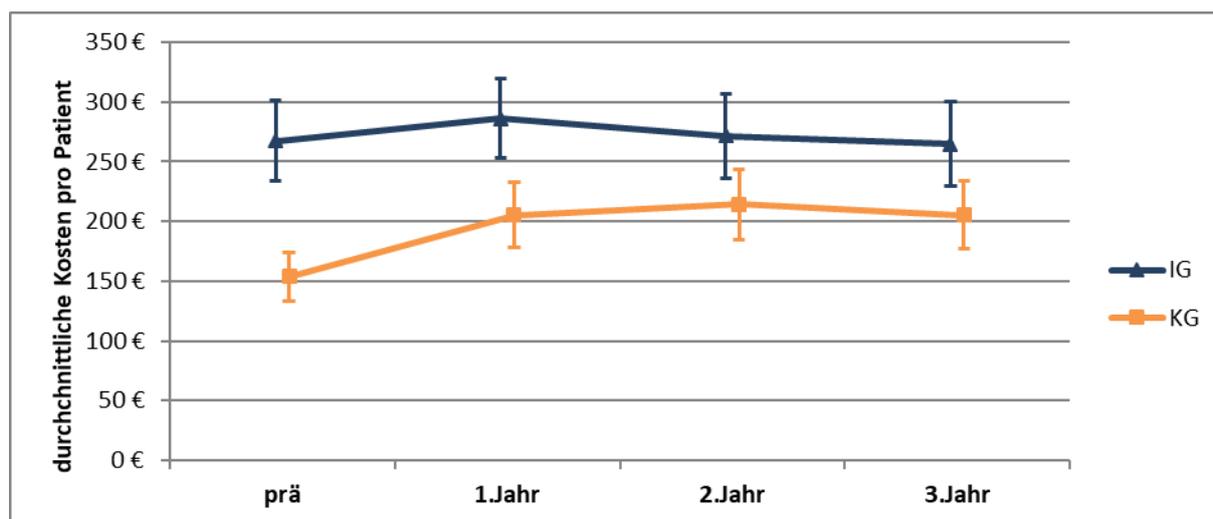
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

### klimbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	1.022	1.006	922	870	1.013	997	935	891
durchschnittliche Kosten	267,63 €	286,36 €	271,76 €	264,78 €	153,83 €	205,46 €	214,47 €	205,36 €
Standardabweichung	577,69 €	576,29 €	585,34 €	574,70 €	350,82 €	469,56 €	495,19 €	469,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,40 €	18,97 €	15,54 €	17,41 €	10,14 €	20,10 €	19,91 €	18,32 €
Median	36,95 €	52,82 €	49,44 €	50,47 €	40,59 €	56,74 €	59,43 €	54,66 €
75%-Perzentil	165,90 €	198,37 €	194,08 €	175,06 €	127,76 €	165,37 €	166,71 €	150,56 €
Maximum	3.793,01 €	3.880,53 €	4.419,38 €	5.204,07 €	3.333,06 €	6.547,72 €	5.978,96 €	4.167,31 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 58)

Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung waren die klinikkneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 41).

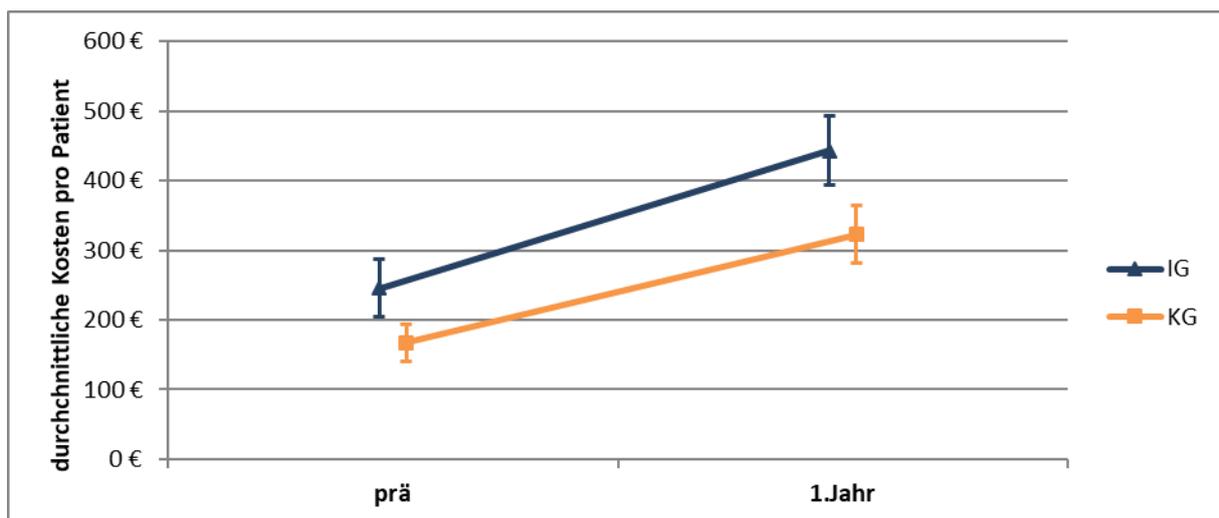
Bei den klinikkbekannten Patienten war die IG ebenfalls in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 57 und Abbildung 42).

### 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-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	658	707	631	670						
durchschnittliche Kosten	245,57 €	443,05 €	167,03 €	322,53 €	78,54 €	0,002	120,52 €	<0,001	41,98 €	0,193
Standardabweichung	584,90 €	712,99 €	384,28 €	587,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	13,57 €	31,27 €	7,33 €	16,36 €						
Median	49,28 €	126,04 €	46,55 €	82,35 €						
75%-Perzentil	183,14 €	493,63 €	158,37 €	302,17 €						
Maximum	5.468,28 €	5.470,32 €	3.139,91 €	3.438,12 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 59)

Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung war die IG im Prä-Zeitraum der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr signifikant teurer als die KG ( $p = 0,002$ ; vgl. Tabelle 59 und Abbildung 43). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten in etwa gleich stark an, wobei die IG weiterhin signifikant teurer war ( $p < 0,001$ ). Insgesamt entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 41,98 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ( $p = 0,193$ ).

### 10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

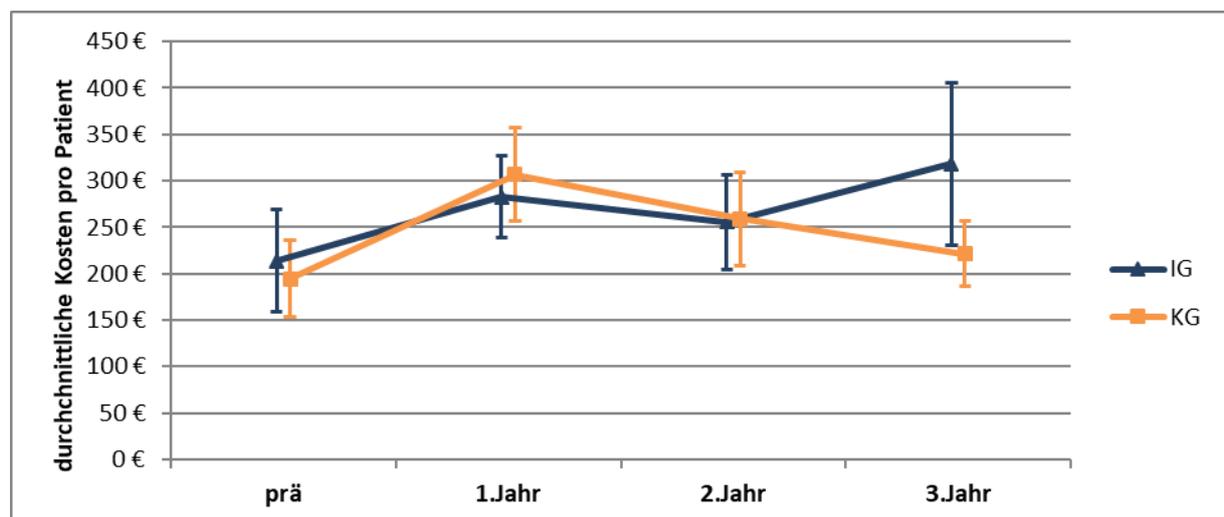
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	520	669	484	426	509	603	458	422
durchschnittliche Kosten	213,66 €	282,56 €	255,97 €	318,05 €	194,39 €	306,46 €	259,10 €	221,53 €
Standardabweichung	842,61 €	666,60 €	746,91 €	1.260,73 €	624,42 €	761,35 €	737,47 €	506,03 €
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	16,14 €	83,41 €	37,08 €	15,79 €	18,43 €	79,75 €	30,05 €	24,00 €
75%-Perzentil	118,17 €	287,52 €	223,50 €	195,42 €	132,14 €	308,84 €	239,94 €	225,91 €
Maximum	12.790,18 €	8.905,66 €	11.707,53 €	16.083,87 €	8.075,10 €	14.533,97 €	13.455,03 €	6.969,80 €

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



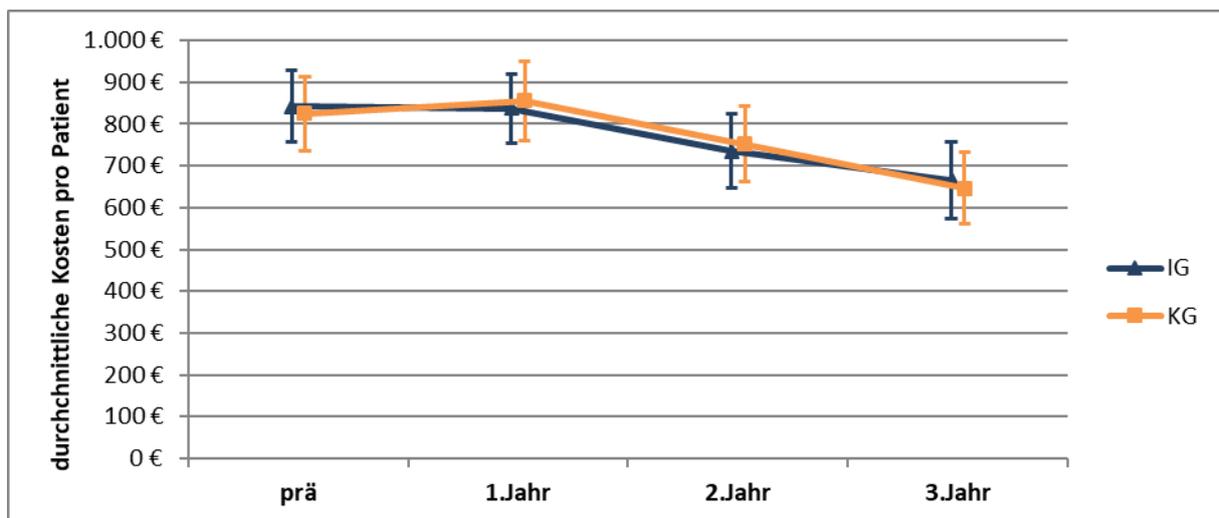
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	1.006	1.009	884	820	961	986	884	812
durchschnittliche Kosten	841,92 €	836,78 €	735,42 €	665,54 €	824,90 €	855,67 €	752,23 €	646,06 €
Standardabweichung	1.461,87 €	1.403,73 €	1.493,23 €	1.471,15 €	1.532,77 €	1.622,69 €	1.512,99 €	1.408,28 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	94,85 €	104,10 €	64,47 €	52,25 €	61,49 €	85,76 €	46,96 €	27,56 €
Median	293,01 €	323,58 €	245,11 €	241,03 €	299,75 €	349,42 €	285,47 €	246,44 €
75%-Perzentil	882,89 €	875,67 €	781,41 €	640,48 €	932,96 €	924,35 €	843,90 €	758,73 €
Maximum	11.202,37 €	11.179,40 €	21.324,19 €	18.270,59 €	18.237,26 €	22.281,64 €	17.650,98 €	22.242,36 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich ein nahezu identischer Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten (vgl. Tabelle 60 und Abbildung 44). Im dritten Nachbeobachtungsjahr war die IG signifikant teurer als die KG.

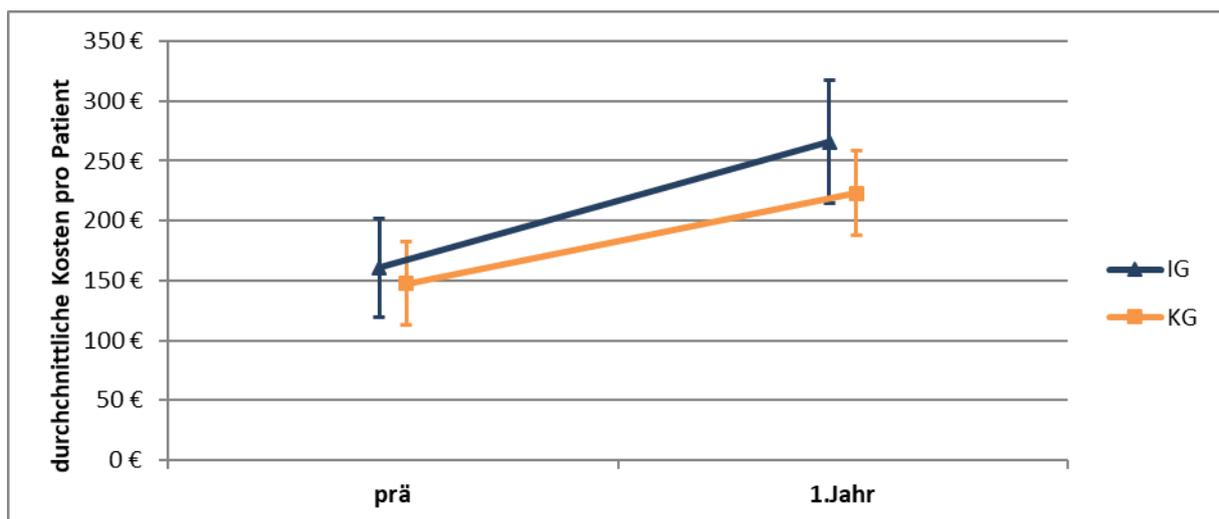
Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ein identischer Verlauf der durchschnittlichen Psychopharmakakosten (vgl. Tabelle 61 und Abbildung 45). Es ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen den Gruppen.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	12	20	<10	27						
durchschnittliche Kosten	160,61 €	265,82 €	147,58 €	223,18 €	13,03 €	0,637	42,64 €	0,184	29,61 €	0,111
Standardabweichung	594,96 €	741,42 €	498,52 €	514,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	13,73 €	0,00 €	0,00 €						
Median	12,28 €	87,46 €	12,94 €	61,28 €						
75%-Perzentil	102,00 €	279,16 €	109,08 €	249,18 €						
Maximum	9.981,17 €	11.268,04 €	8.218,98 €	7.104,85 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

Bei den durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 62 und Abbildung 46). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG ergab. Entsprechend entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 29,61 € teurer als die KG, wobei der Kostenunterschied nicht signifikant war ( $p = 0,111$ ).

### 10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

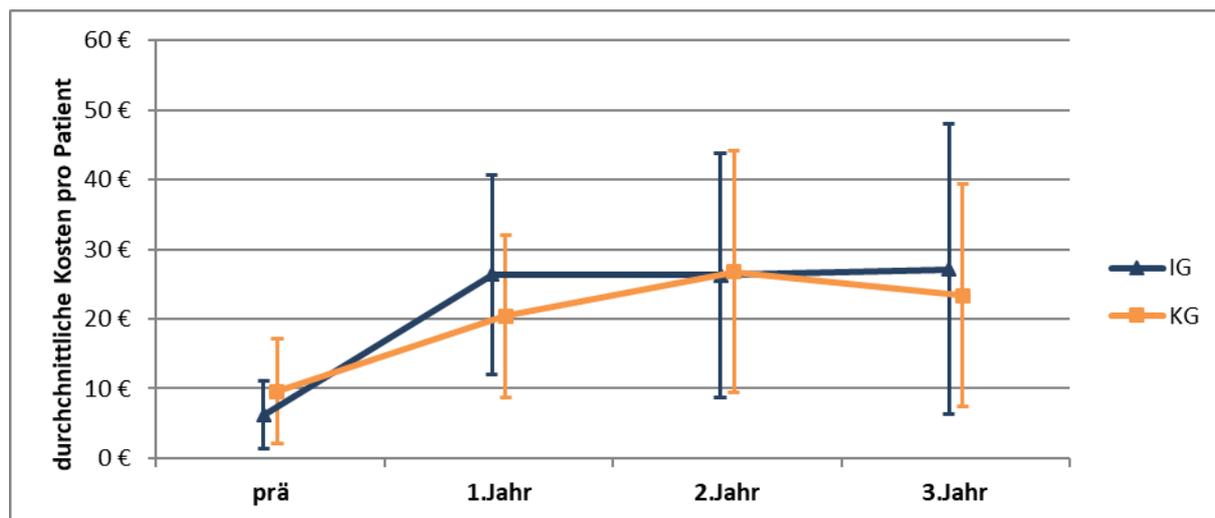
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	<10	24	17	15	13	21	16	16
durchschnittliche Kosten	6,20 €	26,34 €	26,32 €	27,10 €	9,61 €	20,37 €	26,77 €	23,35 €
Standardabweichung	74,94 €	218,93 €	257,05 €	301,67 €	113,34 €	176,43 €	254,63 €	229,17 €
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	1.362,80 €	4.163,56 €	5.592,54 €	6.141,79 €	2.280,72 €	2.692,35 €	4.937,28 €	5.036,59 €

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



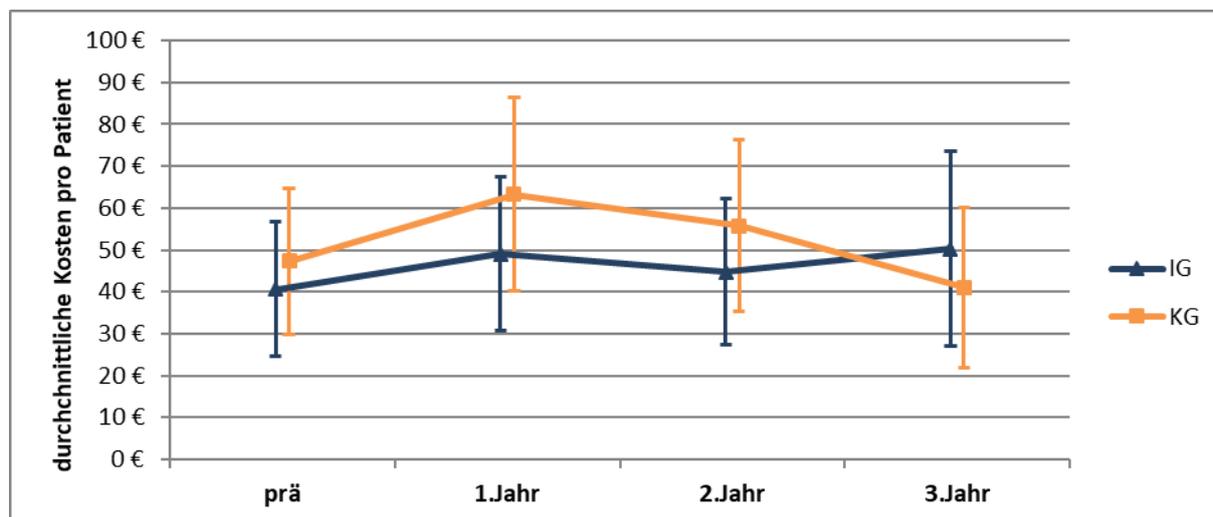
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	50	51	43	34	55	55	57	31
durchschnittliche Kosten	40,67 €	49,06 €	44,70 €	50,24 €	47,31 €	63,22 €	55,79 €	41,07 €
Standardabweichung	277,58 €	316,62 €	289,15 €	375,52 €	300,61 €	396,29 €	345,36 €	313,34 €
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	4.651,33 €	4.596,78 €	3.732,08 €	4.797,14 €	5.064,84 €	4.682,23 €	4.844,70 €	4.174,14 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

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

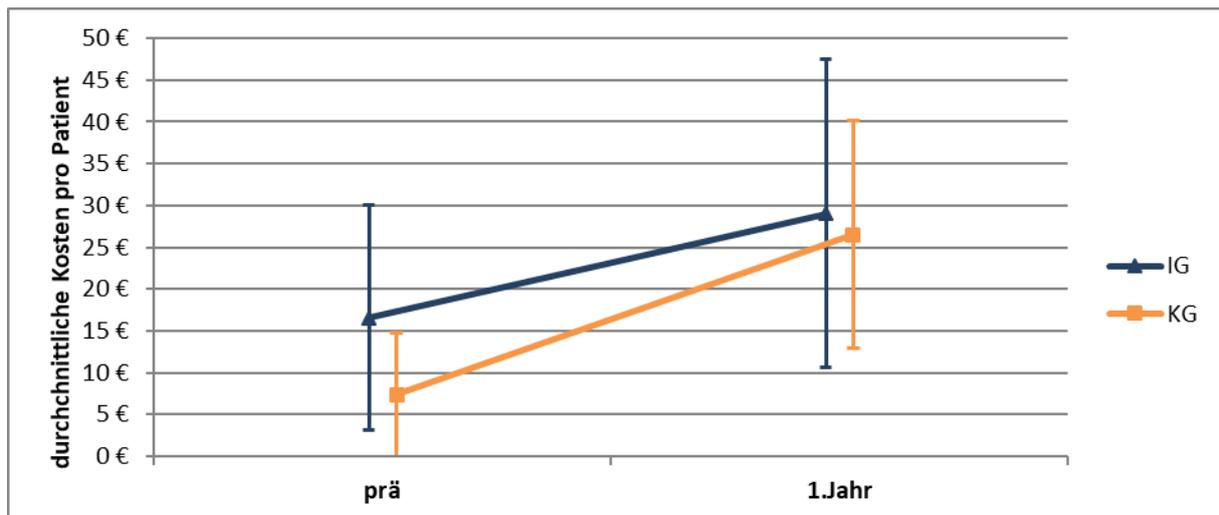
Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich ein nahezu identischer Verlauf der durchschnittlichen Kosten für psychiatrische Heilmittel (vgl. Tabelle 64 und Abbildung 48).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	12	20	<10	27						
durchschnittliche Kosten	16,56 €	29,01 €	7,40 €	26,53 €	9,16 €	0,262	2,49 €	0,832	-6,67 €	0,532
Standardabweichung	193,64 €	264,31 €	122,81 €	195,37 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.780,83 €	4.383,81 €	3.158,77 €	3.087,47 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 65)

