

# Zwischenbericht

## Klinikum Hanau GmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 28.08.2019**

**aktualisiert am 08.03.2021**

### Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.<sup>1</sup>, Roman **Kliemt**, M.A.<sup>2</sup>, Dipl.-Psych. Fabian **Baum**<sup>1</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 Gesundheitsökonomie, 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	27
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes	27
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	27
5. Methoden	27
6. Aufbereitung der Sekundärdaten	28
6.1 Patientenmatching	30
7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Hanau GmbH	32
8. Ergebnisse: Effektivität	33
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	34
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter	43
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	45
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen	61
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	77
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	107
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	109
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten	115
8.2.7 Wiederaufnahmeraten	128
8.2.8 Komorbidität	132
8.2.9 Mortalität	136
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung	141
8.2.11 Leitlinienadhärenz	151
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	159
9.1 Patientenmix	159
9.2 Leistungserbringung	163
10. Ergebnisse: Kosten	170
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten	170
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen	175
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	179
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	182

10.5 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen	185
10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	188
10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung	191
10.8 Kosten der Heilmittelversorgung	194
11. Ergebnisse: Effizienz	197
12. Diskussion	199
12.1 Hauptergebnisse	199
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	205
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	208
13. Literatur	210
14. Anhang	211
14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	211
14.2 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	240
14.3 Ergebnisse Modellierung	261
14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)	305
14.5 Ergebnisse Kosten	306
14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	306
14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr	310
14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	313
14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	319
14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)	324
14.5.6 Zusatztabelle Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)	325
14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)	326

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



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	49
Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	57
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	65
Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	74
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	92
Abbildung 6: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	103
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	107
Abbildung 8: Interaktionsdiagramme für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	108
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	112
Abbildung 10: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	113
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	118
Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	124
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	128
Abbildung 14: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	130
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	133
Abbildung 16: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	135
Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	137
Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	139
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	144
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	149
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	151
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	157
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinischen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf .....	159
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinischen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf .....	160
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) .....	162
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	170

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	171
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	172
Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	175
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	176
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	177
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	179
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	180
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	181
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	182
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	183
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	184
Abbildung 38: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185
Abbildung 39: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	186
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	187
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	188
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	189
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	190
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	191
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	192

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	193
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	194
Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	195
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	196
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	198
Abbildung 51: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	240
Abbildung 52: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	244
Abbildung 53: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	247
Abbildung 54: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	250
Abbildung 55: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	252
Abbildung 56: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	253
Abbildung 57: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	255
Abbildung 58: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	256
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität .....	257
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	258
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	259
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting .....	324

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	31
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken .....	31
Tabelle 3: Übersicht Diagnosen Referenzfälle.....	35
Tabelle 4: Übersicht Charakteristika Referenzfälle.....	37
Tabelle 5: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	46
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	56
Tabelle 7: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	62
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	73
Tabelle 9: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	78
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	99
Tabelle 11: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	107
Tabelle 12: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	108
Tabelle 13: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	110
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	113
Tabelle 15: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	116
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	123
Tabelle 17: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	128
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	129
Tabelle 19: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	132
Tabelle 20: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	134
Tabelle 21: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	136
Tabelle 22: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	139
Tabelle 23: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	142
Tabelle 24: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	148
Tabelle 25: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	152
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	153
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	154
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	156
Tabelle 29: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) .....	159
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	160
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG).....	162
Tabelle 32: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	163
Tabelle 33: 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) .....	164
Tabelle 34: 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) .....	165

Tabelle 35: 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) .....	165
Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	166
Tabelle 37: 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) .....	167
Tabelle 38: 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) .....	167
Tabelle 39: 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) .....	168
Tabelle 40: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	170
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	171
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	172
Tabelle 43: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	174
Tabelle 44: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	175
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	176
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	177
Tabelle 47: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	179
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	180
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	181
Tabelle 50: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	182
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	183
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	184
Tabelle 53: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185

Tabelle 54: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	186
Tabelle 55: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	187
Tabelle 56: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	188
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	189
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	190
Tabelle 59: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	191
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	192
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	193
Tabelle 62: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	194
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	195
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	196
Tabelle 65: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	197
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	197
Tabelle 67: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	211
Tabelle 68: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	213
Tabelle 69: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	215
Tabelle 70: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	223
Tabelle 71: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	229
Tabelle 72: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	230
Tabelle 73: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	232
Tabelle 74: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	234
Tabelle 75: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	236
Tabelle 76: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	237
Tabelle 77: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	238
Tabelle 78: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	262
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	264

Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	266
Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	268
Tabelle 82: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	270
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	272
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	274
Tabelle 85: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	276
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	277
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	278
Tabelle 88: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	280
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	281
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	282
Tabelle 91: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	283
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	284
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	285
Tabelle 94: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	286
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	287
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	288
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	289
Tabelle 98: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	291
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	292
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	293
Tabelle 101: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	294
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	295
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	296
Tabelle 104: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	297
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	298
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	299
Tabelle 107: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	300
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	301

Tabelle 109: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	302
Tabelle 110: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	303
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	304
Tabelle 112: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	305
Tabelle 113: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	306
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	306
Tabelle 115: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	306
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	307
Tabelle 117: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	307
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	307
Tabelle 119: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	307
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 121: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 123: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 125: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 127: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	310
Tabelle 128: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	310
Tabelle 129: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	310
Tabelle 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	311
Tabelle 131: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	311
Tabelle 132: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	311
Tabelle 133: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	312



Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	313
Tabelle 135: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	313
Tabelle 136: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	313
Tabelle 137: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 138: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 140: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 141: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 143: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 144: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 145: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 146: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 147: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 148: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 149: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	318
Tabelle 150: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319
Tabelle 151: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319
Tabelle 152: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	319
Tabelle 153: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 154: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 155: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	320
Tabelle 156: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 157: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321

Tabelle 158: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 159: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 160: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 161: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	322
Tabelle 162: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	323
Tabelle 163: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	323
Tabelle 164: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting .....	324
Tabelle 165: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr .....	325
Tabelle 166: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ..	325
Tabelle 167: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ....	325
Tabelle 168: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr .....	326
Tabelle 169: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	326
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	326

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der Klinikum Hanau GmbH. Das Klinikum startete zum 01.09.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

### Studiendesign und Methoden

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

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter  $\geq 18$  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 die Klinikum Hanau GmbH 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, Patientenlientel 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 worden 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 Langzeitbeobachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

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

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

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

## **Ergebnisse**

Die Studienpopulation für die Klinikum Hanau GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 3.080 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

### *Effektivität*

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 45 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der kumulierten durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellen Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr und glich sich ab dem zweiten patientenindividuellen Jahr an. Der Peak war in der IG mit 9,7 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 22,6 vollstationären Tagen (Seite 46 ff.). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die stationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG. Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte sowie der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt im teilstationären Bereich war zwischen IG und KG bei den linikneuen und den linikbekannten Patienten vergleichbar (Seite 46 ff.). Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen Unterschiede zwischen IG und KG. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 11,7; KG: 19,7 vollstationäre Tage). Der Anstieg in der Dauer über die Zeit war in der IG signifikant geringer als in der KG. (Seite 56 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den linikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro linikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um 1,6 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (Seite 116 ff.). Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in beiden Gruppen ähnlich. Dabei war die Dauer in der IG über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich geringer im Vergleich zur KG (prä: -12,4; 1. Jahr: -22,2; 2. Jahr: -12,2; 3. Jahr: -9,5 Tage) (Seite 116 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sank die Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG, während sie in der KG anstieg. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG signifikant stärker an als in der KG (Seite 123 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 61 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund einer Indexdiagnose. Jedoch hatten linikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG (1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +2,3; 3. Jahr: +1,1 Kontakte). Das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund einer Indexdiagnose. Dabei hatten linikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG (1. Jahr: +4,0; 2. Jahr: +5,2; 3.

Jahr: +2,4 Kontakte). Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten leicht über dem Niveau der KG. (Seite 73 ff.).

Bei dem Zielparameter *Behandlungskontinuität* (Seite 77 ff.) zeigten sich sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich sowohl für alle Kontakte als auch ausschließlich Kontakte im psychiatrischen Sektor keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 128 ff.) war sowohl der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt als auch die Wiederaufnahmedauer für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Hier waren keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 109 ff.), *Komorbidität* (Seite 132 ff.), *Mortalität* (Seite 136 ff.), *Progressionsrate* (Seite 141 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 151 ff.) zeigten sich keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

#### *Kosten*

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die KG signifikant stärker anstieg. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Hier zeigten sich im zweiten Jahr signifikant geringere Versorgungskosten in der IG. Im dritten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein etwa gleich hohes Niveau.

Bei den klinikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis zum zweiten Beobachtungsjahr signifikant teurer als die KG, wobei die Gruppen im dritten Modelljahr gleich teuer waren. In beiden Gruppen stiegen die Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Jahr etwas an, um dann im zweiten Jahr wieder zu sinken.

Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum im Vergleich zur KG keine Unterschiede im Bezug auf die Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei über den Kosten der KG. In der IG ergab sich somit ein um 668,25 € höherer jedoch nicht signifikanter Kostenanstieg ( $p = 0,313$ ).

#### *Kosten-Effektivität*

Bei der Effektivitätsberechnung bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ergaben sich für die AU-Tage und die Anzahl vollstationärer Tage gegenläufige Ergebnisse. Die Kosten vollstationärer Tage stiegen in der IG um 668,25 € stärker an als in der KG, jedoch war diese Differenz nicht statistisch signifikant ( $p = 0,33$ ). Ebenso war der um 935,02 € stärkere Anstieg der Kosten in

der Gruppe der Mitglieder (Versicherungsstatus 1 im Rahmen der Betrachtung der Kosteneffektivität bezogen auf den Outcomeparameter AU-Tage) in der IG ggü. der KG nicht statistisch signifikant ( $p = 0,26$ ). Während im Zeitverlauf in der IG ggü. der KG um 8,4 vollstationäre Tage ( $p < 0,001$ ) signifikant vermieden werden konnten, stieg die Anzahl der AU-Tage in der IG ggü. der KG um 7,0 Tage stärker an. Jedoch war der stärkere Anstieg der AU-Tage nicht statistisch signifikant ( $p = 0,36$ ).

## Diskussion

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

In diesem Bericht lassen sich vier Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Es gibt Unterschiede in der kumulierten vollstationären Behandlungsdauer, die dem Modellvorhaben zugeordnet werden können. Patienten, die in der Modellklinik behandelt wurden, wurden im ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt. (2) Die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer können u.a. durch eine Zunahme ambulanter Kontakte erklärt werden. Es scheint also in der Modellklinik eine Umsteuerung vom vollstationären auf den ambulanten Bereich zu geben. (3) Hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen gibt es in der Modellklinik sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr die Beobachtung einer verringerten AU – Dauer über den gesamten Zeitverlauf im Vergleich zur Kontrollgruppe. Für Patienten mit Referenzfall im zweiten und dritten Modelljahr ist die AU – Dauer in der Modellklinik jedoch höher als in der Kontrollgruppe. (4) Es gibt mutmaßlich Effekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge. Diese könnten bei klinikbekannten Patienten zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Modelleffekte auf die vollstationäre Behandlungsdauer beigetragen haben.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver war. Die kürzere durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ist zudem ein Hinweis, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage eine Erhöhung ambulanter Kontakte in der PIA im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil vollstationärer Fälle in den ambulanten Bereich verlagert. Für dieses Argument spricht auch die Beobachtung, dass in allen



Einzelkohorten die IG einen signifikant geringeren Anteil an vollstationär und teilstationär behandelten Patienten gegenüber der KG im Referenzfall eines Patienten aufwies. Im Gegenzug dazu war im Referenzfall der Anteil der PIA-Patienten in der IG deutlich höher als in der KG.

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

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

Der beobachtete Unterschied kürzerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Das festgestellte Muster weist darauf hin, dass das Modellvorhaben neben der stationären Verweildauer auch eine Verringerung der AU im ambulanten oder teilstationären Bereich bewirkt hat. Insgesamt wurden jedoch weniger AU-Tage als vollstationäre Behandlungstage eingespart. Es kann daher gemutmaßt werden, dass die Umsteuerung vom stationären auf den ambulanten Sektor nicht zwangsweise mit einer Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen einhergeht.

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

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

Die Hypothese, dass die vollstationären Versorgungskosten sinken, kann sowohl für die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten bestätigt werden. Die Kosteneinsparung wurde maßgeblich durch die Umsteuerung der Patienten in ambulante Behandlungsformen erreicht, sodass weniger Patienten vollstationär behandelt wurden und somit bezogen auf die Gesamtgruppe geringere Kosten anfielen. Außerdem ließ sich eine Verweildauerverkürzung in der Interventionsgruppe feststellen, sodass hierdurch ebenfalls geringere Kosten anfielen. Dadurch, dass die Einsparung im vollstationären Bereich deutlich höher war als die Kostendifferenz der Kosten der PIA-Behandlung in der IG gegenüber der KG (signifikant höhere Kosten in der IG), kann die Hypothese, dass auch die gesamten Kosten verringert werden, teilweise bestätigt werden. So gilt dies für Kohorte 1, jedoch nicht für Kohorte 3. Hier lagen die Kosten der IG über denen der KG.

Sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten ist zu beachten, dass sich das Verhältnis der Tagesätze von Modellklinik zu den Kontrollkliniken im Zeitverlauf stark verändert hat. So lag der Tagessatz der Modellklinik im ersten Modelljahr um das 1,4-fache über dem der

Kontrollkliniken und fiel danach auf das 1,05-fache im zweiten bzw. 1,1-fache im dritten Modelljahr ab. Inwieweit es sich um periodenfremde, im Sinne von ihren Ursprung vor Modellbeginn habende, Effekte handelt, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

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

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

#### **Fazit**

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

## **2. Hintergrund**

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## **3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes**

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

## **4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten**

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

## **5. Methoden**

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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 Dezember 2018.

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Hessen
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK HERKULES
- BKK MAHLE
- BKK Merck
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK PwC
- BKK Schwenninger
- 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 VerbundPlus
- BKK Werra-Meissner
- BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN
- BMW BKK
- Daimler BKK
- Ernst & Young BKK
- IKK classic
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- NOVITAS BKK
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- R+V Betriebskrankenkasse
- 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:

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- AOK Plus
- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Karl Mayer
- BKK Linde (Fusion mit der HEAG BKK zum 01.01.2016)
- BKK Melitta Plus
- BKK Mobil Oil
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- Knappschaft
- SKD BKK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- WMF 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 4.080 Versicherte ein, wobei für 4.034 Versicherte (98,9%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 27.534 Patienten gezogen.

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

Durch das Matching wurden mit Ausnahme für die Gruppe der klinikbekannten Patienten mit Studieneinschluss im ersten Modelljahr, bei denen ein signifikanter Altersunterschied bestehen blieb (mittleres Alter<sub>IG</sub>=49,6 Jahre; mittleres Alter<sub>KG</sub>=47,9 Jahre) die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tabelle 1).

Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannte Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

In allen drei Kohorten war der Anteil der PIA-Referenzfälle in der IG signifikant höher als in der KG. Demgegenüber standen dabei signifikant geringere Anteile an voll- und teilstationären Referenzfällen sowie in der Psychosomatik in der IG gegenüber der KG; dabei jedoch hauptsächlich auf die Kohorte mit Studieneinschluss im ersten Modelljahr und in Teilen auf die darauffolgende Kohorte beschränkt.

Signifikante Unterschiede bleiben ferner in der Inanspruchnahme des psychiatrischen Versorgungssystems im Prä-Zeitraum erhalten. So wiesen die klinikbekannten Patienten mit Studieneinschluss im ersten Modelljahr der IG deutlich weniger voll- und teilstationäre Krankenhausfälle sowie vertragsärztliche Behandlungsfälle im Prä-Zeitraum auf als vergleichbare Kontrollpatienten. Die Gruppe der klinikneuen Patienten der IG des ersten Jahres zeigten signifikant weniger PIA-Fälle als ihre Pendanten. Für Kohorte 2 und 3 konnten alle zuvor bestehenden Unterschiede zwischen IG und KG angeglichen werden.

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

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	gesamt	4.807	33.042	4.080 (85%)	27.534 (83%)	4.034 (84% ; 98,9%)	4.034 (12% ; 15%)
	Kohorte 1	2.658	16.687	2.294 (86%)	14.191 (85%)	2.263 (85% ; 98,6%)	2.263 (14% ; 16%)
	Kohorte 2	1.162	8.257	961 (83%)	6.733 (82%)	954 (82% ; 99,3%)	954 (12% ; 14%)
	Kohorte 3	987	8.098	825 (84%)	6.610 (83%)	817 (83% ; 99,0%)	817 (10% ; 12%)
klinikneu	klinikneu	3.008	22.386	2.489 (83%)	18.154 (81%)	2.473 (82% ; 99,4%)	2.473 (11% ; 14%)
	Kohorte 1	1.073	7.437	888 (83%)	6.002 (81%)	880 (82% ; 99,1%)	880 (12% ; 15%)
	Kohorte 2	1.016	7.397	837 (82%)	6.021 (81%)	834 (82% ; 99,6%)	834 (11% ; 14%)
	Kohorte 3	919	7.552	764 (83%)	6.131 (81%)	759 (83% ; 99,3%)	759 (10% ; 12%)
klinikbek	klinikbek	1.799	10.656	1.591 (88%)	9.380 (88%)	1.561 (87% ; 98,1%)	1.561 (15% ; 17%)
	Kohorte 1	1.585	9.250	1.406 (89%)	8.189 (89%)	1.383 (87% ; 98,4%)	1.383 (15% ; 17%)
	Kohorte 2	146	860	124 (85%)	712 (83%)	120 (82% ; 96,8%)	120 (14% ; 17%)
	Kohorte 3	68	546	61 (90%)	479 (88%)	58 (85% ; 95,1%)	58 (11% ; 12%)

(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	18,1	584
2	20,9	1166
3	20,9	637
4	22,5	661
5	22,6	809
6	24,0	402
7	24,8	42
8	25,5	93
9	26,0	70
10	26,0	214

## 7. Darstellung Modellvorhaben Klinikum Hanau GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V am Klinikum Hanau begann zum 01.09.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Am Klinikum Hanau sind ab 2013 125 vollstationäre Planbetten in der allgemeinen Psychiatrie kalkuliert. Das Klinikum Hanau hat einen Pflichtversorgungsauftrag, der insbesondere den Main-Kinzig-Kreis (Feststellungsbescheid) umfasst. Die Kopfzahl im ersten Jahr des Modells betrug 3,758.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, ein IV-Vertrag mit der AOK Hessen und der Techniker Krankenkassen vom 01.06.2011 bis 31.08.2013 an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen, Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), Home-Treatment, ACT, stationsäquivalente ambulante Akutbehandlung und der Einsatz von Krisenteams. Der Modellvertrag am Klinikum Hanau ist kein umgewandelter Modellvertrag nach §24 BPfIV a.F. Nur die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V.

Wie bei allen Modellverträgen nach §64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt.

Leistungen der PIA werden durch Entgelte für Modellvorhaben nach der §301-Vereinbarung abgerechnet. Es handelt sich dabei um Kontaktpauschalen, die spezifische Leistungen detaillierter abbilden als die Pauschalen der sechs Kontrollkliniken, bei denen lediglich nach Kontakthäufigkeit (Einmal-/Mehrfachkontakt) und ärztlicher/nichtärztlicher Leistung unterschieden wird.

Im stationären Bereich erfolgte vor Modellbeginn die Abrechnung über Pflegesätze nach BPfIV bzw. über Entgelte für Integrierte Versorgung bei den in den IV-Vertrag eingeschriebenen Versicherten der AOK Hessen und TK. Von September 2013 bis Ende 2014 wurde nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem Jahr 2015 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken haben im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum drei der sechs Kliniken auf PEPP umgestellt, die verbleibenden Krankenhäuser haben ausschließlich über Pflegesätze nach BPfIV abgerechnet bzw. erst nach Beobachtungsende auf PEPP umgestellt.



## 8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

## 8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Über 80% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 3). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in der Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei den Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

Somatoforme Störungen (F45)  
rezidivierende depressive Störungen (F33)  
depressive Episoden (F32)  
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und  
Andere Angststörungen (F41) (Tabelle 3).

**Tabelle 3: Übersicht Diagnosen Referenzfälle**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>880</b>	<b>880</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	83,4 %	84,2 %
• Zwei Diagnosen	13,6 %	13,6 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F41	15	18
2. IG: F33 & F41 / KG: F32 & F45	12	10
3. IG: F32 & F45 / KG: F32 & F43	11	10

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	70,0 %	69,3 %
• Zwei Diagnosen	23,3 %	25,1 %
• Drei Diagnosen	5,8 %	5,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,9 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F33	29	38
2. IG: F10 & F33 / KG: F33 & F43	29	28
3. F10 & F20	29	26

<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>817</b>	<b>817</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	78,2 %	79,8 %
• Zwei Diagnosen	19,7 %	18,4 %
• Drei Diagnosen	2,0 %	1,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	18	20
2. F10 & F32	15	16
3. IG: F10 & F33 / KG: F32 & F41	14	13

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

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

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

**Tabelle 4: Übersicht Charakteristika Referenzfälle**
**Klinikneue 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>	734	741	880	880
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,0 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	15,0 %	15,1 %	16,0 %	16,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,3 %	9,9 %	8,8 %	9,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	43,9 %	43,9 %	49,7 %	49,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	19,9 %	19,7 %	20,7 %	21,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,0 %	0,9 %	3,4 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	6,3 %	6,2 %	11,5 %	11,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,1 %	0,8 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,8 %	1,8 %	3,8 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 %	0,7 %	1,7 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,1 %	0,0 %	0,6 %	0,2 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	47,4	47,3	47,1	47,5
• Median	47	47	47	47
• (Interquartilsabstand)	(35 - 58)	(34 - 58)	(34 - 57)	(34 - 58)
Geschlecht (%)				
• Frauen	56,7 %	59,2 %	57,7 %	60,6 %
• Männer	43,3 %	40,8 %	42,3 %	39,4 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	26,2 %	49,5 %	25,6 %	51,4 %
• PIA	73,8 %	50,5 %	74,4 %	48,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,2 %	1,8 %	1,6 %	1,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,9 %	7,4 %	8,1 %	8,0 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	12,3 %	11,7 %	11,7 %	11,8 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	7,8 %	7,4 %	7,3 %	7,3 %
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>	6,1 %	6,2 %	6,3 %	6,4 %
	20,3 %	19,2 %	20,1 %	19,2 %
	0,7 %	0,9 %	0,6 %	1,0 %
	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,5 %
	3,1 %	2,7 %	2,8 %	2,4 %
	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
	8,6 %	8,9 %	8,2 %	8,6 %
	60,8 %	61,7 %	61,7 %	61,8 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	7,6 %	8,9 %	7,7 %	8,8 %
	72,9 %	65,5 %	72,0 %	65,9 %
	19,5 %	25,6 %	20,2 %	25,3 %
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>	28,2 %	30,8 %	28,8 %	31,8 %
	18,8 %	14,7 %	19,9 %	16,0 %
	53,0 %	54,5 %	51,4 %	52,2 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	60,1 %	62,1 %	58,8 %	60,8 %
	6,3 %	5,9 %	6,5 %	6,0 %
	28,7 %	28,1 %	30,2 %	29,2 %
	4,9 %	3,9 %	4,5 %	4,0 %

<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)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Population</b>				
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	968	959	1.383	1.383
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,6 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	8,9 %	9,9 %	16,1 %	17,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	47,1 %	46,2 %	38,8 %	38,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,6 %	33,2 %	44,1 %	43,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,9 %	3,9 %	9,1 %	8,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,5 %	4,9 %	5,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,9 %	1,8 %	9,8 %	9,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,5 %	2,9 %	7,3 %	7,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	0,6 %	2,5 %	2,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,2 %	0,3 %	1,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	50,3	48,4	49,6	47,9
• Median	50	48	50	48
• (Interquartilsabstand)	(40 - 59)	(38 - 58)	(40 - 59)	(37 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,3 %	53,0 %	57,8 %	56,0 %
• Männer	44,7 %	47,0 %	42,2 %	44,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	10,6 %	30,7 %	9,7 %	32,2 %
• PIA	89,4 %	69,3 %	90,3 %	67,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,9 %	2,2 %	1,7 %	2,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,9 %	3,8 %	4,4 %	4,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,7 %	6,0 %	3,6 %	6,1 %
• Abitur/Fachabitur	3,4 %	4,5 %	3,3 %	4,8 %
• Abschluss unbekannt	5,1 %	6,8 %	5,4 %	6,7 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	82,0 %	76,7 %	81,7 %	75,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> </ul>	5,3 %	4,7 %	5,3 %	5,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> </ul>	7,5 %	10,5 %	7,4 %	11,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.</li> </ul>	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bachelor</li> </ul>	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> </ul>	0,9 %	1,4 %	1,0 %	1,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> </ul>	3,5 %	6,3 %	4,0 %	6,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	82,0 %	76,7 %	81,7 %	75,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> </ul>	15,1 %	13,2 %	14,5 %	12,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein</li> </ul>	67,5 %	66,6 %	66,8 %	66,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	17,5 %	20,1 %	18,7 %	20,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> </ul>	24,8 %	25,0 %	26,0 %	27,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> </ul>	64,4 %	63,7 %	64,8 %	62,3 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	10,8 %	11,3 %	9,3 %	10,1 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> </ul>	41,3 %	47,5 %	42,7 %	49,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familienversicherter</li> </ul>	7,1 %	5,0 %	6,4 %	4,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> </ul>	47,6 %	43,0 %	47,1 %	42,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,9 %	4,5 %	3,7 %	4,1 %

<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 I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Population</b>				
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	639	652	817	817
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,8 %	1,2 %	1,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,9 %	2,1 %	2,2 %	2,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,8 %	1,0 %	1,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	11,9 %	12,0 %	17,1 %	17,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,7 %	10,1 %	9,1 %	9,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	41,2 %	40,2 %	45,8 %	45,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	25,4 %	25,2 %	26,3 %	26,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	0,8 %	2,8 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	4,5 %	4,4 %	10,3 %	9,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,2 %	1,0 %	0,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,2 %	2,0 %	3,1 %	3,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,6 %	1,2 %	1,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	47,6	47,6	47,8	47,3
• Median	47	47	48	47
• (Interquartilsabstand)	(34 - 58)	(34 - 58)	(34 - 58)	(34 - 57)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,6 %	54,4 %	54,2 %	54,3 %
• Männer	45,4 %	45,6 %	45,8 %	45,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	26,0 %	47,7 %	27,1 %	51,0 %
• PIA	74,0 %	52,3 %	72,9 %	49,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,4 %	0,6 %	1,3 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	11,4 %	9,0 %	10,5 %	8,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	11,1 %	11,3 %	11,1 %	11,3 %
• Abitur/Fachabitur	8,0 %	8,3 %	7,8 %	7,7 %
• Abschluss unbekannt	11,0 %	11,2 %	11,9 %	11,5 %

• Fehlende Angabe	57,1 %	59,5 %	57,3 %	59,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	9,1 %	7,2 %	9,2 %	7,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	20,8 %	20,4 %	20,3 %	19,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,7 %	1,2 %	1,7 %	1,1 %
• Bachelor	0,5 %	0,3 %	0,5 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,7 %	3,4 %	2,4 %	3,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	8,1 %	8,0 %	8,6 %	8,8 %
• Fehlende Angabe	57,1 %	59,5 %	57,3 %	59,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	6,1 %	7,4 %	7,0 %	7,3 %
• Nein	73,4 %	70,9 %	72,8 %	70,7 %
• Fehlende Angabe	20,5 %	21,8 %	20,2 %	21,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	26,4 %	26,2 %	27,5 %	27,5 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	16,0 %	15,8 %	18,1 %	18,5 %
• Weder A noch B	57,6 %	58,0 %	54,3 %	54,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	69,0 %	65,8 %	69,2 %	66,1 %
• Familienversicherter	8,0 %	8,3 %	7,1 %	8,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	20,5 %	23,3 %	21,4 %	22,3 %
• Fehlende Angabe	2,5 %	2,6 %	2,3 %	3,1 %

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

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

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

**Tabelle 5: 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>856</b>	<b>856</b>	<b>832</b>	<b>815</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>823</b>	<b>807</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>	7,0 %	33,5 %	11,8 %	7,6 %	10,5 %	35,7 %	16,8 %	11,6 %
	0,9 %	2,9 %	1,2 %	1,1 %	1,9 %	3,8 %	1,7 %	1,4 %
	12,7 %	11,8 %	9,6 %	8,8 %	12,6 %	11,9 %	8,9 %	10,8 %
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>	2,7	9,7	3,1	2,4	3,2	22,6	7,3	4,5
	0,1	2,7	0,6	0,2	0,3	6,0	1,5	0,9
	2,7	12,4	3,7	2,6	3,5	28,7	8,8	5,4
	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,8	0,4	0,3
	0,3	0,4	0,1	0,1	0,1	0,7	0,3	0,2
	1,4	1,7	1,2	1,3	1,7	1,9	1,2	1,3

<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	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.333</b>	<b>1.312</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.328</b>	<b>1.295</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>	25,1 %	22,2 %	17,2 %	16,2 %	39,9 %	33,3 %	23,9 %	20,5 %
	3,3 %	2,7 %	1,5 %	1,8 %	4,9 %	3,2 %	1,8 %	1,5 %
	10,5 %	12,2 %	10,4 %	12,0 %	14,7 %	14,5 %	14,4 %	11,8 %
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>	9,6	8,0	6,5	6,7	22,0	22,5	12,3	11,0
	1,6	1,2	0,4	0,3	3,5	4,6	1,2	1,2
	11,1	9,2	6,9	7,0	25,5	27,1	13,5	12,2
	0,5	0,5	0,4	0,4	1,3	0,7	0,5	0,3
	0,4	0,5	0,4	0,4	1,2	0,7	0,5	0,3
	1,2	1,5	1,3	2,1	1,6	1,8	1,9	1,5