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

## 11. Ergebnisse: Effizienz

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

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

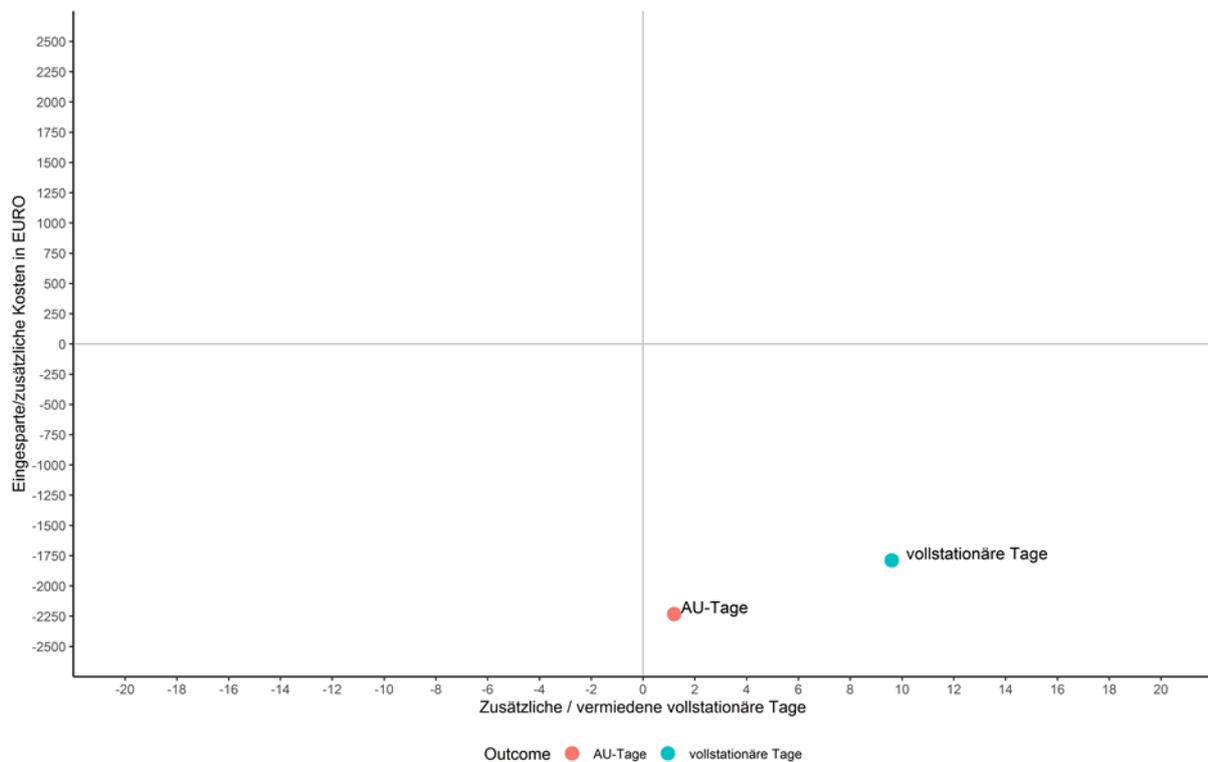
**Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	791	1.207,01 €	791	4.934,12 €		3.727,10 €
	KG	791	977,89 €	791	6.493,46 €		5.515,57 €
	Differenz IG-KG		229,12 €		-1.559,34 €		-1.788,47 €
	p-Wert		0,275		<0,001		<0,001
(vermiedene) KH-Tage	IG	791	1,8	791	8,2		6,5
	KG	791	2,1	791	18,1		16,1
	Differenz IG-KG		-0,3		-9,9		-9,6
	p-Wert		0,667		<0,001		<0,001
	ICER						-186,07 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	505	826,22 €	505	4.328,20 €		3.501,99 €
	KG	485	780,45 €	485	6.516,13 €		5.735,68 €
	Differenz IG-KG		45,76 €		-2.187,93 €		-2.233,70 €
	p-Wert		0,805		<0,001		<0,001
(vermiedene) AU-Tage	IG	505	20,0	505	61,4		41,4
	KG	485	18,3	485	60,9		42,6
	Differenz IG-KG		1,7		0,5		-1,2
	p-Wert		0,607		0,939		0,034
	ICER						-1.850,37 €

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



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf je Patient um 1.788,47 € günstiger als die KG ( $p < 0,001$ ; vgl. Tabelle 66). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 9,6 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden ( $p < 0,001$ ). Insgesamt ergab sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -186,07 €. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 186,07 € an psychiatrischen Versorgungskosten eingespart.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient um 2.233,70 € günstiger ( $p < 0,001$ ; vgl. Tabelle 67). Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 1,2 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -1.850,37 €. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag konnten 1.850,37 € psychiatrische Versorgungskosten eingespart werden.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

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

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen<sup>2</sup> und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>3</sup>. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den fünf 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) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 2) Unterschiede in den Arbeitsunfähigkeitstagen zeigen zunächst hypothesenkonträre Effekte, welche sich im Verlauf zu hypothesenkonformen Effekten verändern.
- 3) Die verringerten vollstationären Behandlungstage scheinen durch erhöhte teilstationäre Behandlungstage und erhöhte PIA-Kontakte aufgefangen zu sein.

---

<sup>2</sup> 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.

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

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen IG und 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 um ca. 6 vollstationäre Tage niedriger als in der KG war. 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, aufwändiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Das Muster des Verlaufs der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem Muster der vollstationären Tage mit Peak im ersten patientenindividuellen Jahr. Dabei hatte hier die IG einen um ca. 3 teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Daher scheinen Patienten in der IG vermehrt anstelle von vollstationär teilstationär versorgt worden sein.

Der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt und ohne Betrachtung des Referenzfalls 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. Betrachtet man jedoch die Unterschiede in der Aufnahme des Referenzfalls (siehe 9.1 Patientenmix), dann wurden die Patienten der IG statistisch signifikant weniger häufig vollstationär und häufiger über die PIA aufgenommen (vgl. Tabelle 30 und Tabelle 31).

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit (mit kleinem Anstieg in der KG im ersten patientenindividuellen Jahr). Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der vollstationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Die Höhe der vollstationären Tage in der IG lag ab dem ersten patientenindividuellen Jahr mit zwei bis vier vollstationären Tagen stets unter dem Wert der KG. Ein solcher Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage nicht ableitbar. Hier hatte die IG einen um ca. zwei teilstationäre Tage höheren Peak, ansonsten waren die teilstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Dies weist darauf hin, dass Patien-

ten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, in der IG eine geringere vollstationäre Aufenthaltsdauer aufwiesen und in anderen Sektoren aufgefangen wurden. Die Implementierung des Modellvorhabens scheint sich daher bei den klinikbekannten Patienten über einen längeren Zeitraum im Vergleich zu den klinikneuen Patienten auszuwirken.

Für klinikneue Patienten ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa drei bis vier vollstationären Behandlungstagen erkennbar. Bei den klinikbekannten Patienten stabilisierten sich die vollstationären Behandlungstage auf einem Niveau von ca. 7 vollstationären Tagen und in der KG auf ca. 9 vollstationäre Tage. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Ob sich eine weitere Veränderung feststellen lässt, ist im Abschlussbericht ersichtlich. Dies legt zum jetzigen Zeitpunkt 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 zeigte sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Dies ist kongruent mit dem niedrigeren Peak im ersten patientenindividuellen Jahr in der oben beschriebenen Beobachtung über drei Jahre. Im Vergleich zu der Untersuchung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und nur einjähriger Nachbeobachtungszeit wies auch hier die IG eine statistisch signifikant geringere Zunahme der vollstationären Behandlungstage auf (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2). Eine Verringerung der vollstationären Tage im Modellvorhaben ist somit klar ersichtlich.

Auch wies die IG bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr eine größere Zunahme der teilstationären Tage im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach auf und bestätigte das oben beschriebene Muster einer mutmaßlichen Verschiebung von vollstationären Behandlungstage in den teilstationären Bereich.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit höheren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr für klinikneue und klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr widerspricht der angenommenen Hypothese einer Verringerung von AU-Tagen im Modellvorhaben gegenüber der KG. Sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr war der Anstieg der AU-Tage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Dieser Effekt ist hypothesenkonträr. Betrachtet man jedoch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr drehte sich dieser Effekt hin zu einer statistisch signifikant geringeren Zunahme von AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG. Hier schienen sich im Verlauf des Modellvorhabens Veränderungen hin zu geringeren AU-Tagen im Modellvorhaben zu ergeben. Mutmaßlich benötigte die angenommene Auswirkung auf die Höhe der AU-Tage eine Zeit in der Implementierung des Modellvorhabens. Dieser umkehrende Effekt war auch in der Gesamtregression aller klinikneuen Patienten ersichtlich. Hier war der Anstieg der AU-Tage im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant größer und im zweiten Jahr statistisch signifikant geringer als in der KG.

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.

Bezüglich der Häufigkeit ambulanter Kontakte zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch bei allen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr in der IG ein signifikant höherer Anstieg der PIA-Kontakte im Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG. Die verringerten vollstationären Tage im ersten patientenindividuellen Jahr schienen somit durch vermehrte teilstationäre Tage und erhöhte PIA-Kontakte aufgefangen zu sein. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass mit Hilfe der vorliegenden GKV-Daten bezüglich der PIA-Kontakte nur Aussagen zur Häufigkeit getroffen werden können. Über die Qualität dieser Kontakte sowie derer Vollständigkeit kann aufgrund der vorhandenen Datenbasis keine Aussage getroffen werden.

Bezüglich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bzw. von sonstigen Vertragsärzten zeigten sich vereinzelte Effekte einer unterschiedlichen Entwicklung zwischen IG und KG über die Zeit. Die signifikanten Effekte wiesen jedoch nur numerisch geringe Ausprägungen auf. Dabei wies die IG in allen untersuchten Jahren stets eine um ca. ein bis drei Kontakten größere Anzahl an Kontakten zu sonstigen Vertragsärzten aufgrund von Indexdiagnosen im Vergleich zur KG auf (ausgenommen im dritten patientenindividuellen Jahr bei klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr). Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anstieg der Inanspruchnahme in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Ggf. waren sonstige Vertragsärzte (wie z.B. Hausärzte) im Modellvorhaben besser integriert im Vergleich zur Kontrollgruppe. Spezifische Gründe für diese erhöhte Inanspruchnahme bei sonstigen Vertragsärzten in der IG lassen sich mit den vorhandenen Daten jedoch nicht eruieren.

Bezüglich der Kontinuität der Behandlung im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt zeigten sich vergleichbare Muster zwischen IG und KG. Jedoch waren die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach jeweils statistisch signifikant geringer in der IG im Vergleich zur KG (mit Ausnahme von klinikbekannten Patienten mit der Betrachtung des 7-Tages Intervall). Dies kann u.a. an der Definition des psychiatrischen Sektors (siehe oben) liegen. Da, wie oben beschrieben, die IG stets höhere Kontakte zu sonstigen Vertragsärzten aufwies und diese im „psychiatrischen Sektor“ nicht betrachtet wurden, kann es sein, dass eine möglicherweise verstärkte Versorgung im hausärztlichen Bereich in der IG in dieser Betrachtung nicht aufgegriffen wird. Zudem sind die Veränderungen numerisch sehr gering.

Bezüglich der Erkrankungsprogression und der Leitlinienadhärenz gab es bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr vereinzelte Effekte. So war der Anteil an Patienten mit Entwicklung einer Suchterkrankung (Progression C) in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Dies ist eine hypothesenkonträre Entwicklung, da angenommen wurde, dass sich die Progression psychischer Erkrankungen im Modellvorhaben verringert. Da jedoch die Progression eine zeitliche Bedingung

darstellt und nur einmal beobachtet werden kann, konnte hier keine Difference-in-Difference Betrachtung durchgeführt werden. Es kann sein, dass auch in der Zeit vor Einführung des Modellvorhabens bereits ein höherer Anteil in der IG eine Suchterkrankung entwickelte und somit dieser Parameter kein Modelleffekt darstellt. Zudem war dieser Parameter auch nur knapp statistisch signifikant. Weiterhin waren sowohl der Anteil von Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen nach erster Diagnose im Beobachtungszeitraum als auch der Anteil von Patienten mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG. Beide Parameter weisen somit auf eine leitlinien-nähere Behandlung in der IG bei depressiven Patienten hin. Eine Beurteilung einer leitlinien-nahen Behandlung ist jedoch nur eingeschränkt möglich, da zum einen Sekundärdaten nur bedingt geeignet sind, diese zu überprüfen und zum anderen eine leitlinien-nahe Behandlung weitere hier nicht messbare Einflussfaktoren aufweist.

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

### *Kosten*

Bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 ergaben sich im Zeitverlauf, mit Ausnahme des Prä-Zeitraums, keine signifikanten Unterschiede bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Im Prä-Zeitraum war die IG signifikant teurer als die KG. Bei den durchschnittlichen Kosten vollstationärer Leistungen war die IG im Prä-Zeitraum noch signifikant teurer, jedoch im ersten Nachbeobachtungsjahr bereits um 1.248 € günstiger als die KG. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die relativ geringe Anzahl an Patienten der IG mit vollstationärem Aufenthalt zurückzuführen (IG: 347 von 893; KG: 529 von 881). Gleichzeitig war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr bzgl. der durchschnittlichen Kosten teilstationärer Leistungen um 343 € signifikant teurer als die KG. Dabei hatten mehr Individuen der IG einen teilstationären Aufenthalt (IG: 171; KG: 104). Bei den durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung war die IG vom ersten bis einschließlich zum dritten Modelljahr signifikant teurer als die KG. Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung waren in der IG in allen Zeiträumen signifikant höher als in der KG. Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung verliefen in beiden Gruppen nahezu identisch.

Die Hypothese der insgesamt niedrigeren gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kann also verworfen werden. Bzgl. der Hypothese der insgesamt geringeren stationären Versorgungskosten kann

festgehalten werden, dass die IG bzgl. vollstationärer Leistungen hypothesenkonformes Verhalten zeigte, also hier geringere Kosten anfielen. Gleichzeitig hatte die IG höhere teilstationäre Kosten als die KG. Insofern kann eine teilweise Verlagerung der Kosten aus dem voll- in den teilstationären Bereich angenommen werden. Bzgl. der Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich war ebenfalls hypothesenkonformes Verhalten beobachtbar. Die Hypothese der niedrigeren Kosten der Psychopharmakaversorgung kann verworfen werden.

Bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 ergaben sich im Zeitverlauf keine signifikanten Unterschiede bzgl. der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Hinsichtlich der durchschnittlichen Kosten vollstationärer Leistungen war die IG im ersten Jahr um 1.123 € und im zweiten Jahr um 571 € signifikant günstiger als die KG. Dabei hatten in der IG weniger Individuen einen vollstationären Aufenthalt. Gleichzeitig war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr bei den durchschnittlichen Kosten teilstationärer Behandlung um 279 € teurer als die KG, was wiederum auf die unterschiedlich hohe Inanspruchnahme zurückzuführen war. Die Kosten der PIA-Behandlung waren in der IG in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant höher als in der KG. Auch die durchschnittlichen Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung waren in der IG in allen vier Beobachtungszeiträumen signifikant höher als in der KG. Die durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung verliefen in beiden Gruppen identisch.

Die Hypothese der insgesamt niedrigeren gesamten psychiatrischen Versorgungskosten kann also verworfen werden. Bzgl. der Hypothese der insgesamt geringeren stationären Versorgungskosten kann festgehalten werden, dass die IG bzgl. vollstationärer Leistungen hypothesenkonformes Verhalten zeigte, also hier geringere Kosten anfielen. Gleichzeitig hatte die IG höhere teilstationäre Kosten als die KG. Insofern kann eine teilweise Verlagerung der Kosten aus dem voll- in den teilstationären Bereich angenommen werden. Bzgl. der Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich war ebenfalls hypothesenkonformes Verhalten beobachtbar. Die Hypothese der niedrigeren Kosten der Psychopharmakaversorgung kann verworfen werden.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG im Zeitverlauf bzgl. der durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten je Patient um 1.788 € signifikant günstiger als die KG. Aufgrund der geringeren Anzahl an Individuen der IG mit vollstationärem Aufenthalt entwickelte sich die IG hier im Zeitverlauf um 2.517 € signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig entwickelte sich die IG im Vergleich zur KG, aufgrund höherer Fallzahl, bei den teilstationären Versorgungskosten um 491 € signifikant teurer. Ebenso entwickelte sich die IG im Zeitverlauf bei den Kosten der PIA-Behandlung im Zeitverlauf um 171 € günstiger als die KG. Bei den durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung entwickelten sich IG und KG im Zeitverlauf nahezu parallel. Ebenso ergab sich kein signifikanter Unterschied in der Entwicklung der Kosten der Psychopharmakaversorgung.

Bzgl. der Hypothese der insgesamt niedrigeren gesamten psychiatrischen Versorgungskosten war ein hypothesenkonformes Verhalten beobachtbar. Bzgl. der Hypothese der insgesamt geringeren stationären Versorgungskosten kann festgehalten werden, dass die IG bzgl. vollstationärer Leistungen hypothesenkonformes Verhalten zeigte, also hier geringere Kosten anfielen. Gleichzeitig hatte die IG höhere teilstationäre Kosten als die KG. Insofern kann eine teilweise Verlagerung der Kosten aus dem

voll- in den teilstationären Bereich angenommen werden. Bzgl. der Hypothese der Verlagerung der Versorgungskosten in den haus- bzw. fachärztlichen Bereich war ebenfalls hypothesenkonformes Verhalten beobachtbar. Die Hypothese der niedrigeren Kosten der Psychopharmakaversorgung kann verworfen werden.

### *Fazit*

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zur Wirksamkeit des Modellvorhabens zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden und teilstationäre Tage sowie PIA-Kontakte erhöht wurden, ohne dass andere Einschränkungen in der Qualität der Behandlung beobachtet werden konnten. Ob sich der Trend zu weniger vollstationären Tagen und weniger AU-Tagen (Vergleich von Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr) in der IG im Vergleich zur KG über die Zeit bestätigt und ggf. noch weitere Effekte sichtbar werden, lässt sich erst im Abschlussbericht abbilden. Sollten vergleichbare Ergebnisse in der Evaluation der weiteren 17 Modellprojekte erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### *Effektivität*

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2020) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der 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 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

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

Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnose-übereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall ca. 6 % unterhalb der Kontrollkliniken, von 2014 bis 2015 in etwa auf dem Niveau der Kontrollkliniken und im Jahr 2016 etwa 16 % darüber. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich über die zur Verfügung stehenden Daten ein 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 Outcomeparameter 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 konsentiertere Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

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

somatische Krankheiten operationalisiert wurden (7). Diese Ansätze wurden auf die hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

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

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (7). Hinzu kommt neben der hohen 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>921</b>	<b>921</b>	<b>921</b>	<b>921</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,6 %	33,9 %	7,4 %	32,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,2 %	4,2 %	1,2 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,7 %	16,0 %	15,1 %	15,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	2,2	12,5	1,2	18,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	7,1	0,1	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,3	19,5	1,3	22,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,1	0,1	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	0,9	0,1	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,9	2,2	2,3	2,3

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	28,7 %	24,4 %	32,4 %	28,0 %
	6,1 %	3,7 %	4,8 %	3,2 %
	18,4 %	16,4 %	16,9 %	16,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	12,1	10,7	11,8	14,5
	3,2	5,0	2,9	2,9
	15,3	15,6	14,7	17,4
	1,5	0,6	1,1	0,8
	1,4	0,6	1,1	0,7
	2,1	2,2	2,4	2,2

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> 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
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>919</b>	<b>919</b>	<b>919</b>	<b>919</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>892</b>	<b>898</b>	<b>891</b>	<b>897</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,4	0,3	2,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,9	4,3	2,1	3,4
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,8	12,3	7,3	9,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,2	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,4	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,3	4,5	5,8	6,5

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.124</b>	<b>1.111</b>	<b>1.141</b>	<b>1.132</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	5,1	8,0	7,9	9,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,8	1,9	1,8	2,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	13,7	14,5	11,3	11,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,1	0,2	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,0	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,7	0,9	1,7	1,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,4	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	8,4	7,3	7,2	6,9

<sup>1</sup> 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.

<sup>3</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

<sup>5</sup> Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>103</b>	<b>575</b>	<b>73</b>	<b>782</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,6 %	15,5 %	9,6 %	4,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,6 %	11,7 %	6,8 %	10,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,9 %	39,8 %	38,4 %	40,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,7 %	9,0 %	12,3 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,9 %	4,9 %	1,4 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	7,0 %	5,5 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,2 %	29,2 %	17,8 %	18,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,8 %	38,4 %	42,5 %	45,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>70</b>	<b>310</b>	<b>51</b>	<b>366</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,4 %	14,5 %	11,8 %	4,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,1 %	17,7 %	9,8 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,7 %	40,6 %	43,1 %	38,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,6 %	7,7 %	15,7 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	4,8 %	2,0 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,1 %	6,5 %	7,8 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,1 %	32,9 %	23,5 %	25,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,1 %	36,8 %	33,3 %	42,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>125</b>	<b>20</b>	<b>141</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,0 %	10,4 %	15,0 %	6,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	39,1 %	24,8 %	15,0 %	23,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	34,8 %	38,4 %	45,0 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,7 %	8,0 %	20,0 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,0 %	3,2 %	0,0 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	4,8 %	5,0 %	1,4 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,8 %	33,6 %	30,0 %	34,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,4 %	36,8 %	25,0 %	40,4 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>85</b>	<b>526</b>	<b>65</b>	<b>709</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	24,3 %	12,3 %	9,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,8 %	19,6 %	15,4 %	20,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,4 %	63,5 %	60,0 %	65,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,0 %	24,3 %	30,8 %	29,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,2 %	9,5 %	10,8 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	16,5 %	12,3 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,1 %	45,8 %	32,3 %	35,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,2 %	16,0 %	18,5 %	18,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>58</b>	<b>279</b>	<b>46</b>	<b>332</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,8 %	22,6 %	13,0 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,9 %	28,3 %	19,6 %	32,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	63,8 %	64,5 %	65,2 %	66,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,2 %	26,2 %	30,4 %	31,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,6 %	10,8 %	13,0 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,5 %	17,9 %	15,2 %	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,8 %	52,0 %	37,0 %	49,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	12,9 %	13,0 %	13,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>20</b>	<b>115</b>	<b>18</b>	<b>123</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	15,7 %	16,7 %	12,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	45,0 %	35,7 %	33,3 %	40,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,0 %	66,1 %	77,8 %	62,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,0 %	27,8 %	38,9 %	39,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	9,6 %	16,7 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	13,9 %	16,7 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	51,3 %	55,6 %	61,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	16,5 %	11,1 %	10,6 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>59</b>	<b>457</b>	<b>41</b>	<b>631</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,6 %	28,2 %	31,7 %	14,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,8 %	29,5 %	29,3 %	29,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	83,1 %	78,8 %	78,0 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	44,1 %	45,3 %	48,8 %	52,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,2 %	17,3 %	14,6 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,0 %	28,0 %	17,1 %	13,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,2 %	58,4 %	53,7 %	48,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,8 %	7,0 %	9,8 %	8,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>236</b>	<b>26</b>	<b>290</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	27,5 %	26,7 %	34,6 %	14,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	37,5 %	43,2 %	42,3 %	45,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,5 %	81,4 %	84,6 %	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,5 %	47,9 %	50,0 %	59,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	21,2 %	19,2 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,5 %	30,9 %	19,2 %	15,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,0 %	69,1 %	65,4 %	66,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,0 %	4,7 %	3,8 %	3,1 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>13</b>	<b>96</b>	<b>15</b>	<b>106</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,5 %	16,7 %	33,3 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	69,2 %	55,2 %	46,7 %	53,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,6 %	79,2 %	80,0 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,2 %	55,2 %	53,3 %	59,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,4 %	20,8 %	26,7 %	17,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	27,1 %	26,7 %	14,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,6 %	68,8 %	80,0 %	76,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,3 %	6,7 %	0,9 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

### Klinikbekannte Patienten

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>		<b>KG</b>	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>501</b>	<b>538</b>	<b>594</b>	<b>763</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,4 %	25,5 %	20,0 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,2 %	5,8 %	8,4 %	12,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	32,5 %	30,1 %	33,2 %	31,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,0 %	9,3 %	6,7 %	10,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,0 %	2,0 %	1,5 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	5,0 %	4,2 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	32,0 %	28,8 %	28,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	46,7 %	45,7 %	42,8 %	43,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>402</b>	<b>408</b>	<b>505</b>	<b>564</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,9 %	24,3 %	22,4 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,5 %	7,4 %	9,9 %	15,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	34,8 %	30,1 %	33,7 %	34,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	12,2 %	9,3 %	7,1 %	10,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	27,9 %	32,6 %	32,7 %	33,3 %
	44,3 %	44,6 %	39,6 %	37,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>259</b>	<b>268</b>	<b>309</b>	<b>329</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	22,4 %	24,6 %	28,2 %	21,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	30,1 %	32,8 %	38,2 %	36,2 %
	44,0 %	43,3 %	35,3 %	34,0 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>412</b>	<b>473</b>	<b>483</b>	<b>667</b>
<b>Alle</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	42,7 %	45,0 %	38,9 %	29,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	53,9 %	55,8 %	53,0 %	50,2 %
	16,5 %	19,9 %	14,5 %	16,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>329</b>	<b>364</b>	<b>404</b>	<b>492</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	45,9 %	48,4 %	41,3 %	33,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,6 %	14,8 %	16,8 %	23,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,4 %	52,2 %	58,4 %	61,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,8 %	26,4 %	27,0 %	26,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,4 %	6,9 %	5,2 %	7,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,7 %	14,3 %	6,9 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	60,4 %	57,4 %	58,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	17,6 %	11,9 %	11,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>214</b>	<b>239</b>	<b>238</b>	<b>282</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	48,1 %	50,2 %	49,6 %	41,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,5 %	15,9 %	19,3 %	24,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,1 %	51,5 %	59,7 %	61,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	38,3 %	23,8 %	31,1 %	30,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,5 %	7,1 %	6,3 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,1 %	12,6 %	7,1 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,8 %	62,3 %	67,2 %	67,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,1 %	16,3 %	8,8 %	9,6 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>328</b>	<b>372</b>	<b>350</b>	<b>497</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	63,4 %	59,9 %	53,4 %	34,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,9 %	23,7 %	20,3 %	29,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,0 %	75,8 %	78,6 %	78,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	48,1 %	46,3 %	48,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,1 %	10,5 %	6,9 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,9 %	27,4 %	12,9 %	12,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,7 %	76,1 %	70,0 %	62,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,7 %	4,0 %	3,1 %	6,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>261</b>	<b>285</b>	<b>295</b>	<b>365</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	68,2 %	64,2 %	55,9 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,8 %	27,4 %	22,7 %	33,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,4 %	76,8 %	76,9 %	79,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	51,7 %	51,9 %	48,8 %	50,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,3 %	11,9 %	8,1 %	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,4 %	28,8 %	11,5 %	12,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,1 %	82,5 %	74,6 %	69,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,3 %	2,1 %	2,7 %	4,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>168</b>	<b>184</b>	<b>174</b>	<b>198</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	70,2 %	69,0 %	61,5 %	46,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,9 %	28,3 %	23,6 %	32,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,5 %	76,6 %	76,4 %	80,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,1 %	48,4 %	52,9 %	54,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	11,4 %	8,6 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	28,0 %	25,5 %	12,1 %	15,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,4 %	86,4 %	79,3 %	77,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,6 %	1,1 %	2,3 %	3,5 %

<sup>1</sup> Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

<sup>2</sup> Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

<sup>4</sup> Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>815</b>	<b>815</b>	<b>817</b>	<b>817</b>	<b>815</b>	<b>815</b>	<b>817</b>	<b>817</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	95	331	71	381	95	331	71	381
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	39	128	24	129	39	128	24	129
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	16	37	<10	37	16	37	<10	37
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	36	138	32	154	36	138	32	154
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	15	53	11	60	15	53	11	60
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	16	<10	19	<10	16	<10	19

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul>								
	20,0 %	18,7 %	12,7 %	21,3 %	13,7 %	15,1 %	12,7 %	18,6 %
	8,3 %	16,7 %	15,6 %	14,9 %	5,6 %	12,3 %	12,5 %	13,0 %
<b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul>								
	12,8 %	6,3 %	8,3 %	8,5 %	2,6 %	0,8 %	4,2 %	5,4 %
	0,0 %	5,7 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %	5,0 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
	0,0 %	5,4 %	14,3 %	8,1 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	6,3 %	0,0 %	0,0 %
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	272,7	639,5	328,2	638,2	343,5	811,9	338,8	757,9
	304,7	505,2	228,0	580,6	371,5	683,9	261,0	648,0

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	178,2	310,1	195,0	389,5	329,5	285,0	235,0	414,1
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	320,0	0,0	292,0	0,0	285,0	0,0	333,3
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	0,0	168,4	137,7	286,5	0,0	255,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	168,4	0,0	0,0	0,0	255,0	0,0	0,0

<sup>1</sup> Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up

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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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						
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>1.015</b>	<b>1.015</b>	<b>1.049</b>	<b>1.049</b>	<b>1.015</b>	<b>1.015</b>	<b>1.049</b>	<b>1.049</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	638	532	723	677	638	532	723	677
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	289	245	315	321	289	245	315	321
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	106	85	110	116	106	85	110	116
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	452	374	483	423	452	374	483	423
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	212	182	230	207	212	182	230	207
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	79	63	83	77	79	63	83	77

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul>								
	17,2 %	9,4 %	19,9 %	11,1 %	11,9 %	6,8 %	14,1 %	10,0 %
	18,6 %	6,1 %	19,7 %	9,2 %	11,1 %	4,8 %	13,3 %	7,1 %
<b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul>								
	10,0 %	3,7 %	7,0 %	7,8 %	1,4 %	2,0 %	2,2 %	4,0 %
	8,5 %	2,7 %	6,1 %	7,2 %	1,4 %	1,6 %	3,0 %	2,9 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
	3,8 %	2,4 %	3,6 %	9,5 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %
	1,3 %	3,2 %	1,2 %	3,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	240,2	473,8	267,9	498,7	317,1	631,0	335,8	625,4
	222,1	461,5	246,8	365,5	300,9	589,8	305,2	529,2

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	180,8	330,2	219,7	307,3	265,0	449,5	317,3	401,8
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	178,8	350,1	233,5	282,4	291,8	469,8	317,3	415,2
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	150,8	215,5	148,4	263,3	0,0	0,0	211,3	401,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	154,5	215,5	142,7	261,5	0,0	0,0	0,0	0,0

<sup>1</sup> Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up

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

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>919</b>	<b>919</b>	<b>919</b>	<b>919</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>892</b>	<b>898</b>	<b>891</b>	<b>897</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,1%	2,2%	1,1%	1,3%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,2%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>	<b>1.156</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.124</b>	<b>1.111</b>	<b>1.141</b>	<b>1.132</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,0%	1,3%	0,4%	1,0%
• Vier (B)	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

<sup>1</sup> 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
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>559</b>	<b>559</b>	<b>509</b>	<b>509</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	239	389	213	380
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,6	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	20,0	72,2	17,4	62,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,4%	13,6%	20,0%	13,0%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	13	23	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,5	1,0	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	1,1	0,2	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>478</b>	<b>478</b>	<b>495</b>	<b>495</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	219 1,9 32,6 12,1%	229 1,7 42,3 7,7%	230 2,0 30,7 10,9%	256 2,0 35,8 5,7%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	35 1,5 1,7 0,2%	27 1,4 0,9 0,2%	25 1,8 1,1 0,0%	25 1,7 1,0 0,0%

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

**Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>423</b>	<b>591</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	36,6% 96,5	26,1% 101,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>215</b>	<b>266</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	21,3% 95,8	13,7% 113,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>90</b>	<b>98</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	8,7% 83,9	5,9% 119,7

<sup>1</sup> 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.

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>397</b>	<b>483</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	54,4% 109,6	55,9% 113,5
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>312</b>	<b>369</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	42,1% 113,3	42,9% 114,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>208</b>	<b>219</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	32,2% 106,8	26,3% 125,2

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>921</b>	<b>921</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,7 3 2 - 5	3,5 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (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"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,4 2 1 - 3	2,2 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	1,3 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	4,0 3 2 - 5	3,6 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (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"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,2 3 2 - 4	2,8 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	0,9 0 0 - 1	0,8 0 0 - 1

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

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>921</b>	<b>921</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	7,5 %	5,5 %

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>1.157</b>	<b>1.157</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,1 %	4,5 %

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

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>852</b>	<b>870</b>
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depressive Episode<sup>1</sup></li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup></li> <li>• ohne Suchterkrankung<sup>5</sup></li> </ul>	240 513 585	264 505 629
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depr. Episode<sup>1</sup> zu schwere depr. Epi.<sup>2</sup> (A)</li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung<sup>4</sup> (B)</li> <li>• Entwicklung einer Suchterkrankung<sup>5</sup> (C)</li> </ul>	21,7 % 4,3 % 15,9 %	23,1 % 5,0 % 13,8 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.086</b>	<b>1.105</b>
Anzahlen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depressive Episode<sup>1</sup></li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup></li> <li>• ohne Suchterkrankung<sup>5</sup></li> </ul>	158 528 593	214 518 663
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depr. Episode<sup>1</sup> zu schwere depr. Epi.<sup>2</sup> (A)</li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung<sup>4</sup> (B)</li> <li>• Entwicklung einer Suchterkrankung<sup>5</sup> (C)</li> </ul>	15,2 % 2,3 % 4,4 %	10,7 % 1,9 % 5,6 %

<sup>1</sup> ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

<sup>2</sup> ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

<sup>3</sup> ICD-10: F32 (ohne F20-29)

<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelte Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>85</b> 4,7 %</p>	<p><b>105</b> 1,9 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>189</b> 1,6 %</p>	<p><b>182</b> 0,5 %</p>

<sup>3</sup> ICD-10: F10.2

<sup>4</sup> Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

<sup>5</sup> ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,

<sup>6</sup> ATC-Code: N07BB03

<sup>7</sup> ATC-Code: N07BB04

<sup>8</sup> ATC-Code: N07BB01

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>256</b> 1,2 %</p>	<p><b>269</b> 0,4 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p><b>25</b> 20,0 %</p>	<p><b>33</b> 24,2 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p><b>127</b> 28,3 %</p>	<p><b>149</b> 37,6 %</p>

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

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

<sup>3</sup> ICD-10: F00

<sup>4</sup> ACT-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

<sup>5</sup> ACT-Code: N06DX01

<sup>6</sup> ICD-10: F00, F01, F02, F03

<sup>7</sup> ACT-Codes: N05A

<b>Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>707</b> 48,9 %	<b>662</b> 47,7 %
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>419</b> 25,8 %	<b>509</b> 13,0 %

<sup>1</sup> 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)

<sup>2</sup> ACT Code: N06A

<sup>7</sup> 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)

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

<b>Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<b>277</b> 91,3 %	<b>274</b> 92,7 %
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<b>93</b> 93,5 %	<b>118</b> 89,8 %
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<b>19</b> 21,1 %	<b>22</b> 22,7 %

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

<sup>3</sup> ACT-Codes: N05A

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

<sup>5</sup> 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)

<sup>6</sup> ≥ 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

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

## 14.2 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

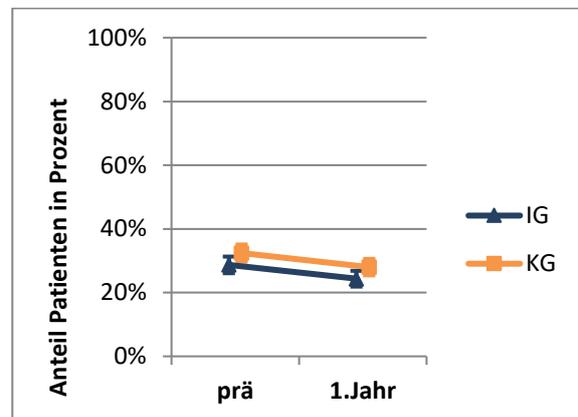
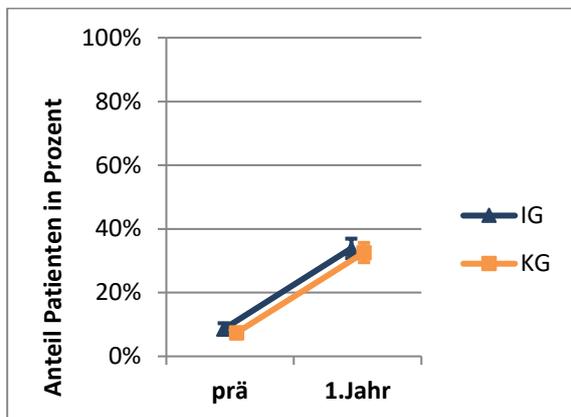
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### Klinikneue Patienten

### Klinikbekannte Patienten

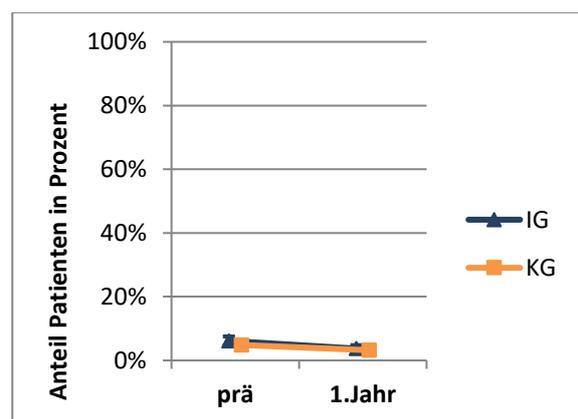
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

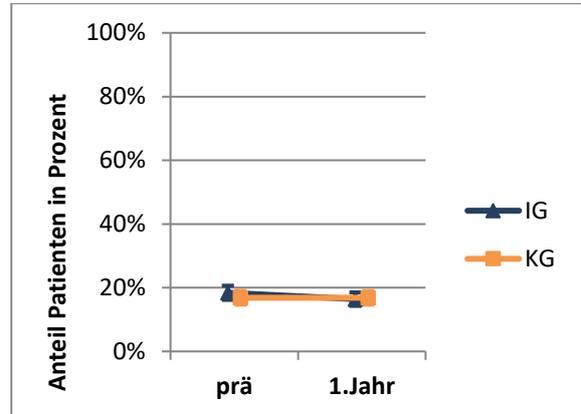
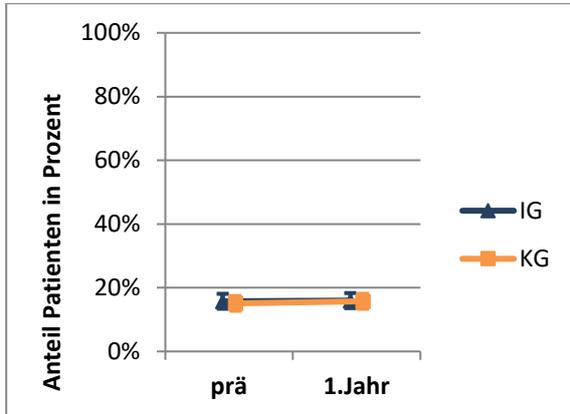


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

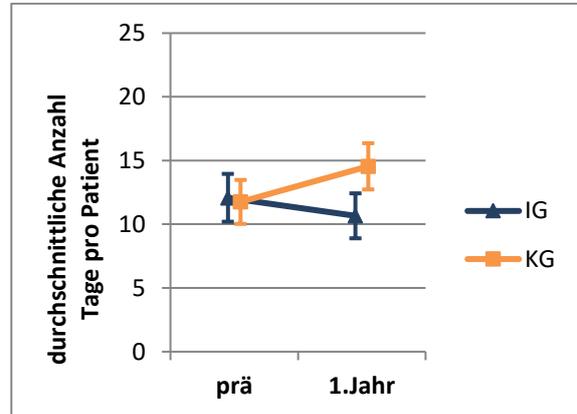
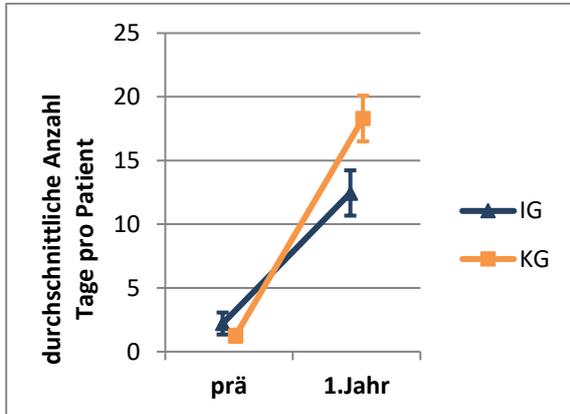


**Klinikneue Patienten**

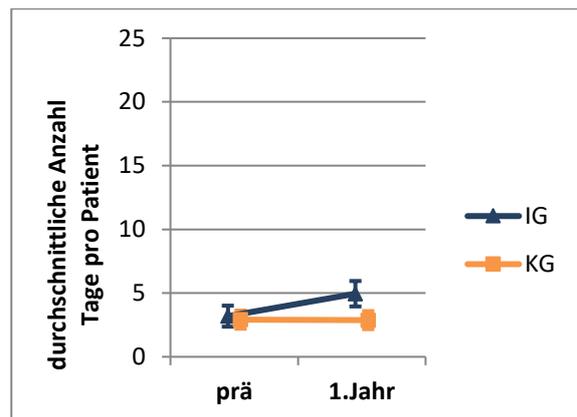
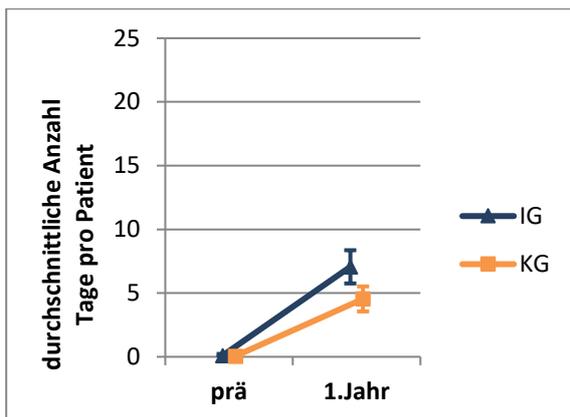
**Klinikbekannte Patienten**

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

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

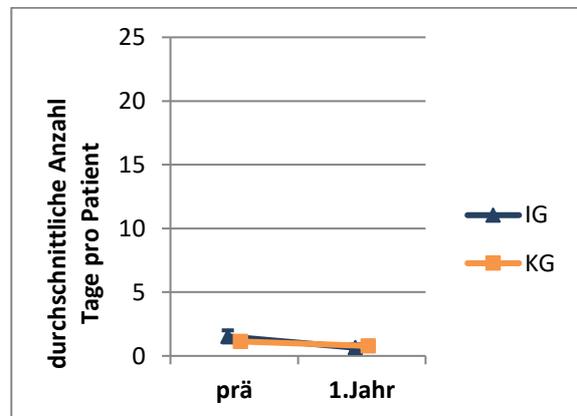


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**

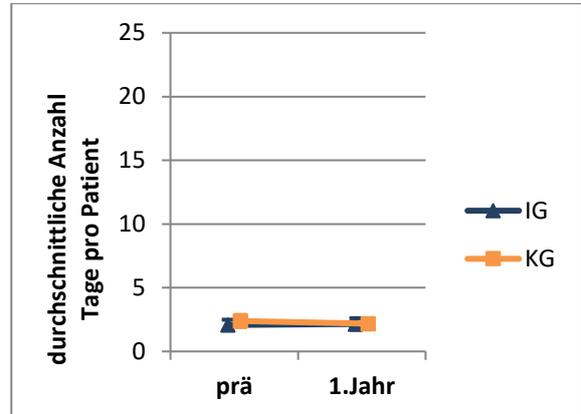
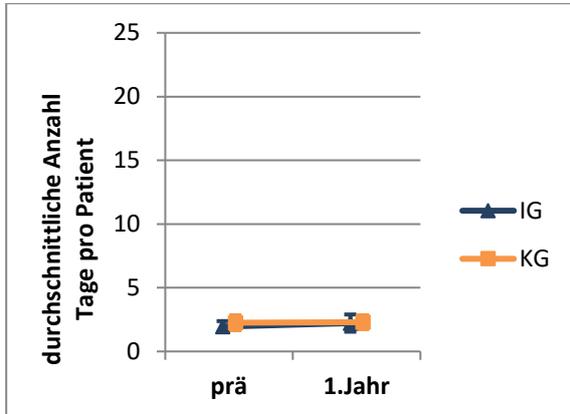


- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein



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



**Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

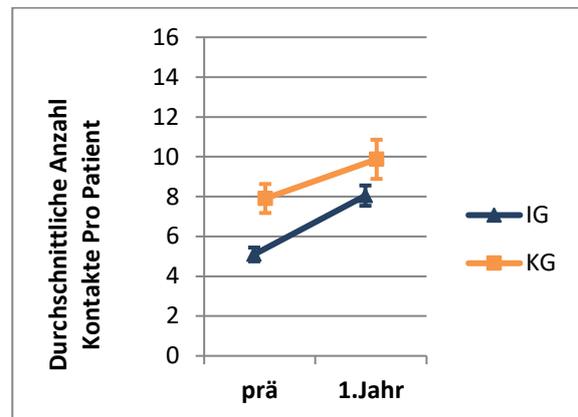
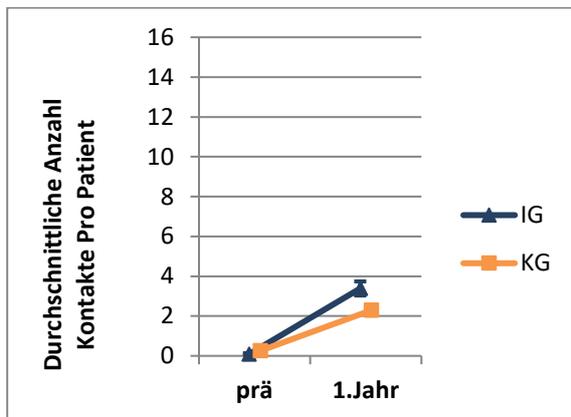
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