<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

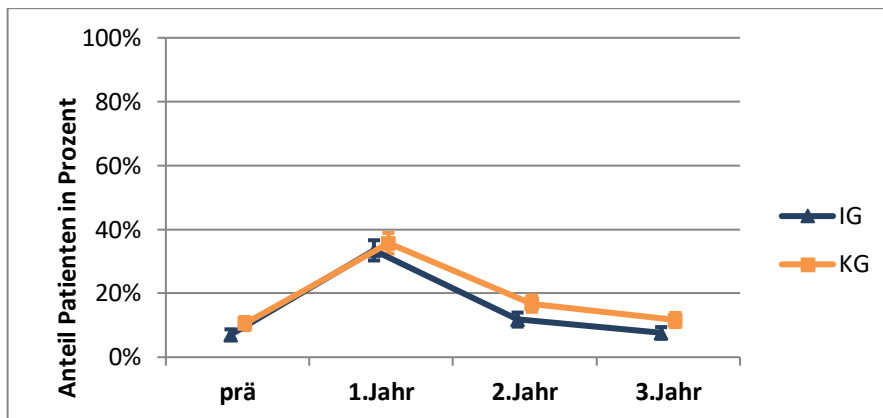
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

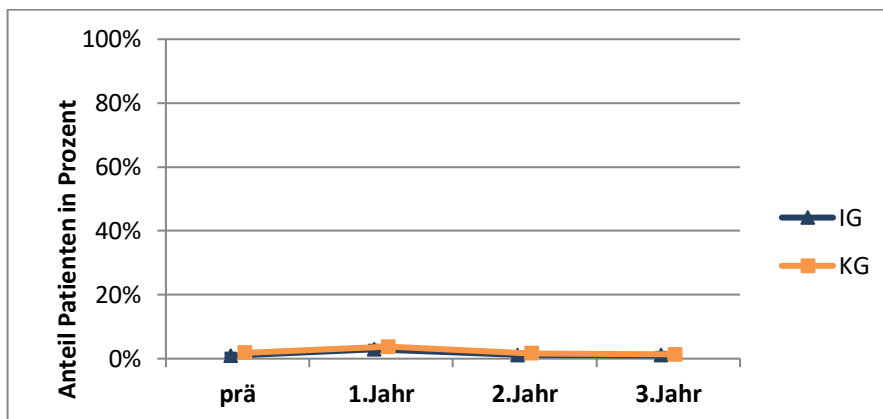
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

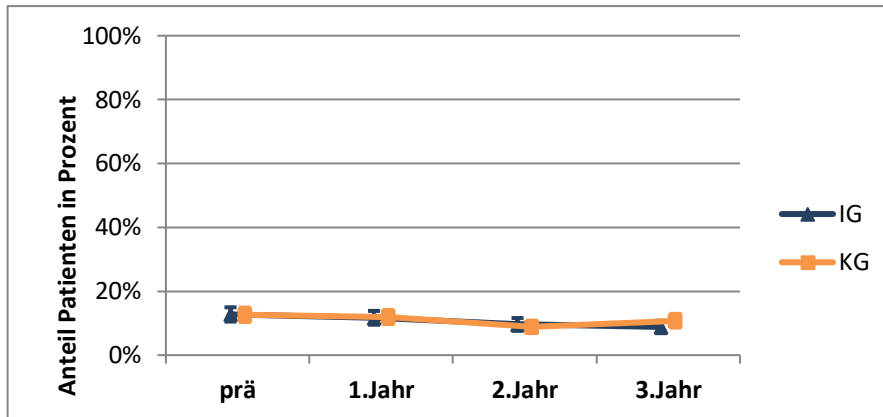
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

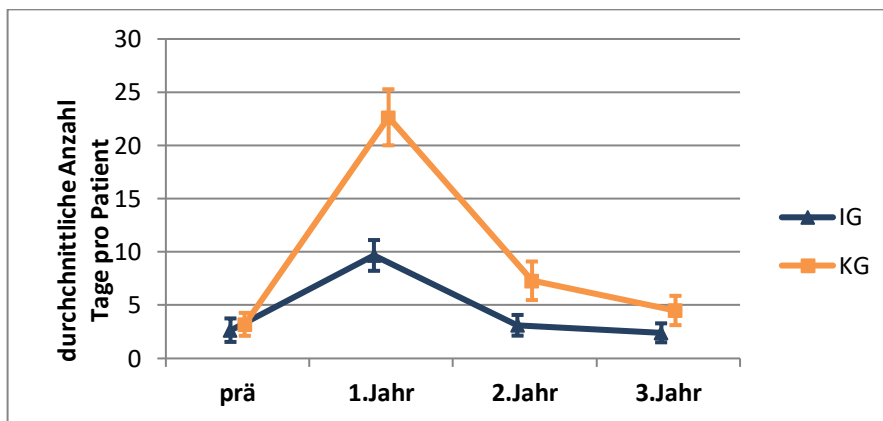


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

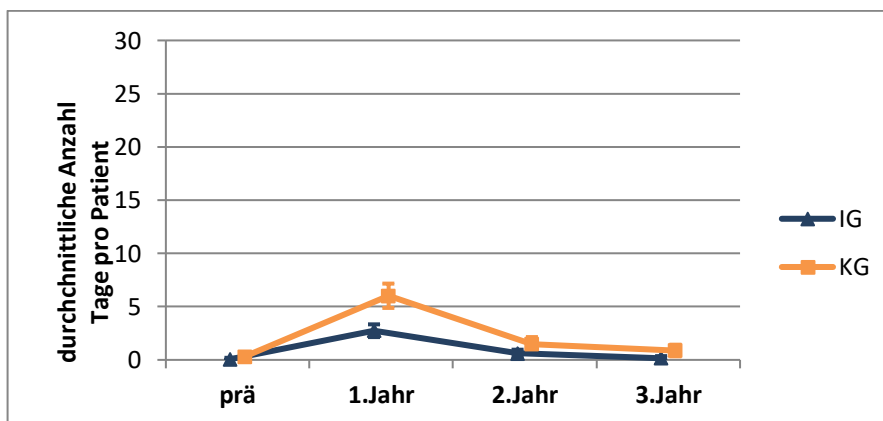


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

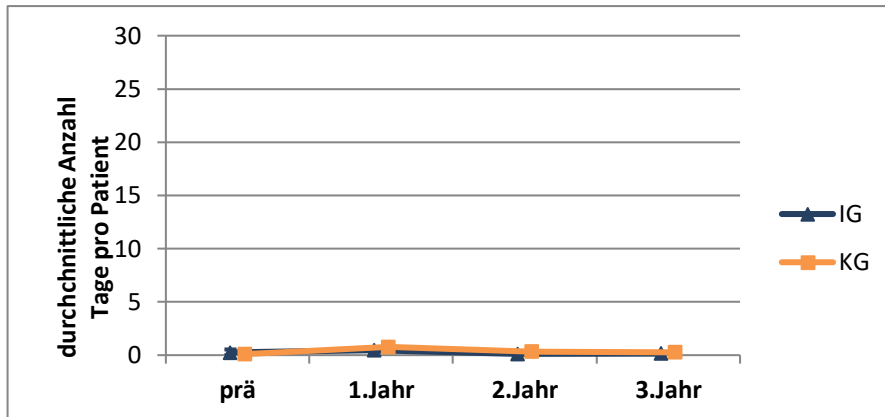
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



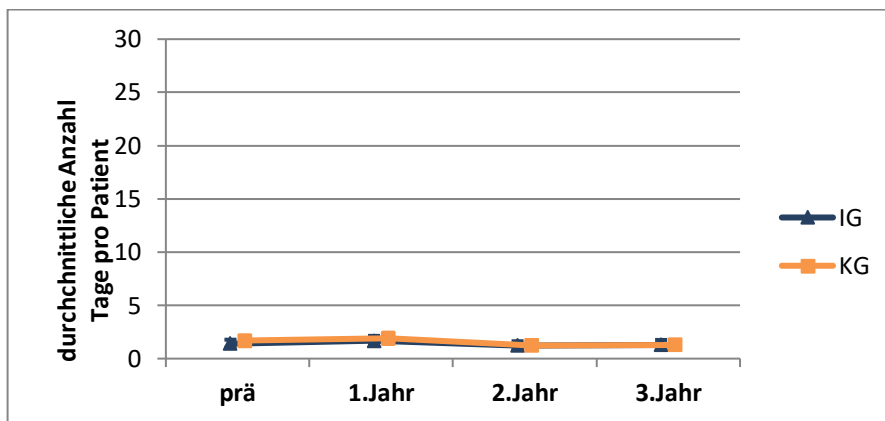
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



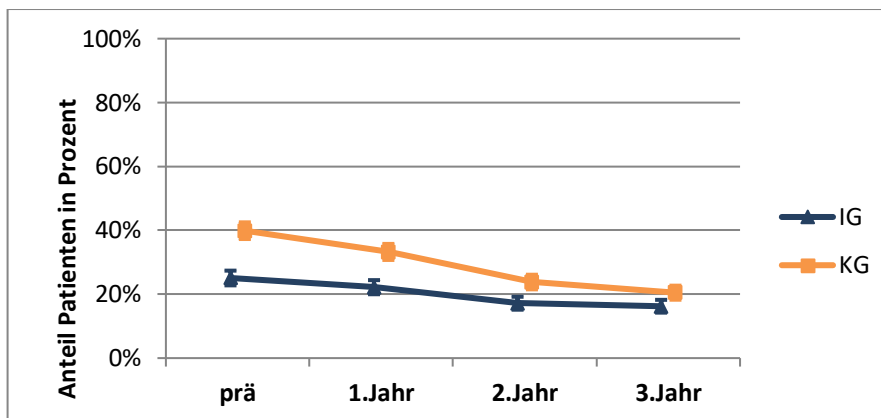
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

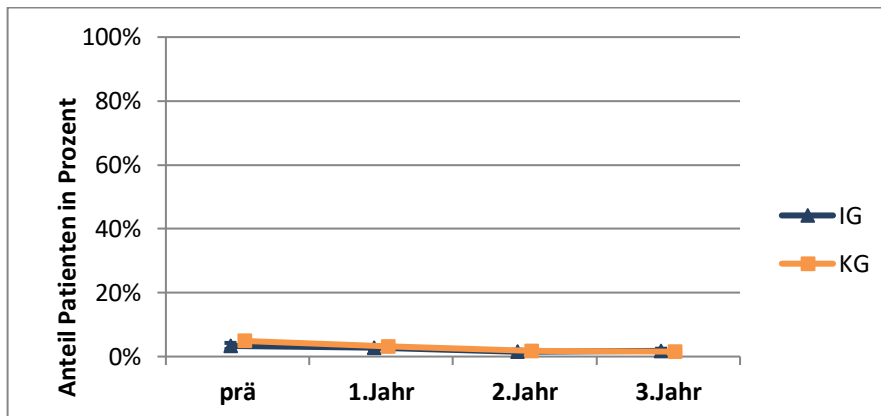
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

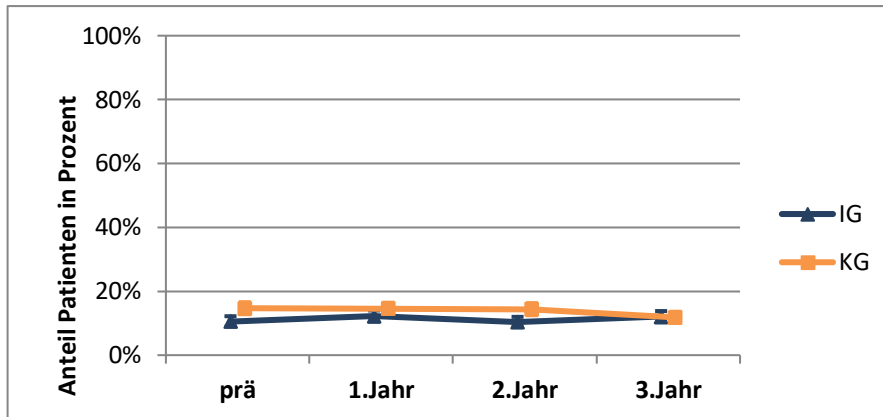
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

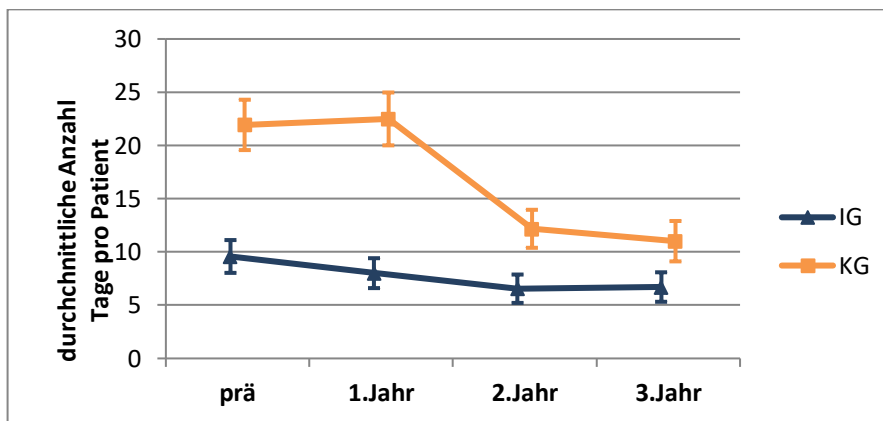


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

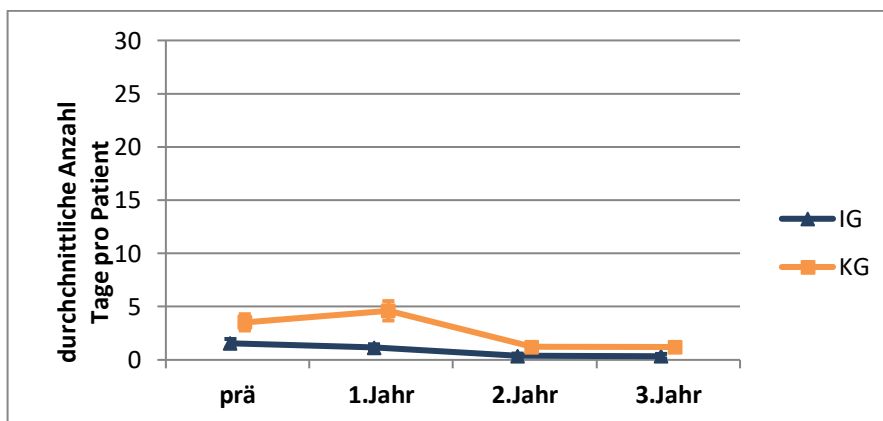


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

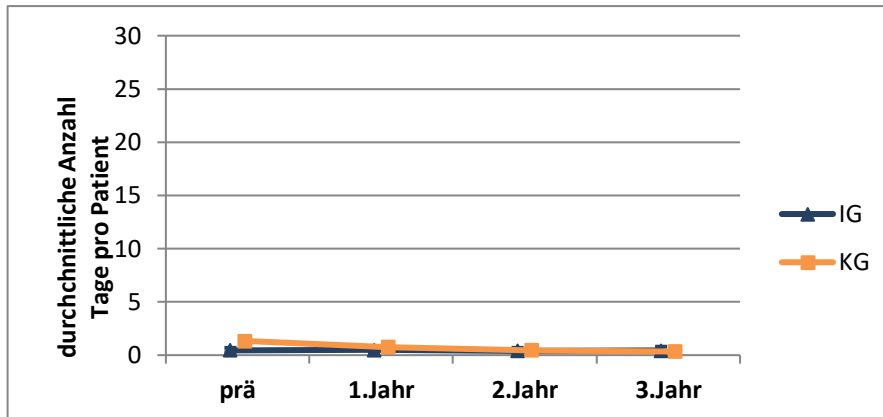
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



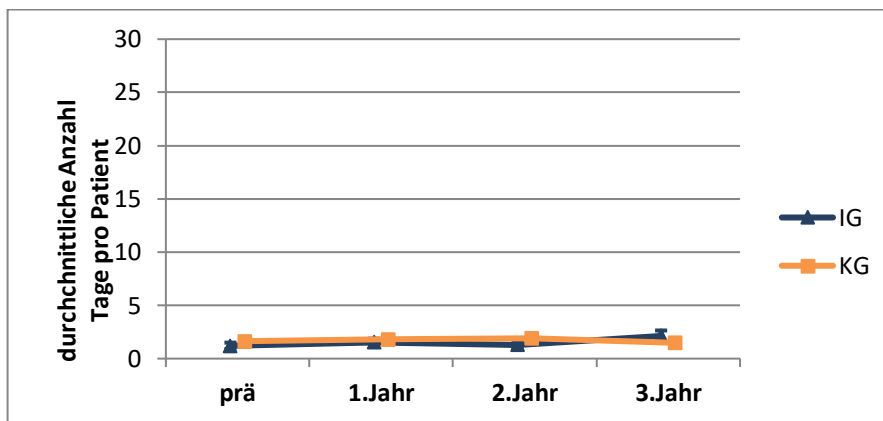
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- **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=856, KG=846;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.356, KG=1.355).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klirikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,7; KG: 3,2 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 9,7; KG: 22,6 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 3,1 und 2,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 7,3 und 4,5 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei deutlich im ersten Modelljahr und glich sich ab dem zweiten Modelljahr an. Die vollstationären Behandlungstage waren in der IG stets niedriger als in der KG. Der Peak war in der IG mit 9,7 vollstationären Tagen wesentlich geringer als in der KG mit 22,6 vollstationären Tagen. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Der Peak im ersten Jahr war hier in der IG ebenfalls geringer als in der KG (IG: 2,7 teilstationäre Tage; KG: 6,0 teilstationäre Tage).

Auch bei den klirikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -12,4; 1. Jahr: -14,5; 2. Jahr: -5,6; 3. Jahr: -4,3 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte zeigte für die IG einen kontinuierlichen Rückgang in den ersten drei Jahren, während es in der KG zu einem Peak im ersten patientenindividuellen Jahr kam (IG: 1,2 teilstationäre Tage; KG: 4,6 teilstationäre Tage).

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

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

**Tabelle 6: 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>817</b>	<b>817</b>	<b>817</b>	<b>817</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>	6,1 %	29,3 %	6,2 %	32,4 %
	1,1 %	3,3 %	3,5 %	3,4 %
	9,3 %	9,7 %	9,4 %	10,8 %
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>	1,8	11,7	1,4	19,7
	0,0	4,3	0,0	6,7
	1,8	16,0	1,4	26,4
	0,1	0,4	0,8	0,8
	0,1	0,4	0,8	0,7
	0,9	1,2	1,3	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)



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

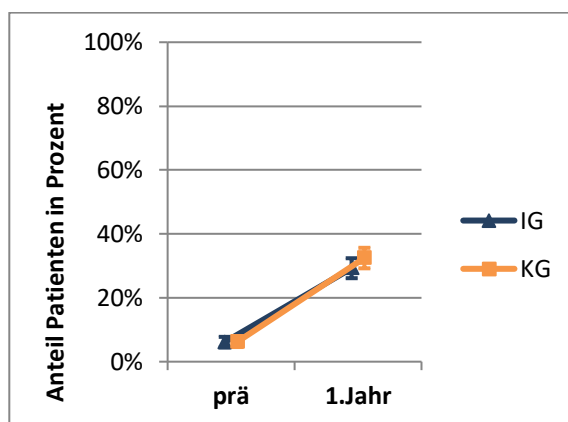
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

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)**

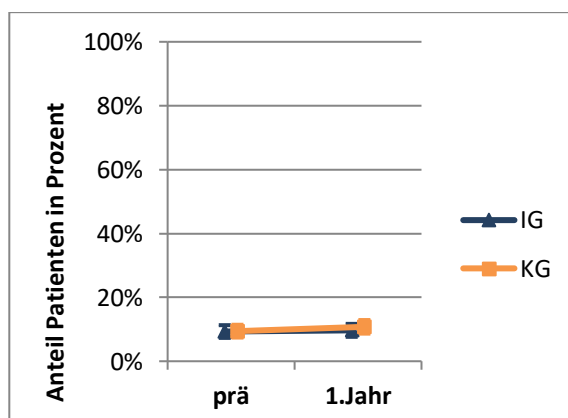
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

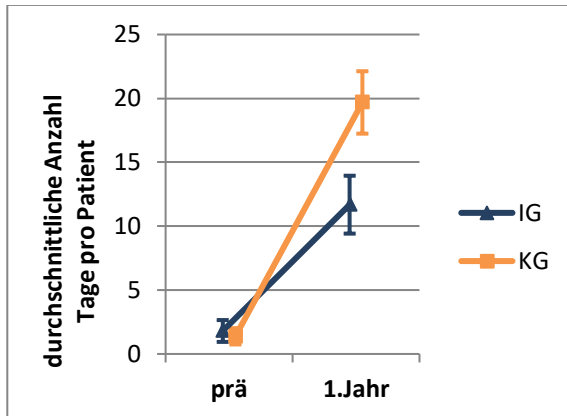
Fallzahl zu klein

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

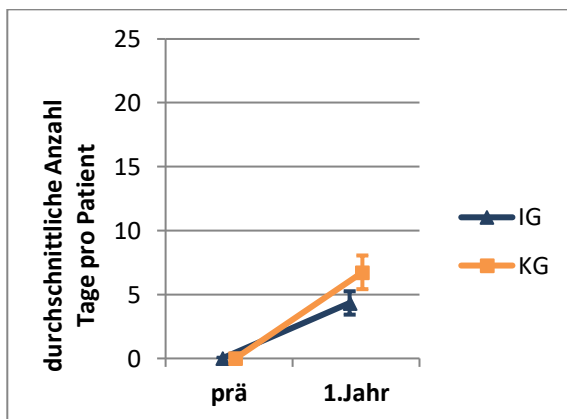


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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

Fallzahl zu klein

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

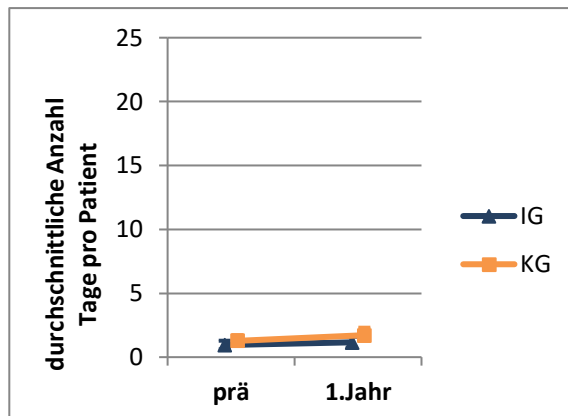


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=817 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen Unterschiede zwischen der Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 1,8; KG: 1,4 vollstationäre Tage) und stiegen im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 11,7; KG: 19,7 vollstationäre Tage). Der Anstieg in der Dauer über die Zeit war in der IG signifikant geringer als in der KG.

Hinsichtlich der teilstationären Behandlungsdauer ergab sich hier für die IG im Zeitverlauf ein geringeres Aufkommen im Vergleich zur IG.

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

In der *Gesamtregression* aller linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund von Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in allen Subkohorten (Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Modelljahr) in der IG signifikant geringer als in der KG.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie eine stark verringerte Inanspruchnahme bei Patienten mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

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

### 8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

**Tabelle 7: 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>856</b>	<b>856</b>	<b>832</b>	<b>815</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>823</b>	<b>807</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>832</b>	<b>839</b>	<b>811</b>	<b>792</b>	<b>816</b>	<b>822</b>	<b>799</b>	<b>781</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	7,8	4,0	2,7	—*	2,8	1,7	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,4	4,1	3,3	3,4	2,1	4,8	4,4	3,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	8,9	11,9	10,6	10,1	8,1	10,4	10,2	10,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,1	0,0	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)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,5	5,3	4,8	5,0	5,3	4,0	6,8	5,5

<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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.333</b>	<b>1.312</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.328</b>	<b>1.295</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.329</b>	<b>1.323</b>	<b>1.289</b>	<b>1.270</b>	<b>1.329</b>	<b>1.311</b>	<b>1.285</b>	<b>1.253</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	12,6	12,5	10,0	—*	8,6	7,3	7,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,2	2,3	2,0	1,6	2,3	2,6	2,6	2,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	12,5	13,9	13,4	13,6	11,8	12,5	12,8	12,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,1	0,1	0,1	—*	0,0	0,0	0,0

<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> </ul>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	1,2	1,0	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4
<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> </ul>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	3,9	3,4	3,6	5,8	6,5	6,9	6,6	6,0

<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

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



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

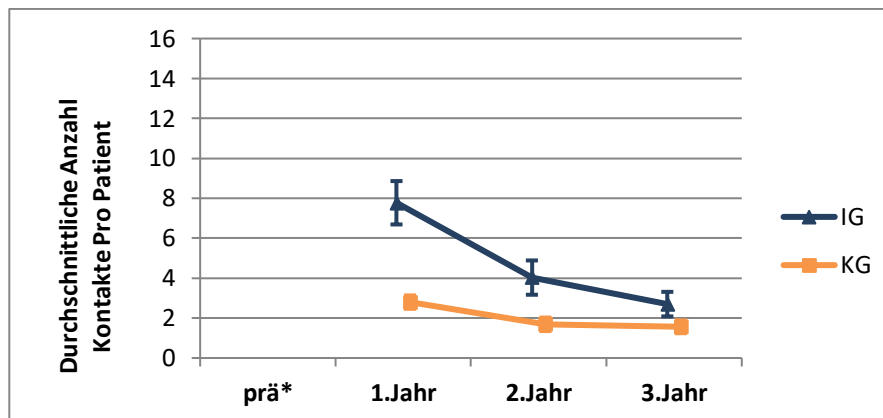
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

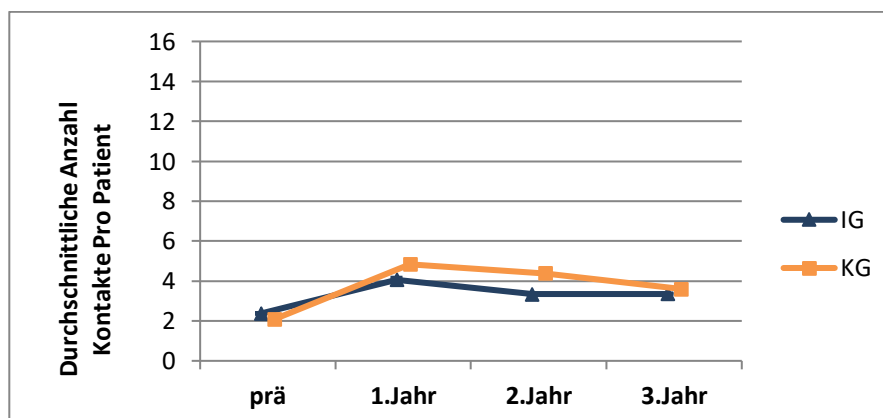
**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

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

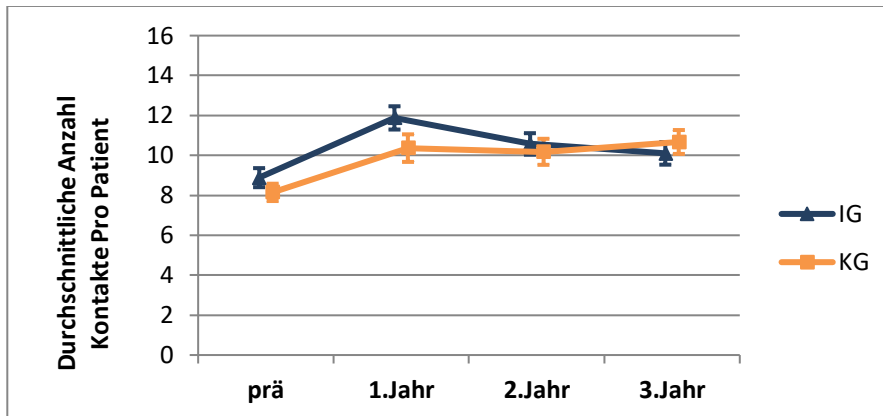


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

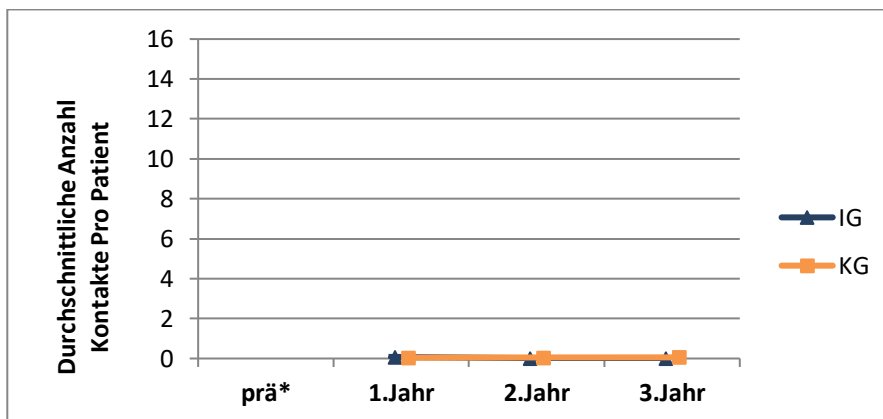


- bei anderen Vertragsärzten (E)



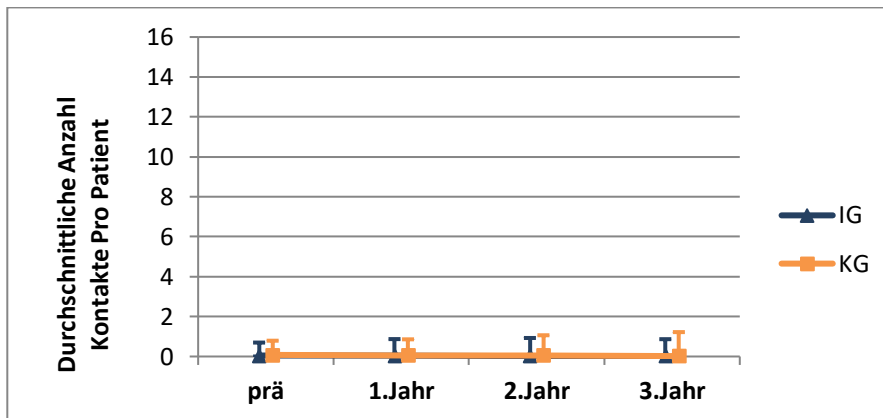
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