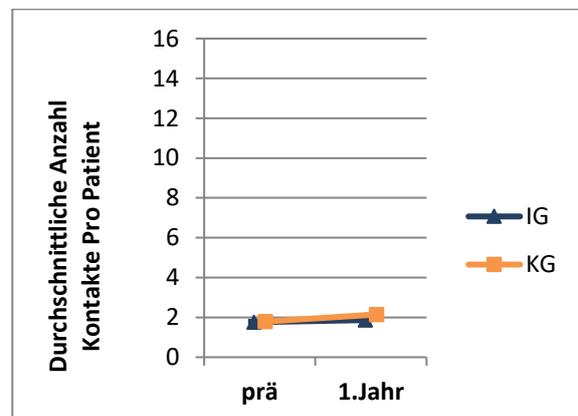
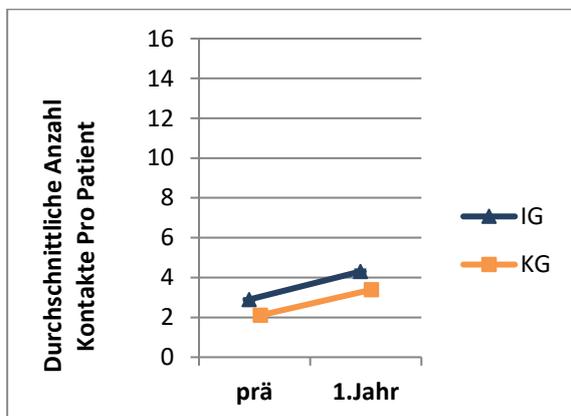
**Klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

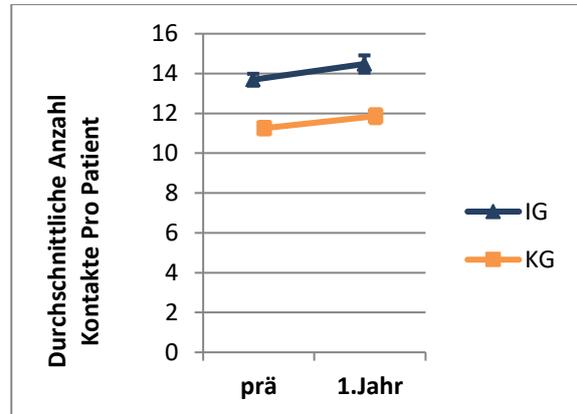
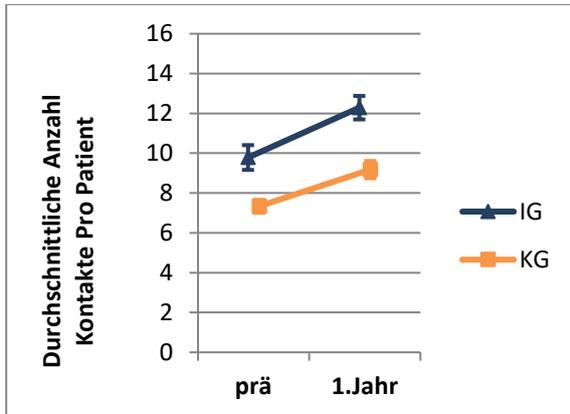
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



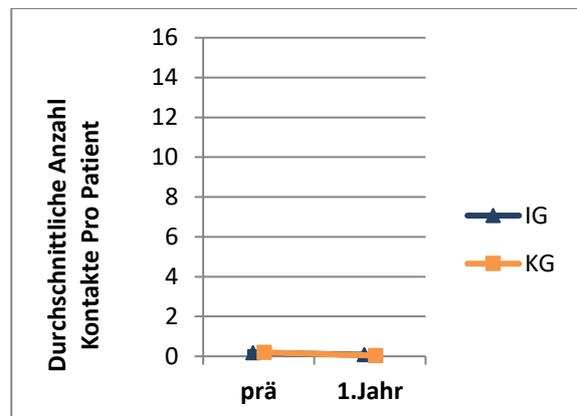
Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein

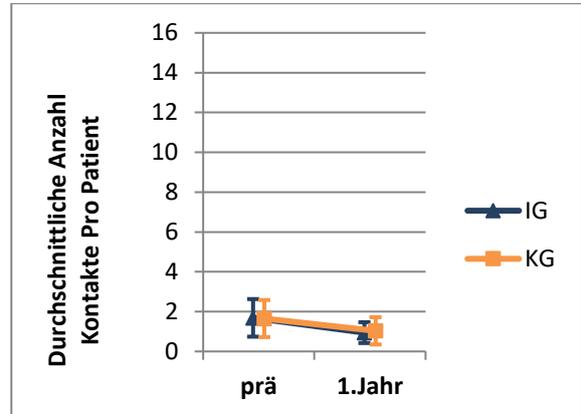
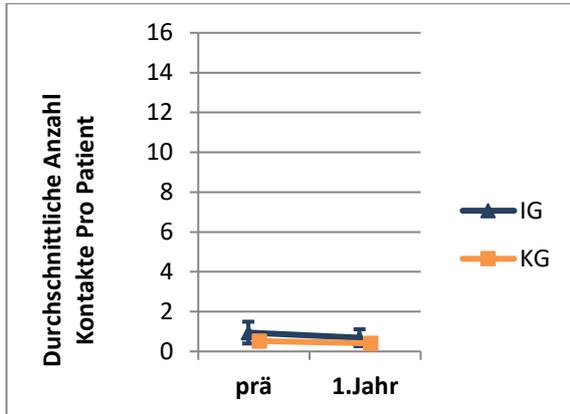


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)



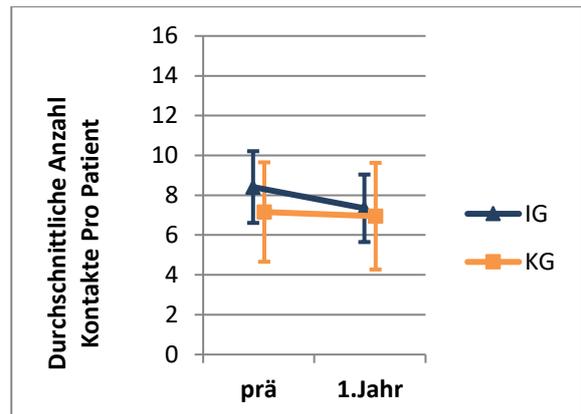
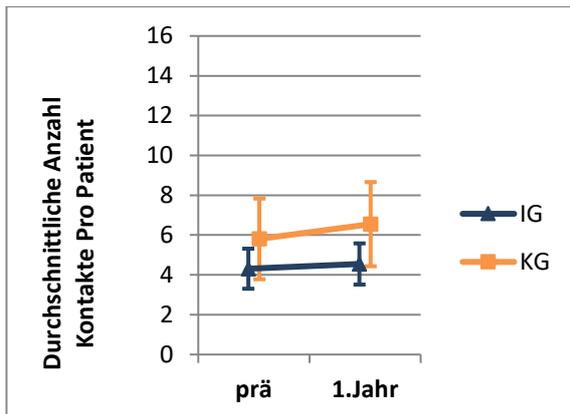
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



**Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Legende für die folgenden Abbildungen:

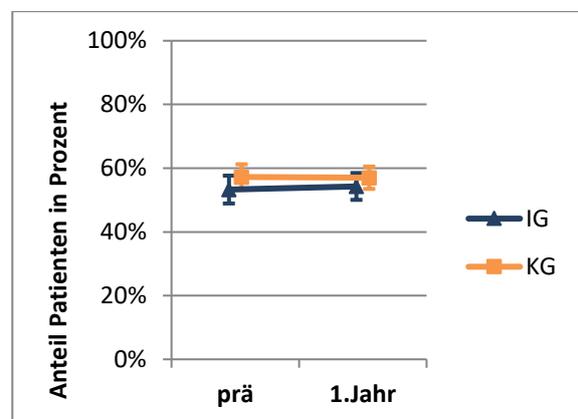
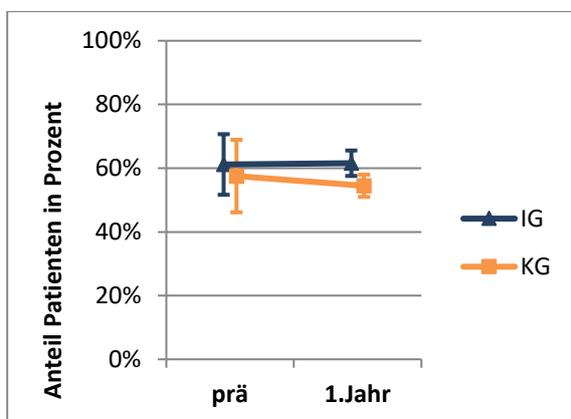
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

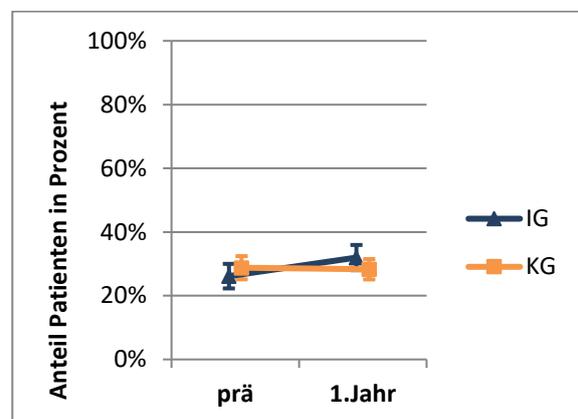
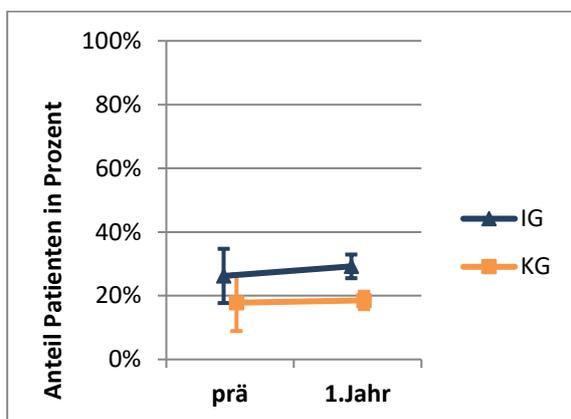
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

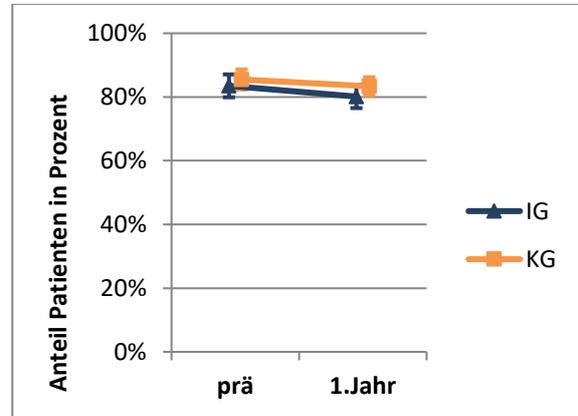
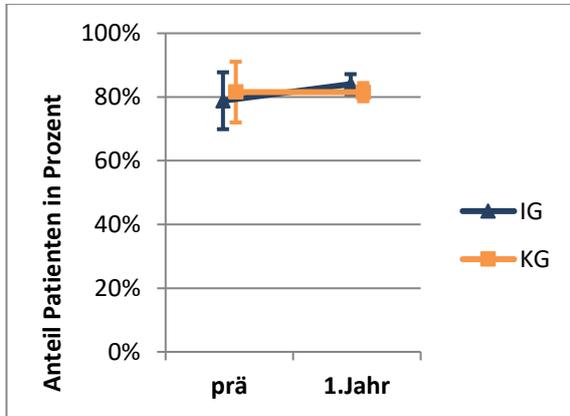


**Klinikneue Patienten**

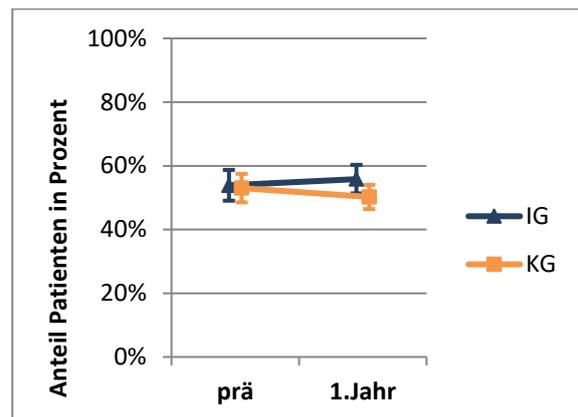
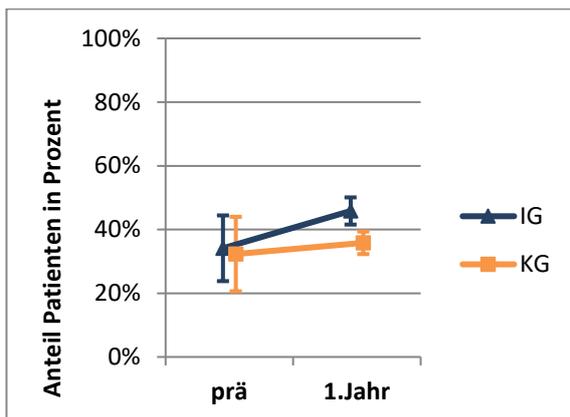
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

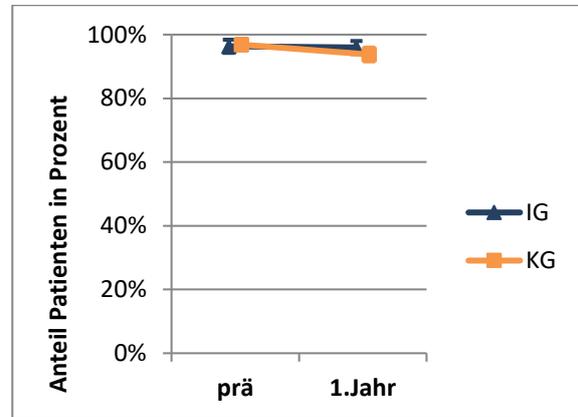
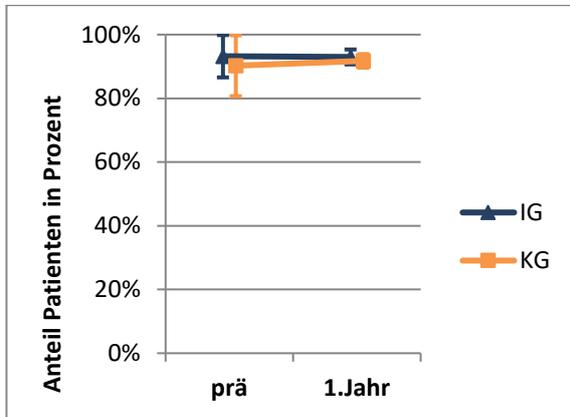


**Klinikneue Patienten**

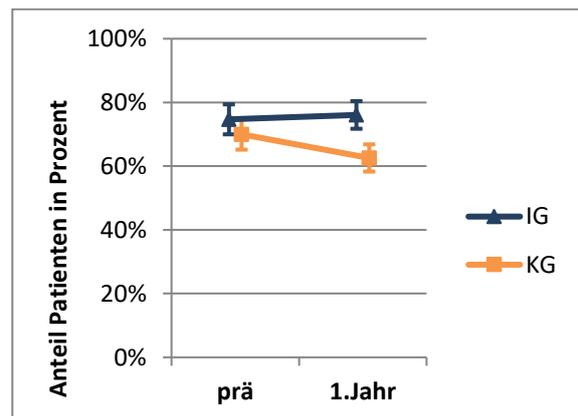
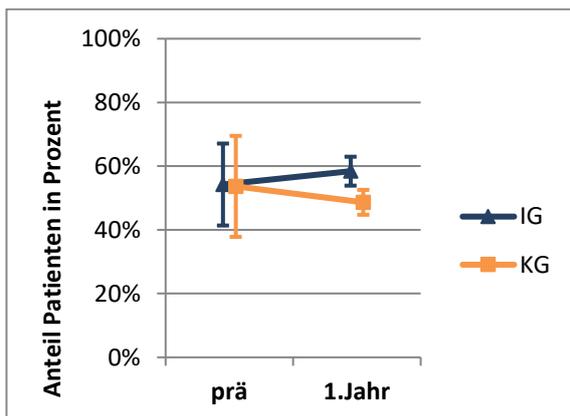
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



**Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Legende für die folgenden Abbildungen:

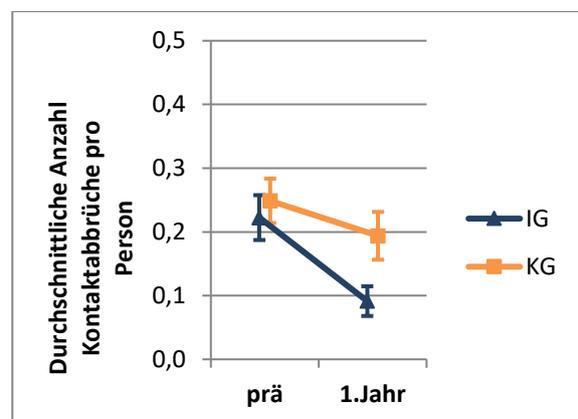
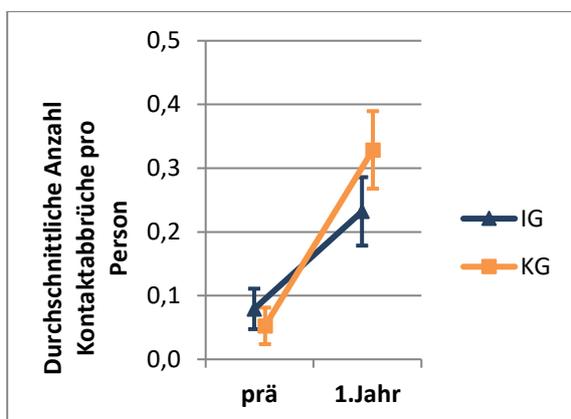
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

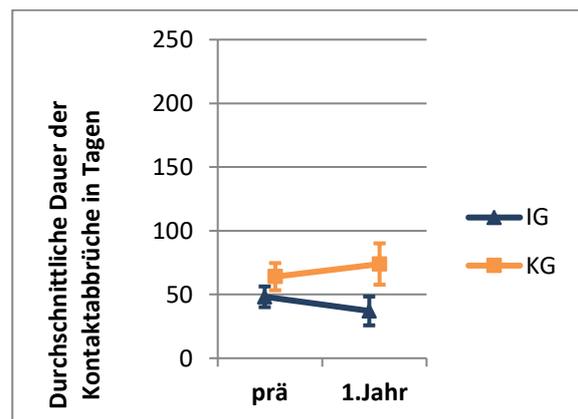
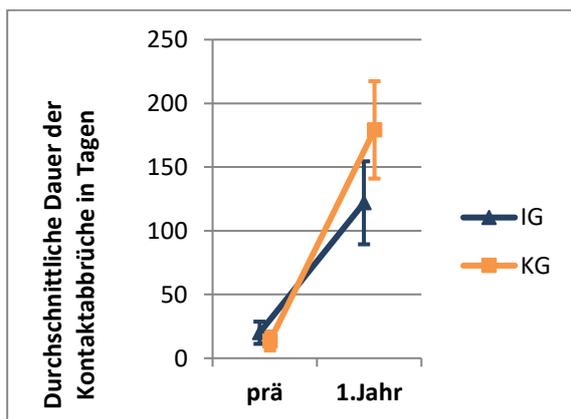


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

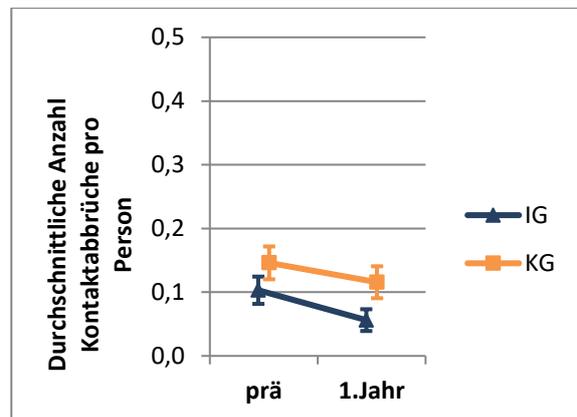
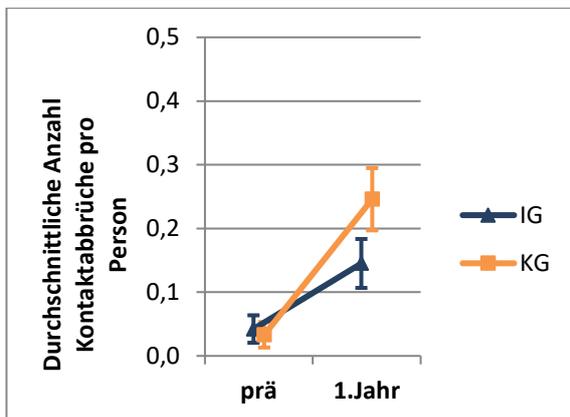


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

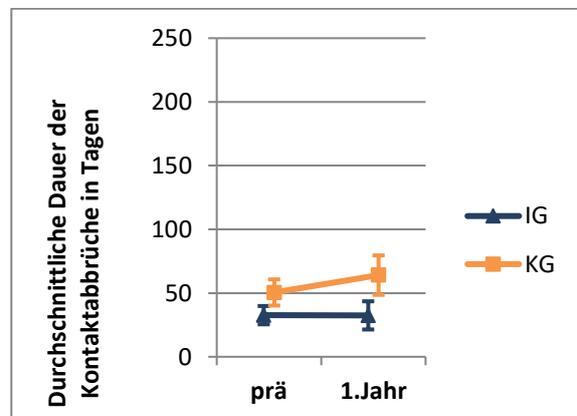
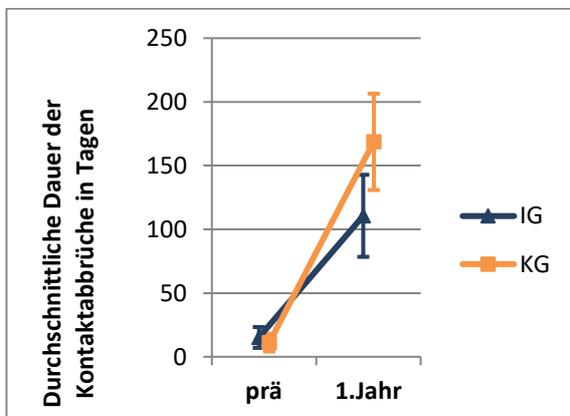


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



**Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, 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: Interaktionsdiagramme, 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

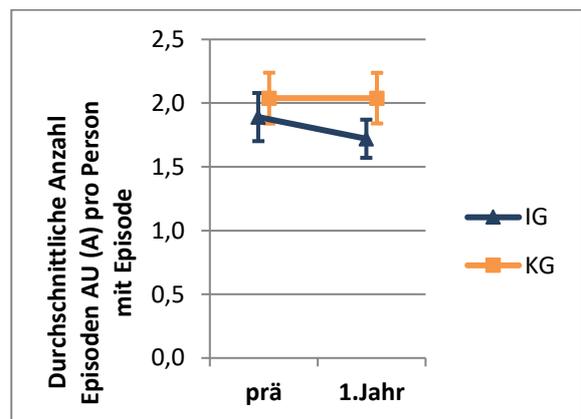
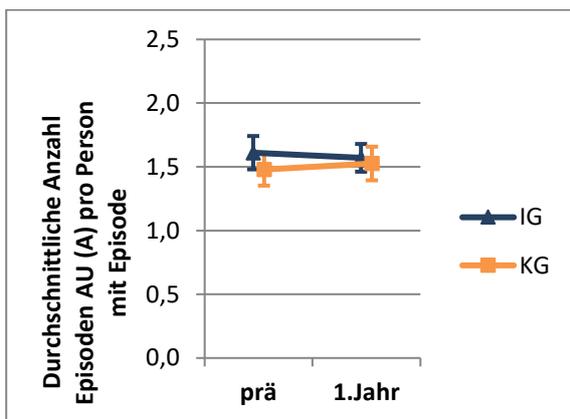
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

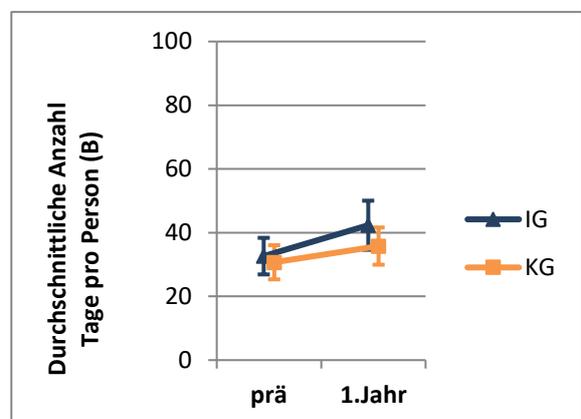
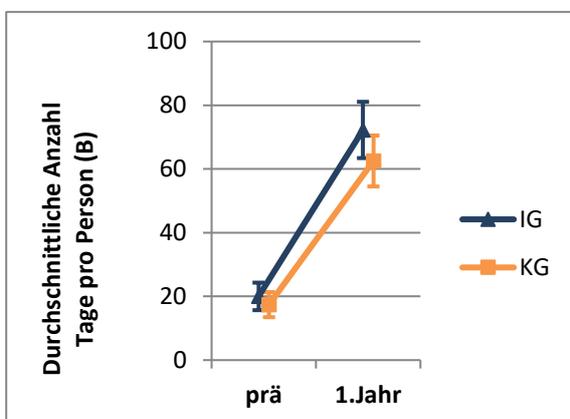
**Klinikbekannte Patienten**

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



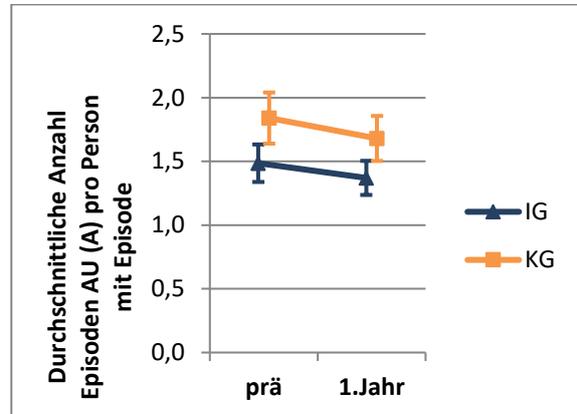
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

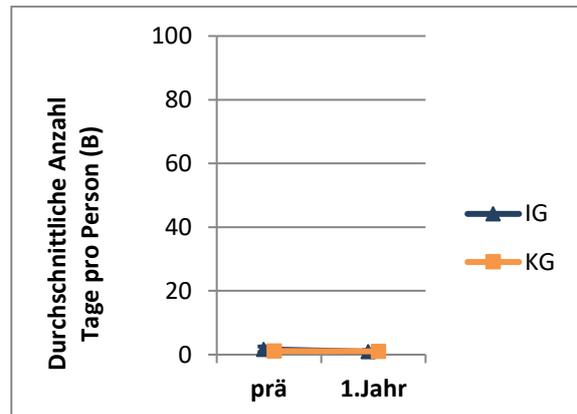
- **Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode**

Fallzahl zu klein



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

Fallzahl zu klein



**Abbildung 57: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Legende für die folgenden Abbildungen:

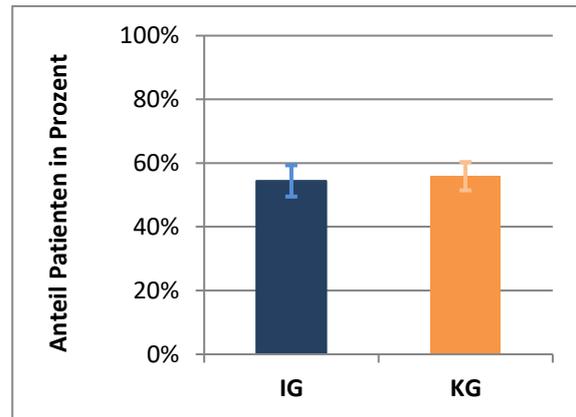
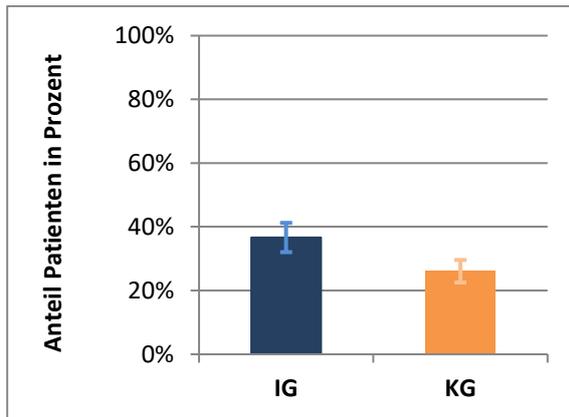
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

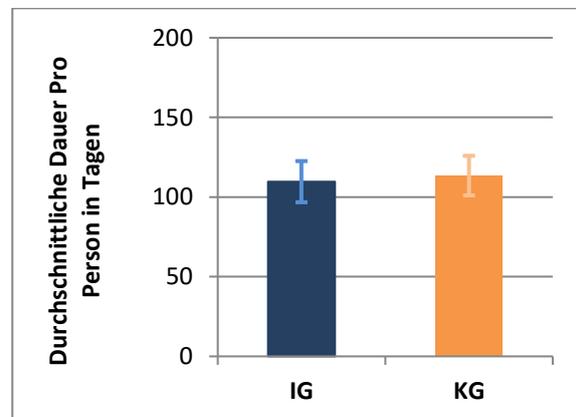
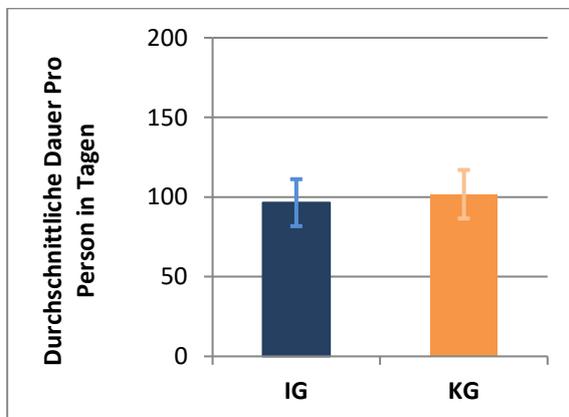
**Klinikneue Patienten**

**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: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

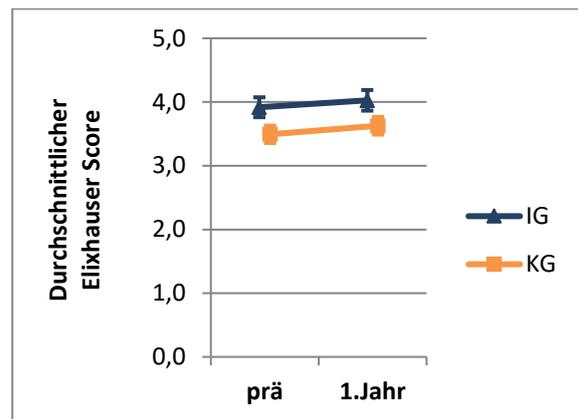
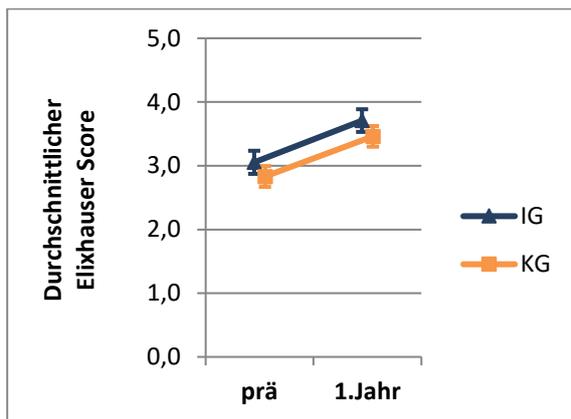
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### Klinikneue Patienten

### Klinikbekannte Patienten

#### Mittlerer Elixhauser Score



**Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität**

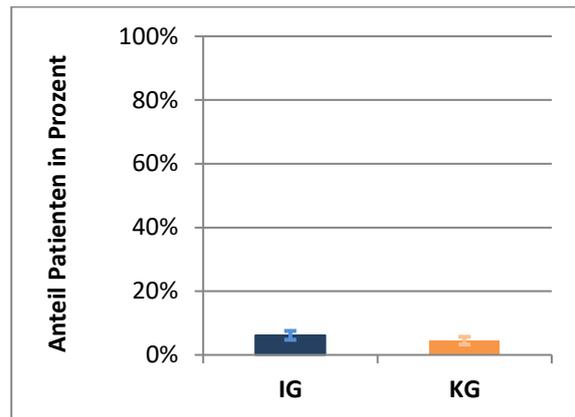
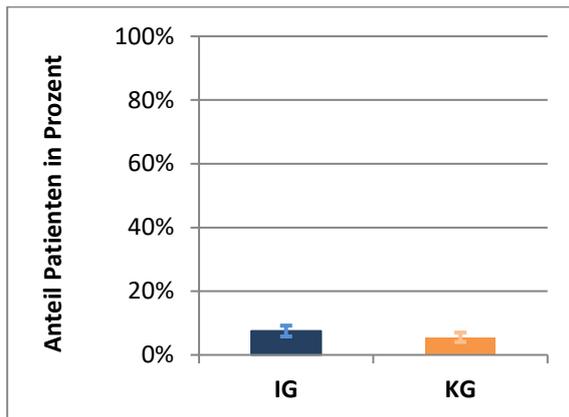
Legende für die folgenden Abbildungen:

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**

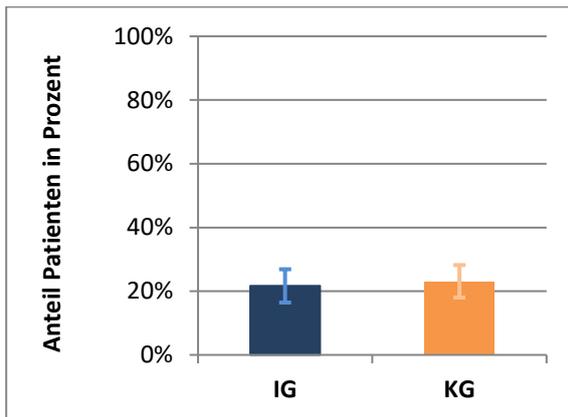
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



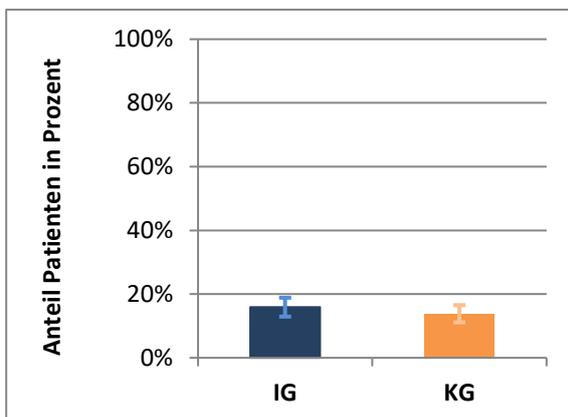
Fallzahl zu klein

**Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alle Patienten**

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

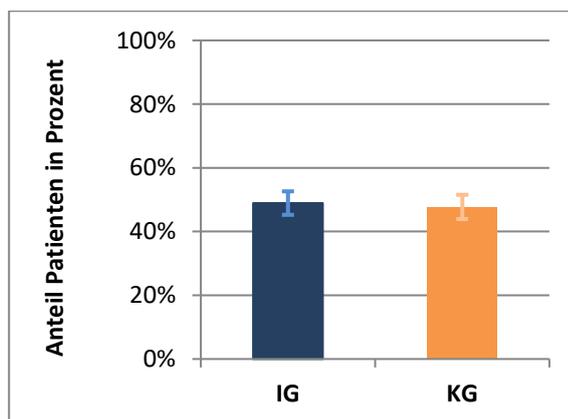
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

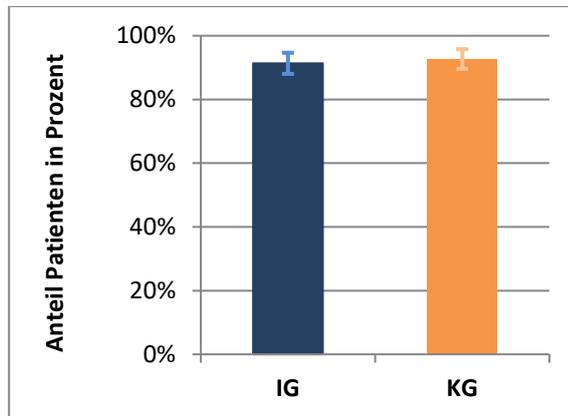
**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**



**Schizophrenie K**

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. Der Prä-Zeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (erster Teil) oder im 3. Modelljahr (zweiter Teil) statt.

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-6,81*** -7,18...-6,43	kf	0,24* 0,04...0,43
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,38*** 0,36...0,42	kf	1,12* 1,03...1,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85 0,56-1,30	kf	0,95 0,62-1,45	0,39*** 0,36-0,42	kf	1,15** 1,05-1,26
Gruppe	1,30 0,90-1,89	kf	1,15 0,82-1,60	1,66** 1,23-2,24	kf	0,79 0,52-1,20
Zeit	8,44*** 6,08-11,72	kf	1,09 0,81-1,47	14,62*** 13,77-15,52	kf	1,01 0,95-1,07
Indexgruppe 6 (F10)	1,80*** 1,35-2,39	kf	1,27 0,89-1,81	1,51* 1,01-2,25	kf	1,61 0,90-2,88
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,79-1,23	kf	0,56*** 0,42-0,75	1,33 0,97-1,83	kf	0,43*** 0,27-0,68
Indexgruppe 9 (F43)	0,49*** 0,38-0,64	kf	0,70* 0,50-0,97	0,22*** 0,15-0,31	kf	0,56* 0,33-0,93
Psy A <sup>1</sup>	1,80*** 1,42-2,30	kf	1,52** 1,11-2,07	1,61** 1,14-2,28	kf	1,89* 1,15-3,10
Psy B <sup>2</sup>	1,12 0,83-1,50	kf	1,04 0,72-1,51	1,60* 1,03-2,49	kf	0,92 0,50-1,70
Alter	0,98*** 0,98-0,99	kf	1,03*** 1,02-1,04	0,98*** 0,98-0,99	kf	1,04*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,68-1,02	kf	0,89 0,68-1,16	0,78 0,58-1,05	kf	0,88 0,58-1,35
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08** 1,03-1,13	kf	1,21*** 1,15-1,28	1,08* 1,01-1,15	kf	1,43*** 1,31-1,55
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30 0,89-1,91	kf	1,47 0,99-2,17	1,33 0,78-2,26	kf	2,98** 1,50-5,91
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,55*** 1,26-1,90	kf	2,48*** 1,89-3,24	1,57** 1,17-2,10	kf	3,58*** 2,34-5,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75* 0,60-0,94	kf	0,65** 0,49-0,86	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,50** 0,32-0,79

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,21*** -4,61...-3,80	-0,54*** -0,66...-0,43	0,29** 0,12...0,46
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,71*** 0,69...0,74	0,60*** 0,53...0,68	1,14** 1,05...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,99 0,72-1,35	0,56*** 0,55-0,56	0,84 0,59-1,20	0,72*** 0,69-0,74	0,61*** 0,54-0,69	1,11** 1,03-1,20
Gruppe	1,06 0,84-1,34	1,06*** 1,05-1,07	1,05 0,80-1,37	1,22 0,87-1,70	0,94 0,40-2,24	0,78 0,54-1,12
Zeit	0,73** 0,59-0,91	0,27*** 0,27-0,27	0,98 0,76-1,26	1,24*** 1,21-1,27	0,67*** 0,61-0,72	0,92** 0,87-0,97
Indexgruppe 6 (F10)	2,71*** 2,10-3,49	0,25*** 0,25-0,25	1,15 0,86-1,53	4,60*** 2,86-7,38	0,29* 0,09-0,91	0,87 0,51-1,49
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,60** 1,21-2,11	0,07*** 0,07-0,07	0,76 0,55-1,07	2,92*** 1,74-4,90	0,09** 0,02-0,44	0,51* 0,28-0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,92-1,43	0,06*** 0,06-0,06	0,75* 0,58-0,97	1,23 0,81-1,88	0,17** 0,06-0,50	0,58* 0,37-0,92
Psy A <sup>1</sup>	1,38* 1,06-1,81	1,67*** 1,66-1,68	0,91 0,67-1,24	2,09** 1,27-3,46	0,68 0,22-2,06	0,83 0,48-1,43
Psy B <sup>2</sup>	1,05 0,84-1,30	0,29*** 0,29-0,29	1,27 0,97-1,65	0,89 0,59-1,34	0,65 0,22-1,96	1,33 0,83-2,13
Alter	0,98*** 0,97-0,98	0,97*** 0,97-0,98	1,03*** 1,02-1,03	0,96*** 0,95-0,97	0,95** 0,92-0,98	1,05*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,97-1,41	0,78*** 0,78-0,79	0,86 0,69-1,08	0,99 0,70-1,40	0,31* 0,12-0,77	0,68 0,46-1,01
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,96-1,04	1,19*** 1,19-1,20	1,26*** 1,20-1,31	1,02 0,95-1,10	1,56*** 1,29-1,87	1,47*** 1,36-1,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,76-1,40	0,22*** 0,22-0,22	1,97*** 1,48-2,61	2,24** 1,28-3,94	0,38 0,08-1,86	3,15*** 1,84-5,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	8,96*** 7,16-11,21	2,46*** 2,45-2,48	3,66*** 2,89-4,63	35,00*** 24,48-50,04	2,88* 1,04-7,93	7,71*** 5,18-11,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,22-0,35	0,51*** 0,51-0,52	0,68** 0,52-0,90	0,02*** 0,01-0,03	0,31* 0,11-0,86	0,61 0,37-1,01

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-9,61*** -9,99...-9,23	-0,47*** -0,60...-0,34	-0,60*** -0,81...-0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,53*** 0,49...0,57	0,38*** 0,32...0,45	0,72*** 0,65...0,79
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81 0,51-1,30	0,06*** 0,01-0,27	1,50 0,94-2,39	0,53*** 0,49-0,57	0,33*** 0,28-0,40	0,70*** 0,64-0,77
Gruppe	1,15 0,76-1,76	24,07* 1,11-522,07	0,93 0,63-1,37	0,82 0,56-1,21	4,42** 1,80-10,88	1,25 0,76-2,05
Zeit	7,51*** 5,26-10,72	38,82*** 9,80-153,69	1,10 0,79-1,54	8,82*** 8,38-9,29	4,25*** 3,67-4,92	1,72*** 1,60-1,84
Indexgruppe 6 (F10)	2,70*** 1,94-3,75	0,13 0,00-6,05	1,66* 1,09-2,51	3,71*** 2,15-6,40	0,58 0,17-2,00	2,65** 1,30-5,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,35* 1,05-1,75	0,16 0,00-7,13	0,65* 0,46-0,91	1,40 0,92-2,14	0,24* 0,08-0,74	0,80 0,46-1,39
Indexgruppe 9 (F43)	0,70* 0,54-0,93	0,16 0,01-4,13	0,43*** 0,29-0,63	0,52** 0,33-0,80	0,43 0,16-1,20	0,28*** 0,16-0,52
Psy A <sup>1</sup>	1,84*** 1,42-2,38	0,56 0,03-12,37	1,56* 1,11-2,19	2,19*** 1,42-3,38	0,76 0,28-2,06	1,47 0,84-2,57
Psy B <sup>2</sup>	0,98 0,71-1,36	0,03 0,00-3,10	0,72 0,48-1,10	1,83* 1,04-3,22	0,76 0,19-2,99	0,62 0,30-1,26
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,95 0,87-1,03	1,03*** 1,02-1,04	0,99* 0,98-1,00	0,97* 0,94-0,99	1,06*** 1,04-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,80-1,26	0,77 0,04-14,60	1,21 0,90-1,63	0,97 0,67-1,40	1,32 0,56-3,12	1,32 0,81-2,14
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,98-1,08	1,24 0,69-2,22	1,22*** 1,15-1,29	1,05 0,97-1,14	1,13 0,95-1,34	1,37*** 1,25-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,50-1,24	3,22 0,04-283,58	1,39 0,90-2,13	0,90 0,45-1,81	2,33 0,56-9,66	2,30* 1,05-5,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,64*** 1,31-2,04	0,72 0,04-11,90	2,14*** 1,60-2,88	1,59* 1,10-2,28	1,81 0,78-4,23	3,02*** 1,86-4,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75* 0,58-0,97	0,70 0,03-14,71	0,57** 0,42-0,79	0,01*** 0,01-0,02	0,37* 0,14-0,95	0,64 0,38-1,10