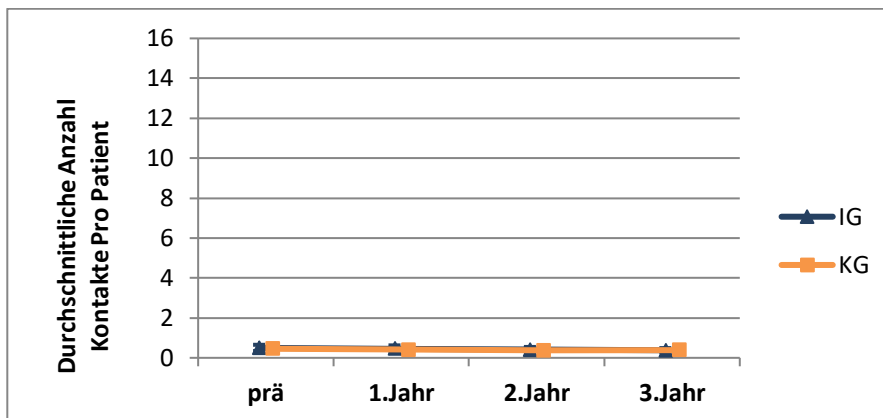


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

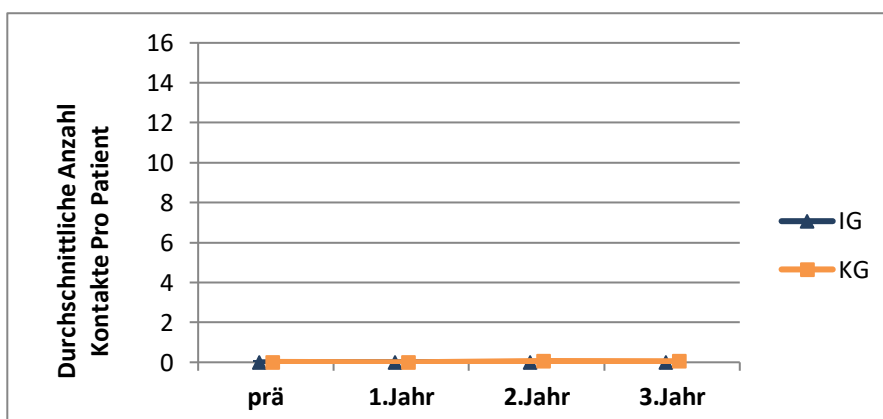


- bei anderen Vertragsärzten (F)

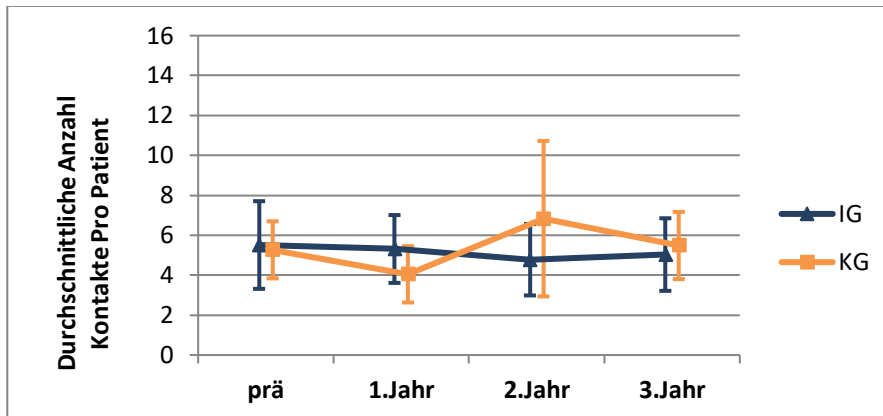


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



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



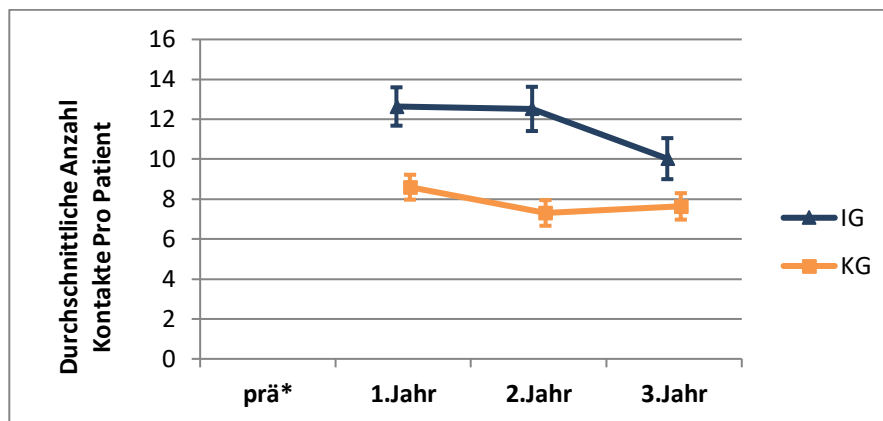
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

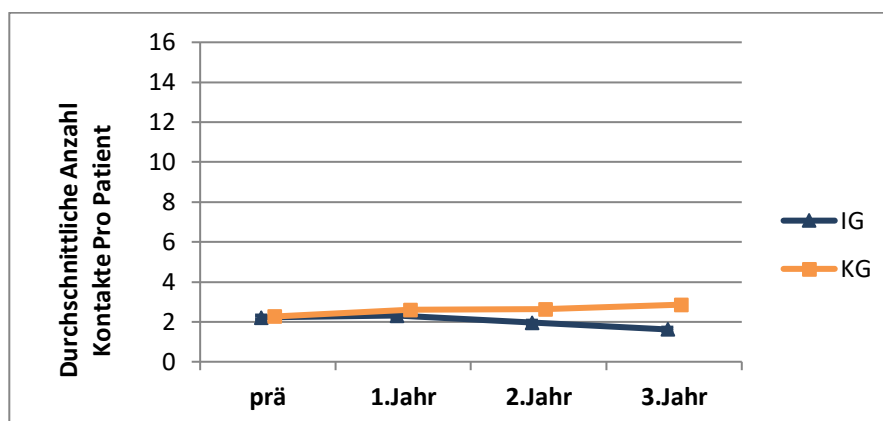
#### Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

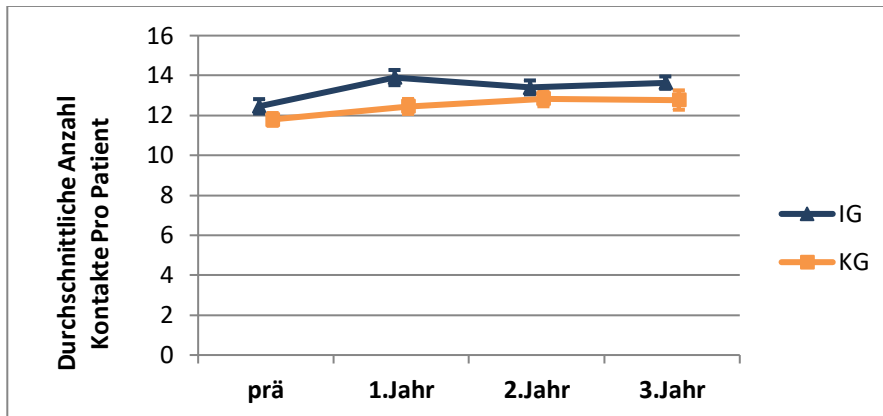


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

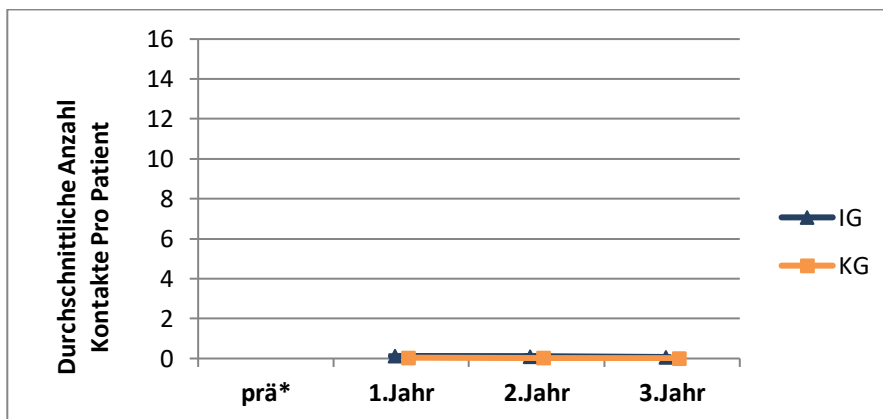


- bei anderen Vertragsärzten (E)



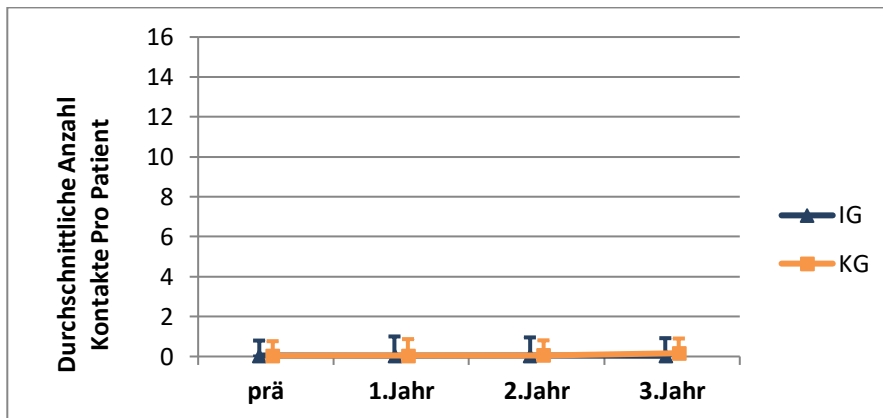
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

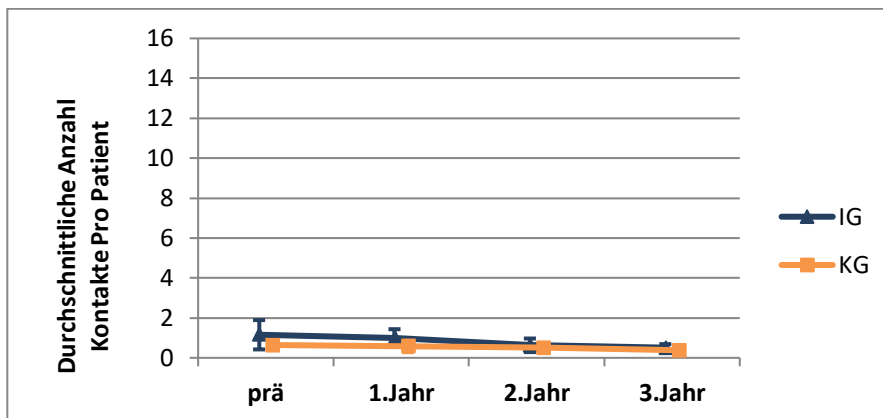


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

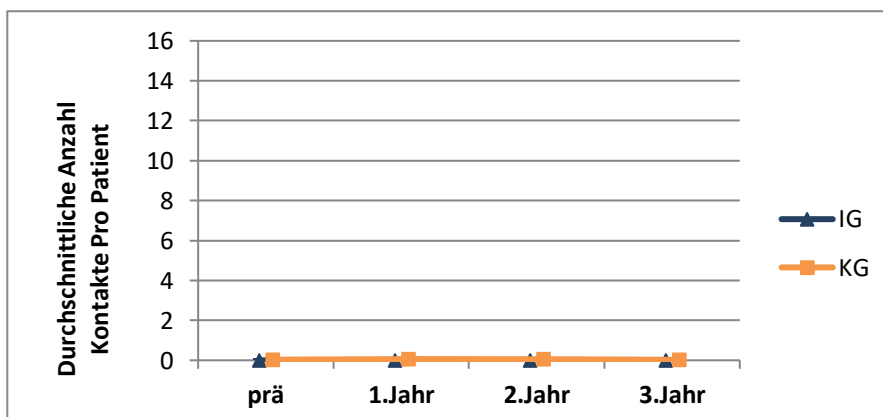


- bei anderen Vertragsärzten (F)

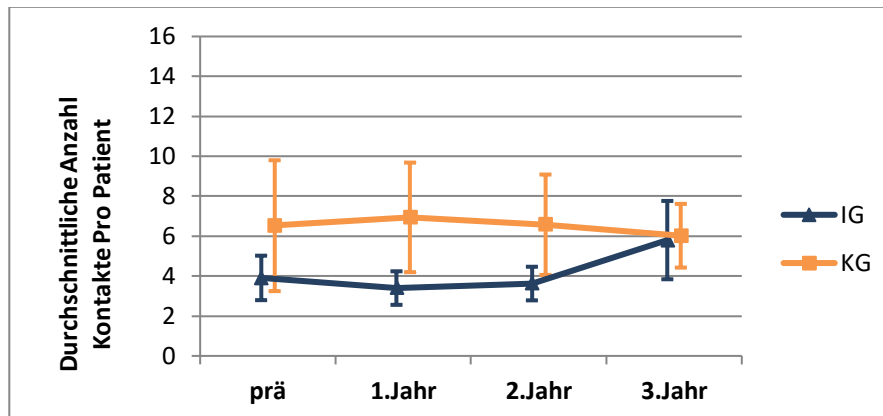


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=839, KG=816;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.323, KG=1.311). 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 klินิกneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG (1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +2,3; 3. Jahr: +1,1 Kontakte).

Das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar.

Auch bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Dabei hatten Patienten der IG über den gesamten Zeitraum mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG (1. Jahr: +4,0; 2. Jahr: +5,2; 3. Jahr: +2,4 Kontakte).

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



**Tabelle 8: 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>817</b>	<b>817</b>	<b>817</b>	<b>817</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>791</b>	<b>800</b>	<b>786</b>	<b>788</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	8,5	0,2	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,9	4,9	1,8	5,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,3	11,9	8,5	10,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,5	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,3	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,7	6,2	7,8	5,8

<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**

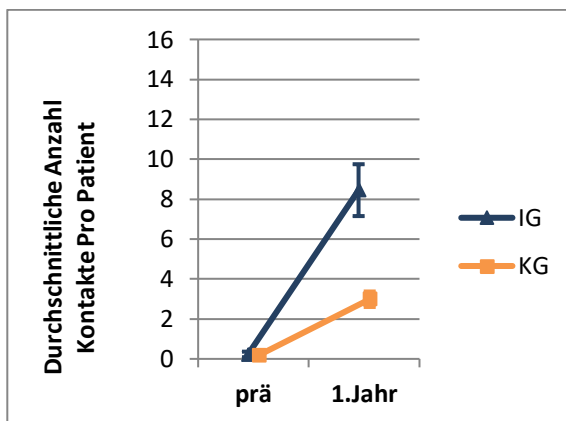
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

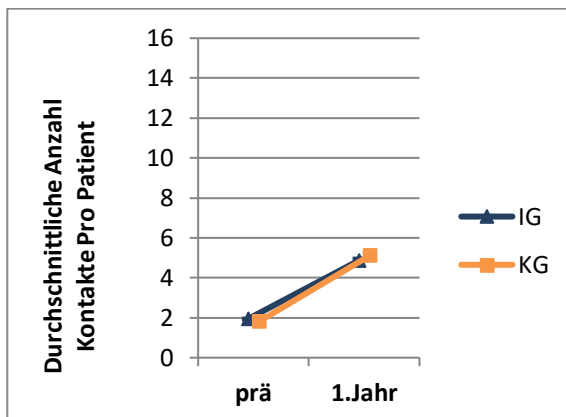
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

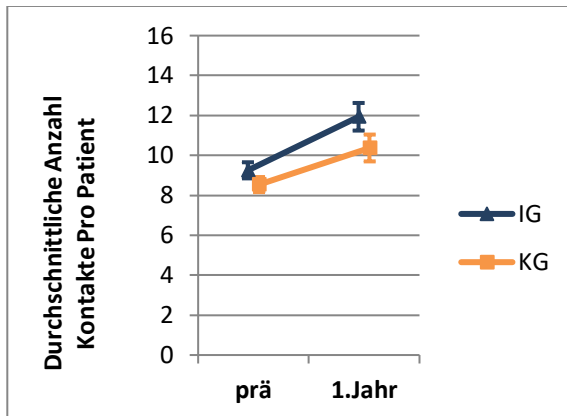
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

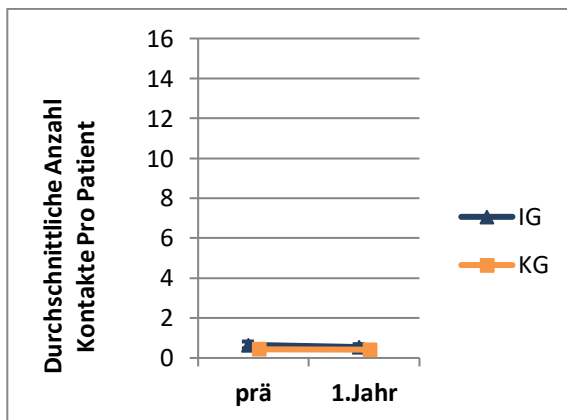
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

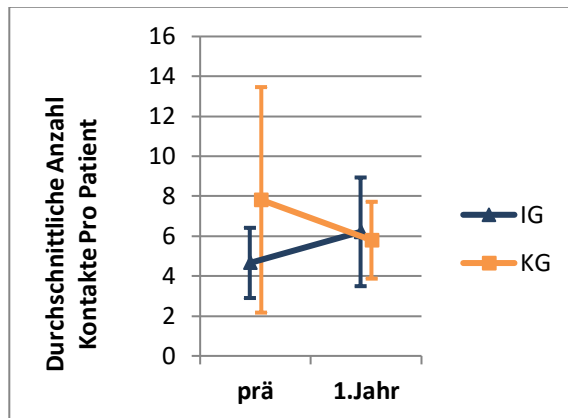


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 817) zeigte sich eine signifikant stärkere Zunahme der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: von 0,2 auf 8,5 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,2 auf 3,0 Kontakte im 1. Jahr). Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten erhöhte sich in der IG etwas geringer als in der KG zwischen dem Jahr vor Referenzfall zum patientenindividuellen 1. Jahr (IG: von 1,9 auf 4,9 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 1,8 auf 5,1 Kontakte im 1. Jahr). Die Inanspruchnahme bei den anderen Vertragsärzten stieg in der IG stärker als in der KG (IG: von 9,3 auf 11,9 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 8,5 auf 10,4 Kontakte im 1. Jahr). Alle diese drei Unterschiede über die Zeit waren statistisch signifikant.

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

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

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

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

**Tabelle 9: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**
**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>71</b>	<b>539</b>	<b>132</b>	<b>91</b>	<b>115</b>	<b>725</b>	<b>191</b>	<b>131</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	20,4 %	17,4 %	20,9 %	—	9,7 %	7,9 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	4,8 %	3,8 %	5,5 %	—	10,1 %	12,0 %	7,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	48,2 %	46,2 %	40,7 %	—	47,2 %	46,6 %	35,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	9,5 %	15,2 %	6,6 %	—	9,9 %	8,9 %	6,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	3,3 %	3,0 %	2,2 %	—	4,8 %	3,7 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,5 %	3,8 %	2,2 %	—	2,5 %	2,1 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	27,6 %	23,5 %	26,4 %	—	22,9 %	22,5 %	29,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	32,3 %	32,6 %	36,3 %	—	36,6 %	38,2 %	48,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>61</b>	<b>250</b>	<b>67</b>	<b>47</b>	<b>79</b>	<b>381</b>	<b>115</b>	<b>73</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	24,8 %	22,4 %	21,3 %	—	12,9 %	10,4 %	20,5 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	6,8 %	4,5 %	8,5 %	—	13,4 %	16,5 %	11,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	48,0 %	52,2 %	42,6 %	—	43,0 %	47,8 %	35,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	10,4 %	19,4 %	10,6 %	—	12,9 %	9,6 %	6,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,2 %	3,0 %	4,3 %	—	6,8 %	3,5 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,4 %	6,0 %	0,0 %	—	1,8 %	2,6 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	34,8 %	28,4 %	29,8 %	—	30,2 %	29,6 %	35,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	28,8 %	25,4 %	29,8 %	—	33,6 %	33,0 %	42,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>41</b>	<b>105</b>	<b>32</b>	<b>20</b>	<b>44</b>	<b>158</b>	<b>61</b>	<b>31</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	28,6 %	31,3 %	40,0 %	—	13,9 %	14,8 %	35,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	6,7 %	3,1 %	15,0 %	—	13,3 %	24,6 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	44,8 %	46,9 %	25,0 %	—	43,7 %	52,5 %	35,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	9,5 %	15,6 %	10,0 %	—	14,6 %	14,8 %	3,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,6 %	6,3 %	5,0 %	—	5,1 %	6,6 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,8 %	6,3 %	0,0 %	—	3,2 %	3,3 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,0 %	37,5 %	50,0 %	—	30,4 %	44,3 %	45,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	25,7 %	31,3 %	25,0 %	—	32,3 %	23,0 %	45,2 %

<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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	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>58</b>	<b>484</b>	<b>124</b>	<b>80</b>	<b>90</b>	<b>662</b>	<b>166</b>	<b>117</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	28,9 %	27,4 %	32,5 %	—	17,7 %	18,7 %	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,7 %	8,1 %	8,8 %	—	18,6 %	19,3 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	72,7 %	66,9 %	62,5 %	—	70,8 %	67,5 %	57,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	28,1 %	30,6 %	25,0 %	—	25,8 %	23,5 %	16,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,9 %	8,9 %	10,0 %	—	12,1 %	9,0 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,9 %	6,5 %	12,5 %	—	5,7 %	5,4 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,0 %	40,3 %	43,8 %	—	40,9 %	41,6 %	41,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	11,0 %	14,5 %	13,8 %	—	15,3 %	15,7 %	27,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>49</b>	<b>229</b>	<b>65</b>	<b>41</b>	<b>59</b>	<b>347</b>	<b>97</b>	<b>63</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								



• PIA (A)	—	32,3 %	33,8 %	36,6 %	—	22,5 %	23,7 %	34,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	15,3 %	12,3 %	12,2 %	—	25,1 %	22,7 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	74,2 %	72,3 %	70,7 %	—	71,2 %	69,1 %	58,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	34,5 %	40,0 %	34,1 %	—	30,8 %	30,9 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	13,5 %	12,3 %	19,5 %	—	15,3 %	7,2 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	9,2 %	7,7 %	7,3 %	—	6,1 %	6,2 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	52,4 %	50,8 %	53,7 %	—	52,4 %	48,5 %	55,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	8,3 %	7,7 %	7,3 %	—	10,1 %	8,2 %	22,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>33</b>	<b>94</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>141</b>	<b>53</b>	<b>27</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	35,1 %	50,0 %	68,8 %	—	26,2 %	28,3 %	51,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	18,1 %	16,7 %	18,8 %	—	26,2 %	30,2 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	75,5 %	76,7 %	56,3 %	—	78,7 %	77,4 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	35,1 %	30,0 %	18,8 %	—	33,3 %	41,5 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	17,0 %	16,7 %	18,8 %	—	13,5 %	9,4 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,7 %	6,7 %	6,3 %	—	7,1 %	5,7 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	58,5 %	66,7 %	81,3 %	—	56,7 %	58,5 %	70,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	9,6 %	10,0 %	6,3 %	—	5,0 %	1,9 %	22,2 %

<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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<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>46</b>	<b>429</b>	<b>107</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>592</b>	<b>143</b>	<b>97</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	32,2 %	38,3 %	41,7 %	—	23,1 %	31,5 %	36,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	18,6 %	15,0 %	16,7 %	—	26,7 %	30,1 %	21,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	87,6 %	84,1 %	81,7 %	—	85,6 %	85,3 %	79,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	51,5 %	50,5 %	41,7 %	—	51,2 %	41,3 %	44,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	12,8 %	15,0 %	15,0 %	—	16,6 %	18,9 %	14,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	14,0 %	16,8 %	15,0 %	—	14,2 %	14,0 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	51,3 %	56,1 %	55,0 %	—	53,5 %	62,2 %	57,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,7 %	1,9 %	6,7 %	—	5,6 %	7,0 %	6,2 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>39</b>	<b>199</b>	<b>58</b>	<b>31</b>	<b>42</b>	<b>303</b>	<b>86</b>	<b>51</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	38,2 %	44,8 %	51,6 %	—	29,4 %	39,5 %	45,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	27,1 %	22,4 %	22,6 %	—	36,0 %	33,7 %	31,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	88,4 %	89,7 %	90,3 %	—	86,1 %	89,5 %	80,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	59,3 %	62,1 %	45,2 %	—	58,4 %	51,2 %	43,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	19,1 %	20,7 %	25,8 %	—	19,5 %	18,6 %	19,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	12,6 %	15,5 %	6,5 %	—	14,9 %	17,4 %	13,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	64,3 %	67,2 %	67,7 %	—	67,3 %	69,8 %	72,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,5 %	0,0 %	3,2 %	—	4,3 %	1,2 %	2,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>83</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>19</b>	<b>126</b>	<b>47</b>	<b>23</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	44,6 %	57,1 %	71,4 %	—	31,7 %	42,6 %	60,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	32,5 %	25,0 %	28,6 %	—	38,9 %	38,3 %	30,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	90,4 %	96,4 %	92,9 %	—	92,1 %	93,6 %	78,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	55,4 %	60,7 %	35,7 %	—	63,5 %	66,0 %	43,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	19,3 %	25,0 %	21,4 %	—	17,5 %	19,1 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	16,9 %	21,4 %	7,1 %	—	16,7 %	19,1 %	13,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	73,5 %	78,6 %	85,7 %	—	69,0 %	78,7 %	87,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,6 %	0,0 %	0,0 %	—	0,8 %	0,0 %	4,3 %

<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

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>528</b>	<b>613</b>	<b>377</b>	<b>344</b>	<b>897</b>	<b>1.128</b>	<b>536</b>	<b>445</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	27,7 %	49,1 %	43,0 %	—	23,2 %	27,6 %	31,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	2,8 %	0,3 %	2,6 %	—	7,4 %	6,0 %	4,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	34,9 %	29,7 %	35,2 %	—	39,0 %	36,2 %	34,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	8,0 %	6,4 %	8,7 %	—	6,8 %	7,1 %	7,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	1,8 %	0,5 %	2,3 %	—	2,5 %	2,6 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,3 %	4,5 %	2,3 %	—	2,7 %	2,8 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	31,0 %	49,6 %	47,4 %	—	32,2 %	34,3 %	36,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	39,5 %	33,4 %	28,2 %	—	40,4 %	41,8 %	39,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>485</b>	<b>530</b>	<b>345</b>	<b>312</b>	<b>810</b>	<b>976</b>	<b>497</b>	<b>399</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	30,2 %	51,3 %	46,5 %	—	25,2 %	28,6 %	33,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	2,8 %	0,3 %	2,2 %	—	8,0 %	6,4 %	5,3 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	35,3 %	28,7 %	34,9 %	—	39,2 %	36,6 %	34,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	7,5 %	6,4 %	8,7 %	—	7,3 %	7,2 %	7,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	1,9 %	0,6 %	2,6 %	—	2,8 %	2,6 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,4 %	4,6 %	2,6 %	—	2,8 %	2,8 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	33,4 %	51,9 %	50,6 %	—	34,8 %	35,6 %	39,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	37,9 %	32,8 %	25,6 %	—	38,7 %	40,6 %	37,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>309</b>	<b>346</b>	<b>243</b>	<b>242</b>	<b>560</b>	<b>644</b>	<b>363</b>	<b>306</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	33,2 %	54,3 %	52,1 %	—	27,6 %	32,8 %	36,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	3,5 %	0,0 %	2,9 %	—	8,2 %	6,9 %	4,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	37,6 %	28,0 %	32,2 %	—	40,4 %	37,5 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	8,4 %	4,9 %	9,5 %	—	7,8 %	8,3 %	9,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,0 %	0,8 %	2,1 %	—	2,2 %	2,5 %	2,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	9,2 %	4,9 %	2,5 %	—	3,0 %	3,6 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	36,7 %	54,7 %	56,2 %	—	36,8 %	39,9 %	42,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	32,7 %	30,9 %	23,1 %	—	37,3 %	36,9 %	33,3 %

<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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	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>441</b>	<b>511</b>	<b>314</b>	<b>295</b>	<b>668</b>	<b>915</b>	<b>431</b>	<b>381</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	43,6 %	64,3 %	60,3 %	—	40,4 %	45,9 %	51,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	5,7 %	1,0 %	4,7 %	—	15,8 %	14,2 %	12,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	62,0 %	55,4 %	62,7 %	—	64,0 %	63,6 %	64,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	22,1 %	20,1 %	24,1 %	—	19,5 %	20,0 %	23,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,1 %	2,9 %	5,8 %	—	5,6 %	5,3 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	10,8 %	9,6 %	7,5 %	—	6,2 %	5,8 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	50,3 %	65,6 %	67,5 %	—	56,3 %	58,7 %	63,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	16,6 %	12,1 %	9,5 %	—	14,6 %	14,4 %	12,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>409</b>	<b>433</b>	<b>287</b>	<b>269</b>	<b>604</b>	<b>793</b>	<b>399</b>	<b>340</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	48,0 %	67,2 %	65,4 %	—	43,9 %	47,4 %	55,6 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	–	5,8 %	1,0 %	4,5 %	–	17,4 %	15,0 %	12,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	–	62,4 %	54,0 %	63,6 %	–	64,4 %	63,2 %	65,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	–	23,1 %	20,2 %	23,0 %	–	21,2 %	20,3 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	–	5,8 %	3,1 %	6,3 %	–	6,3 %	5,5 %	3,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	11,1 %	9,4 %	7,8 %	–	6,4 %	6,0 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	55,0 %	68,6 %	72,5 %	–	61,2 %	60,7 %	68,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	15,2 %	11,8 %	7,1 %	–	12,7 %	14,3 %	9,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>257</b>	<b>277</b>	<b>209</b>	<b>209</b>	<b>418</b>	<b>527</b>	<b>283</b>	<b>261</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	–	52,7 %	71,8 %	68,9 %	–	48,0 %	52,7 %	61,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	–	7,2 %	1,0 %	5,3 %	–	16,9 %	15,5 %	12,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	–	65,0 %	55,5 %	62,2 %	–	66,4 %	65,7 %	70,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	–	27,1 %	21,5 %	22,5 %	–	22,2 %	21,9 %	27,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	–	5,8 %	2,9 %	6,2 %	–	5,7 %	4,9 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	–	13,7 %	9,6 %	8,6 %	–	6,6 %	7,8 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	–	60,3 %	73,2 %	76,1 %	–	64,5 %	65,7 %	73,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	–	10,5 %	10,5 %	6,7 %	–	12,0 %	10,6 %	6,9 %

<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

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



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

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<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>341</b>	<b>388</b>	<b>234</b>	<b>220</b>	<b>440</b>	<b>706</b>	<b>327</b>	<b>273</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	54,6 %	77,8 %	71,4 %	—	46,6 %	55,4 %	60,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	11,3 %	4,3 %	8,2 %	—	22,0 %	21,4 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	83,8 %	79,5 %	81,4 %	—	81,2 %	82,9 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	42,3 %	42,3 %	40,9 %	—	40,7 %	41,0 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,8 %	6,4 %	9,1 %	—	8,5 %	8,9 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	19,1 %	14,1 %	17,3 %	—	12,0 %	13,8 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	64,9 %	80,8 %	79,1 %	—	66,6 %	71,9 %	75,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,4 %	3,4 %	3,6 %	—	5,8 %	5,2 %	4,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>322</b>	<b>326</b>	<b>213</b>	<b>200</b>	<b>407</b>	<b>615</b>	<b>301</b>	<b>248</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	58,3 %	80,3 %	75,5 %	—	50,2 %	57,1 %	63,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	12,3 %	4,7 %	8,0 %	—	23,9 %	22,6 %	19,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	84,4 %	78,4 %	82,0 %	—	82,8 %	84,1 %	85,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	43,6 %	41,8 %	40,5 %	—	41,5 %	42,2 %	47,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,8 %	7,0 %	10,0 %	—	9,4 %	9,3 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	19,0 %	14,1 %	17,5 %	—	12,4 %	14,3 %	12,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	69,9 %	83,6 %	83,0 %	—	71,7 %	74,1 %	79,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,7 %	3,3 %	2,5 %	—	3,7 %	5,0 %	3,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>205</b>	<b>211</b>	<b>158</b>	<b>158</b>	<b>269</b>	<b>392</b>	<b>206</b>	<b>192</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	63,0 %	83,5 %	79,7 %	—	56,6 %	61,2 %	70,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	14,2 %	5,1 %	8,2 %	—	22,7 %	22,3 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	87,7 %	82,3 %	80,4 %	—	84,2 %	86,9 %	89,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	47,9 %	43,7 %	41,8 %	—	42,3 %	43,7 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	10,0 %	5,7 %	10,1 %	—	7,7 %	9,2 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	21,8 %	13,3 %	17,1 %	—	13,5 %	16,5 %	12,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	75,4 %	86,1 %	86,1 %	—	76,3 %	77,2 %	83,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,4 %	2,5 %	2,5 %	—	3,8 %	4,4 %	2,1 %

<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

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

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

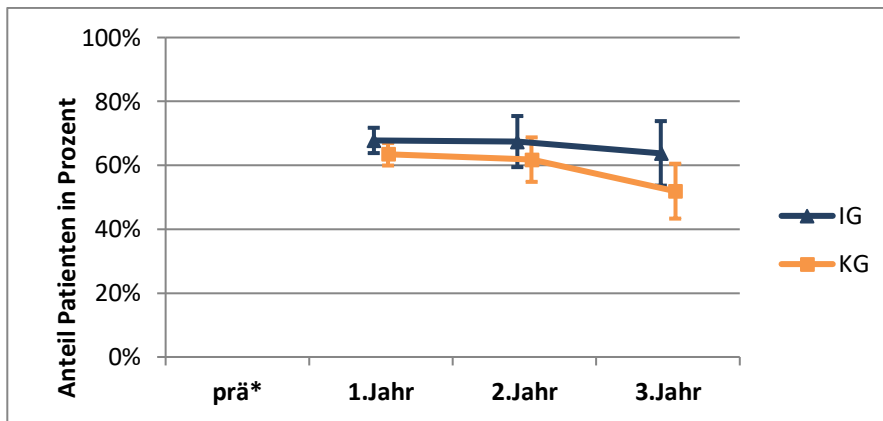
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

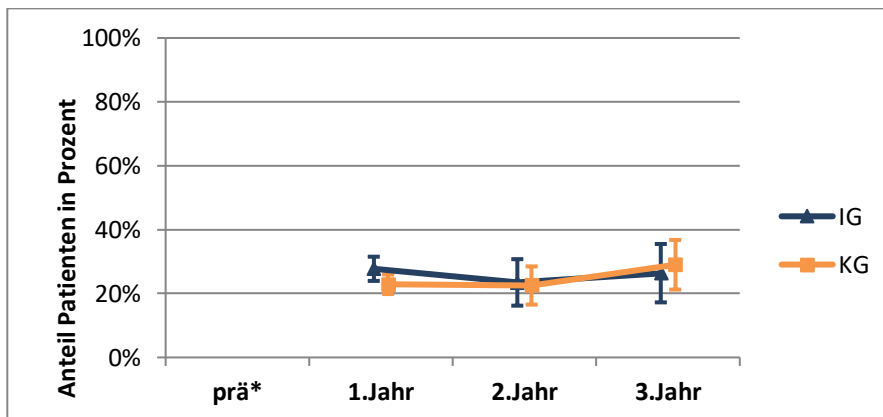
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle\***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)\***

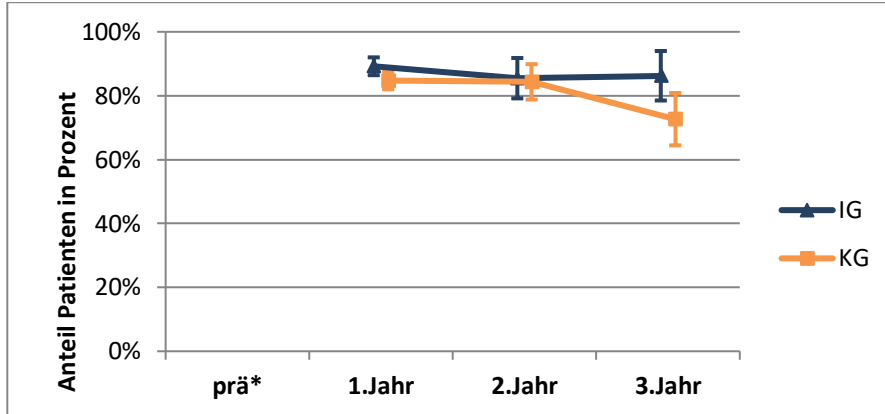


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

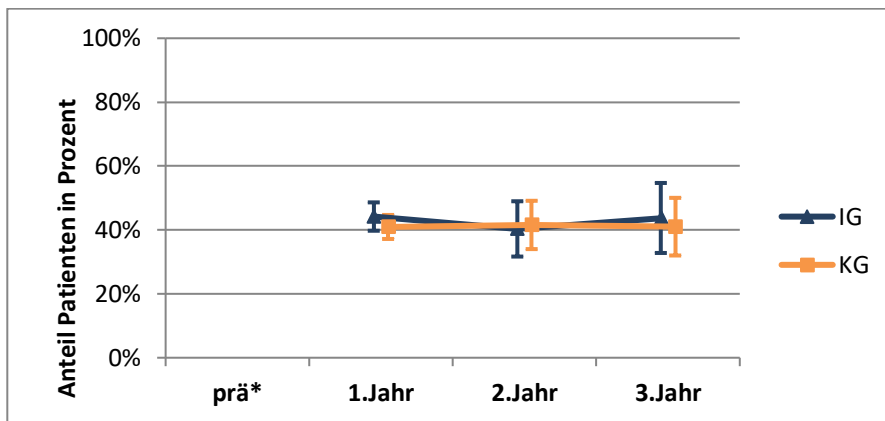
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle\***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)\***

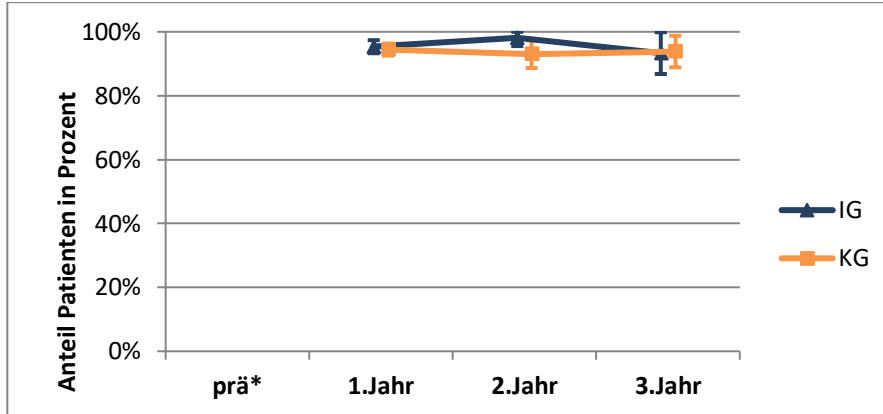


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

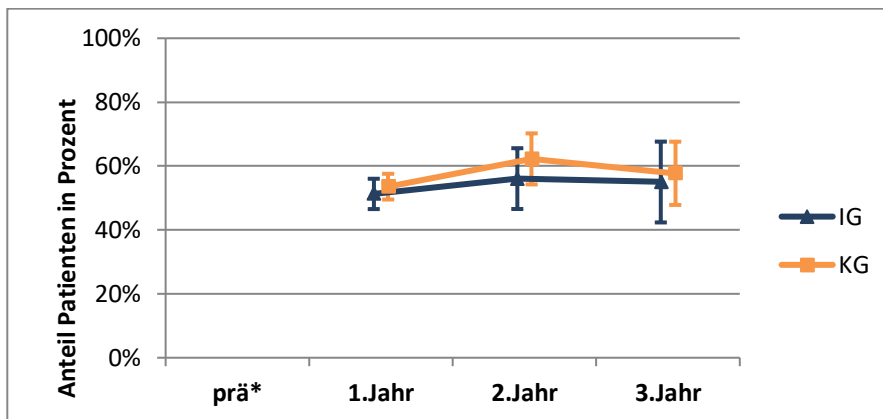
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle\***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)\***



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

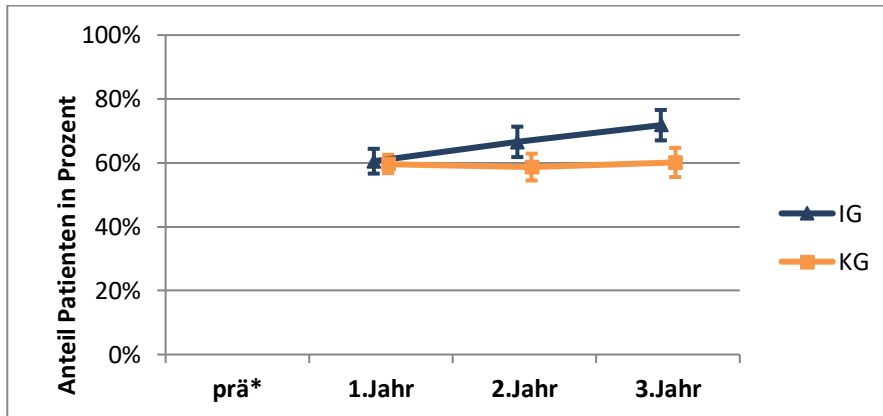
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

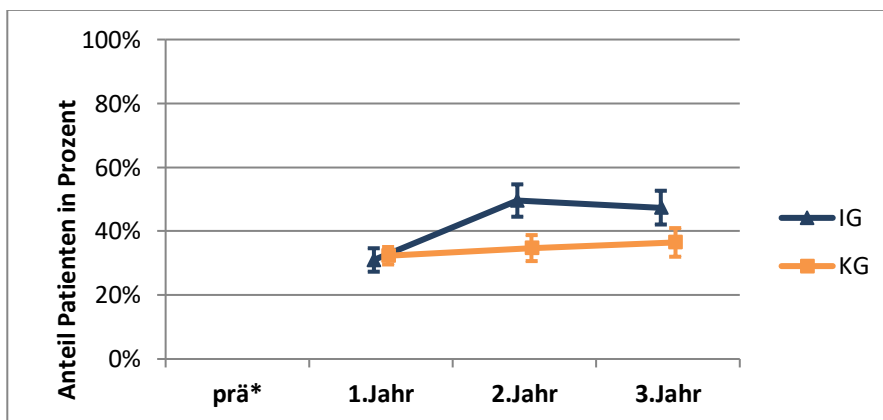
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle\*



- Alle (psychiatrischer Sektor)\*

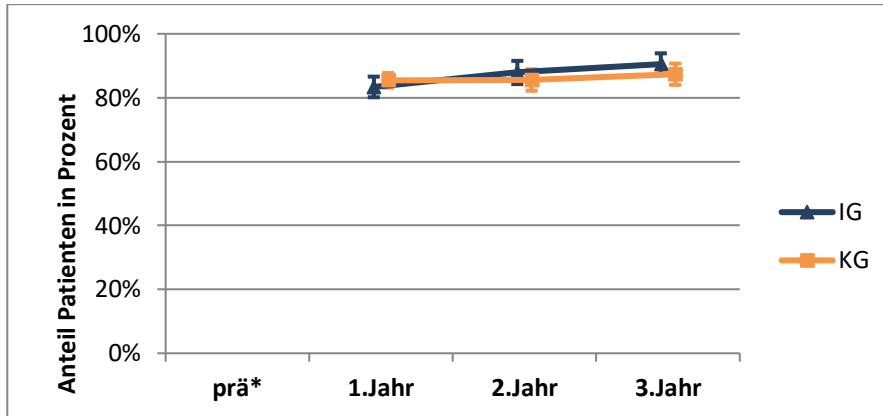


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

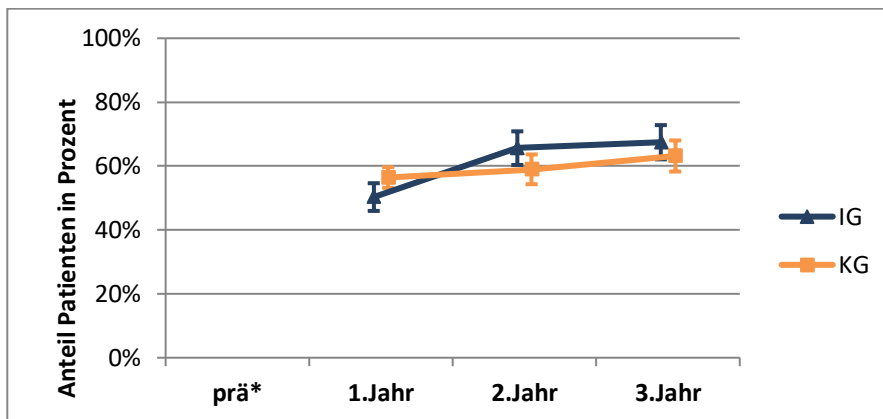
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle\***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)\***



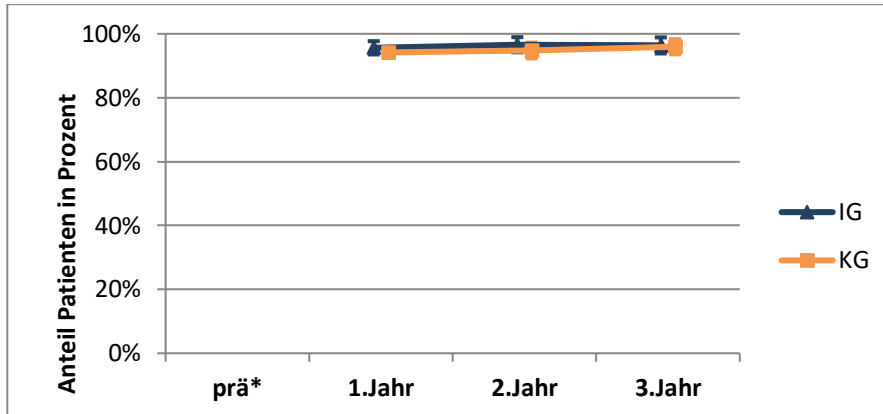
\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.



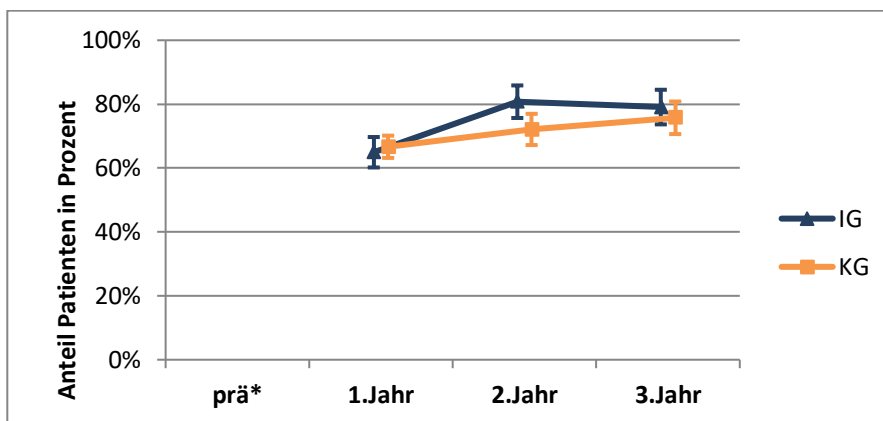
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle\***



- **Alle (psychiatrischer Sektor)\***



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

Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=839, KG=816;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.323, KG=1.311). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

**Tabelle 10: 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>46</b>	<b>501</b>	<b>48</b>	<b>684</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,7 %	30,3 %	8,3 %	11,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,7 %	4,8 %	2,1 %	9,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,3 %	47,9 %	43,8 %	46,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,9 %	7,0 %	2,1 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,7 %	5,0 %	0,0 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	2,8 %	4,2 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,9 %	38,9 %	10,4 %	25,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,0 %	27,7 %	52,1 %	36,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>252</b>	<b>28</b>	<b>335</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,5 %	34,9 %	14,3 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,0 %	6,7 %	3,6 %	14,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	37,5 %	49,6 %	53,6 %	50,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,5 %	9,9 %	3,6 %	12,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,0 %	6,7 %	0,0 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	2,4 %	7,1 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	46,8 %	17,9 %	31,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,5 %	21,4 %	39,3 %	32,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>14</b>	<b>112</b>	<b>14</b>	<b>145</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	37,5 %	14,3 %	11,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	9,8 %	0,0 %	15,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	48,2 %	64,3 %	44,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,3 %	17,9 %	0,0 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,3 %	4,5 %	0,0 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	2,7 %	14,3 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,7 %	50,9 %	14,3 %	30,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,6 %	18,8 %	28,6 %	34,5 %

<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

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

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>40</b>	<b>464</b>	<b>40</b>	<b>639</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,5 %	37,5 %	17,5 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,0 %	10,6 %	10,0 %	18,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	65,0 %	70,9 %	67,5 %	67,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,0 %	25,0 %	7,5 %	24,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	12,3 %	2,5 %	13,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,0 %	5,6 %	10,0 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,5 %	51,3 %	25,0 %	44,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,5 %	11,0 %	25,0 %	17,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>35</b>	<b>232</b>	<b>23</b>	<b>312</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,3 %	43,1 %	21,7 %	20,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,1 %	15,1 %	13,0 %	26,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,9 %	72,8 %	73,9 %	70,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,0 %	29,7 %	4,3 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	22,9 %	16,4 %	4,3 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	5,2 %	13,0 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,9 %	63,8 %	34,8 %	53,8 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	17,1 %	6,5 %	21,7 %	13,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>107</b>	<b>10</b>	<b>136</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	48,6 %	30,0 %	22,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	9,1 %	20,6 %	20,0 %	27,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	63,6 %	72,0 %	100,0 %	69,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	36,4 %	37,4 %	0,0 %	30,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	8,4 %	10,0 %	14,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	7,5 %	20,0 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,4 %	68,2 %	50,0 %	54,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	27,3 %	5,6 %	0,0 %	15,4 %

<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

### 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>31</b>	<b>403</b>	<b>31</b>	<b>572</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	38,7 %	39,0 %	22,6 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,0 %	17,9 %	19,4 %	28,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,6 %	85,9 %	77,4 %	82,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	71,0 %	48,6 %	25,8 %	44,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,4 %	18,1 %	6,5 %	19,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	29,0 %	11,7 %	22,6 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,3 %	57,8 %	35,5 %	54,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,5 %	6,0 %	12,9 %	7,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>26</b>	<b>193</b>	<b>19</b>	<b>275</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	38,5 %	44,6 %	31,6 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	30,8 %	25,4 %	31,6 %	39,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,9 %	89,6 %	73,7 %	82,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	69,2 %	56,0 %	26,3 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,1 %	24,9 %	10,5 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,9 %	9,8 %	26,3 %	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,4 %	72,0 %	52,6 %	68,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,7 %	2,1 %	15,8 %	6,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>87</b>	<b>&lt;10</b>	<b>116</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	44,4 %	49,4 %	42,9 %	27,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	22,2 %	29,9 %	42,9 %	41,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,9 %	93,1 %	100,0 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	55,6 %	59,8 %	42,9 %	49,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,1 %	18,4 %	14,3 %	20,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	10,3 %	42,9 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	77,0 %	57,1 %	70,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %

<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

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

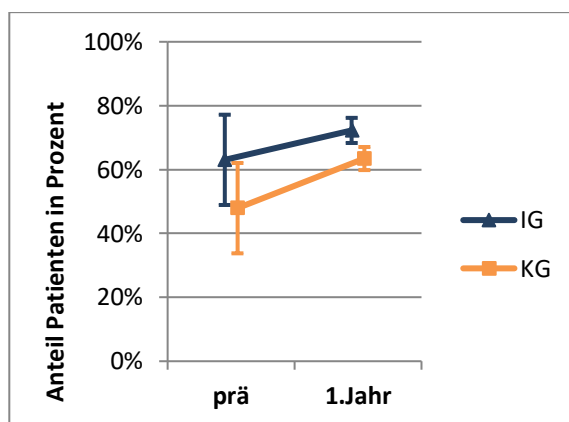
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

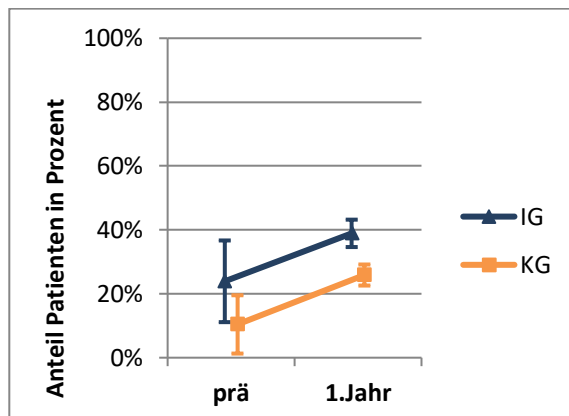
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

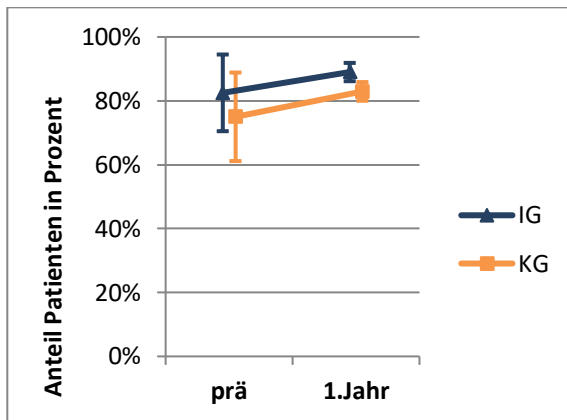


- Alle (psychiatrischer Sektor)

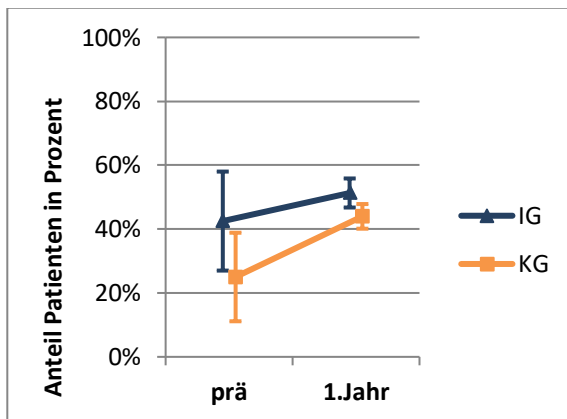


**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



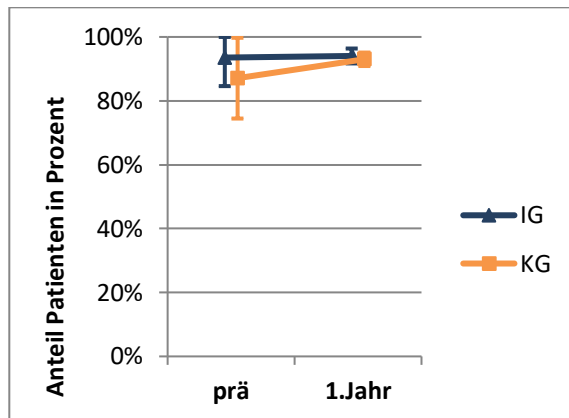
- Alle (psychiatrischer Sektor)





**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

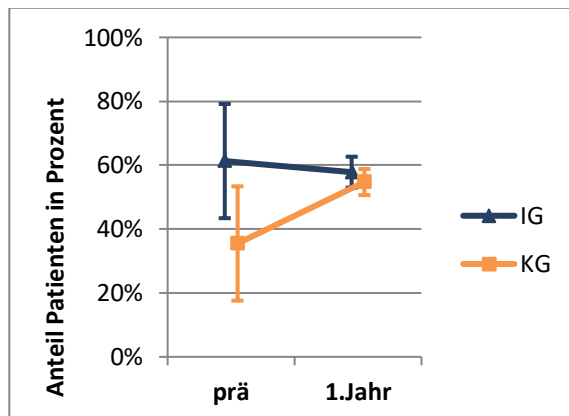


Abbildung 5 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 6 die Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine höhere Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG), unabhängig von der Länge des Nachbeobachtungszeitraums (7, 30 oder 90 Tage) zu allen Zeitpunkten. Der Anstieg der Kontinuität über die Zeit war in der IG etwas niedriger als in der KG. Es zeigten sich jedoch sowohl für alle als auch ausschließlich Kontakte im psychiatrischen Sektor keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

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

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

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

##### **Tabelle 11: 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 12: 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 klinikbekanntem Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

### 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 13: 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>856</b>	<b>856</b>	<b>856</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>846</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>832</b>	<b>839</b>	<b>811</b>	<b>792</b>	<b>816</b>	<b>822</b>	<b>799</b>	<b>782</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%	0,9%	0,2%	0,5%	0,8%	2,7%	0,4%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,5%	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)

**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>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.329</b>	<b>1.323</b>	<b>1.289</b>	<b>1.270</b>	<b>1.329</b>	<b>1.311</b>	<b>1.285</b>	<b>1.253</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)	0,7%	0,8%	0,5%	0,3%	1,8%	2,1%	1,0%	0,7%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%

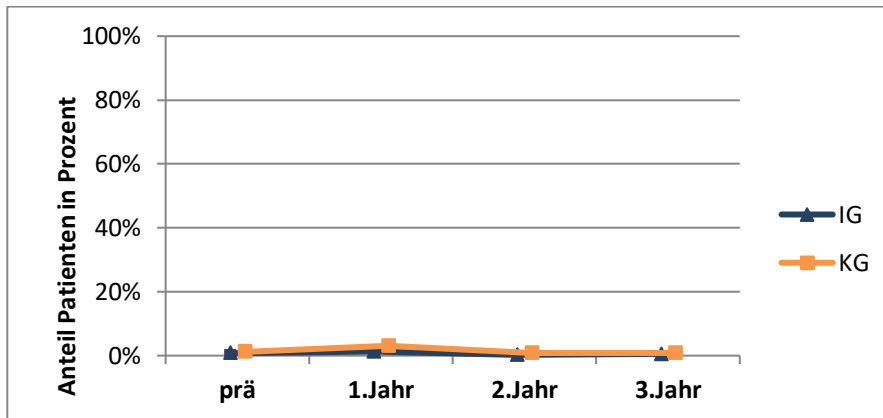
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

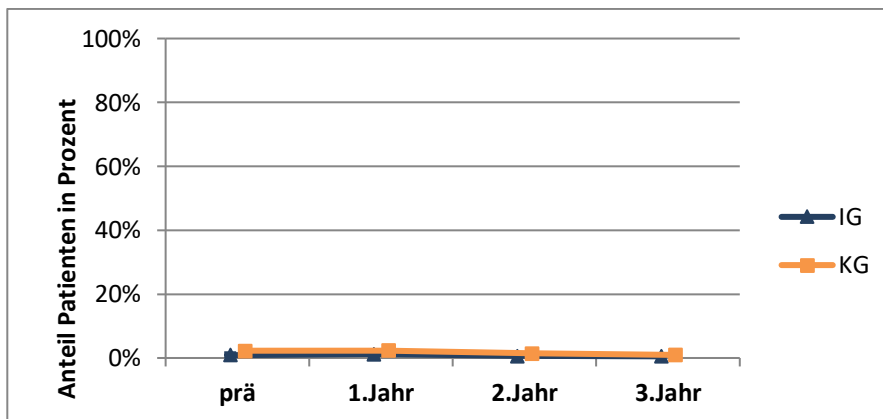
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**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.



Arzt- und Krankenhaus hopping ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG=856, KG=846;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG=1.356, KG=1.355) betraf nur sehr wenige Patienten mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum in beiden Gruppen.



**Tabelle 14: 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>817</b>	<b>817</b>	<b>817</b>	<b>817</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>791</b>	<b>800</b>	<b>786</b>	<b>788</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)	0,6%	1,7%	1,5%	1,7%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%

<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 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhausopping war die betreffende Fallzahl an Patienten zu gering, um einen Vergleich zwischen Modellklinik und Kontrollgruppe anzustellen. Allgemein kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhausopping sehr wenige Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr 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 4), hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 15).