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-7,15*** -7,45...-6,85
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-10,61*** -10,91...-10,32
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-9,18*** -9,49...-8,87
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,38*** 0,36...0,41
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,31*** 0,29...0,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,46*** 0,43...0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,38*** 0,35-0,40
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,31*** 0,29-0,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,45*** 0,42-0,48

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,48** 1,13-1,94
Zeit	13,00*** 12,38-13,66
Indexgruppe 6 (F10)	3,04*** 2,36-3,90
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,47*** 1,21-1,79
Indexgruppe 9 (F43)	0,33*** 0,26-0,41
Psy A <sup>1</sup>	1,87*** 1,51-2,31
Psy B <sup>2</sup>	1,43** 1,09-1,87
Alter	0,98*** 0,98-0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,80-1,14
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07** 1,03-1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,32 0,94-1,84
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,52*** 1,27-1,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,02-0,02
2. vs. 1.Jahr	1,24 0,94-1,64
3. vs. 1.Jahr	1,64** 1,22-2,20

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,26*** 1,10...1,42	0,12 -0,11...0,35	0,66** 0,26...1,06	kf	kf	-0,14** -0,25...-0,04	kf	-0,50** -0,80...-0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	4,45*** 3,42...5,79	0,92* 0,86...0,99	1,00 0,96...1,05	kf	kf	0,93 0,79...1,10	kf	0,94* 0,88...0,99
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	4,46*** 3,43-5,81	0,92* 0,86-0,99	1,00 0,96-1,05	kf	kf	0,89*** 0,89-0,89	kf	0,96 0,90-1,01
Gruppe	0,31*** 0,24-0,42	1,53** 1,20-1,95	1,21*** 1,10-1,34	kf	kf	1,27*** 1,26-1,27	kf	1,35 0,80-2,29
Zeit	9,08*** 7,93-10,40	1,61*** 1,52-1,70	1,25*** 1,21-1,29	kf	kf	0,81*** 0,81-0,81	kf	1,10*** 1,06-1,14
Indexgruppe 6 (F10)	0,87 0,70-1,07	0,28*** 0,19-0,41	1,02 0,88-1,18	kf	kf	0,39*** 0,39-0,39	kf	0,42* 0,19-0,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,96-1,29	1,42** 1,10-1,85	1,04 0,93-1,16	kf	kf	0,47*** 0,47-0,47	kf	0,77 0,43-1,39
Indexgruppe 9 (F43)	0,83* 0,70-0,97	0,84 0,63-1,12	0,78*** 0,70-0,88	kf	kf	0,45*** 0,45-0,45	kf	1,18 0,63-2,21
Psy A <sup>1</sup>	0,97 0,83-1,14	4,12*** 3,11-5,46	1,74*** 1,55-1,95	kf	kf	0,50*** 0,50-0,50	kf	1,31 0,70-2,46
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,83-1,26	2,06*** 1,46-2,91	1,13 0,98-1,31	kf	kf	1,20*** 1,20-1,20	kf	0,64 0,28-1,45
Alter	1,01** 1,00-1,01	0,98*** 0,97-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,98*** 0,98-0,98	kf	1,02* 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,92-1,21	1,45** 1,14-1,85	1,30*** 1,17-1,43	kf	kf	0,81*** 0,81-0,81	kf	2,84*** 1,66-4,84
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,97-1,03	1,03 0,98-1,09	1,13*** 1,11-1,15	kf	kf	1,13*** 1,13-1,13	kf	1,31*** 1,15-1,49
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,15 0,90-1,47	0,38*** 0,23-0,62	1,11 0,94-1,33	kf	kf	0,45*** 0,45-0,45	kf	0,40 0,14-1,12
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,99 0,86-1,13	1,56*** 1,22-1,98	1,36*** 1,23-1,50	kf	kf	1,58*** 1,58-1,58	kf	2,22** 1,31-3,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,81*** 4,06-5,70	0,65** 0,50-0,84	0,98 0,88-1,09	kf	kf	0,81*** 0,81-0,81	kf	0,56 0,31-1,02

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)	0,99*** 0,66...1,31	-0,25** -0,41...-0,09	0,19 -0,23...0,60	0,06** 0,02...0,10	kf	-0,12 -0,26...0,01	kf	-0,86*** -1,17...-0,54
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,26*** 1,21...1,32	0,88** 0,81...0,96	1,00 0,97...1,04	2,26*** 1,50...3,39	kf	0,90* 0,81...0,99	kf	0,90*** 0,86...0,94
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,26*** 1,20-1,31	0,87** 0,80-0,95	1,00 0,97-1,04	2,44*** 1,60-3,73	kf	0,85** 0,77-0,95	kf	0,86*** 0,83-0,90
Gruppe	0,82*** 0,74-0,90	1,54* 1,07-2,20	1,11* 1,02-1,21	1,29 0,62-2,68	kf	1,25 0,77-2,00	kf	0,95 0,61-1,46
Zeit	1,25*** 1,22-1,29	1,21*** 1,14-1,28	1,05*** 1,03-1,08	0,17*** 0,12-0,23	kf	0,65*** 0,60-0,69	kf	1,00 0,97-1,03
Indexgruppe 6 (F10)	0,99 0,86-1,15	0,40** 0,23-0,69	0,84** 0,74-0,96	0,33* 0,12-0,92	kf	0,41* 0,20-0,84	kf	0,23*** 0,12-0,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,49*** 1,28-1,74	0,30*** 0,17-0,53	0,62*** 0,54-0,72	0,23* 0,06-0,90	kf	0,63 0,30-1,32	kf	0,34** 0,17-0,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,98-1,25	0,99 0,64-1,54	0,79*** 0,71-0,88	0,68 0,29-1,60	kf	0,41** 0,23-0,75	kf	1,53 0,89-2,61
Psy A <sup>1</sup>	1,01 0,87-1,17	2,41** 1,40-4,13	1,31*** 1,15-1,50	0,56 0,21-1,51	kf	1,17 0,58-2,35	kf	0,57 0,30-1,11
Psy B <sup>2</sup>	1,46*** 1,28-1,65	1,12 0,72-1,74	1,22*** 1,09-1,37	1,04 0,41-2,66	kf	0,59 0,32-1,09	kf	0,93 0,54-1,62
Alter	1,00 1,00-1,00	0,96*** 0,95-0,97	1,01*** 1,00-1,01	0,98 0,96-1,00	kf	0,96*** 0,95-0,98	kf	1,02** 1,01-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,88-1,08	1,41 0,97-2,05	1,16** 1,05-1,27	0,34** 0,16-0,74	kf	0,61 0,38-1,00	kf	2,27*** 1,44-3,57
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,99-1,03	1,07 0,99-1,16	1,14*** 1,12-1,17	1,20* 1,04-1,39	kf	1,27*** 1,14-1,42	kf	1,33*** 1,21-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,75-1,03	0,74 0,40-1,37	1,20* 1,04-1,38	0,28 0,06-1,39	kf	0,52 0,22-1,27	kf	1,05 0,51-2,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,98-1,20	2,19*** 1,51-3,18	1,13* 1,03-1,24	1,72 0,78-3,81	kf	0,84 0,51-1,38	kf	2,73*** 1,72-4,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,59*** 4,80-6,52	0,08*** 0,05-0,13	0,86* 0,76-0,98	0,55 0,22-1,36	kf	0,88 0,46-1,68	kf	3,54*** 1,89-6,63

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,80*** 1,62...1,99	-0,55*** -0,79...-0,31	1,11*** 0,68...1,54	kf	kf	-0,24*** -0,37...-0,11	kf	-0,06 -0,39...0,27
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,98*** 1,51...2,60	0,87** 0,80...0,95	1,05* 1,00...1,10	kf	kf	1,01 0,85...1,18	kf	1,00 0,94...1,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,02*** 1,54-2,65	0,85*** 0,78-0,93	1,05* 1,01-1,10	kf	kf	0,88 0,75-1,03	kf	1,01 0,95-1,07
Gruppe	0,74* 0,55-0,99	1,52** 1,15-2,01	1,20** 1,06-1,36	kf	kf	0,87 0,52-1,48	kf	0,79 0,46-1,38
Zeit	16,12*** 13,40-19,38	2,19*** 2,07-2,33	1,32*** 1,28-1,37	kf	kf	0,78*** 0,68-0,89	kf	1,20*** 1,15-1,25
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,71-1,11	0,21*** 0,13-0,33	0,98 0,82-1,18	kf	kf	0,69 0,31-1,56	kf	0,38* 0,16-0,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,83-1,15	1,41* 1,04-1,91	1,27** 1,11-1,45	kf	kf	0,63 0,34-1,15	kf	0,56 0,30-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,69*** 0,58-0,81	0,68* 0,50-0,93	0,82** 0,71-0,94	kf	kf	0,87 0,48-1,60	kf	0,79 0,42-1,51
Psy A <sup>1</sup>	1,12 0,95-1,31	3,70*** 2,71-5,04	1,51*** 1,32-1,74	kf	kf	1,15 0,64-2,06	kf	1,02 0,54-1,91
Psy B <sup>2</sup>	0,84 0,68-1,05	2,65*** 1,80-3,90	1,43*** 1,19-1,71	kf	kf	0,46 0,20-1,06	kf	1,11 0,47-2,60
Alter	1,00 1,00-1,01	0,98*** 0,97-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,00	kf	1,05*** 1,04-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,18* 1,03-1,36	1,15 0,88-1,50	1,23** 1,09-1,38	kf	kf	0,67 0,40-1,11	kf	1,90* 1,11-3,26
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,98-1,03	1,02 0,96-1,08	1,10*** 1,07-1,12	kf	kf	1,11 0,99-1,24	kf	1,11 0,99-1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,58*** 1,23-2,03	0,66 0,39-1,11	1,08 0,87-1,34	kf	kf	0,91 0,35-2,43	kf	0,60 0,21-1,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,86-1,13	1,68*** 1,29-2,18	1,31*** 1,17-1,47	kf	kf	1,20 0,73-1,98	kf	7,09*** 4,18-12,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,07*** 3,40-4,88	0,60** 0,44-0,82	1,06 0,92-1,21	kf	kf	1,21 0,67-2,19	kf	2,10* 1,12-3,92

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,10** -0,16...-0,04	-0,16*** -0,24...-0,09	-0,19*** -0,26...-0,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,55** 0,37...0,84	0,60* 0,41...0,89	0,49** 0,32...0,76
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,61-1,41	1,06 0,72-1,55	1,02 0,66-1,58
Gruppe	1,30 0,87-1,92	1,04 0,72-1,49	1,03 0,68-1,57
Zeit	1,16 0,84-1,60	1,13 0,85-1,50	1,09 0,78-1,54
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,87-1,23	1,09 0,94-1,27	1,01 0,86-1,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,88-1,18	0,94 0,82-1,07	0,99 0,87-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,81-1,17	0,97 0,83-1,14	0,96 0,82-1,13
Psy A <sup>1</sup>	1,10 0,93-1,29	1,17* 1,01-1,35	1,11 0,96-1,29
Psy B <sup>2</sup>	1,06 0,88-1,27	0,96 0,82-1,14	0,98 0,83-1,16
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,12 0,98-1,29	1,11 0,98-1,25	1,05 0,92-1,19
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 1,00-1,06	1,04** 1,01-1,06	1,01 0,99-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,68-1,16	0,94 0,75-1,19	1,06 0,84-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28** 1,10-1,47	1,18** 1,04-1,34	1,06 0,93-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,86-1,15	0,99 0,87-1,12	1,02 0,90-1,17

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06 -0,12...0,00	-0,09** -0,16...-0,02	-0,07* -0,14...-0,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,85 0,69...1,06	0,82* 0,67...0,99	0,82 0,67...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,99 0,80-1,24	0,95 0,78-1,15	0,98 0,79-1,20
Gruppe	0,87 0,74-1,03	0,93 0,80-1,07	1,01 0,86-1,18
Zeit	1,14 0,98-1,32	1,15* 1,01-1,31	1,09 0,94-1,27
Indexgruppe 6 (F10)	1,14 0,99-1,32	1,18* 1,04-1,35	1,08 0,94-1,24
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,11 0,93-1,31	1,01 0,86-1,17	0,96 0,81-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,95-1,26	0,99 0,87-1,12	0,95 0,84-1,09
Psy A <sup>1</sup>	1,10 0,92-1,31	1,11 0,96-1,29	1,04 0,89-1,22
Psy B <sup>2</sup>	1,18* 1,03-1,34	1,11 0,99-1,25	1,04 0,92-1,18
Alter	0,99** 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,13* 1,01-1,27	1,07 0,97-1,19	1,05 0,94-1,17
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07*** 1,05-1,10	1,04*** 1,02-1,06	1,01 0,99-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,94-1,37	1,06 0,90-1,27	0,95 0,78-1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20* 1,02-1,42	1,16* 1,01-1,33	1,04 0,90-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,83-1,05	0,96 0,87-1,07	0,98 0,88-1,10

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)	0,23 -0,17...0,63	0,03 -0,42...0,48	0,03 -0,47...0,53
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,34 0,84...2,14	1,03 0,67...1,60	1,03 0,62...1,71
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,24 0,77-1,99	1,02 0,66-1,59	1,03 0,62-1,71
Gruppe	0,99 0,63-1,55	1,04 0,68-1,58	1,04 0,63-1,71
Zeit	0,85 0,61-1,19	1,08 0,79-1,47	1,08 0,75-1,57
Indexgruppe 6 (F10)	0,94 0,75-1,18	0,98 0,81-1,19	0,98 0,80-1,20
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,92 0,76-1,10	0,93 0,79-1,09	0,96 0,81-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	1,08 0,89-1,32	0,99 0,83-1,18	1,00 0,83-1,19
Psy A <sup>1</sup>	1,17 0,96-1,42	1,09 0,92-1,29	1,08 0,91-1,28
Psy B <sup>2</sup>	1,18 0,95-1,46	1,02 0,84-1,24	1,01 0,82-1,23
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,90-1,26	1,07 0,93-1,24	1,00 0,87-1,16
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,97-1,04	1,02 0,99-1,05	1,01 0,98-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,55-1,09	0,90 0,67-1,20	0,95 0,71-1,28
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18* 1,00-1,39	1,12 0,97-1,29	1,07 0,93-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,87 0,73-1,04	0,95 0,81-1,10	0,98 0,84-1,14

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,47* 0,25-0,88	0,47*** 0,45-0,49	0,46 0,20-1,05	0,47*** 0,45-0,49
Gruppe	1,81 1,00-3,29	1,37 0,52-3,62	1,55 0,73-3,28	1,09 0,40-2,97
Zeit	6,29*** 3,87-10,22	13,04*** 12,67-13,42	7,42*** 4,06-13,55	15,45*** 14,96-15,95
Indexgruppe 6 (F10)	2,15*** 1,46-3,15	25,97** 3,99-168,86	2,03*** 1,37-3,03	12,80** 2,07-79,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,78 0,58-1,06	0,40 0,14-1,11	0,87 0,63-1,20	0,76 0,27-2,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,54** 0,35-0,84	0,20* 0,05-0,74	0,73 0,47-1,15	0,26 0,06-1,15
Psy B <sup>2</sup>	0,64** 0,47-0,87	0,15** 0,05-0,44	0,67* 0,48-0,94	0,18** 0,06-0,57
Alter	1,00 0,99-1,01	0,99 0,95-1,02	1,00 0,99-1,01	1,00 0,97-1,03
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,56-1,03	0,72 0,26-2,04	0,76 0,55-1,06	0,34* 0,12-0,98
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08* 1,01-1,14	1,29* 1,02-1,62	1,03 0,97-1,10	1,14 0,91-1,43
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,85* 1,12-3,06	14,36** 1,98-104,38	1,62 0,97-2,72	10,78* 1,58-73,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,83-1,51	1,08 0,40-2,95	1,12 0,81-1,53	1,04 0,37-2,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,53*** 0,39-0,72	0,05*** 0,02-0,14	0,52*** 0,38-0,73	0,18** 0,06-0,53

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)
DiD-Schätzer	0,53*** 0,38-0,74	0,67*** 0,66-0,68	0,68 0,44-1,06	0,77*** 0,75-0,78
Gruppe	1,03 0,81-1,30	0,51 0,24-1,05	0,84 0,62-1,15	0,78 0,41-1,49
Zeit	0,77* 0,63-0,95	1,16*** 1,14-1,17	0,79 0,61-1,03	1,28*** 1,26-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	2,51*** 1,91-3,29	23,28*** 5,68-95,43	2,20*** 1,54-3,15	1,21 0,42-3,45
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,88 0,66-1,17	1,93 0,65-5,67	0,88 0,60-1,29	0,33* 0,13-0,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,74* 0,58-0,95	0,74 0,29-1,85	0,85 0,61-1,17	0,43* 0,19-0,96
Psy B <sup>2</sup>	1,06 0,85-1,32	0,15*** 0,07-0,36	0,95 0,71-1,26	1,67 0,79-3,53
Alter	0,99*** 0,98-0,99	0,95*** 0,92-0,97	0,99* 0,98-1,00	0,99 0,97-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,81-1,23	0,78 0,36-1,68	0,96 0,73-1,26	0,69 0,35-1,36
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,97-1,07	1,14 0,96-1,34	1,01 0,95-1,07	1,03 0,88-1,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,34 0,94-1,92	8,68** 2,36-31,85	1,63* 1,04-2,55	0,54 0,14-2,01
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53*** 1,23-1,90	0,84 0,39-1,82	1,19 0,90-1,58	0,87 0,44-1,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39*** 0,31-0,49	0,15*** 0,05-0,43	0,36*** 0,26-0,48	0,08*** 0,03-0,18

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

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

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

<sup>3</sup> 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 Krankenhausopping, 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 <sup>1</sup>	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidity <sup>3</sup>	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidity <sup>3</sup>	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

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,11 -0,10...0,32	7,14*** 6,03...8,26	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,16 0,96...1,40	1,01 0,97...1,04	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,86 0,71-1,04	1,01 0,97-1,04	kf	kf
Gruppe	1,20* 1,03-1,39	1,31 0,95-1,81	kf	kf
Zeit	1,84*** 1,61-2,11	3,59*** 3,51-3,68	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,05 0,92-1,19	0,77 0,49-1,23	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,84-1,03	2,63*** 1,83-3,78	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,85-1,07	0,69 0,48-1,01	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,15* 1,03-1,29	1,40 0,96-2,03	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,91 0,78-1,05	1,14 0,68-1,93	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,03*** 1,02-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,90-1,09	0,98 0,71-1,34	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06*** 1,04-1,09	1,09 1,00-1,19	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,45-1,30	0,09** 0,02-0,41	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,03 0,93-1,15	0,24*** 0,17-0,34	kf	kf

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,23 -0,04...0,50	4,61*** 3,56...5,67	-0,02 -0,08...0,03	-0,60*** -0,80...-0,41
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,17 0,97...1,41	1,11*** 1,08...1,15	0,78 0,43...1,41	0,63*** 0,53...0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85 0,71-1,03	1,11*** 1,08-1,15	0,75 0,41-1,35	0,59*** 0,50-0,70
Gruppe	0,99 0,84-1,16	1,10 0,73-1,66	1,51 0,75-3,03	1,21 0,42-3,51
Zeit	1,11 0,98-1,26	1,17*** 1,14-1,19	0,91 0,60-1,39	0,93 0,83-1,05
Indexgruppe 6 (F10)	1,26** 1,06-1,50	1,41 0,79-2,54	0,77 0,34-1,76	1,42 0,36-5,59
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,07 0,88-1,31	0,74 0,39-1,41	0,24** 0,08-0,68	0,23 0,04-1,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,93 0,80-1,09	1,63 0,98-2,71	0,26** 0,11-0,59	0,24* 0,06-0,88
Psy A <sup>1</sup>	1,03 0,87-1,22	3,17*** 1,79-5,62	1,13 0,49-2,58	0,50 0,13-1,91
Psy B <sup>2</sup>	1,09 0,94-1,27	0,32*** 0,19-0,52	0,81 0,36-1,81	0,53 0,13-2,14
Alter	0,99 0,99-1,00	0,97*** 0,95-0,98	0,94*** 0,91-0,97	0,87*** 0,82-0,92
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,89-1,15	1,43 0,94-2,17	0,50* 0,25-0,98	0,64 0,21-1,94
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08*** 1,04-1,12	1,21** 1,08-1,35	1,58*** 1,34-1,87	2,36*** 1,70-3,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,73-1,49	0,32* 0,11-0,92	0,42 0,06-3,13	0,13 0,00-4,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75*** 0,66-0,86	0,07*** 0,04-0,11	0,40* 0,19-0,84	0,69 0,20-2,41

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> 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)**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,17 -0,05...0,38	-1,21* -2,32...-0,09	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,19 0,97...1,47	0,92*** 0,89...0,95	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,84 0,68-1,03	0,92*** 0,89-0,95	kf	kf
Gruppe	1,13 0,95-1,34	1,18 0,80-1,73	kf	kf
Zeit	1,88*** 1,63-2,18	3,33*** 3,25-3,41	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,18* 1,01-1,38	0,91 0,51-1,64	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,93-1,19	3,00*** 1,93-4,64	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,94-1,20	0,79 0,51-1,23	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,20** 1,06-1,35	1,91** 1,23-2,97	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,87 0,74-1,02	0,95 0,51-1,78	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,01 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,90-1,11	1,07 0,73-1,55	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04** 1,01-1,07	1,05 0,95-1,16	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04 0,69-1,57	0,10** 0,02-0,43	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,94-1,18	0,20*** 0,13-0,31	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	4,98*** 4,12...5,84
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-4,75*** -5,62...-3,88
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-0,43 -1,29...0,43
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,07*** 1,04...1,10
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,85*** 0,82...0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,00 0,97...1,03
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,07*** 1,04-1,10
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,84*** 0,82-0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,00 0,98-1,03

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
Gruppe	1,16 0,88-1,52
Zeit	3,24*** 3,18-3,31
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,79-1,37
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,69*** 2,18-3,32
Indexgruppe 9 (F43)	0,71** 0,57-0,87
Psy A <sup>1</sup>	1,70*** 1,37-2,11
Psy B <sup>2</sup>	1,06 0,78-1,42
Alter	1,01*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,82-1,18
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,97-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,20*** 0,09-0,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,18-0,27
2. vs. 1.Jahr	1,01 0,75-1,35
3. vs. 1.Jahr	1,19 0,88-1,62