**Tabelle 15: 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>507</b>	<b>507</b>	<b>505</b>	<b>504</b>	<b>517</b>	<b>517</b>	<b>517</b>	<b>516</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	197	329	137	102	214	398	169	137
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,7	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	17,9	61,5	19,2	12,6	17,3	63,1	26,2	16,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,6%	12,6%	4,8%	3,4%	16,8%	13,5%	7,2%	3,7%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	19	<10	<10	<10	17	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,2	1,3	1,0	1,3	1,1	1,1	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,7	0,5	0,1	0,1	0,6	0,2	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	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 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>584</b>	<b>584</b>	<b>580</b>	<b>578</b>	<b>667</b>	<b>667</b>	<b>665</b>	<b>662</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	252	257	174	159	364	379	237	245
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,1	2,1	2,4	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	30,7	29,7	15,3	15,8	43,1	52,0	27,6	25,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,0%	6,0%	4,1%	3,8%	12,6%	7,5%	7,4%	5,7%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	25	22	13	20	42	24	18	17
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,4	1,5	1,8	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,9	0,6	0,6	0,9	1,8	1,0	0,8	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%

<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

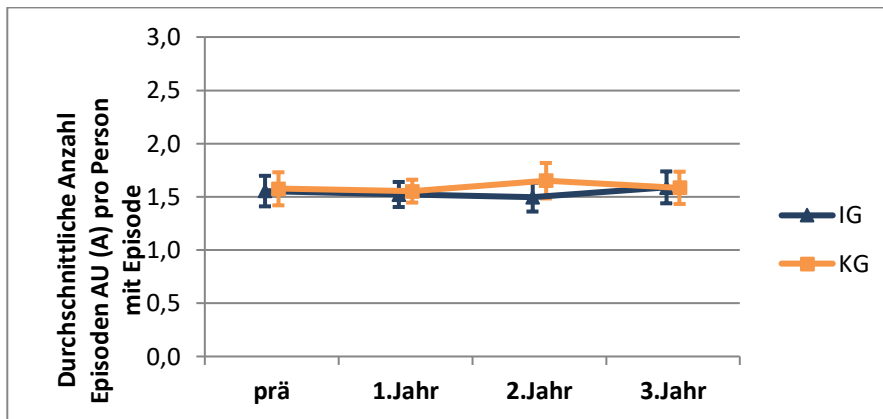
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

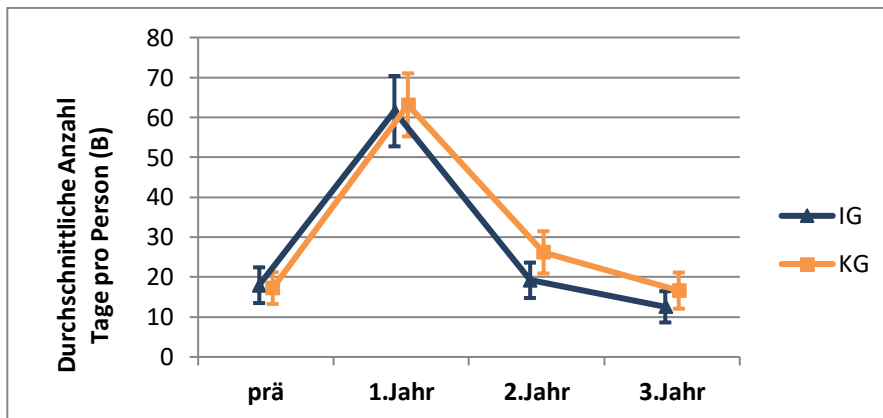
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

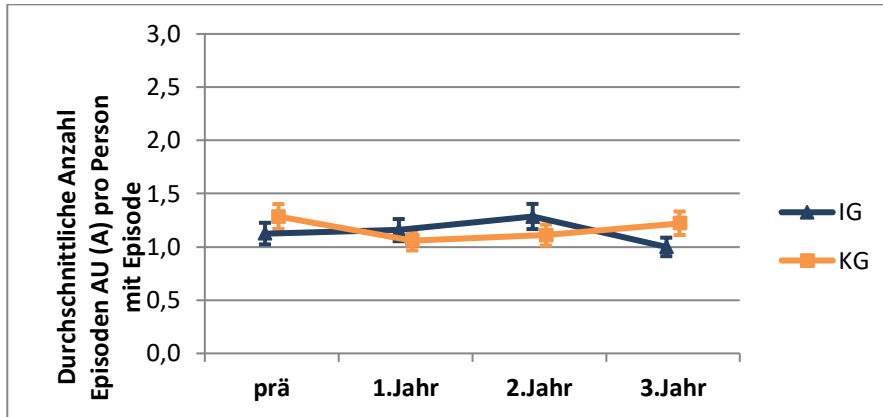


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

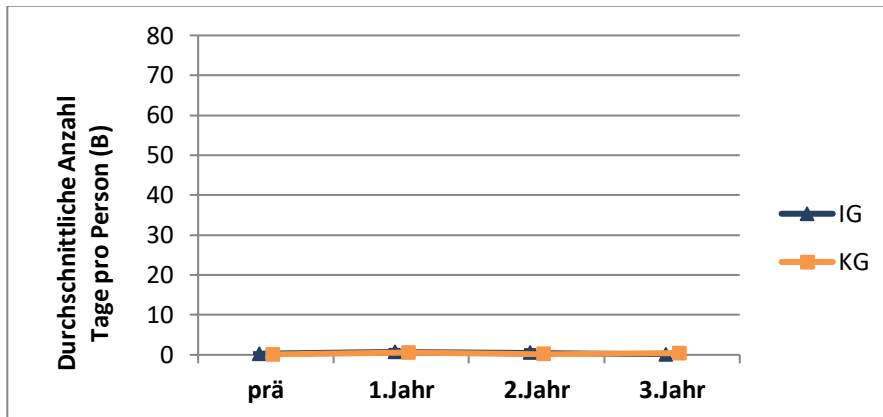


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



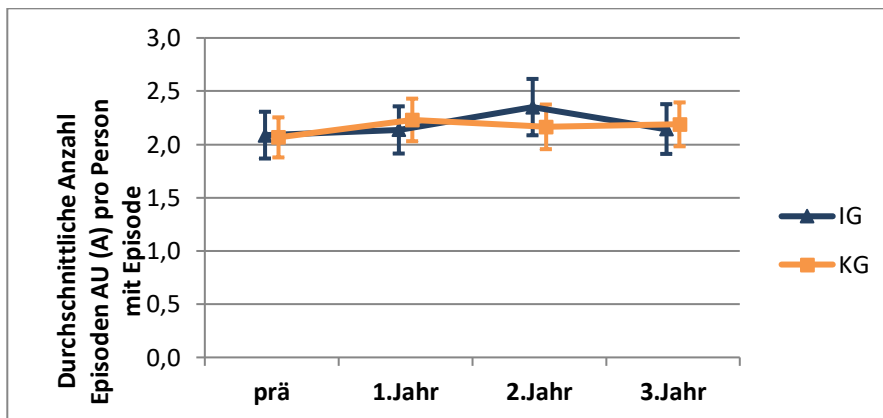
**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

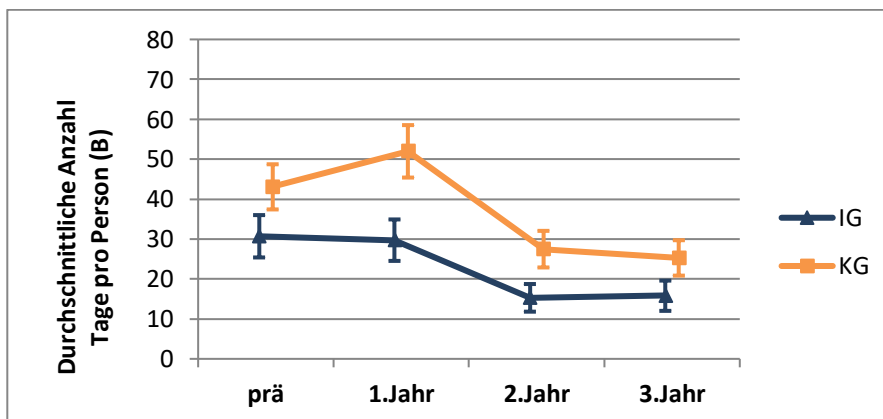
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



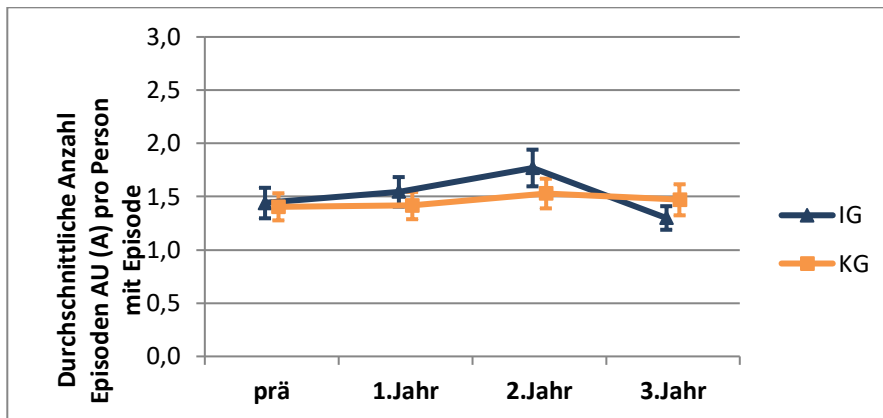
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



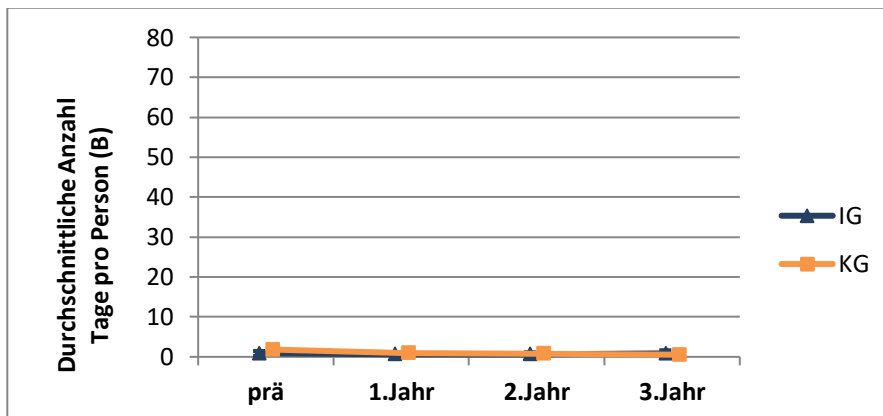


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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 mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG=507, KG=517;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG=584, KG=667). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl an Episoden von Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,6-1,7). Das Muster und das Niveau der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in der IG um ca. 1,6 AU-Tage geringer im Vergleich zur KG (IG: 61,5 AU-Tage, KG: 63,1 AU-Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen in beiden Gruppen ähnlich. Dabei war die Dauer in der IG über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich geringer im Vergleich zur KG (prä: -12,4; 1. Jahr: -22,2; 2. Jahr: - 12,2; 3. Jahr: -9,5 Tage).

**Tabelle 16: 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>565</b>	<b>565</b>	<b>540</b>	<b>540</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	227	393	218	430
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	21,6	83,9	20,2	75,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,8%	14,9%	19,8%	13,1%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	14	10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,1	1,9	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,2	0,7	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	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

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

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

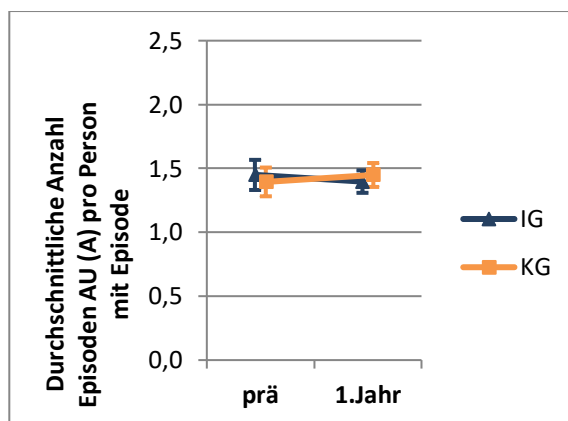
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

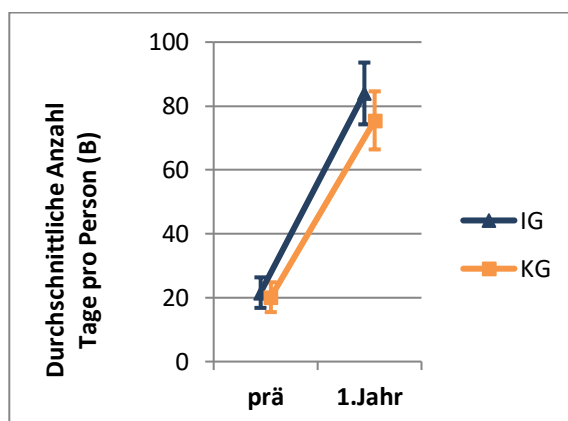
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### 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

Tabelle 16: 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>565</b>	<b>565</b>	<b>540</b>	<b>540</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	227	393	218	430
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	21,6	83,9	20,2	75,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,8%	14,9%	19,8%	13,1%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	14	10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,1	1,9	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,2	0,7	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	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

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

Abbildung 12 die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=565 und 540) sank die Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG, während sie in der KG anstieg. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen stieg in der IG (prä: 21,6 Tage; 1. Jahr: 83,9 Tage) signifikant stärker an als in der KG (prä: 20,2 Tage; 1. Jahr: 79,1 Tage).

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Episoden in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen (F30-F39).

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

### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

**Tabelle 17: 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 18: 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.

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>357</b>	<b>512</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>	31,9% 96,0	27,0% 97,2
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>176</b>	<b>246</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>	19,0% 87,6	14,8% 93,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>78</b>	<b>102</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% 97,7	8,0% 106,5

<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**

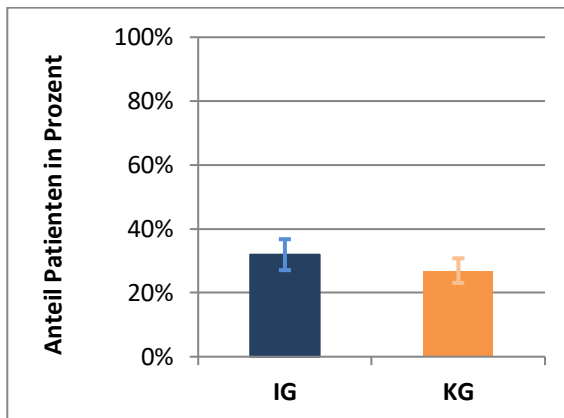
**(ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

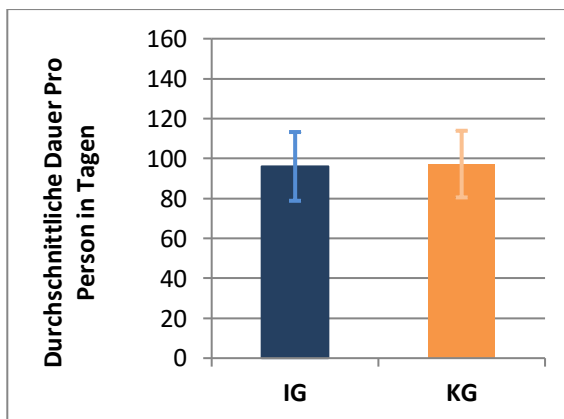


Abbildung 13 zeigt die Zeitreihendiagramme für Wiederaufnahmeraten gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 14 die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=357 und 512) war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar hoch (IG: 31,9%; KG: 27,5%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war hier in beiden Gruppen ebenfalls vergleichbar hoch (IG: 96,0 Tage; KG: 97,2 Tage). Es waren keine signifikanten Unterschiede feststellbar.

### 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 19: 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>856</b>	<b>856</b>	<b>832</b>	<b>815</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>823</b>	<b>807</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,6	3,2	3,2	2,8	3,5	3,2	3,2

#### 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>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.333</b>	<b>1.312</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.328</b>	<b>1.295</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,5	3,8	3,8	3,9	3,5	3,8	3,8	3,8

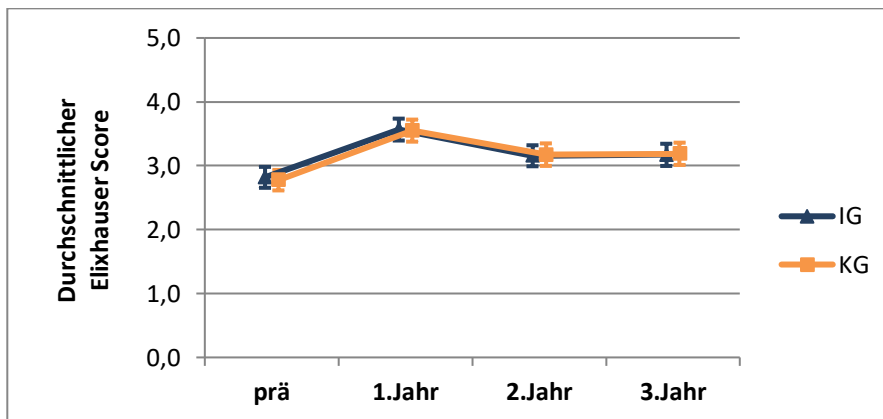
**Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**

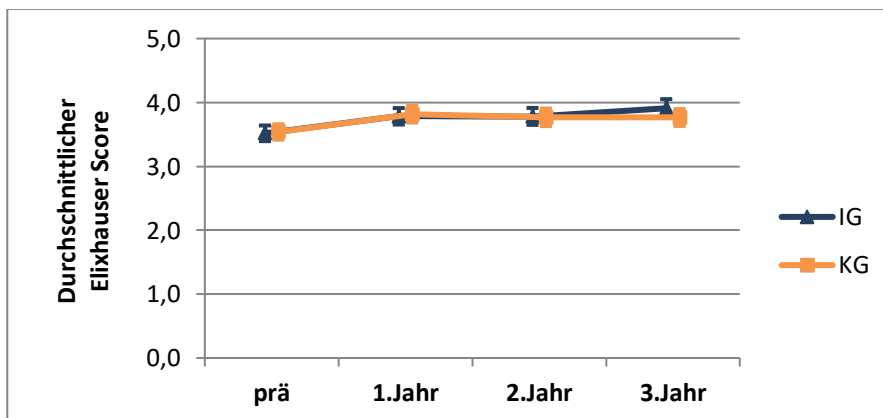


**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=856, KG=846;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=1.356, KG=1.355) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Die klinikneuen Patienten wiesen im ersten patientenindividuellen Jahr (IG: 3,6; KG: 3,5) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,8; KG: 2,8) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei 3,2 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,5-3,9), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit.

**Tabelle 20: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>817</b>	<b>817</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>	3,5 3 2 - 5	3,4 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>	2,2 2 1 - 3	2,1 1 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>	1,2 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.

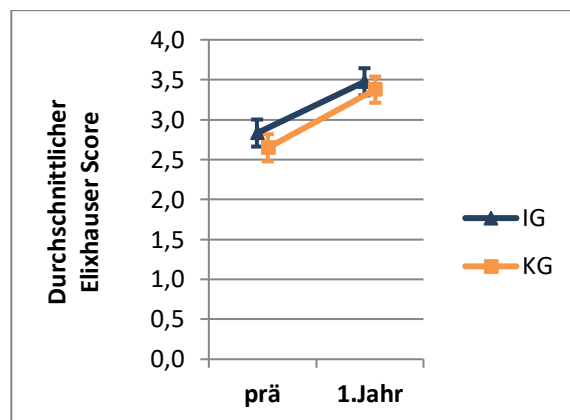
**Mittlerer Elixhauser Score**

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 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

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

### 8.2.9 Mortalität

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

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

**Tabelle 21: 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>856</b>	<b>856</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>846</b>	<b>846</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>	2,8 %	4,8 %	6,7 %	2,6 %	4,6 %	5,9 %

#### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</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>	1,7 %	3,2 %	5,0 %	2,0 %	4,4 %	6,6 %



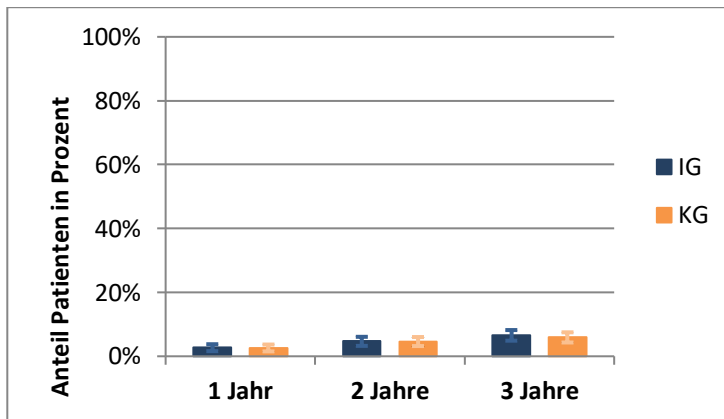
**Abbildung 17: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**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**

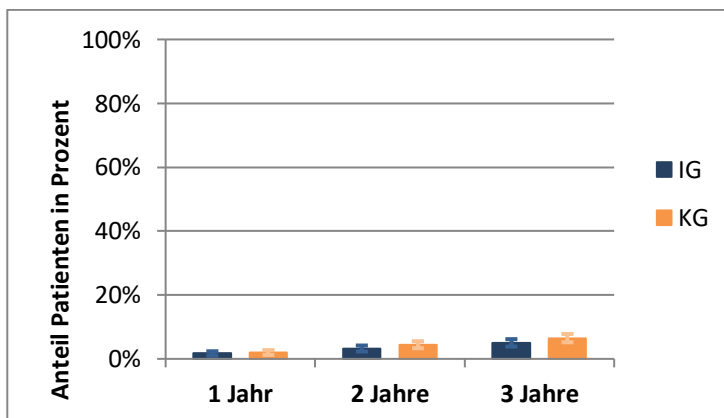


**Klinikbekannte Patienten**

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 ( $n_{\text{linikneu}}$ : IG=856, KG=846;  $n_{\text{linikbekannt}}$ : IG=1.356, KG=1.355) zeigten sich bei linikneuen Patienten nahezu identische Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zu Kontrollgruppe (KG). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich leicht geringere Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zu KG. Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

**Tabelle 22: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

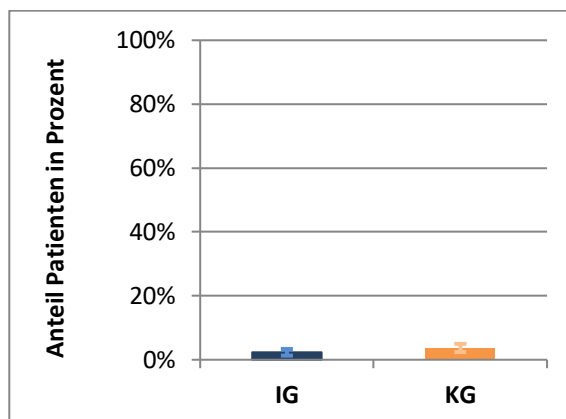
Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	817	817
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	2,3 %	3,7 %

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**

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

Abbildung 17 zeigt den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 18 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten

Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in beiden Gruppen vergleichbar hoch. Ein statistisch signifikanter Unterschied war nicht feststellbar.

### **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 23: 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>832</b>	<b>815</b>	<b>799</b>	<b>824</b>	<b>807</b>	<b>796</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	297	311	321	214	226	250
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	533	536	529	502	499	502
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	583	573	564	612	599	591
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	28,3 %	28,6 %	28,7 %	21,0 %	22,1 %	21,6 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,9 %	6,7 %	7,8 %	3,8 %	7,2 %	8,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	18,9 %	22,5 %	26,6 %	20,9 %	25,2 %	27,9 %

<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>1.333</b>	<b>1.312</b>	<b>1.288</b>	<b>1.328</b>	<b>1.295</b>	<b>1.266</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	215	236	251	173	202	218
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	544	541	534	538	533	522
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	798	787	776	716	704	697
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	9,3 %	13,6 %	16,3 %	9,2 %	11,4 %	12,4 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	1,8 %	3,9 %	5,8 %	3,0 %	6,2 %	9,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	7,4 %	13,7 %	19,3 %	10,5 %	14,5 %	18,4 %

<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

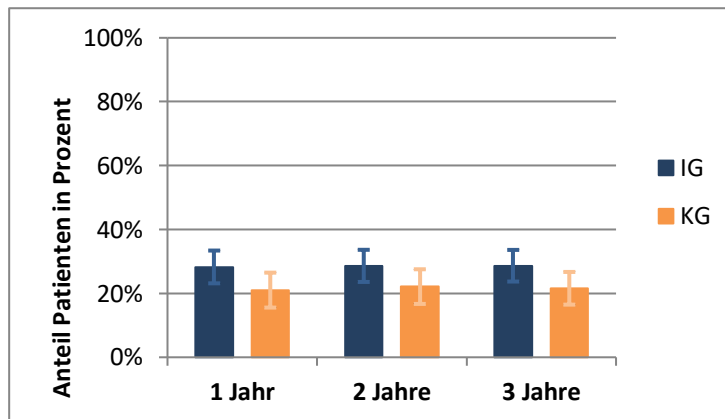
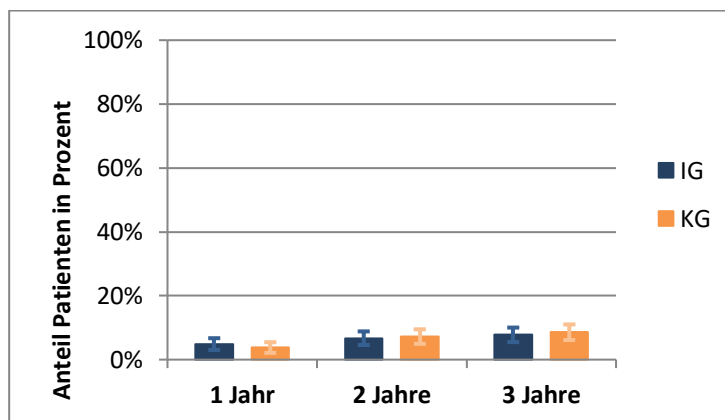
**Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr****Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

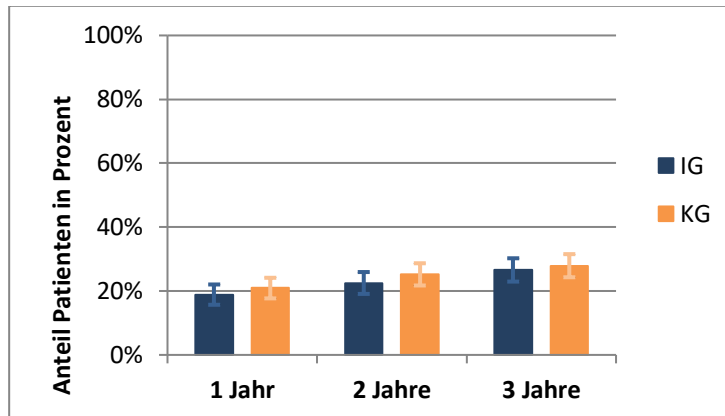
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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**

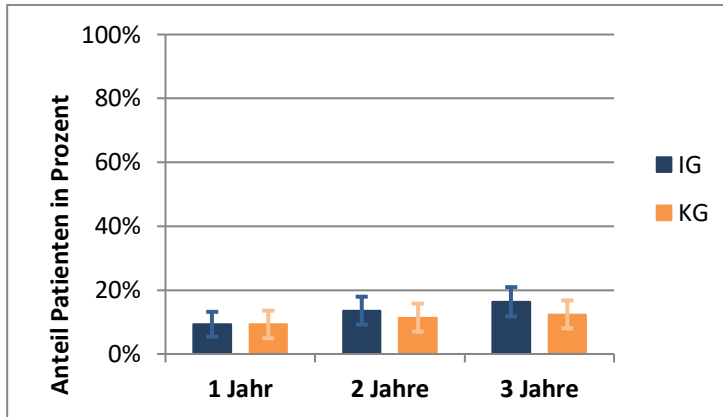
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

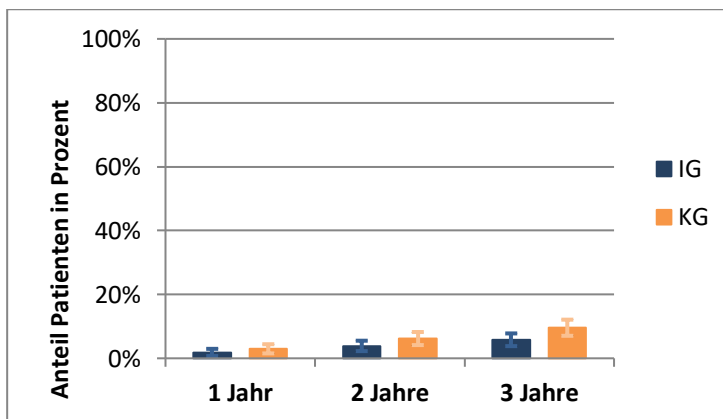
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

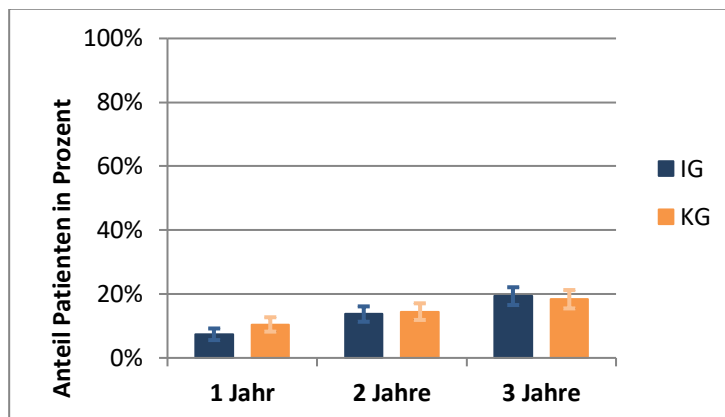
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**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=832, KG=824;  $n_{\text{linikbekannt}}$ : IG=1.333, KG=1.328) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster und eine Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Die Anstiege waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit vergleichbar. In der IG entwickelten die klinikneuen und klinikbekannten Patienten zu höheren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A) in jedem Jahresintervall im Vergleich zur KG, dabei war der Unterschied bei den klinikneuen Patienten stark (ca. 7 Prozentpunkte höhere Progression in der IG im Vergleich zur KG in jedem Jahr).

**Tabelle 24: 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>798</b>	<b>787</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	319	282
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	506	474
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	574	584
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	23,8 %	18,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,2 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	19,3 %	22,4 %

<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)

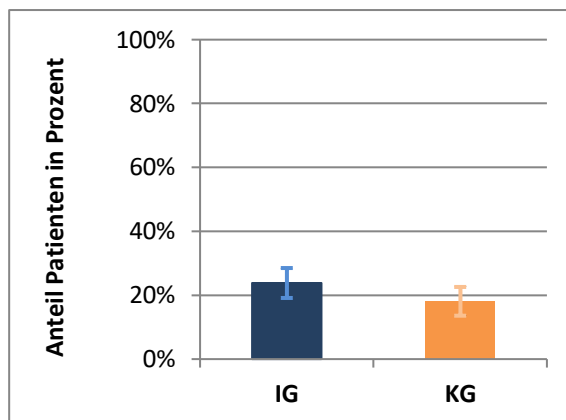
<sup>4</sup> ICD-10: F33 (ohne F20-29)

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

**Abbildung 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

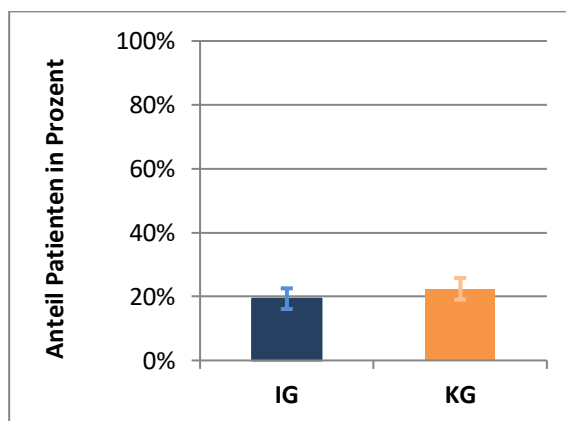
**Progression C** (→ Suchterkrankung)

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 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der Modellklinik (IG) signifikant höher als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 23,8%; KG: 18,1%). In der IG wies ein geringerer Anteil an Patienten eine Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) auf im Vergleich zur KG (IG: 19,3%; KG: 22,4%). Dieser Unterschied zeigte jedoch keine statistische Signifikanz.

### 8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

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

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

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

**Tabelle 25: 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>31</b></p> <p>3,2 %</p>	<p><b>49</b></p> <p>4,1 %</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>71</b></p> <p>0,0 %</p>	<p><b>68</b></p> <p>0,0 %</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 26: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
<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 style="text-align: center;"><b>44</b></p> <p style="text-align: center;">9,1 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>44</b></p> <p style="text-align: center;">4,5 %</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 style="text-align: center;"><b>&lt;10</b></p> <p style="text-align: center;">42,9 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>11</b></p> <p style="text-align: center;">36,4 %</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 style="text-align: center;"><b>25</b></p> <p style="text-align: center;">44,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>26</b></p> <p style="text-align: center;">38,5 %</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 27: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

<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>	<p><b>349</b> 48,1 %</p>	<p><b>327</b> 47,1 %</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>299</b> 19,4 %</p>	<p><b>331</b> 19,6 %</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 zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 48,1%, KG: 47,1%).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in beiden Gruppen vergleichbar hoch (IG: 19,4%; KG: 19,6%).

Die geschätzten Parameter zeigten, dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind.

## Schizophrenie

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

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

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

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

**Tabelle 28: 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>53</b> 84,9 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>62</b> 67,7 %</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>31</b> 87,1 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>39</b> 76,9 %</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> 50,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b> 0,0 %</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

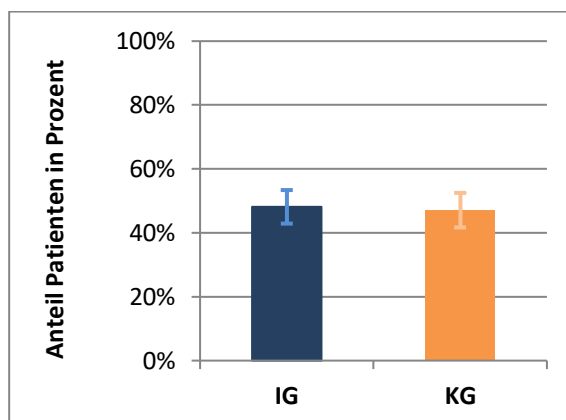
**Demenz E**

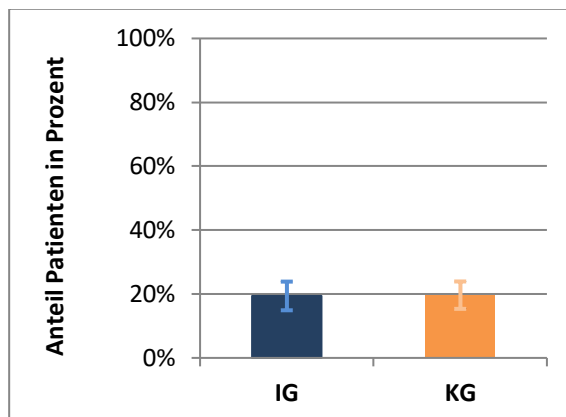
Fallzahl zu klein

**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 21 zeigt die Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und

Abbildung 22 die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 240ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 255ff.).

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

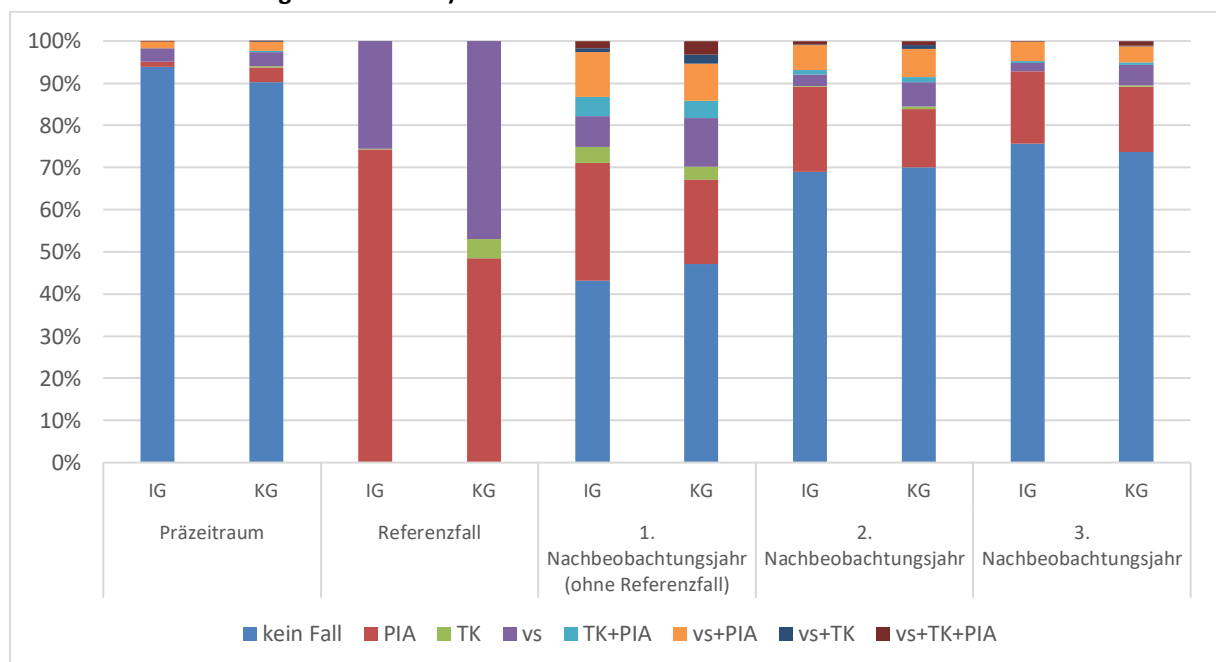
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* für die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten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

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 29: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)**

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob-achtungsjahr			3. Nachbeob-achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	1	1	1,000				15	27	0,394	7	8	1,000	2	9	0,469
vs+TK		1	1,000				7	19	0,165	1	7	0,443		1	1,000
vs+PIA	14	18	1,000				92	74	0,571	49	55	1,000	37	31	1,000
TK+PIA		2	1,000				38	34	0,908	9	11	1,000	3	5	1,000
vs	27	28	1,000	219	397	<0,001	63	98	0,027	23	47	0,030	16	39	0,020
TK		3	1,000	1	39	<0,001	33	26	0,908	1	5	1,000		3	1,000
PIA	10	29	0,028	636	410	<0,001	239	169	0,001	168	114	0,006	141	124	1,000
kein Fall	804	764	0,059				369	399	0,410	574	576	1,000	616	595	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>0,134</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>832</b>	<b>823</b>	<b>0,004</b>	<b>815</b>	<b>807</b>	<b>0,036</b>

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

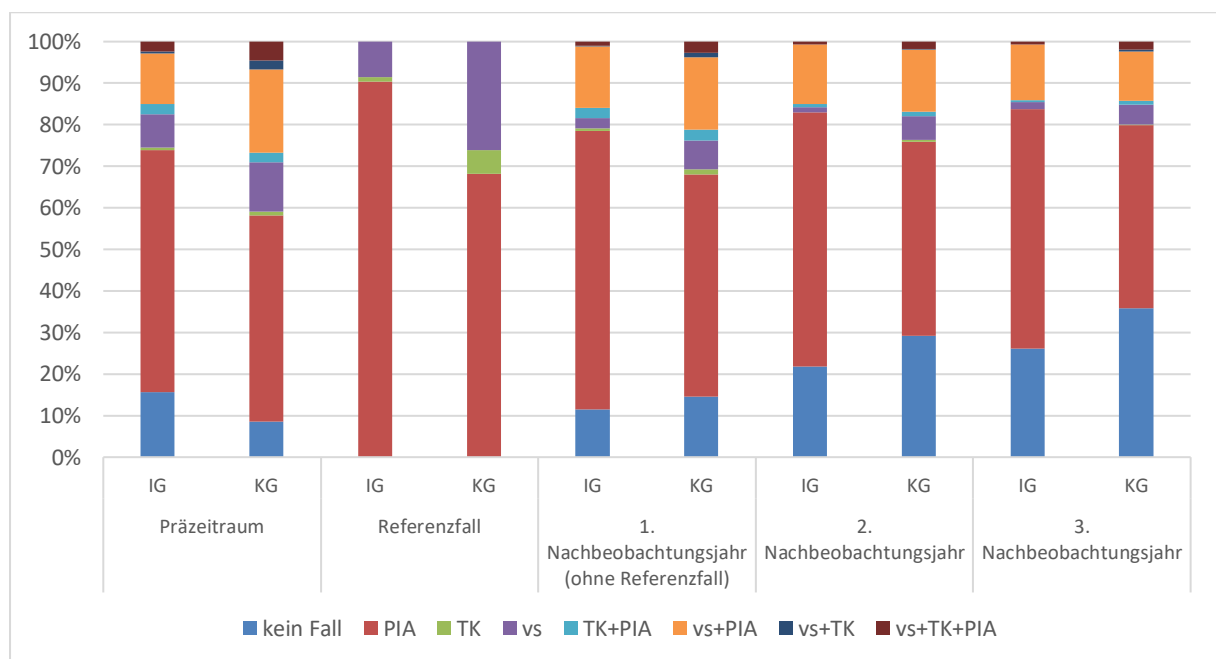


### Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungs-jahr			3. Nachbeobachtungs-jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	32	62	0,007				14	37	0,009	9	24	0,069	9	24	0,064
vs+TK	6	29	<0,001				1	15	0,007		2	1,000		7	0,089
vs+PIA	165	271	<0,001				202	234	0,310	192	198	1,000	175	153	0,531
TK+PIA	34	31	0,804				32	37	0,624	9	14	1,000	6	13	0,476
vs	109	161	0,004	116	353	<0,001	35	94	<0,001	17	76	<0,001	24	62	<0,001
TK	7	13	0,522	15	78	<0,001	8	16	0,310		6	0,162		2	0,531
PIA	791	672	<0,001	1225	924	<0,001	908	725	<0,001	815	620	<0,001	755	570	<0,001
kein Fall	212	116	<0,001				156	197	0,088	291	388	<0,001	343	464	<0,001
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1356</b>	<b>1355</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1356</b>	<b>1355</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1356</b>	<b>1355</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1333</b>	<b>1328</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1312</b>	<b>1295</b>	<b>&lt;0,001</b>

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ( $p = 0,134$ ) der gesamten Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe, bei der Betrachtung der Anteile der Patienten mit PIA-Fall im Prä-Zeitraum zeigte sich jedoch ein geringerer Anteil an Patienten mit PIA-Fall im Prä-Zeitraum in der IG gegenüber der KG (vgl. Tabelle 29 und Abbildung 23). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wird je-



doch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ( $p < 0,001$ ). So wies die IG einen signifikant geringeren Anteil an vollstationär, in der Tagesklinik, behandelten Patienten gegenüber der KG auf. Im Gegenzug dazu war der Anteil der PIA-Patienten in der IG deutlich höher als in der KG.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) wurden in der IG signifikant weniger Patienten als in der KG vollstationär behandelt ( $p = 0,027$ ). Gleichzeitig wurden in der IG signifikant mehr Patienten in der PIA behandelt ( $p = 0,001$ ). Auch im zweiten ( $p = 0,030$ ) und dritten Jahr ( $p = 0,020$ ) wurden in der IG signifikant weniger Patienten vollstationär behandelt. Und auch im zweiten Jahr wurden signifikant mehr Patienten der IG in der PIA behandelt ( $p = 0,006$ ).

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ) der gesamten Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 5 und Abbildung 2). Dabei war in der IG der Anteil der Patienten, die im Jahr vor Studieneinschluss keinen Behandlungsfall im Krankenhaus hatten, deutlich geringer als in der KG. Auch der Anteil der PIA-Patienten war hier deutlich höher. In der KG hingegen war das vollstationäre Setting sowie Mischformen aus vollstationärer und tagesklinischer sowie PIA-Behandlung stärker besetzt. Im Referenzfall setzt sich dieses Muster fort: während in der IG signifikant mehr Patienten in der PIA behandelt wurden, zeigten sich in der KG höhere Anteile an vollstationärer sowie tagesklinischer Behandlung. Auch in den darauffolgenden Zeiträumen setzte sich das Muster aus mehr in der PIA behandelten Patienten in der IG gegenüber mehr vollstationär behandelten Patienten in der KG fort. Allerdings war im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr der Anteil der Patienten, die keinen Behandlungsfall im Krankenhaus aufwiesen, signifikant höher in der KG.

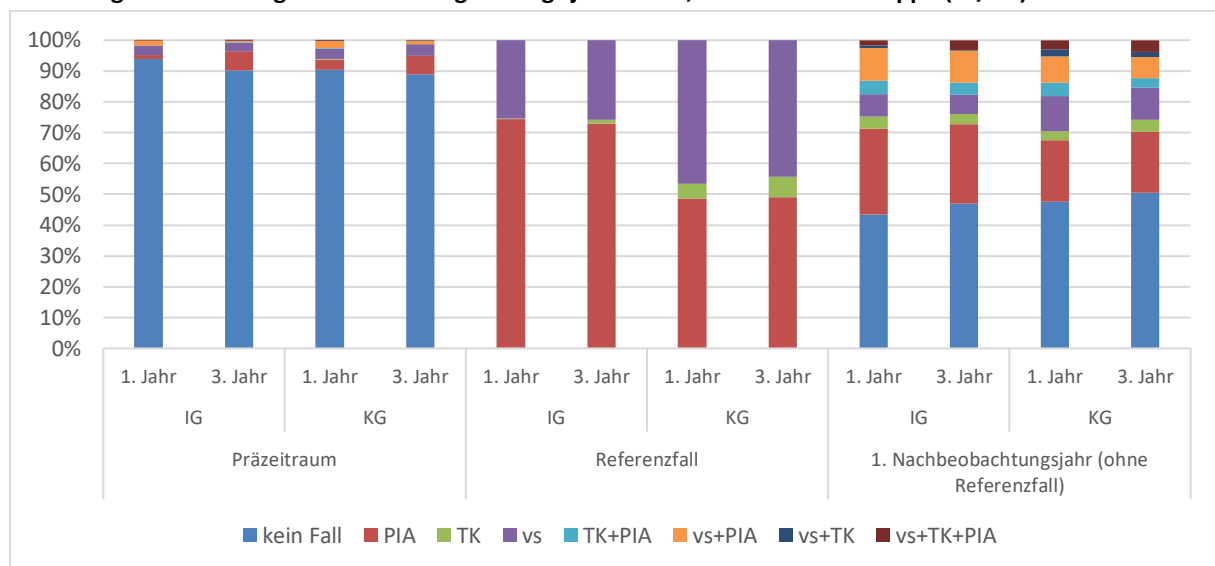
### **Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3**

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

**Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)**

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+PIA	1	1	1	1					15	26	27	31
vs+TK		1	2	1					7	2	20	14
vs+PIA	15	4	20	10					93	85	75	56
TK+PIA		1	2						40	32	38	25
vs	27	23	28	30	224	211	410	362	63	51	100	85
TK			3	1	1	10	42	55	35	26	26	33
PIA	11	51	29	48	655	596	428	400	244	212	176	161
kein Fall	826	736	795	727					383	383	418	412
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>880</b>	<b>817</b>	<b>880</b>	<b>817</b>	<b>880</b>	<b>817</b>	<b>880</b>	<b>817</b>	<b>880</b>	<b>817</b>	<b>880</b>	<b>817</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 Prä-Zeitraum ergeben sich bezüglich des Patientenmix keine signifikanten Unterschiede zwischen Kohorte Jahr 1 und 3 in der IG sowie KG (vgl. Tabelle 31 und Abbildung 25).

Von minimal höheren Anteilen an tagesklinischer Behandlung ergaben sich sowohl in der IG als auch in der KG keine Unterschiede beim Vergleich von Kohorte 1 und 3.

Auch im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigte sich beim Vergleich von Kohorte 1 und 3 der IG keine signifikanten Unterschiede.

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 164 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.

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 32: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>N Gesamt</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>832</b>	<b>823</b>	<b>832</b>	<b>823</b>
N mit mind. einem Fall	42	48	1	7	219	397	1	39	177	218	106	199	80	117	31	49
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,4	0,0	0,0	0,5	0,9	0,0	0,4	1,0	1,4	0,8	0,9	0,2	0,7	0,3	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	1,4	0,1	0,1	0,9	3,7	0,0	1,6	2,8	4,8	3,5	3,1	1,5	1,9	0,6	1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,1	0,4	-	-	0,1	0,3	-	-	0,0	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	-	-	0,0	1,4	-	-	0,3	1,4	-	0,0	0,2	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	-	0,0	-	-	0,1	0,1	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0	-	-	-	0,0	-	-	0,1	0,1	-	0,0	-	0,0	-	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,2	-	0,1	-	0,2	-	-	0,6	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	-	0,0	-	0,1	-	-	0,4	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>1,5</b>	<b>2,4</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>1,4</b>	<b>6,6</b>	<b>0,0</b>	<b>2,0</b>	<b>5,2</b>	<b>8,7</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>2,2</b>	<b>3,6</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

<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.

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	856	846	856	846	856	846	856	846	856	846	856	846	832	823	832	823
N mit mind. einem Fall	42	48	1	7	219	397	1	39	177	218	106	199	80	117	31	49
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3	6	13	4	2	2	3	9	5	5	7	4	2	5	7	5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	16	24	44	7	3	8	3	34	13	19	28	13	16	13	15	16
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-	0	1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3	4	-	-	0	3	-	-	2	5	-	0	2	4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1	1	-	-	-	0	-	-	0	1	-	0	-	0	-	0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1	1	-	-	-	0	-	-	0	0	-	0	-	0	-	0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	4	4	-	7	-	0	-	-	3	1	1	1	1	1	2	0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2	3	-	2	-	0	-	-	2	1	0	0	1	1	1	0
Gesamt	30	42	57	20	6	14	6	43	25	34	36	18	22	25	25	21

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>N Gesamt</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>832</b>	<b>823</b>	<b>815</b>	<b>807</b>
N mit mind. einem Fall	25	47	636	410	384	304	233	188	183	169
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,3	0,7	3,6	1,7	2,0	1,3	1,5	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,1	2,4	0,3	1,7	0,3	1,0	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	-	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>	<b>1,8</b>	<b>0,8</b>	<b>6,5</b>	<b>2,1</b>	<b>3,9</b>	<b>1,8</b>	<b>2,7</b>	<b>1,6</b>

**Tabelle 35: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>N Gesamt</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>856</b>	<b>846</b>	<b>832</b>	<b>823</b>	<b>815</b>	<b>807</b>
<b>N mit mind. einem Fall</b>	<b>25</b>	<b>47</b>	<b>636</b>	<b>410</b>	<b>384</b>	<b>304</b>	<b>233</b>	<b>188</b>	<b>183</b>	<b>169</b>
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,8	2,2	1,7	1,5	8,0	4,6	7,0	5,7	6,6	5,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	0,6	0,6	0,2	5,4	0,9	6,1	1,4	4,5	1,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,2	0,5	0,3	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,4	0,0	0,0	-	0,9	0,2	0,5	0,2	0,5	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>5,7</b>	<b>2,9</b>	<b>2,4</b>	<b>1,7</b>	<b>14,6</b>	<b>6,0</b>	<b>13,8</b>	<b>7,7</b>	<b>11,8</b>	<b>7,6</b>

**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>N Gesamt</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.333</b>	<b>1.328</b>	<b>1.333</b>	<b>1.328</b>
N mit mind. einem Fall	312	523	79	135	116	353	15	78	252	380	55	105	218	300	18	46
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,5	2,2	0,4	0,8	0,1	0,5	0,0	0,4	0,8	1,2	0,2	0,7	0,8	1,0	0,1	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,5	9,5	1,7	3,0	0,3	3,0	0,3	1,3	2,3	5,3	1,1	2,3	3,0	4,2	0,3	1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,1	-	-	0,0	0,1	-	-	0,1	0,2	-	-	0,1	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	2,8	-	0,0	0,0	0,9	-	-	0,4	2,0	-	0,0	0,7	2,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	0,0	-	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,3	0,0	0,0	-	0,0	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,0	0,0	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>5,6</b>	<b>15,7</b>	<b>2,1</b>	<b>3,9</b>	<b>0,4</b>	<b>4,7</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>	<b>4,1</b>	<b>9,1</b>	<b>1,3</b>	<b>3,2</b>	<b>4,8</b>	<b>7,7</b>	<b>0,4</b>	<b>1,3</b>

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.356	1.355	1.356	1.355	1.356	1.355	1.356	1.355	1.356	1.355	1.356	1.355	1.333	1.328	1.333	1.328
<b>N mit mind. einem Fall</b>	<b>312</b>	<b>523</b>	<b>79</b>	<b>135</b>	<b>116</b>	<b>353</b>	<b>15</b>	<b>78</b>	<b>252</b>	<b>380</b>	<b>55</b>	<b>105</b>	<b>218</b>	<b>300</b>	<b>18</b>	<b>46</b>
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,4	5,6	6,1	8,0	1,5	2,1	3,6	6,7	4,5	4,4	5,7	9,6	4,9	4,4	7,3	9,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,8	24,7	28,5	29,9	3,3	11,4	24,9	22,6	12,6	19,0	25,9	30,0	18,5	18,5	22,0	29,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,7	0,4	-	-	0,2	0,2	-	-	0,6	0,6	-	-	0,7	0,7	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,0	7,3	-	0,1	0,0	3,6	-	-	2,3	7,1	-	0,0	4,3	9,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,5	-	0,2	-	0,2	-	0,1	0,5	0,3	-	0,3	0,5	0,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,7	-	0,3	-	0,4	-	0,1	0,4	0,4	-	0,5	0,5	0,4	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,4	0,9	0,7	0,3	-	0,1	-	0,1	0,8	0,4	-	0,4	0,2	0,3	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1	0,7	0,3	0,2	-	0,1	-	0,1	0,6	0,3	-	0,2	0,1	0,2	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>24,4</b>	<b>40,7</b>	<b>35,6</b>	<b>39,0</b>	<b>5,0</b>	<b>18,0</b>	<b>28,5</b>	<b>29,6</b>	<b>22,2</b>	<b>32,6</b>	<b>31,6</b>	<b>40,9</b>	<b>29,6</b>	<b>34,0</b>	<b>29,3</b>	<b>38,5</b>

**Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	<b>N Gesamt</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.356</b>	<b>1.355</b>	<b>1.333</b>	<b>1.328</b>	<b>1.312</b>
N mit mind. einem Fall	1.018	1.034	1.225	924	1.156	1.033	1.025	856	945	760
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	3,6	1,3	1,2	6,1	5,1	6,2	4,7	5,5	4,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	1,1	0,6	0,3	4,8	1,8	5,4	1,6	3,8	1,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,4	0,0	0,1	0,6	0,6	0,7	0,7	0,4	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>4,4</b>	<b>5,2</b>	<b>2,0</b>	<b>1,6</b>	<b>11,7</b>	<b>7,7</b>	<b>12,6</b>	<b>7,3</b>	<b>10,0</b>	<b>7,5</b>

**Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	1.356	1.355	1.356	1.355	1.356	1.355	1.333	1.328	1.312	1.295
<b>N mit mind. einem Fall</b>	<b>1.018</b>	<b>1.034</b>	<b>1.225</b>	<b>924</b>	<b>1.156</b>	<b>1.033</b>	<b>1.025</b>	<b>856</b>	<b>945</b>	<b>760</b>
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,5	4,8	1,4	1,7	7,1	6,7	8,1	7,3	7,7	8,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,9	1,4	0,6	0,4	5,6	2,3	7,1	2,5	5,2	3,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,5	0,0	0,2	0,6	0,8	0,9	1,0	0,6	1,2
<b>Gesamt</b>	<b>5,9</b>	<b>6,8</b>	<b>2,2</b>	<b>2,3</b>	<b>13,7</b>	<b>10,1</b>	<b>16,4</b>	<b>11,4</b>	<b>13,9</b>	<b>12,8</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der stationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die klinikneuen Patienten zwischen IG und KG; bzw. lassen sich aufgrund der gering besetzten Gruppen keine statistischen Aussagen treffen. Im Rahmen der stationären Referenzbehandlung zeigten sich in der IG signifikant weniger Therapieeinheiten im vollstationären Bereich, wobei sich dies auf die Gesamtgruppe bezieht (vgl. Tabelle 32). Für die Subgruppe der vollstationär behandelten Patienten zeigten sich ebenfalls weniger TEs je Patient in der IG als in der KG (vgl. Tabelle 33). Für die tagesklinische Behandlung lassen sich aufgrund der geringen Gruppengrößen keine statistischen Aussagen treffen. Auch im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr erfährt die IG signifikant weniger TEs im vollstationären Setting je Patient als die KG. Für die tagesklinische Behandlung ließen sich im ersten und zweiten Jahr keine Unterschiede zwischen IG und KG feststellen.

Während sich in der PIA im Prä-Zeitraum keine Unterschiede hinsichtlich der Zahl der Kontakte zwischen IG und KG feststellen ließen, zeigten sich im Referenzfall in der PIA zeigten sich in allen darauffolgenden Zeiträumen signifikant mehr Kontakte in der IG, wobei es sich nicht nur um den Effekt verschieden hoher Patientenzahlen handelt (vgl. Tabelle 34), sondern auch auf die Gruppe der tatsächlich in der PIA behandelten Patienten zutrifft, wobei die PIA-Behandlung mit jeweils der doppelten Anzahl an Kontakten deutlich intensiver ist als in der KG (vgl. Tabelle 35).



Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum Unterschiede in der Höhe der vollstationären TEs, hier wies die IG weniger TEs auf (vgl. Tabelle 36) wobei dieser Effekt nicht auf unterschiedlich hoher Patientenanteile zurückzuführen ist, da sich die Unterschiede bei der Subgruppe der tatsächlich behandelten Patienten ebenfalls zeigten (vgl. Tabelle 37). Auch im teilstationären Setting zeigten sich signifikant weniger TEs in der IG, wobei sich dies aus den verschiedenen hohen tagesklinischen behandelten Patientenzahlen ergibt. So zeigte sich in der Gruppe der tatsächlich behandelten Patienten kein Unterschied in der Höhe der durchschnittlich erbrachten Therapieeinheiten. Mehr Therapieeinheiten – sowohl voll- als auch teilstationär – zeigten sich ebenfalls im Referenzfall für die KG. Bei der tagesklinischen Behandlung ist dies eher ein Anteilseffekt, da hier deutlich mehr Patienten in der Tagesklinik behandelt wurden als in der IG. Bei der vollstationären Behandlung zeigte sich hingegen, dass es kein Anteilseffekt ist, sondern auch in der Gruppe der tatsächlich behandelten Patienten mehr Therapieeinheiten erfolgten. Die unterschiedlich hohe Zahl erbrachter Therapieeinheiten (mehr in der KG) in den darauffolgenden Zeiträumen ist eher auf die unterschiedlich hohe Zahl voll- oder teilstationär behandelter Patienten (mehr in der KG) zurückzuführen.

In der PIA gab es Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug auf die Kontakthäufigkeit im Referenzfall, wobei mehr Kontakte in der IG erfolgten (vgl. Tabelle 38 und Tabelle 39). Es zeigte sich aber, dass dies eher auf die höhere Zahl an PIA-Patienten in der IG zurückzuführen ist. Für die darauffolgenden Jahre zeigte sich jeweils eine signifikant höhere Zahl an PIA-Kontakten: sowohl bezogen auf die Gesamtgruppe als auch auf die Gruppe der in der PIA behandelten Patienten.