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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 Wiederauf- nahme
Gruppe	1,59** 1,18-2,13	0,92*** 0,90-0,94
Index- gruppe 6 (F10)	1,77** 1,22-2,57	1,12*** 1,09-1,15
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,69* 0,50-0,95	1,24*** 1,21-1,27
Index- gruppe 9 (F43)	0,62* 0,42-0,92	0,80*** 0,77-0,83
Psy A <sup>1</sup>	1,36 0,95-1,94	1,15*** 1,12-1,19
Psy B <sup>2</sup>	1,20 0,80-1,80	0,95** 0,92-0,98
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,99*** 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,87-1,59	0,94*** 0,91-0,96
Komorbidi- tät <sup>3</sup>	1,06 1,00-1,14	1,01*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,61-1,94	1,16*** 1,11-1,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,22 0,91-1,64	0,87*** 0,85-0,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,08 0,80-1,47	1,07*** 1,04-1,10

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>Anteil Wieder- aufnahme</b>	<b>Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme</b>
Gruppe	0,92 0,69-1,23	0,96*** 0,94-0,97
Index- gruppe 6 (F10)	2,90*** 1,92-4,38	0,70*** 0,68-0,72
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,89** 1,21-2,95	0,89*** 0,86-0,91
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,79-1,70	0,82*** 0,81-0,84
Psy A <sup>1</sup>	0,70 0,46-1,08	1,05** 1,02-1,08
Psy B <sup>2</sup>	1,86** 1,30-2,64	1,00 0,98-1,02
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,17 0,87-1,58	1,03** 1,01-1,05
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06 0,99-1,13	0,98*** 0,97-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,77 0,45-1,30	0,83*** 0,80-0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,63** 1,21-2,20	0,84*** 0,83-0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,70* 0,52-0,95	1,00 0,98-1,01

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,41 0,96-2,06	1,00 0,97-1,04
Index- gruppe 6 (F10)	1,73* 1,07-2,80	0,94** 0,90-0,98
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,67-1,54	0,80*** 0,78-0,83
Index- gruppe 9 (F43)	1,22 0,80-1,87	0,97 0,94-1,00
Psy A <sup>1</sup>	1,38 0,90-2,10	1,04* 1,01-1,08
Psy B <sup>2</sup>	0,80 0,48-1,36	0,59*** 0,57-0,62
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,70-1,45	1,02 0,99-1,05
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,97-1,14	0,95*** 0,95-0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58 0,25-1,38	0,78*** 0,73-0,85
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,75-1,53	1,19*** 1,15-1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,59-1,27	0,99 0,96-1,02

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,02 -0,21...0,26
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,92...1,07
DiD-Schätzer	0,99 0,92-1,07
Gruppe	1,12** 1,04-1,19
Zeit	1,22*** 1,16-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	1,26*** 1,16-1,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,94-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,89*** 0,83-0,95
Psy A <sup>1</sup>	1,27*** 1,19-1,35
Psy B <sup>2</sup>	1,17*** 1,08-1,27
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,93-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,12** 1,03-1,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30*** 1,23-1,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94* 0,88-0,99

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,03 -0,25...0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,93...1,05
DiD-Schätzer	0,99 0,93-1,05
Gruppe	1,11*** 1,05-1,17
Zeit	1,04 0,99-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	1,30*** 1,22-1,39
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,01 0,94-1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,95-1,06
Psy A <sup>1</sup>	1,09* 1,02-1,17
Psy B <sup>2</sup>	1,16*** 1,09-1,23
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,97-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08* 1,00-1,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,32*** 1,26-1,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,91-1,03

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,26...0,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,97 0,90...1,04
DiD-Schätzer	0,97 0,90-1,05
Gruppe	1,16*** 1,08-1,26
Zeit	1,25*** 1,18-1,32
Indexgruppe 6 (F10)	1,27*** 1,16-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98 0,91-1,06
Indexgruppe 9 (F43)	0,90** 0,84-0,97
Psy A <sup>1</sup>	1,24*** 1,15-1,33
Psy B <sup>2</sup>	1,19*** 1,09-1,31
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,99-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,95-1,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,26*** 1,19-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,89-1,02

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,63* 1,10-2,41
Psy A <sup>1</sup>	0,70 0,41-1,19
Psy B <sup>2</sup>	1,78 0,91-3,47
Alter	1,10*** 1,08-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,57** 0,39-0,84
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06* 1,00-1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,42*** 0,26-0,68
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	2,07** 1,35-3,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,49-1,09

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,25 0,87-1,80
Psy A <sup>1</sup>	0,97 0,62-1,53
Psy B <sup>2</sup>	0,60 0,35-1,01
Alter	1,09*** 1,07-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,49** 0,33-0,74
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06 1,00-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26*** 0,15-0,44
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,49* 1,01-2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,52-1,73

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,41 0,87-2,28
Psy A <sup>1</sup>	0,83 0,49-1,41
Psy B <sup>2</sup>	0,28* 0,10-0,75
Alter	1,09*** 1,06-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,81 0,50-1,29
Komorbidität <sup>3</sup>	1,26*** 1,16-1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,31*** 0,18-0,55
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	0,77 0,47-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,48** 0,29-0,78

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,79 0,54-1,17	kf	1,36 0,98-1,89
Psy A <sup>1</sup>	1,35 0,89-2,04	kf	0,67 0,44-1,01
Psy B <sup>2</sup>	0,53* 0,28-0,99	kf	1,42 0,81-2,50
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	0,99* 0,98-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,36 0,92-2,00	kf	0,83 0,60-1,13
Komorbidität <sup>3</sup>	1,13** 1,05-1,22	kf	0,79*** 0,71-0,87
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,53 0,23-1,25	kf	1,19 0,56-2,52
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,65* 1,11-2,46	kf	1,14 0,82-1,57
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,94 0,62-1,40	kf	0,46*** 0,33-0,65

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

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

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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)**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	1,26 0,83-1,91	kf	1,47* 1,03-2,11
Psy A <sup>1</sup>	1,37 0,88-2,12	kf	0,69 0,45-1,05
Psy B <sup>2</sup>	0,74 0,40-1,37	kf	0,81 0,42-1,55
Alter	0,99 0,98-1,01	kf	0,99 0,98-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,80-1,74	kf	0,52*** 0,38-0,73
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,95-1,13	kf	0,87** 0,80-0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,28* 0,08-0,95	kf	0,93 0,41-2,10
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,72** 1,15-2,57	kf	1,05 0,75-1,47
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,60-1,50	kf	0,34*** 0,24-0,50

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,88 0,71-1,10	kf	0,88 0,58-1,34	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,99-1,01	kf	0,99 0,98-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,48*** 1,19-1,84	kf	0,67* 0,45-1,00	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,95-1,04	kf	1,13** 1,04-1,23	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,71 0,48-1,06	kf	0,77 0,34-1,73	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,51*** 1,22-1,88	kf	0,54** 0,36-0,83	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,97 0,76-1,23	kf	0,85 0,54-1,34	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> 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**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,33** 1,08-1,65	1,93*** 1,35-2,74	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,99-1,00	0,98** 0,97-0,99	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,72*** 1,40-2,12	2,22*** 1,56-3,15	kf	kf	kf
Komorbidi- tät <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,01 0,97-1,06	0,88** 0,80-0,96	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,57** 0,37-0,87	0,11* 0,02-0,84	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,23* 1,00-1,52	2,81*** 1,97-4,01	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,82 0,65-1,03	0,84 0,57-1,23	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

**Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)**

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2016	2016
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>3.017</b>	<b>34.242</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> </ul>	27,5 %	48,5 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> </ul>	5,7	14,0
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>1.634</b>	<b>18.572</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> </ul>	848 46,0	11.874 58,8

<sup>1</sup> 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.

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

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

<sup>4</sup> Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

## 14.5 Ergebnisse Kosten

### 14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	872	872	799	775	859	853	794	773
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.015,51 €</b>	<b>2.649,02 €</b>	<b>3.152,27 €</b>	<b>2.502,85 €</b>	<b>3.273,63 €</b>	<b>3.008,29 €</b>	<b>2.765,72 €</b>	<b>3.075,99 €</b>
Standardabweichung	5.921,40 €	5.960,10 €	8.219,11 €	6.106,33 €	6.714,72 €	7.094,22 €	6.143,73 €	12.818,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	315,10 €	279,80 €	257,34 €	226,21 €	329,50 €	250,20 €	264,26 €	231,79 €
Median	839,55 €	709,59 €	718,03 €	629,25 €	948,60 €	804,25 €	720,41 €	621,98 €
75%-Perzentil	2.932,66 €	2.501,32 €	2.348,15 €	2.170,03 €	3.202,78 €	2.814,37 €	2.617,97 €	2.085,52 €
Maximum	65.251,51 €	69.204,56 €	112.878,30 €	64.574,42 €	78.766,07 €	90.101,14 €	72.174,26 €	290.314,50 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	1.109	1.093	1.025	977	1.118	1.107	1.060	1.015
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.046,80 €</b>	<b>2.984,40 €</b>	<b>3.309,29 €</b>	<b>3.784,55 €</b>	<b>2.574,67 €</b>	<b>2.593,72 €</b>	<b>3.060,03 €</b>	<b>2.713,94 €</b>
Standardabweichung	7.033,69 €	6.273,44 €	7.832,74 €	10.478,54 €	4.660,21 €	5.553,86 €	8.031,28 €	7.596,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	322,64 €	302,46 €	289,51 €	279,05 €	347,28 €	290,18 €	321,81 €	316,74 €
Median	834,14 €	866,78 €	899,82 €	835,42 €	878,10 €	809,73 €	908,02 €	837,49 €
75%-Perzentil	2.939,19 €	2.918,00 €	3.327,12 €	3.297,80 €	2.750,52 €	2.497,66 €	2.485,37 €	2.476,88 €
Maximum	122.381,38 €	68.358,13 €	138.479,79 €	155.365,58 €	48.892,37 €	84.020,79 €	150.577,98 €	152.905,58 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	297	245	220	192	300	252	223	165
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.853,52 €</b>	<b>1.655,94 €</b>	<b>1.661,54 €</b>	<b>1.270,60 €</b>	<b>2.099,88 €</b>	<b>1.840,39 €</b>	<b>1.585,84 €</b>	<b>1.916,18 €</b>
Standardabweichung	4.694,38 €	5.262,90 €	4.902,48 €	4.363,42 €	5.966,17 €	6.398,35 €	5.216,92 €	12.192,04 €
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	1.732,87 €	1.040,57 €	808,69 €	0,00 €	1.830,75 €	1.480,60 €	910,94 €	0,00 €
Maximum	46.810,10 €	68.773,87 €	64.972,00 €	58.959,66 €	78.660,03 €	87.486,67 €	70.153,86 €	287.770,20 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	323	294	292	277	321	284	287	236
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.757,93 €</b>	<b>1.624,19 €</b>	<b>1.837,02 €</b>	<b>2.132,52 €</b>	<b>1.324,06 €</b>	<b>1.341,86 €</b>	<b>1.553,03 €</b>	<b>1.353,93 €</b>
Standardabweichung	5.864,89 €	4.960,90 €	6.442,51 €	8.578,58 €	3.444,34 €	4.061,36 €	4.810,56 €	5.194,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.230,96 €	729,55 €	1.264,09 €	834,84 €	1.217,26 €	284,59 €	796,44 €	0,00 €
Maximum	120.863,30 €	58.522,13 €	128.406,88 €	153.383,48 €	44.977,18 €	55.072,81 €	75.550,66 €	90.625,49 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,50 €</b>	<b>0,48 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>3,89 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	104,52 €	14,42 €	0,00 €	0,00 €	115,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.123,47 €	431,06 €	0,00 €	0,00 €	3.428,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,33 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>1,08 €</b>	<b>0,67 €</b>	<b>2,77 €</b>	<b>3,02 €</b>	<b>0,35 €</b>	<b>2,80 €</b>
Standardabweichung	11,09 €	0,00 €	35,17 €	21,27 €	93,17 €	89,86 €	11,46 €	90,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	372,81 €	0,00 €	1.144,67 €	674,95 €	3.133,23 €	2.992,36 €	376,56 €	2.894,81 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	35	29	31	26	40	38	38	35
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8,28 €</b>	<b>9,67 €</b>	<b>15,89 €</b>	<b>9,50 €</b>	<b>12,84 €</b>	<b>15,11 €</b>	<b>18,12 €</b>	<b>16,76 €</b>
Standardabweichung	62,69 €	78,86 €	117,24 €	83,50 €	120,04 €	134,97 €	132,38 €	128,27 €
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	1.215,59 €	1.569,88 €	2.051,89 €	1.593,81 €	2.832,36 €	2.582,45 €	1.816,06 €	2.269,39 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	33	33	34	32	53	33	32	36
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,11 €</b>	<b>6,79 €</b>	<b>11,57 €</b>	<b>8,49 €</b>	<b>43,33 €</b>	<b>9,61 €</b>	<b>13,61 €</b>	<b>9,31 €</b>
Standardabweichung	43,35 €	56,43 €	121,15 €	59,36 €	1.049,89 €	88,46 €	119,00 €	63,14 €
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	522,85 €	1.239,90 €	3.230,00 €	678,35 €	35.238,36 €	2.087,32 €	2.801,89 €	993,59 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	866	864	794	768	853	851	789	769
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>502,13 €</b>	<b>460,86 €</b>	<b>484,20 €</b>	<b>493,88 €</b>	<b>482,34 €</b>	<b>464,78 €</b>	<b>469,14 €</b>	<b>467,73 €</b>
Standardabweichung	488,58 €	435,39 €	509,03 €	530,38 €	511,59 €	449,91 €	462,24 €	467,37 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	182,18 €	173,78 €	165,01 €	158,02 €	183,68 €	171,98 €	159,94 €	159,67 €
Median	366,07 €	336,07 €	338,58 €	336,44 €	351,87 €	336,21 €	337,41 €	339,85 €
75%-Perzentil	666,99 €	615,99 €	641,94 €	651,68 €	637,36 €	629,51 €	620,39 €	628,71 €
Maximum	5.423,94 €	3.588,76 €	4.846,60 €	5.152,37 €	8.157,78 €	4.948,11 €	4.564,09 €	5.386,44 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	1.101	1.076	1.011	961	1.115	1.102	1.054	1.008
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>492,44 €</b>	<b>499,78 €</b>	<b>508,12 €</b>	<b>513,97 €</b>	<b>491,22 €</b>	<b>476,35 €</b>	<b>499,01 €</b>	<b>491,10 €</b>
Standardabweichung	485,48 €	497,44 €	518,43 €	576,75 €	652,22 €	504,30 €	520,36 €	476,06 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	203,89 €	171,42 €	157,57 €	165,12 €	200,89 €	174,14 €	183,36 €	186,22 €
Median	369,47 €	360,98 €	368,38 €	359,92 €	370,66 €	353,70 €	375,53 €	363,17 €
75%-Perzentil	645,47 €	678,02 €	686,97 €	683,03 €	630,54 €	618,73 €	659,63 €	654,14 €
Maximum	6.057,95 €	4.321,12 €	6.071,79 €	8.135,03 €	16.784,65 €	6.673,19 €	6.771,11 €	6.075,24 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	760	755	685	663	771	749	698	676
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>589,63 €</b>	<b>465,37 €</b>	<b>922,05 €</b>	<b>694,59 €</b>	<b>588,74 €</b>	<b>594,04 €</b>	<b>584,11 €</b>	<b>600,20 €</b>
Standardabweichung	2.544,97 €	1.749,27 €	5.653,66 €	3.520,18 €	2.077,62 €	1.895,97 €	2.323,60 €	2.195,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,84 €	23,90 €	24,74 €	20,55 €	31,13 €	27,89 €	27,53 €	28,48 €
Median	111,16 €	104,24 €	95,36 €	102,23 €	131,49 €	117,13 €	114,12 €	106,08 €
75%-Perzentil	397,21 €	353,01 €	307,54 €	349,02 €	466,52 €	467,68 €	456,71 €	427,11 €
Maximum	54.122,88 €	35.582,88 €	112.521,59 €	60.287,37 €	35.844,87 €	33.954,43 €	51.306,65 €	35.500,56 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	991	965	917	882	998	990	956	908
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>682,97 €</b>	<b>758,25 €</b>	<b>851,83 €</b>	<b>1.040,24 €</b>	<b>650,33 €</b>	<b>707,53 €</b>	<b>933,46 €</b>	<b>806,05 €</b>
Standardabweichung	2.340,47 €	2.289,87 €	3.135,12 €	4.723,79 €	2.066,21 €	2.558,92 €	6.019,82 €	4.846,07 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	36,50 €	42,26 €	39,28 €	41,57 €	40,11 €	42,70 €	42,57 €	41,22 €
Median	157,50 €	171,09 €	161,52 €	165,00 €	175,48 €	194,88 €	200,01 €	203,01 €
75%-Perzentil	544,79 €	597,56 €	633,87 €	573,10 €	578,28 €	556,71 €	576,78 €	636,27 €
Maximum	43.776,32 €	38.332,58 €	56.882,95 €	78.849,91 €	34.805,45 €	61.711,90 €	148.182,07 €	144.319,19 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	893	893	825	805	881	881	830	795
N mit Fall	167	148	157	95	174	143	146	85
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>58,46 €</b>	<b>56,70 €</b>	<b>68,58 €</b>	<b>34,29 €</b>	<b>85,94 €</b>	<b>93,96 €</b>	<b>108,52 €</b>	<b>75,12 €</b>
Standardabweichung	221,92 €	234,67 €	262,33 €	159,86 €	524,23 €	567,54 €	661,16 €	487,87 €
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	2.925,78 €	3.735,38 €	3.535,77 €	2.339,70 €	10.641,60 €	11.722,01 €	13.515,10 €	8.472,04 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1.130	1.130	1.059	1.007	1.131	1.131	1.079	1.034
N mit Fall	203	187	210	180	195	176	191	157
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>107,03 €</b>	<b>95,39 €</b>	<b>99,66 €</b>	<b>88,66 €</b>	<b>62,95 €</b>	<b>55,35 €</b>	<b>60,57 €</b>	<b>50,76 €</b>
Standardabweichung	483,69 €	499,90 €	499,92 €	465,08 €	268,89 €	243,69 €	259,35 €	224,73 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	8.678,30 €	9.573,21 €	9.531,20 €	9.348,41 €	4.048,64 €	4.508,14 €	5.314,79 €	3.204,40 €

### 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-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	779	779	771	769						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.919,47 €</b>	<b>3.547,22 €</b>	<b>2.673,85 €</b>	<b>2.872,72 €</b>	<b>1.245,63 €</b>	<b>0,003</b>	<b>674,50 €</b>	<b>0,104</b>	<b>-571,12 €</b>	<b>0,219</b>
Standardabweichung	10.180,73 €	9.105,95 €	6.266,28 €	7.296,77 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	317,55 €	278,86 €	276,80 €	274,22 €						
Median	890,33 €	792,11 €	841,67 €	728,98 €						
75%-Perzentil	2.998,06 €	2.885,97 €	2.854,58 €	2.410,97 €						
Maximum	124.760,92 €	145.360,84 €	95.693,58 €	109.622,51 €						

**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-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	248	224	249	205						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.593,55 €</b>	<b>2.395,40 €</b>	<b>1.566,60 €</b>	<b>1.858,77 €</b>	<b>1.026,95 €</b>	<b>0,004</b>	<b>536,62 €</b>	<b>0,152</b>	<b>-490,33 €</b>	<b>0,24</b>
Standardabweichung	8.714,02 €	8.214,82 €	4.719,40 €	6.592,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.844,97 €	1.542,37 €	1.513,43 €	797,60 €						
Maximum	120.095,26 €	144.657,25 €	88.554,86 €	105.563,30 €						

**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-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,88 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>1,71 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>-0,84 €</b>	<b>0,528</b>	<b>0,00 €</b>		<b>0,84 €</b>	<b>0,528</b>
Standardabweichung	24,67 €	0,00 €	27,95 €	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	693,70 €	0,00 €	518,73 €	0,00 €						

**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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	29	32	27	39						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,44 €</b>	<b>12,48 €</b>	<b>7,99 €</b>	<b>16,77 €</b>	<b>-1,55 €</b>	<b>0,596</b>	<b>-4,29 €</b>	<b>0,422</b>	<b>-2,74 €</b>	<b>0,638</b>
Standardabweichung	47,36 €	95,43 €	67,43 €	116,37 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	757,86 €	1.835,98 €	1.401,03 €	1.619,36 €						

**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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	774	770	765	760						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>551,80 €</b>	<b>504,47 €</b>	<b>493,29 €</b>	<b>477,29 €</b>	<b>58,51 €</b>	<b>0,018</b>	<b>27,18 €</b>	<b>0,286</b>	<b>-31,33 €</b>	<b>0,209</b>
Standardabweichung	526,50 €	509,14 €	451,55 €	503,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	202,78 €	170,90 €	167,87 €	161,95 €						
Median	425,30 €	365,18 €	389,61 €	348,72 €						
75%-Perzentil	745,12 €	699,39 €	686,95 €	629,63 €						
Maximum	4.928,10 €	5.923,62 €	4.854,56 €	5.789,74 €						

**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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	689	669	669	651						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>699,40 €</b>	<b>599,17 €</b>	<b>538,50 €</b>	<b>493,91 €</b>	<b>160,90 €</b>	<b>0,37</b>	<b>105,26 €</b>	<b>0,364</b>	<b>-55,64 €</b>	<b>0,752</b>
Standardabweichung	3.688,66 €	2.502,27 €	3.443,49 €	2.084,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	28,64 €	25,73 €	27,12 €	24,26 €						
Median	113,98 €	121,31 €	110,56 €	112,17 €						
75%-Perzentil	484,64 €	460,48 €	393,06 €	429,53 €						
Maximum	70.505,15 €	51.541,05 €	93.971,12 €	52.723,04 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	791	791	791	791						
N mit Fall	170	92	144	78						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>67,42 €</b>	<b>35,71 €</b>	<b>65,75 €</b>	<b>25,97 €</b>	<b>1,66 €</b>	<b>0,898</b>	<b>9,74 €</b>	<b>0,177</b>	<b>8,08 €</b>	<b>0,442</b>
Standardabweichung	255,39 €	160,11 €	260,96 €	124,49 €						
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	4.070,50 €	2.419,00 €	3.813,24 €	2.064,29 €						