## 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.

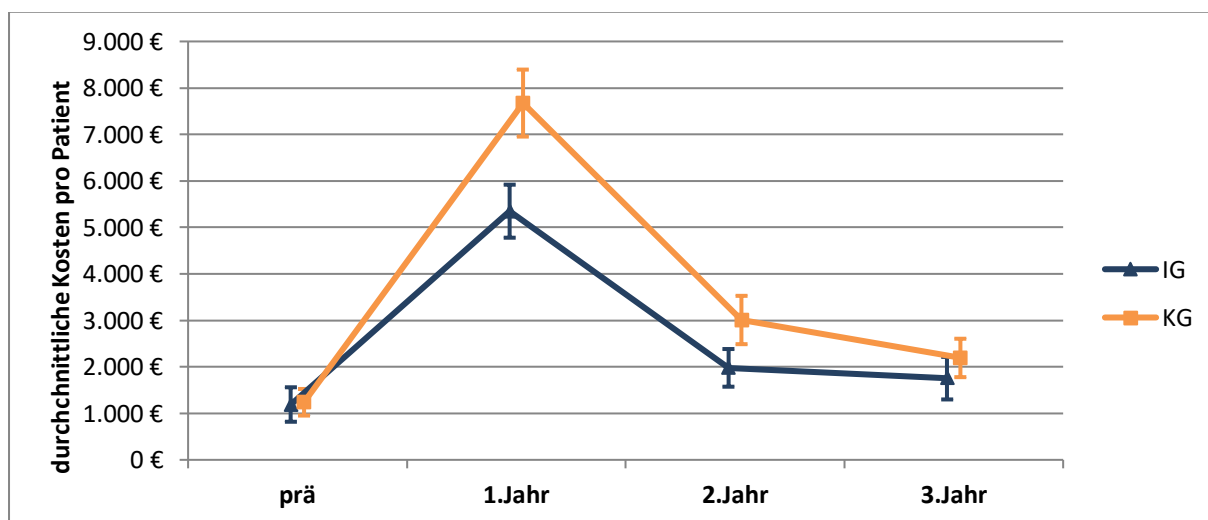
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

**Tabelle 40: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	741	856	727	697	737	846	716	698
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.190,11 €</b>	<b>5.348,42 €</b>	<b>1.978,65 €</b>	<b>1.757,08 €</b>	<b>1.238,78 €</b>	<b>7.674,04 €</b>	<b>3.008,07 €</b>	<b>2.192,21 €</b>
Standardabweichung	5.531,09 €	8.514,10 €	5.958,30 €	6.671,19 €	4.246,42 €	10.691,81 €	7.607,17 €	5.986,78 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,20 €	482,85 €	39,20 €	30,14 €	20,67 €	716,79 €	38,21 €	35,65 €
Median	92,57 €	2.114,66 €	331,98 €	221,16 €	115,87 €	3.679,69 €	383,64 €	291,10 €
75%-Perzentil	461,09 €	6.645,00 €	1.598,19 €	1.210,50 €	535,42 €	10.246,07 €	1.919,56 €	1.461,43 €
Maximum	84.436,67 €	99.265,71 €	82.373,57 €	122.590,34 €	60.634,61 €	87.884,28 €	86.283,46 €	68.449,78 €

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



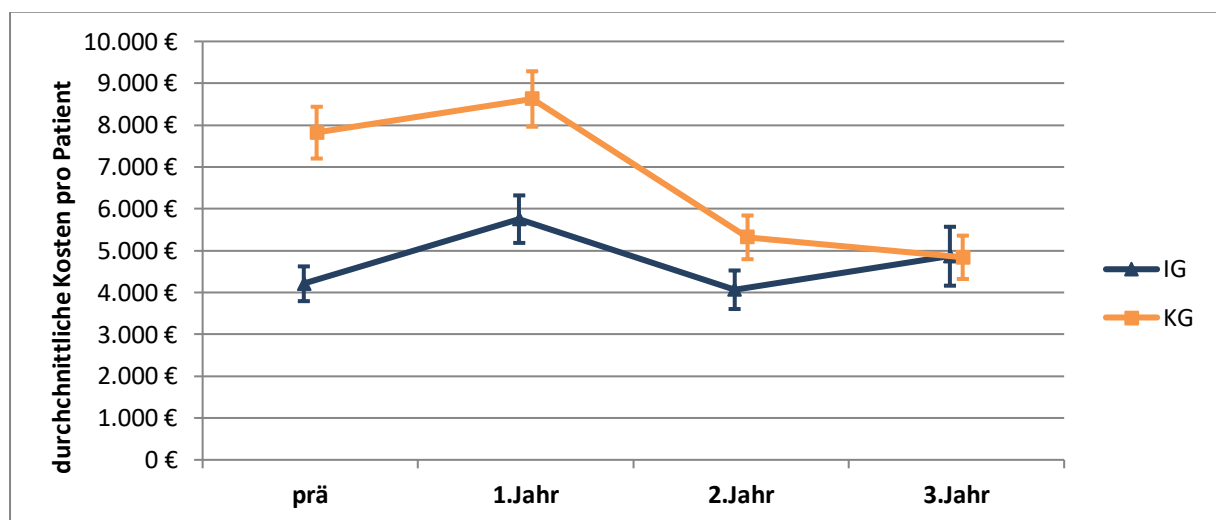
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 40)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1345	1356	1293	1249	1347	1355	1289	1243
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>4.208,17 €</b>	<b>5.752,19 €</b>	<b>4.065,54 €</b>	<b>4.866,36 €</b>	<b>7.819,70 €</b>	<b>8.624,46 €</b>	<b>5.317,75 €</b>	<b>4.841,04 €</b>
Standardabweichung	7.805,42 €	10.666,33 €	8.579,75 €	13.005,91 €	11.628,98 €	12.455,02 €	9.726,09 €	9.516,29 €
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	615,09 €	994,38 €	514,92 €	403,08 €	982,99 €	1.320,83 €	618,10 €	486,19 €
Median	1.412,35 €	2.243,56 €	1.355,54 €	1.062,84 €	2.986,89 €	3.374,81 €	1.606,36 €	1.441,04 €
75%-Perzentil	4.016,37 €	5.974,58 €	3.284,65 €	2.985,43 €	9.849,85 €	11.151,20 €	4.990,35 €	3.985,40 €
Maximum	76.367,58 €	106.882,46 €	79.458,62 €	165.760,18 €	89.373,37 €	103.846,45 €	101.073,96 €	90.781,57 €

**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 41)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 40). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die KG signifikant stärker anstieg als die IG.

Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab. Während im zweiten Jahr die IG noch signifikant günstiger war, gab es im dritten Modelljahr keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen IG und KG.

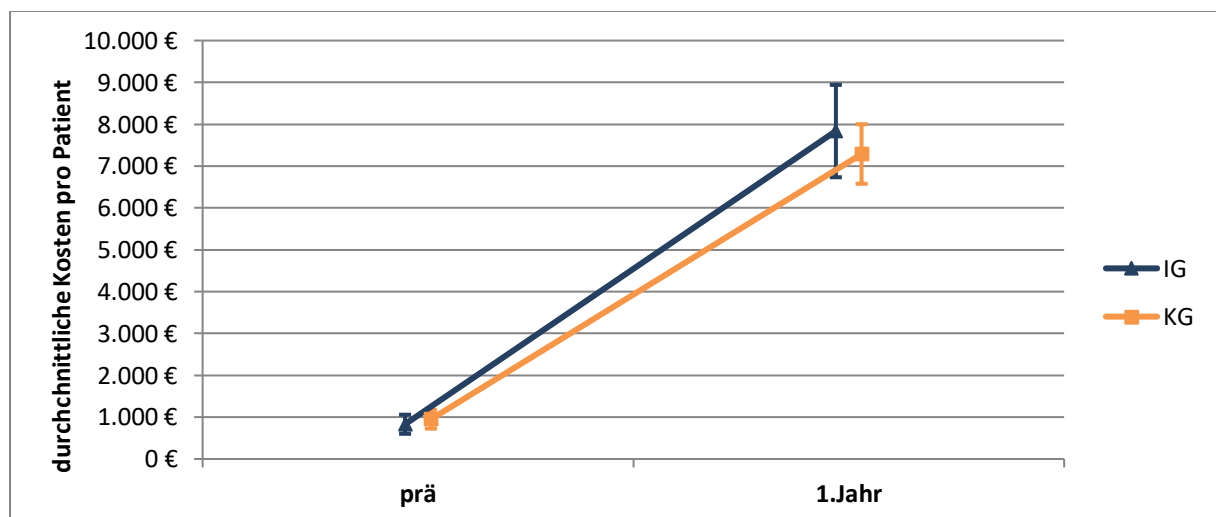
Bei den klinikbekannten Patienten war die KG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum zweiten Modelljahr signifikant teurer als die IG. Im dritten Jahr gab es keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	817	817	817	817						
N mit Fall	707	817	691	817						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>830,28 €</b>	<b>7.837,49 €</b>	<b>949,98 €</b>	<b>7.288,95 €</b>	<b>-119,70 €</b>	<b>0,463</b>	<b>548,55 €</b>	<b>0,413</b>	<b>668,25 €</b>	<b>0,313</b>
Standardabweichung	3.321,63 €	16.102,94 €	3.276,35 €	10.383,76 €						
Minimum	0,00 €	61,89 €	0,00 €	73,48 €						
25%-Perzentil	24,74 €	445,04 €	19,10 €	728,53 €						
Median	95,93 €	2.023,34 €	98,09 €	3.314,35 €						
75%-Perzentil	375,00 €	8.343,77 €	459,80 €	9.709,14 €						
Maximum	52.301,05 €	173.328,84 €	40.879,50 €	89.285,84 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 42). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an. Dabei ergab sich weder im Prä-Zeitraum, noch im ersten Jahr ein signifikanter Kostenunterschied zwischen IG und KG. Insgesamt fiel der Kostenanstieg in der IG im Vergleich zur KG um 668,25 € teurer aus (Diff. in Diff.), der Kostenunterschied ist aber nicht statistisch signifikant ( $p = 0,313$ ).

#### **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 43: 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	830,30 €	345	0,0161	-76,73 €	760,39	0,91963	345,73 €	331,01	0,29636
Differenz KG-IG	119,70 €	487,9	0,8062	-27,76 €	462,91	0,95219	-41,18 €	462,27	0,92901
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	7.007,20 €	487,9	<0,001	3.959,47 €	1043,26	<0,001	3.614,46 €	544,22	3,6E-11
<b>Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)</b>	<b>668,20 €</b>	<b>689,9</b>	<b>0,333</b>	<b>516,68 €</b>	<b>654,01</b>	<b>0,42958</b>	<b>500,01 €</b>	<b>653,24</b>	<b>0,44408</b>
Alter bis 29 J.				-613,48 €	623,42	0,32516			
30 J. bis 47 J.				-102,06 €	551,13	0,85309			
48 J. bis 64 J.				-694,89 €	540,61	0,19875			
Weiblich				427,41 €	336,3	0,20386			
Erwerbstätig				714,23 €	519,37	0,16916			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				844,72 €	1455,05	0,56159			
Referenzdiagnose F00				-798,20 €	2271,54	0,72532			
Referenzdiagnose F01				4.652,95 €	3395,62	0,17069			
Referenzdiagnose F02				-2.375,28 €	9368,78	0,79987			
Referenzdiagnose F03				1.439,91 €	1740,48	0,40812			
Referenzdiagnose F07				1.202,19 €	2366,73	0,61152			
Referenzdiagnose F10				1.004,67 €	743,81	0,17688			
Referenzdiagnose F2x				13.725,11 €	1028,27	<0,001	13.892,64 €	839,75	<0,001
Referenzdiagnose F3x				4.525,08 €	718,17	<0,001	4.817,54 €	487,49	<0,001
Referenzdiagnose F4x				1.816,96 €	840,07	0,03062	1.846,16 €	785,5	0,01882
Referenzdiagnose F43				-1.140,57 €	772,42	0,13988			
Referenzdiagnose F45				139,18 €	1355,84	0,91825			
Referenzdiagnose F50				5.806,79 €	2518,18	0,02118	5.747,33 €	2506,63	0,02192
Referenzdiagnose F60.31				2.986,97 €	1407,7	0,03392	3.157,89 €	1349,86	0,01937
Referenzdiagnose F7x				6.152,90 €	2151,16	0,00426	5.794,23 €	2058,61	0,00491
Referenzdiagnose F84				-1.910,67 €	3466,16	0,58151			
Referenzdiagnose F9x				186,64 €	4775,95	0,96883			
vollstat. Fall in Prä				6.729,47 €	876,94	<0,001	6.855,99 €	869,79	<0,001
teilstat. Fall in Prä				12.947,50 €	4722,59	0,00615	13.122,39 €	4707,43	<0,001
PIA-Fall in Prä				1.137,14 €	925,14	0,2191			
vertragsärztl. Fall in Prä				604,39 €	602,82	0,31612			
R <sup>2</sup>			0,1			0,2			0,2

Im Grundmodell ergibt sich eine um 668,20 € erhöhte Kostensteigerung der IG gegenüber der KG, wobei diese auf 5%-Niveau nicht signifikant war ( $p = 0,333$ ).

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell vergleichbare Muster. In den erweiterten Modellen konnte vor allem die Variation im Prä-Zeitraum reduziert werden. Der Modelleffekt (668,20 € erhöhter Anstiegs der IG im Gesamtmodell, bzw. 500,01 € im gesättigten Modell) verringert sich in den adjustierten Modellen gegenüber dem Grundmodell, wobei der Unterschied weiterhin nicht statistisch signifikant bleibt.

## 10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

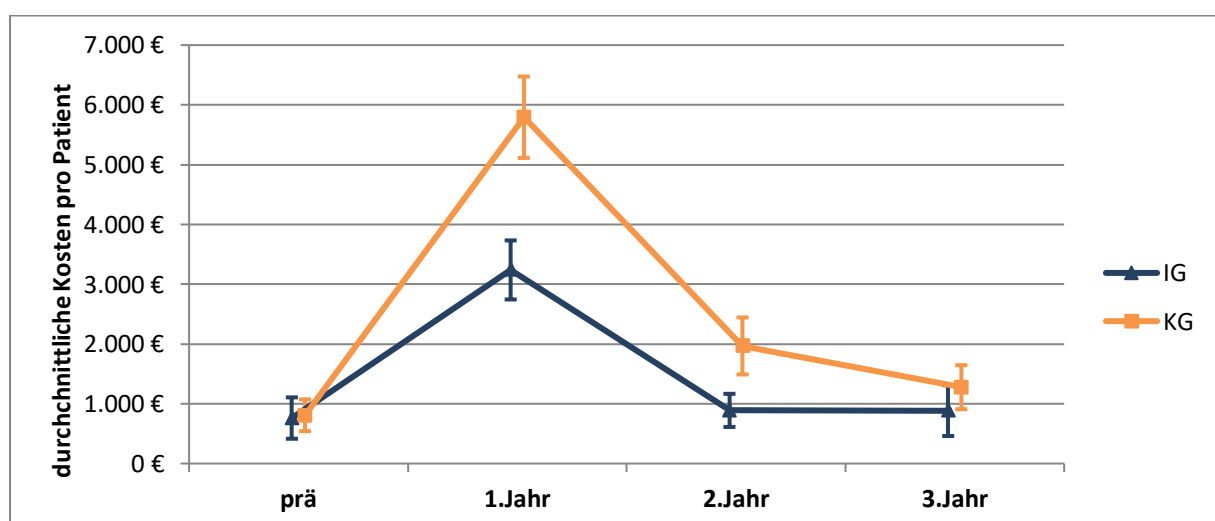
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 44: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	65	351	92	63	96	502	130	93
durchschnittliche Kosten	760,73 €	3.238,65 €	888,82 €	885,09 €	806,83 €	5.793,34 €	1.967,14 €	1.276,86 €
Standardabweichung	5.164,27 €	7.373,80 €	4.079,07 €	6.193,06 €	3.947,34 €	10.108,10 €	6.979,80 €	5.336,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.054,20 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	3.194,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.934,76 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	83.115,61 €	98.637,56 €	53.720,26 €	121.709,50 €	59.420,52 €	87.753,57 €	86.283,46 €	67.460,52 €

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



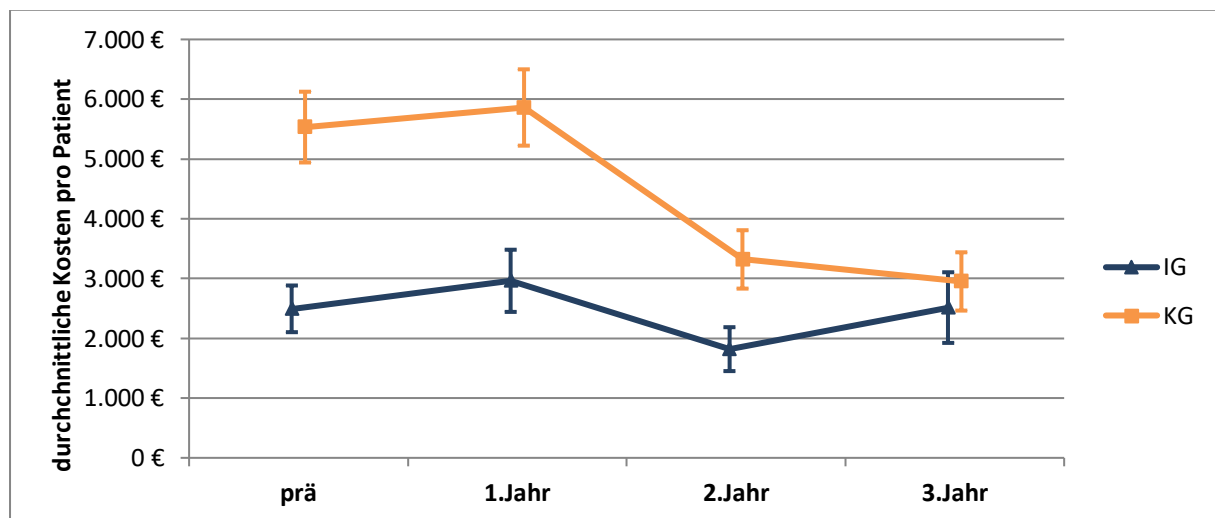
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 44)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	327	317	229	219	532	520	309	259
durchschnittliche Kosten	2.492,93 €	2.961,88 €	1.818,58 €	2.513,99 €	5.533,36 €	5.861,32 €	3.319,76 €	2.951,18 €
Standardabweichung	7.338,77 €	9.774,73 €	6.843,43 €	10.916,41 €	11.119,47 €	11.989,03 €	9.078,99 €	8.952,17 €
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 €	6.477,33 €	6.881,55 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	67.769,69 €	106.848,05 €	76.316,28 €	158.954,68 €	88.131,44 €	103.772,97 €	94.385,41 €	87.992,23 €

**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 45)

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Kostenunterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 44). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten deutlich an, wobei die Kosten der KG signifikant höher ausfielen als in der IG. Im zweiten Modelljahr sanken die Kosten in beiden Gruppen, wobei die KG weiterhin signifikant höhere Kosten aufwies. Im dritten Modelljahr sanken die Kosten in beiden Gruppen in etwa auf das Niveau im Prä-Zeitraum, wobei sich in diesem Modelljahr keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen ergaben.



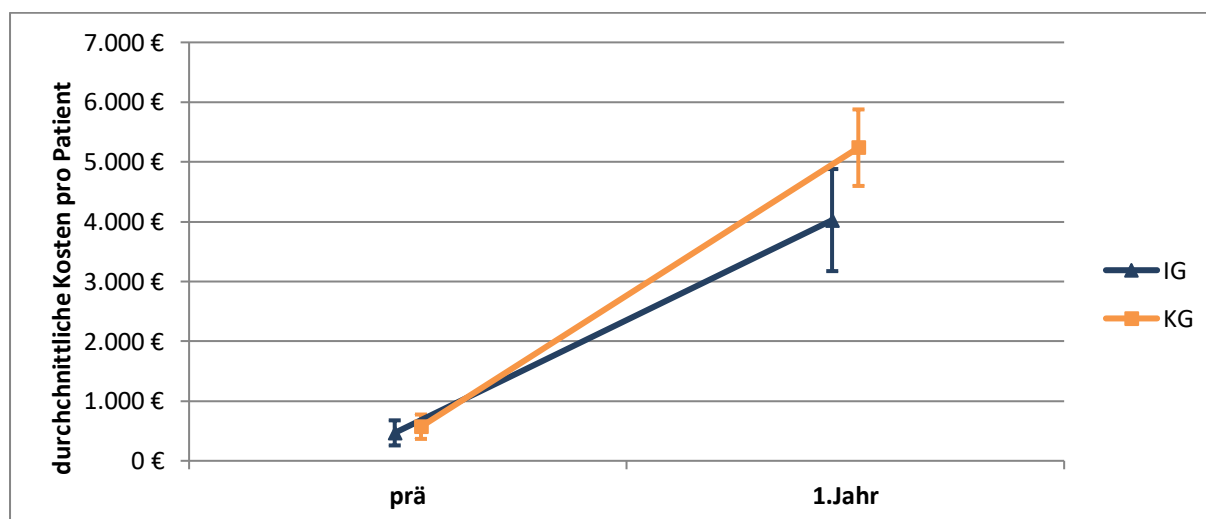
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Versorgungskosten bereits im Prä-Zeitraum signifikant unter denen der KG (vgl. Tabelle 45). Sowohl im ersten, als auch im zweiten Jahr lagen die Kosten der IG signifikant unter der KG, wobei sich die Differenz zwischen den Gruppen im Zeitverlauf verringerte. Im dritten Modelljahr bestand kein signifikanter Kostenunterschied mehr zwischen IG und KG.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 46: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	817	817	817	817						
N mit Fall	52	319	75	464						
durchschnittliche Kosten	467,34 €	4.027,29 €	570,68 €	5.238,70 €	-103,34 €	0,488	-1.211,40 €	0,026	-1.108,06 €	0,043
Standardabweichung	3.059,03 €	12.452,25 €	2.969,68 €	9.334,99 €						
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 €	876,84 €						
75%-Perzentil	0,00 €	2.200,14 €	0,00 €	6.662,78 €						
Maximum	50.555,89 €	168.064,16 €	37.572,65 €	88.907,90 €						

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



Die Kosten für vollstationär psychiatrische Kosten lagen in IG und KG im Prä-Zeitraum (bei einer etwas geringeren Zahl versorgter Patienten in der IG) gleichauf (vgl. Tabelle 46). In beiden Gruppen stiegen

die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei sie in der IG um 1.108,06 € signifikant ( $p = 0,043$ ) weniger stark anstiegen, da hier mit 319 Patienten wesentlich weniger Patienten als in der KG (464) versorgt wurden.

### 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.

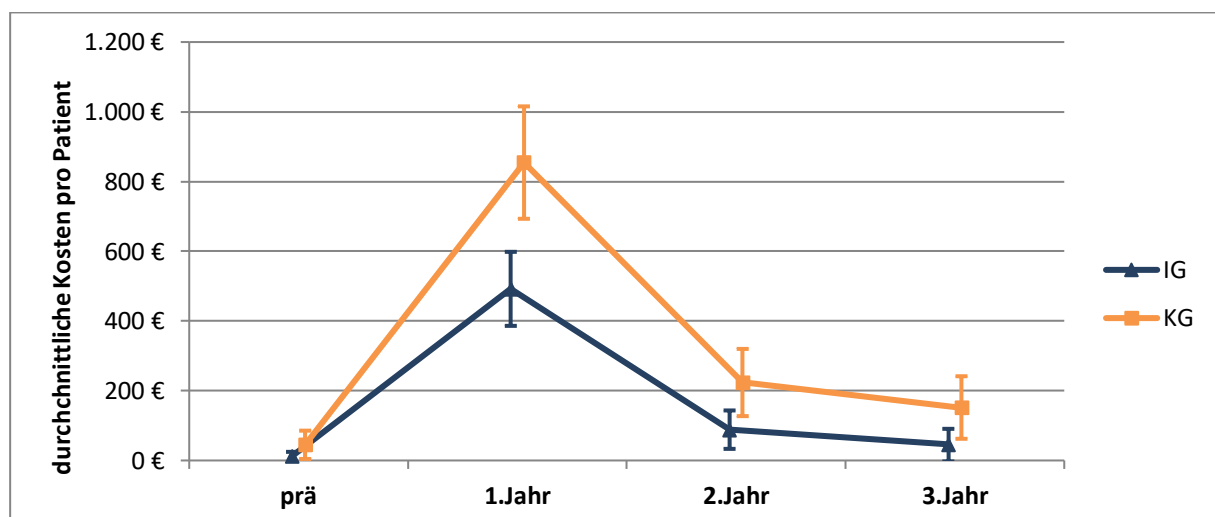
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

**Tabelle 47: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	1	94	18	5	7	139	32	18
durchschnittliche Kosten	12,34 €	492,20 €	88,35 €	45,37 €	44,95 €	854,31 €	223,54 €	151,82 €
Standardabweichung	360,95 €	1.584,36 €	811,01 €	701,77 €	602,21 €	2.391,42 €	1.411,29 €	1.299,54 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	10.560,45 €	11.663,91 €	15.598,38 €	16.436,08 €	11.447,84 €	23.559,55 €	24.792,04 €	21.912,80 €

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



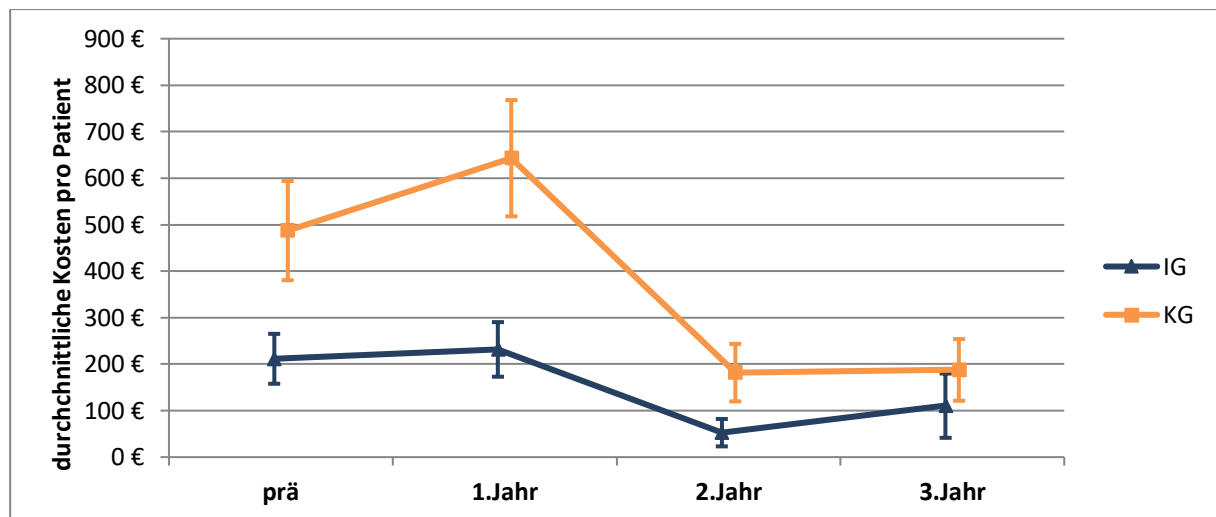
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 47)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	79	71	18	15	133	165	47	47
durchschnittliche Kosten	211,45 €	231,64 €	52,59 €	110,65 €	487,12 €	642,87 €	181,69 €	187,54 €
Standardabweichung	1.008,62 €	1.102,51 €	549,04 €	1.277,95 €	2.001,99 €	2.348,30 €	1.150,39 €	1.219,08 €
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	11.064,28 €	9.631,36 €	11.634,01 €	22.144,82 €	21.098,27 €	27.779,59 €	14.017,52 €	16.139,77 €

**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 48)

Bei den klinikneuen Patienten zeigte sich bezüglich der tagesklinischen Versorgungskosten ein umgekehrtes Bild im Vergleich zu den vollstationären Kosten. Bei gleicher Ausgangslage stiegen die Kosten der IG im ersten Jahr deutlich stärker als die Kosten der KG ( $p < 0,001$ ; vgl. Tabelle 47). Im zweiten und dritten Jahr fielen die Kosten auf das Ausgangsniveau und es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG. Der Kostenunterschied im ersten Jahr ist dabei hauptsächlich auf die deutlich höhere Zahl tagesklinisch behandelter Patienten in der IG (245) gegenüber der KG (63) zurückzuführen.

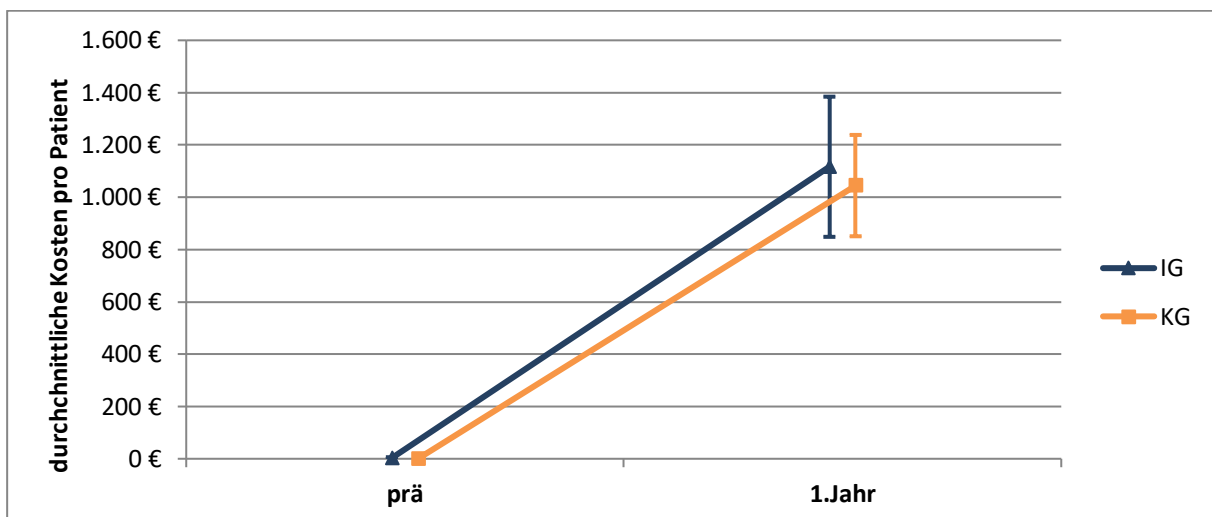
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen im Prä-Zeitraum über denen der KG ( $p = 0,004$ ; vgl. Tabelle 48). In beiden Gruppen nahmen über die Zeit sowohl die Zahl der versorgten Patienten als auch die Kosten ab und unterschieden sich in den einzelnen Zeiträumen nicht zwischen IG und KG.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 49: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	3	96	1	146						
durchschnittliche Kosten	2,96 €	1.116,59 €	0,38 €	1.044,52 €	2,59 €	0,237	72,07 €	0,669	69,48 €	0,68
Standardabweichung	61,63 €	3.907,52 €	10,77 €	2.826,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.678,09 €	29.620,02 €	307,93 €	26.176,94 €						

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



Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 49). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im 1. Jahr deutlich an (IG: 1.116,59 €; KG: 1.044,52 €; p = 0,669). Die Kosten der IG stiegen dabei um 69,48 € stärker an als in der KG, jedoch war dieser Kostenanstieg nicht signifikant (p = 0,68).