### 14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

#### Klinikneue Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	816	921	798	921						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.147,24 €</b>	<b>5.329,37 €</b>	<b>723,88 €</b>	<b>5.984,79 €</b>	<b>423,36 €</b>	<b>0,003</b>	<b>-655,41 €</b>	<b>0,069</b>	<b>-1.078,77 €</b>	<b>0,006</b>
Standardabweichung	3.785,07 €	8.052,67 €	2.067,26 €	7.371,38 €						
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	30,97 €						
25%-Perzentil	27,20 €	520,75 €	24,21 €	584,11 €						
Median	110,46 €	1.920,64 €	128,88 €	2.833,52 €						
75%-Perzentil	640,44 €	6.982,55 €	526,33 €	9.439,18 €						
Maximum	67.120,56 €	74.517,77 €	23.233,75 €	45.808,10 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	89	354	75	553						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>637,62 €</b>	<b>3.307,49 €</b>	<b>330,29 €</b>	<b>4.572,43 €</b>	<b>307,33 €</b>	<b>0,015</b>	<b>-1.264,93 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-1.572,27 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	3.422,88 €	7.145,43 €	1.750,20 €	6.852,55 €						
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 €	994,99 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.766,36 €	0,00 €	7.453,13 €						
Maximum	65.914,38 €	73.290,60 €	19.129,10 €	43.691,29 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	<10	174	<10	111						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>15,02 €</b>	<b>914,68 €</b>	<b>7,44 €</b>	<b>602,97 €</b>	<b>7,58 €</b>	<b>0,44</b>	<b>311,71 €</b>	<b>0,003</b>	<b>304,13 €</b>	<b>0,004</b>
Standardabweichung	262,32 €	2.547,25 €	140,54 €	1.975,51 €						
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	6.791,25 €	26.190,79 €	3.542,25 €	15.747,25 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	30	790	53	597						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,14 €</b>	<b>312,22 €</b>	<b>19,66 €</b>	<b>212,59 €</b>	<b>-12,52 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>99,63 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>112,15 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	47,68 €	448,97 €	101,40 €	278,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	72,68 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	145,31 €	0,00 €	138,66 €						
75%-Perzentil	0,00 €	363,40 €	0,00 €	277,32 €						
Maximum	762,18 €	4.098,16 €	1.156,11 €	1.906,81 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,48 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,30 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,18 €</b>	<b>0,748</b>	<b>0,00 €</b>		<b>-0,18 €</b>	<b>0,748</b>
Standardabweichung	14,51 €	0,00 €	9,01 €	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	440,43 €	0,00 €	273,55 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	795	838	770	800						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>270,48 €</b>	<b>484,92 €</b>	<b>160,10 €</b>	<b>272,60 €</b>	<b>110,37 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>212,32 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>101,95 €</b>	<b>0,005</b>
Standardabweichung	568,25 €	742,16 €	323,77 €	500,14 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	14,45 €	32,05 €	9,46 €	23,30 €						
Median	51,90 €	121,55 €	49,65 €	74,27 €						
75%-Perzentil	199,97 €	563,29 €	148,62 €	252,24 €						
Maximum	3.982,76 €	4.103,90 €	2.805,25 €	3.119,29 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	<10	25	13	23						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>210,49 €</b>	<b>284,02 €</b>	<b>196,89 €</b>	<b>304,04 €</b>	<b>13,60 €</b>	<b>0,692</b>	<b>-20,02 €</b>	<b>0,548</b>	<b>-33,62 €</b>	<b>0,486</b>
Standardabweichung	831,93 €	670,99 €	625,73 €	755,25 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	15,78 €	81,95 €	17,93 €	77,30 €						
75%-Perzentil	117,05 €	284,01 €	132,14 €	305,66 €						
Maximum	12.790,18 €	8.905,66 €	8.075,10 €	14.533,97 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	<10	25	13	23						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,01 €</b>	<b>26,04 €</b>	<b>9,19 €</b>	<b>20,16 €</b>	<b>-3,19 €</b>	<b>0,468</b>	<b>5,88 €</b>	<b>0,519</b>	<b>9,07 €</b>	<b>0,372</b>
Standardabweichung	73,80 €	216,11 €	110,86 €	173,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.362,80 €	4.163,56 €	2.280,72 €	2.692,35 €						

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.150	1.157	1.143	1.157						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5.344,50 €</b>	<b>5.173,50 €</b>	<b>5.091,11 €</b>	<b>5.842,79 €</b>	<b>253,39 €</b>	<b>0,475</b>	<b>-669,29 €</b>	<b>0,055</b>	<b>-922,68 €</b>	<b>0,061</b>
Standardabweichung	8.700,68 €	8.131,48 €	8.348,57 €	8.657,19 €						
Minimum	0,00 €	72,68 €	0,00 €	56,57 €						
25%-Perzentil	815,28 €	958,48 €	690,55 €	933,20 €						
Median	1.781,68 €	1.905,05 €	1.712,62 €	2.104,61 €						
75%-Perzentil	6.581,27 €	5.864,66 €	6.138,61 €	7.610,73 €						
Maximum	82.441,66 €	70.024,42 €	85.396,80 €	71.114,17 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	340	296	374	394						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.288,34 €</b>	<b>2.674,20 €</b>	<b>3.285,90 €</b>	<b>3.835,62 €</b>	<b>2,44 €</b>	<b>0,994</b>	<b>-1.161,42 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-1.163,87 €</b>	<b>0,011</b>
Standardabweichung	8.154,78 €	7.101,91 €	7.863,19 €	8.155,31 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	2.738,83 €	538,72 €	2.961,38 €	4.618,76 €						
Maximum	82.323,50 €	70.000,75 €	82.170,46 €	66.799,37 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	91	150	90	87						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>423,27 €</b>	<b>639,07 €</b>	<b>361,51 €</b>	<b>376,64 €</b>	<b>61,76 €</b>	<b>0,372</b>	<b>262,43 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>200,67 €</b>	<b>0,06</b>
Standardabweichung	1.810,74 €	2.187,70 €	1.503,16 €	1.583,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	21.503,35 €	28.297,43 €	14.271,78 €	16.558,30 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.003	1.114	933	999						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>481,63 €</b>	<b>696,29 €</b>	<b>422,88 €</b>	<b>512,47 €</b>	<b>58,75 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>183,82 €</b>	<b>0,925</b>	<b>125,07 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	349,19 €	700,05 €	363,86 €	387,32 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	183,66 €	244,82 €	134,29 €	183,01 €						
Median	480,67 €	550,84 €	419,99 €	514,80 €						
75%-Perzentil	703,45 €	951,38 €	613,36 €	732,22 €						
Maximum	3.482,66 €	10.697,87 €	4.044,55 €	2.872,69 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1,71 €</b>	<b>2,44 €</b>	<b>0,80 €</b>	<b>0,73 €</b>	<b>0,92 €</b>	<b>0,612</b>	<b>1,71 €</b>	<b>0,502</b>	<b>0,80 €</b>	<b>0,799</b>
Standardabweichung	58,33 €	83,06 €	19,52 €	24,80 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.984,14 €	2.825,20 €	547,10 €	843,72 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.044	1.028	1.033	1.019						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>268,70 €</b>	<b>284,92 €</b>	<b>155,88 €</b>	<b>206,69 €</b>	<b>112,82 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>78,22 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-34,60 €</b>	<b>0,239</b>
Standardabweichung	577,81 €	573,63 €	358,14 €	469,09 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	10,13 €	19,08 €	9,77 €	20,22 €						
Median	37,18 €	53,06 €	40,74 €	56,81 €						
75%-Perzentil	167,29 €	197,08 €	128,10 €	165,60 €						
Maximum	3.793,01 €	3.880,53 €	3.333,06 €	6.547,72 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	51	51	56	56						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>840,90 €</b>	<b>828,67 €</b>	<b>817,27 €</b>	<b>848,67 €</b>	<b>23,64 €</b>	<b>0,703</b>	<b>-20,00 €</b>	<b>0,75</b>	<b>-43,63 €</b>	<b>0,616</b>
Standardabweichung	1.464,45 €	1.398,81 €	1.520,44 €	1.610,02 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	93,14 €	103,19 €	61,26 €	85,09 €						
Median	286,87 €	319,61 €	299,75 €	344,60 €						
75%-Perzentil	880,76 €	860,65 €	924,89 €	913,07 €						
Maximum	11.202,37 €	11.179,40 €	18.237,26 €	22.281,64 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	51	51	56	56						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>39,93 €</b>	<b>47,91 €</b>	<b>46,87 €</b>	<b>61,97 €</b>	<b>-6,94 €</b>	<b>0,56</b>	<b>-14,06 €</b>	<b>0,34</b>	<b>-7,12 €</b>	<b>0,71</b>
Standardabweichung	274,45 €	312,99 €	297,96 €	391,94 €						
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	4.651,33 €	4.596,78 €	5.064,84 €	4.682,23 €						

### 14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

**Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	899	898	899	893						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.013,89 €</b>	<b>2.622,22 €</b>	<b>3.189,25 €</b>	<b>2.921,27 €</b>	<b>-175,36 €</b>	<b>0,547</b>	<b>-299,05 €</b>	<b>0,32</b>	<b>-123,69 €</b>	<b>0,772</b>
Standardabweichung	5.876,00 €	5.889,75 €	6.588,55 €	6.956,10 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	304,19 €	275,23 €	331,63 €	245,69 €						
Median	833,70 €	702,36 €	928,64 €	779,30 €						
75%-Perzentil	2.977,70 €	2.468,93 €	3.084,81 €	2.674,26 €						
Maximum	65.251,51 €	69.204,56 €	78.766,07 €	90.101,14 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	309	252	311	260						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.857,77 €</b>	<b>1.635,22 €</b>	<b>2.037,16 €</b>	<b>1.779,37 €</b>	<b>-179,39 €</b>	<b>0,467</b>	<b>-144,16 €</b>	<b>0,591</b>	<b>35,23 €</b>	<b>0,924</b>
Standardabweichung	4.659,35 €	5.195,07 €	5.849,75 €	6.267,63 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.744,39 €	1.040,57 €	1.788,88 €	1.477,60 €						
Maximum	46.810,10 €	68.773,87 €	78.660,03 €	87.486,67 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,39 €</b>	<b>0,47 €</b>	<b>3,72 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>-0,33 €</b>	<b>0,948</b>	<b>0,47 €</b>	<b>0,318</b>	<b>0,80 €</b>	<b>0,875</b>
Standardabweichung	102,92 €	14,20 €	112,96 €	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	3.123,47 €	431,06 €	3.428,10 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	36	30	41	39						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8,72 €</b>	<b>10,04 €</b>	<b>12,35 €</b>	<b>14,52 €</b>	<b>-3,63 €</b>	<b>0,412</b>	<b>-4,47 €</b>	<b>0,38</b>	<b>-0,84 €</b>	<b>0,901</b>
Standardabweichung	65,12 €	80,17 €	117,44 €	132,04 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.215,59 €	1.569,88 €	2.832,36 €	2.582,45 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	893	890	893	891						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>503,83 €</b>	<b>459,61 €</b>	<b>481,95 €</b>	<b>462,35 €</b>	<b>21,88 €</b>	<b>0,348</b>	<b>-2,75 €</b>	<b>0,894</b>	<b>-24,62 €</b>	<b>0,434</b>
Standardabweichung	491,43 €	433,52 €	507,90 €	449,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	179,66 €	170,71 €	185,39 €	168,42 €						
Median	364,60 €	333,23 €	351,87 €	333,94 €						
75%-Perzentil	671,76 €	615,99 €	629,87 €	623,04 €						
Maximum	5.423,94 €	3.588,76 €	8.157,78 €	4.948,11 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	783	778	804	776						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>582,91 €</b>	<b>461,46 €</b>	<b>570,08 €</b>	<b>573,98 €</b>	<b>12,83 €</b>	<b>0,904</b>	<b>-112,52 €</b>	<b>0,179</b>	<b>-125,35 €</b>	<b>0,358</b>
Standardabweichung	2.512,06 €	1.734,78 €	2.034,38 €	1.857,18 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	27,30 €	23,90 €	30,42 €	26,75 €						
Median	110,68 €	100,12 €	128,30 €	113,98 €						
75%-Perzentil	384,88 €	344,60 €	450,52 €	458,52 €						
Maximum	54.122,88 €	35.582,88 €	35.844,87 €	33.954,43 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	921	921	921	921						
N mit Fall	173	151	184	148						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>57,27 €</b>	<b>55,42 €</b>	<b>84,00 €</b>	<b>91,05 €</b>	<b>-26,72 €</b>	<b>0,146</b>	<b>-35,62 €</b>	<b>0,073</b>	<b>-8,90 €</b>	<b>0,743</b>
Standardabweichung	218,74 €	231,31 €	513,15 €	555,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.925,78 €	3.735,38 €	10.641,60 €	11.722,01 €						

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.135	1.119	1.144	1.133						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.005,75 €</b>	<b>2.975,13 €</b>	<b>2.555,42 €</b>	<b>2.596,71 €</b>	<b>450,33 €</b>	<b>0,067</b>	<b>378,43 €</b>	<b>0,124</b>	<b>-71,90 €</b>	<b>0,835</b>
Standardabweichung	6.962,61 €	6.233,45 €	4.631,77 €	5.564,21 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	315,23 €	300,59 €	336,03 €	289,71 €						
Median	831,44 €	859,91 €	876,93 €	804,14 €						
75%-Perzentil	2.910,43 €	2.922,14 €	2.693,21 €	2.493,12 €						
Maximum	122.381,38 €	68.358,13 €	48.892,37 €	84.020,79 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	328	302	326	289						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.731,53 €</b>	<b>1.627,25 €</b>	<b>1.306,98 €</b>	<b>1.348,59 €</b>	<b>424,55 €</b>	<b>0,032</b>	<b>278,66 €</b>	<b>0,14</b>	<b>-145,88 €</b>	<b>0,589</b>
Standardabweichung	5.802,83 €	4.931,34 €	3.415,05 €	4.102,79 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.181,45 €	732,30 €	1.121,63 €	0,00 €						
Maximum	120.863,30 €	58.522,13 €	44.977,18 €	55.072,81 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	<10	<10	<10	<10						
durchschnittliche Kosten	0,32 €	0,00 €	2,71 €	2,95 €	-2,39 €	0,382	-2,95 €	0,258	-0,57 €	0,881
Standardabweichung	10,96 €	0,00 €	92,11 €	88,84 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	372,81 €	0,00 €	3.133,23 €	2.992,36 €						

**Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	34	33	54	33						
durchschnittliche Kosten	6,21 €	6,63 €	42,40 €	9,40 €	-36,19 €	0,236	-2,77 €	0,364	33,42 €	0,277
Standardabweichung	43,64 €	55,78 €	1.038,04 €	87,47 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	522,85 €	1.239,90 €	35.238,36 €	2.087,32 €						

**Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.126	1.100	1.139	1.128						
durchschnittliche Kosten	489,58 €	498,36 €	489,10 €	474,56 €	0,47 €	0,984	23,80 €	0,251	23,32 €	0,459
Standardabweichung	484,57 €	496,12 €	647,97 €	501,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	201,80 €	170,64 €	199,96 €	172,96 €						
Median	368,48 €	359,31 €	368,54 €	350,19 €						
75%-Perzentil	643,98 €	678,82 €	630,15 €	615,68 €						
Maximum	6.057,95 €	4.321,12 €	16.784,65 €	6.673,19 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	1.011	986	1.019	1.011						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>673,08 €</b>	<b>749,58 €</b>	<b>650,49 €</b>	<b>705,30 €</b>	<b>22,60 €</b>	<b>0,804</b>	<b>44,28 €</b>	<b>0,658</b>	<b>21,69 €</b>	<b>0,873</b>
Standardabweichung	2.314,76 €	2.265,90 €	2.062,01 €	2.538,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	35,65 €	41,67 €	38,86 €	41,28 €						
Median	155,50 €	169,58 €	173,59 €	191,14 €						
75%-Perzentil	541,21 €	590,21 €	571,06 €	552,30 €						
Maximum	43.776,32 €	38.332,58 €	34.805,45 €	61.711,90 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1.157	1.157	1.157	1.157						
N mit Fall	205	188	202	181						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>105,03 €</b>	<b>93,31 €</b>	<b>63,74 €</b>	<b>55,90 €</b>	<b>41,29 €</b>	<b>0,011</b>	<b>37,41 €</b>	<b>0,021</b>	<b>-3,88 €</b>	<b>0,867</b>
Standardabweichung	478,39 €	494,24 €	268,85 €	244,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	8.678,30 €	9.573,21 €	4.048,64 €	4.508,14 €						

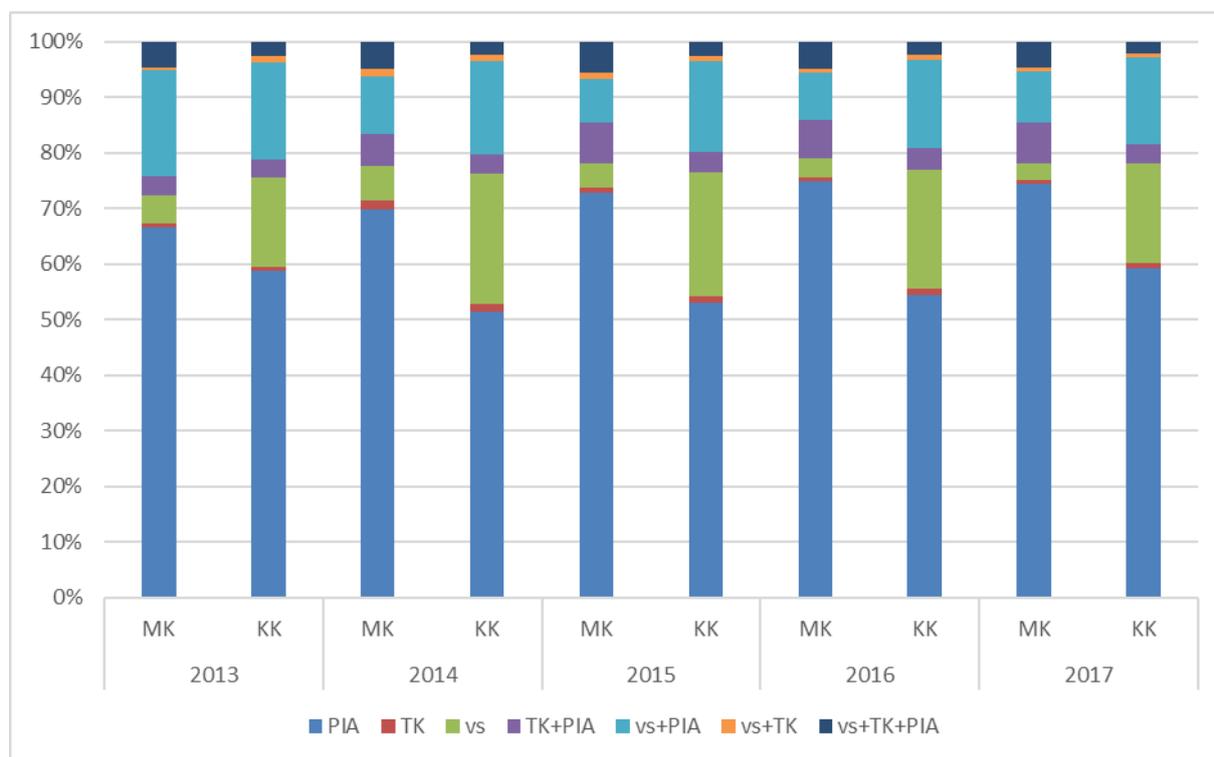
### 14.5.5 Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive)

**Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting**

	2013		2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontroll-kliniken								
vs+TK+PIA	74	417	142	738	168	841	147	762	136	668
vs+TK	<10	164	40	357	33	324	18	292	14	223
vs+PIA	302	2.773	293	5.307	245	5.349	254	5.373	269	5.130
TK+PIA	51	482	171	1.097	223	1.201	205	1.284	211	1.135
vs	80	2.568	175	7.406	131	7.356	109	7.180	87	5.874
TK	13	100	47	418	29	372	21	398	19	314
PIA	1.045	9.270	2.016	16.242	2.228	17.487	2.240	18.306	2.143	19.377
Gesamtergebnis	1.570	15.774	2.884	31.565	3.057	32.930	2.994	33.595	2.879	32.721

(N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 10)

**Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting**



### 14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2884	3157	3057	3293	2994	3360
Anzahl Fälle	7325	7763	7750	8118	7885	8298
Ausgaben	8.553.151 €	14.288.435 €	9.055.667 €	14.686.873 €	9.364.530 €	15.324.405 €
Ausgaben je Patient	2.966 €	4.527 €	2.962 €	4.460 €	3.128 €	4.562 €
Ausgaben je Fall	1.168 €	1.841 €	1.168 €	1.809 €	1.188 €	1.847 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	650	1381	577	1387	528	1361
Anzahl Fälle	862	1948	742	1873	684	1833
Ausgaben	5.422.152 €	11.885.374 €	5.387.024 €	11.964.916 €	5.447.715 €	12.427.812 €
Ausgaben je vs Patient	8.342 €	8.608 €	9.336 €	8.626 €	10.318 €	9.133 €
Ausgaben je Fall	6.290 €	6.103 €	7.260 €	6.388 €	7.964 €	6.780 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	400	290	453	304	391	304
Anzahl Fälle	447	328	519	326	448	328
Ausgaben	1.849.786 €	1.554.306 €	2.256.046 €	1.790.537 €	2.257.428 €	1.901.038 €
Ausgaben je TK-Patient	4.624 €	5.360 €	4.980 €	5.886 €	5.773 €	6.253 €
Ausgaben je Fall	4.138 €	4.732 €	4.347 €	5.492 €	5.039 €	5.802 €

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

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2622	2338	2864	2488	2846	2573
Anzahl Fälle	6016	5520	6489	5952	6753	6170
Ausgaben	1.281.213 €	1.004.185 €	1.412.597 €	1.110.474 €	1.659.387 €	1.185.658 €
Ausgaben je PIA-Patient	489 €	429 €	493 €	446 €	583 €	461 €
Ausgaben je Fall	213 €	182 €	218 €	187 €	246 €	192 €

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

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	921	1.147,24 €	921	5.329,37 €		4.182,13 €
	KG	921	723,88 €	921	5.984,79 €		5.260,90 €
	Differenz IG-KG		423,36 €		-655,41 €		-1.078,77 €
	p-Wert		0,003		0,069		0,005
(vermiedene) KH-Tage	IG	921	2,2	921	12,5		10,2
	KG	921	1,2	921	18,3		17,0
	Differenz IG-KG		1,0		-5,8		-6,8
	p-Wert		0,056		<0,001		<0,001
	ICER						-158,49 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	559	1.065,11 €	559	4.747,74 €		3.682,63 €
	KG	509	676,05 €	509	5.729,24 €		5.053,19 €
	Differenz IG-KG		389,06 €		-981,50 €		-1.370,57 €
	p-Wert		0,051		0,022		0,004
(vermiedene) AU-Tage	IG	559	20,0	559	72,2		52,2
	KG	509	17,4	509	62,5		45,1
	Differenz IG-KG		2,6		9,7		7,1
	p-Wert		0,385		0,110		<0,001
	ICER						191,83 €