## 10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

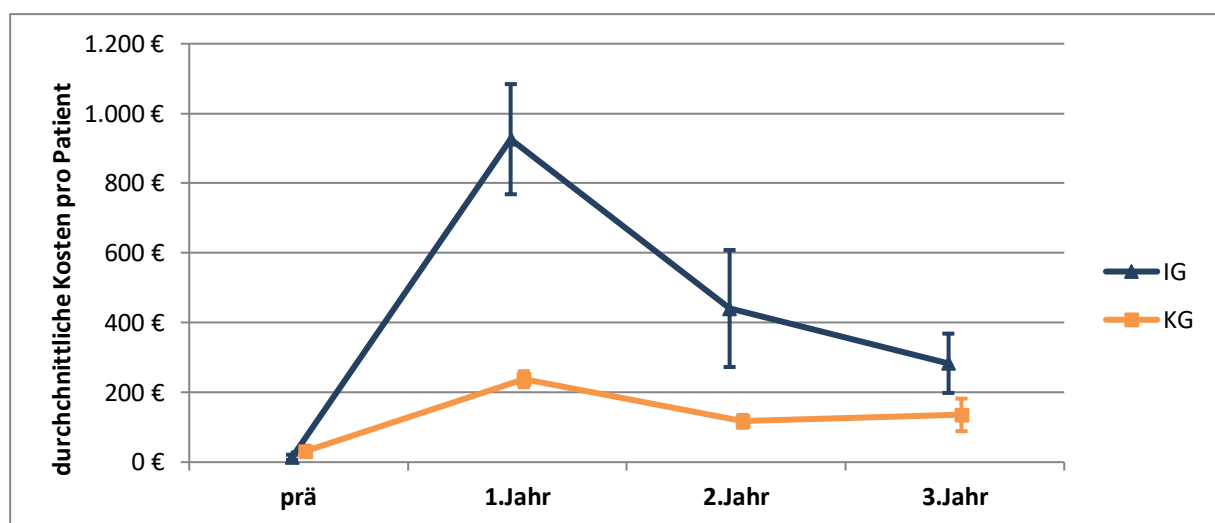
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 50: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	25	728	234	185	50	532	192	168
durchschnittliche Kosten	13,68 €	926,20 €	440,55 €	283,57 €	31,21 €	237,89 €	116,97 €	135,60 €
Standardabweichung	111,74 €	2.358,10 €	2.469,07 €	1.238,54 €	243,49 €	338,84 €	267,46 €	677,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	590,71 €	79,25 €	0,00 €	0,00 €	304,45 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.328,31 €	26.085,78 €	49.860,19 €	17.739,19 €	4.470,45 €	3.485,36 €	1.638,06 €	17.342,07 €

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



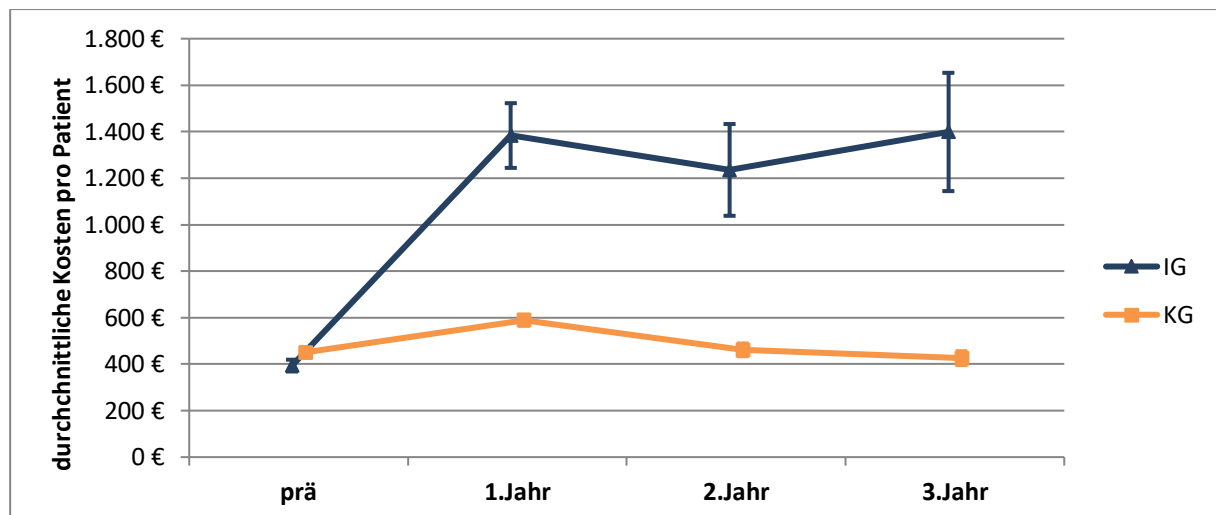
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 50)

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1018	1304	1032	951	1035	1161	858	759
durchschnittliche Kosten	393,74 €	1.383,46 €	1.235,51 €	1.398,78 €	450,65 €	588,53 €	461,42 €	425,81 €
Standardabweichung	476,24 €	2.615,75 €	3.677,24 €	4.701,67 €	422,84 €	444,24 €	510,62 €	548,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	44,18 €	335,16 €	76,70 €	0,00 €	73,49 €	220,47 €	0,00 €	0,00 €
Median	364,48 €	619,04 €	408,05 €	361,46 €	461,92 €	608,90 €	377,94 €	264,02 €
75%-Perzentil	609,62 €	1.240,80 €	931,10 €	835,06 €	692,88 €	923,84 €	854,92 €	850,80 €
Maximum	7.891,00 €	28.189,72 €	59.720,94 €	73.263,05 €	5.347,74 €	4.350,32 €	6.250,05 €	9.455,28 €

**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 51)

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede bei den Kosten der PIA-Versorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 50). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei die Kosten in der IG (926,20 €) signifikant höher als in der KG (237,89 €) ausfielen, wobei im ersten Modelljahr 728 Patienten der IG, aber nur 532 Patienten der KG einen PIA-Fall hatten. Im zweiten und dritten Jahr lagen die Kosten der IG (und auch die Anzahl Patienten mit PIA-Fall) signifikant über der KG, wobei die Kosten im zweiten und dritten Jahr in der IG jeweils abnahmen.

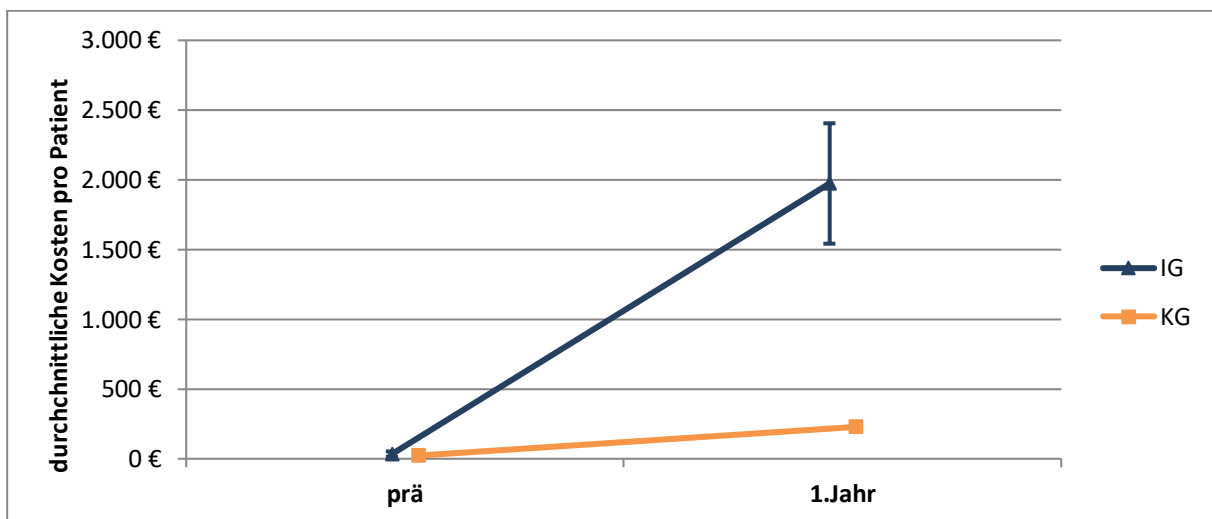
Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Zahl der Patienten und die Kosten in IG und KG im Prä-Zeitraum gleichauf (vgl. Tabelle 51). In der IG stiegen die Kosten ggü. dem Prä-Zeitraum deutlich an und lagen in allen über den gesamten Zeitraum über den Kosten der KG. Die Kosten der KG verblieben ggü. dem Prä-Zeitraum in etwa konstant. Die Anzahl der versorgten Patienten war im Zeitverlauf in der IG größer als in der KG.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 52: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	55	703	57	508						
durchschnittliche Kosten	33,19 €	1.973,76 €	22,71 €	228,37 €	10,48 €	0,33	1.745,39 €	<0,001	1.734,91 €	<0,001
Standardabweichung	279,18 €	6.295,66 €	127,68 €	506,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	79,32 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	188,05 €	0,00 €	73,49 €						
75%-Perzentil	0,00 €	812,67 €	0,00 €	304,42 €						
Maximum	6.821,62 €	62.185,35 €	2.059,41 €	11.028,34 €						

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



Die Kosten PIA-Behandlung für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr lagen im Prä-Zeitraum in etwa gleich auf, wobei auch in beiden Gruppen in etwa gleich viele Patienten behandelt wurden (vgl. Tabelle 52). Die Kosten stiegen im 1. Jahr in der IG gegenüber der KG um 1.734,91 € signifikant stärker an ( $p < 0,001$ ), wobei auch die Anzahl der versorgten Patienten in der IG ( $N = 703$ ) deutlich über der KG ( $N = 508$ ) lag.



### 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.

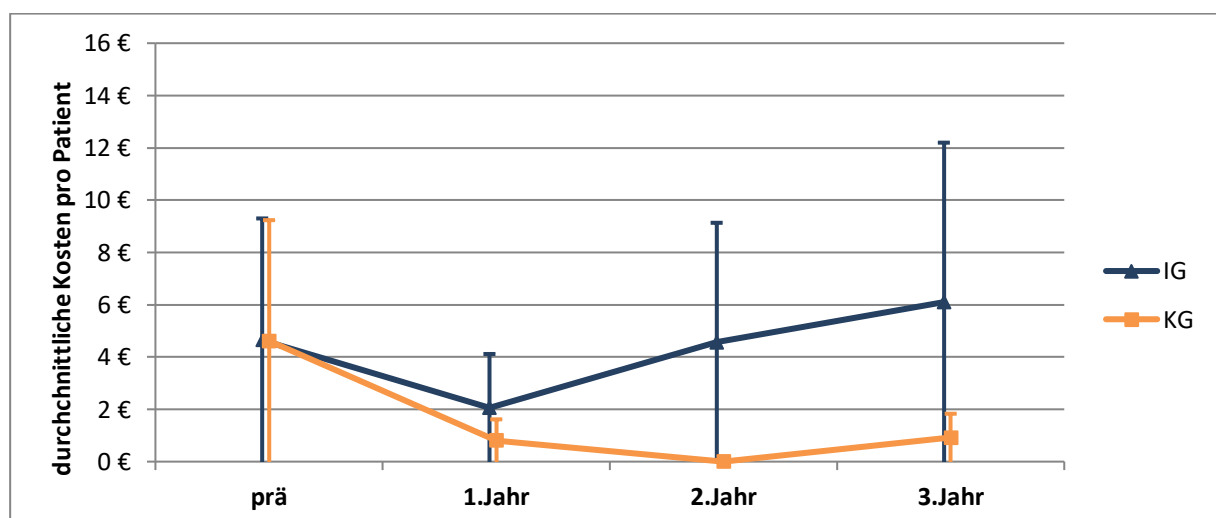
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 53: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	6	1	4	2	3	3	0	2
durchschnittliche Kosten	4,65 €	2,06 €	4,57 €	6,10 €	4,62 €	0,81 €	0,00 €	0,92 €
Standardabweichung	85,76 €	60,21 €	84,95 €	123,25 €	110,38 €	16,99 €	0,00 €	19,70 €
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	2.322,46 €	1.761,48 €	1.854,83 €	2.629,89 €	3.163,44 €	465,34 €	0,00 €	511,59 €

**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)**



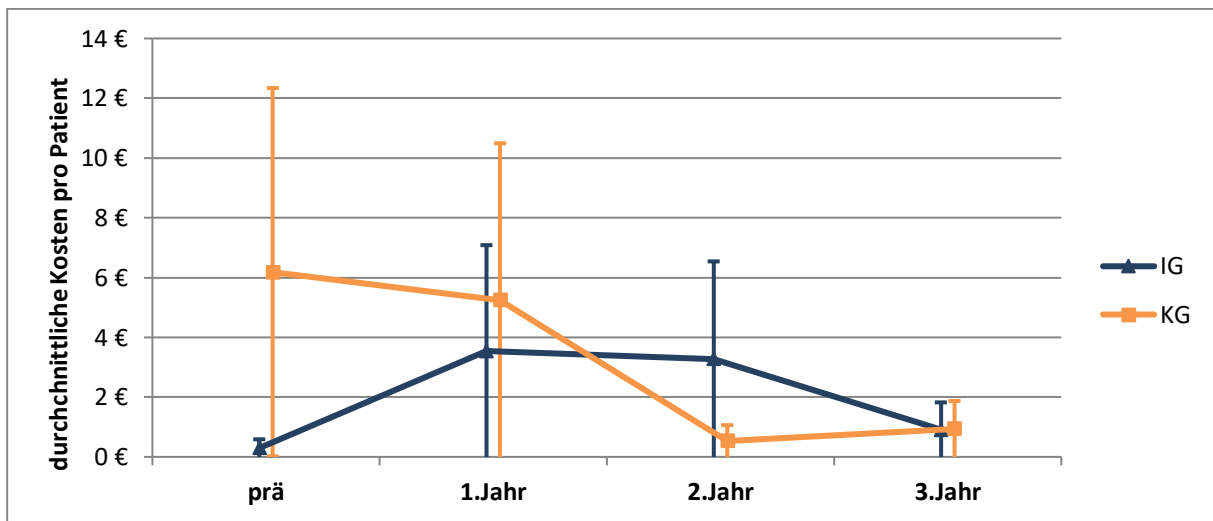
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 53)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	2	2	3	2	5	7	3	3
durchschnittliche Kosten	0,29 €	3,54 €	3,27 €	0,91 €	6,18 €	5,25 €	0,53 €	0,94 €
Standardabweichung	9,28 €	95,03 €	90,68 €	30,16 €	115,78 €	104,74 €	14,95 €	23,49 €
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	336,02 €	3.001,36 €	3.108,12 €	1.087,04 €	2.560,55 €	2.976,84 €	529,74 €	783,17 €

**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 54)

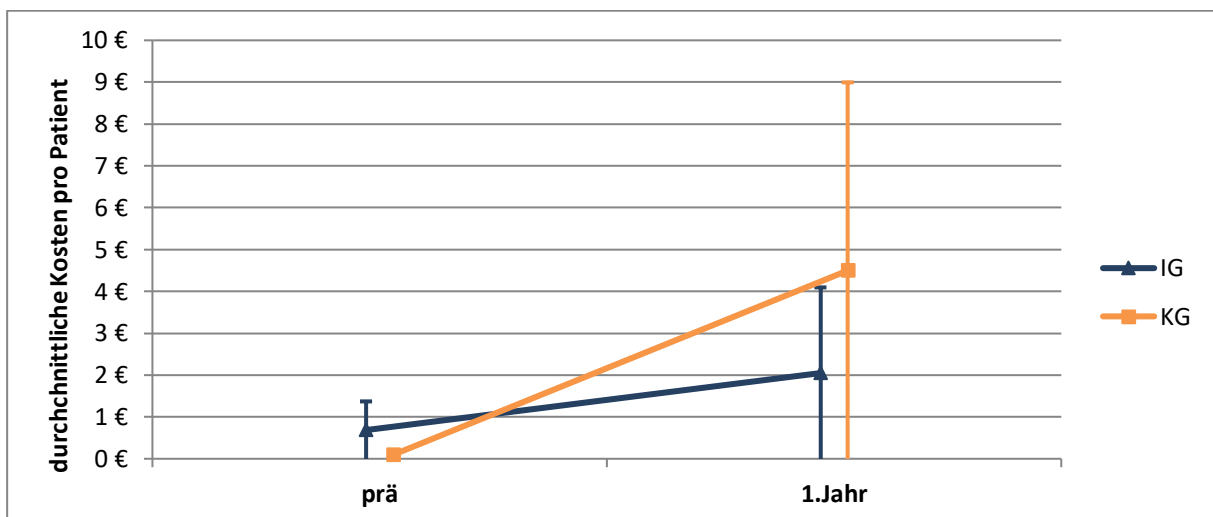
Bei den klinikneuen, sowie den klinikbekannten Patienten war die Anzahl der Patienten mit im Krankenhaus erbrachter sonstiger psychiatrischer Leistung über den gesamten Zeitraum so gering, dass die durchschnittlichen Kosten über den gesamten Zeitraum für IG und KG statistisch nicht signifikant größer als Null waren (vgl. Tabelle 53 und Tabelle 54).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 55: 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-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	817	817	817	817						
N mit Fall	1	1	1	1	5					
durchschnittliche Kosten	0,69 €	2,05 €	0,10 €	4,50 €	0,59 €	0,395	-2,45 €	0,445	-3,04 €	0,354
Standardabweichung	19,59 €	58,53 €	2,75 €	70,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	560,00 €	1.673,00 €	78,54 €	1.333,73 €						

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



Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die Anzahl der Patienten mit im Krankenhaus erbrachter sonstiger psychiatrischer Leistung über den gesamten Zeitraum so gering, dass die durchschnittlichen Kosten über den gesamten Zeitraum für IG und KG statistisch nicht signifikant größer als Null waren (vgl. Tabelle 55).

### 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.

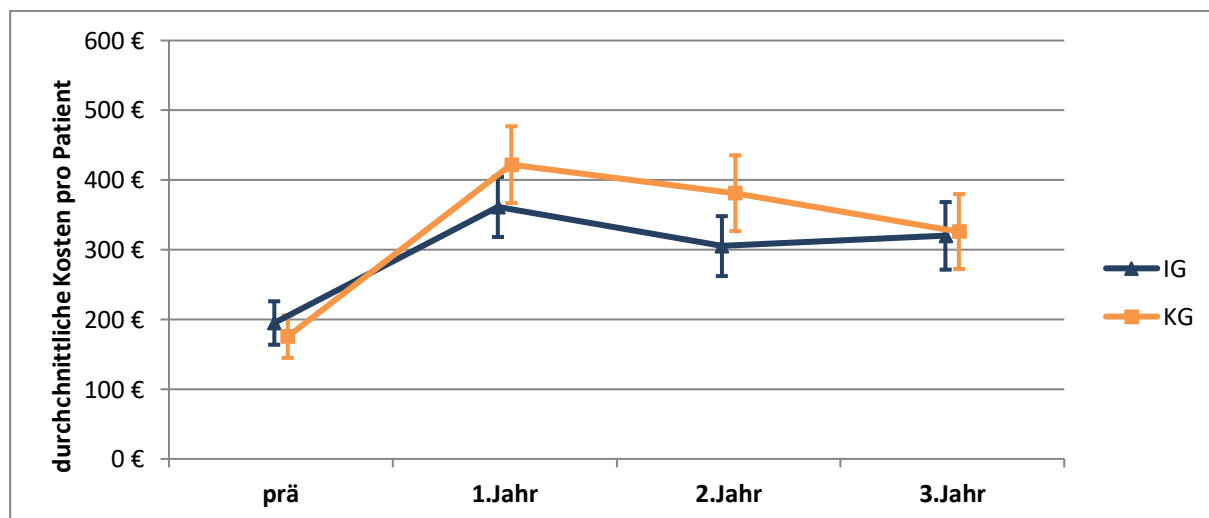
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

**Tabelle 56: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	728	780	699	676	712	767	702	674
durchschnittliche Kosten	194,91 €	361,38 €	305,15 €	319,85 €	175,35 €	422,02 €	381,05 €	326,12 €
Standardabweichung	464,96 €	644,01 €	632,40 €	706,04 €	452,56 €	816,82 €	796,28 €	778,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,56 €	29,76 €	16,98 €	15,68 €	7,29 €	27,96 €	18,24 €	15,86 €
Median	41,06 €	99,77 €	63,37 €	57,85 €	44,46 €	97,10 €	71,63 €	59,85 €
75%-Perzentil	152,02 €	290,76 €	214,08 €	196,80 €	137,46 €	334,88 €	282,06 €	221,81 €
Maximum	4.212,34 €	3.778,74 €	4.321,35 €	7.363,65 €	7.089,55 €	5.732,44 €	6.012,80 €	10.186,49 €

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



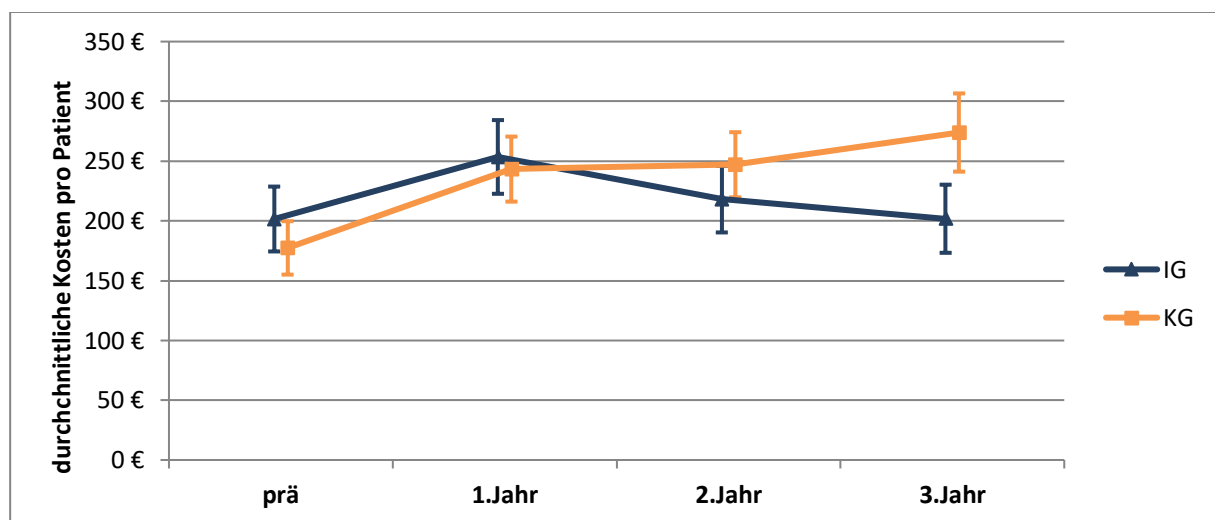
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 56)

### klirikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1277	1250	1201	1160	1254	1242	1206	1167
durchschnittliche Kosten	201,58 €	253,49 €	218,22 €	201,80 €	177,41 €	243,33 €	246,96 €	273,93 €
Standardabweichung	509,89 €	579,09 €	519,08 €	526,63 €	419,44 €	511,01 €	506,73 €	600,60 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	3,47 €	30,71 €	28,25 €	24,41 €	2,31 €	28,08 €	30,13 €	28,73 €
Median	32,18 €	66,35 €	63,03 €	60,82 €	30,97 €	72,23 €	79,29 €	70,74 €
75%-Perzentil	112,85 €	154,44 €	145,13 €	129,80 €	128,00 €	192,59 €	199,73 €	192,92 €
Maximum	5.110,04 €	6.841,68 €	7.086,62 €	8.284,57 €	3.943,11 €	5.501,80 €	3.922,79 €	4.835,64 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57 und Tabelle 54)

Für die klirikneuen Patienten ergaben sich bei den Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung über den gesamten Beobachtungszeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 56).

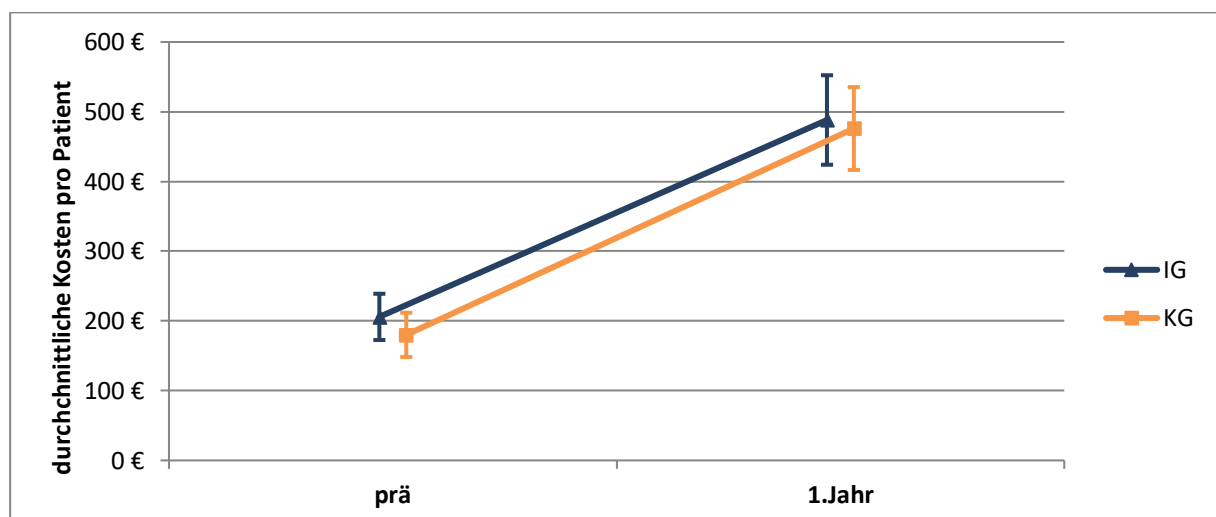
Bei den klirikneuen Patienten ergab sich ein ähnlicher Kostenverlauf wie bei den klinikbekannten Patienten, wobei die KG im dritten Modelljahr signifikant teurer war als die IG (vgl. Tabelle 57).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 58: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	684	740	652	722						
durchschnittliche Kosten	205,82 €	488,16 €	180,09 €	475,94 €	25,73 €	0,272	12,21 €	0,784	-13,52 €	0,748
Standardabweichung	484,12 €	935,43 €	462,77 €	865,52 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	14,18 €	30,26 €	7,64 €	28,80 €						
Median	53,01 €	93,72 €	49,99 €	98,63 €						
75%-Perzentil	143,05 €	325,22 €	140,62 €	386,55 €						
Maximum	4.121,48 €	6.458,45 €	5.006,70 €	5.894,23 €						

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



Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung zeigten sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG. Die Kosten stiegen in beiden Gruppen an, wobei in der IG ein um 13,52 € nicht statistisch signifikanter Anstieg ( $p = 0,748$ ) als in der KG zu verzeichnen war (vgl. Tabelle 58).

### 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.

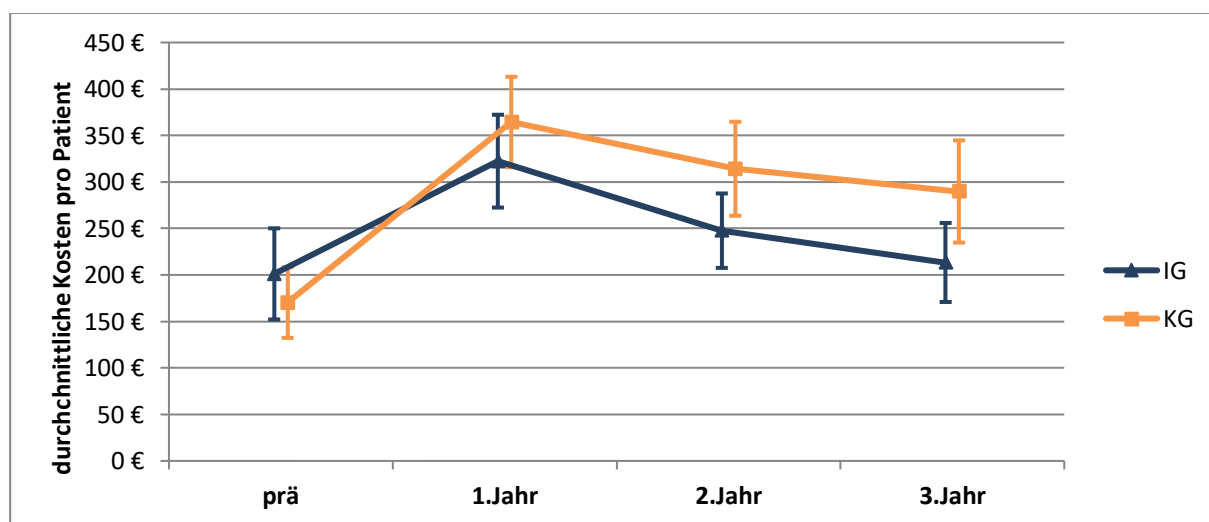
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

**Tabelle 59: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	441	642	481	443	478	631	493	460
durchschnittliche Kosten	201,15 €	322,41 €	247,65 €	213,44 €	170,34 €	364,51 €	314,24 €	289,77 €
Standardabweichung	731,70 €	745,27 €	589,01 €	618,87 €	564,08 €	722,10 €	739,66 €	796,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	8,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	12,28 €	88,86 €	35,52 €	24,00 €	15,14 €	112,14 €	55,27 €	32,07 €
75%-Perzentil	102,31 €	277,79 €	216,88 €	197,09 €	92,85 €	344,49 €	304,41 €	239,05 €
Maximum	12.658,77 €	10.596,39 €	7.521,60 €	12.027,72 €	5.727,56 €	5.440,25 €	7.863,58 €	8.742,22 €

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



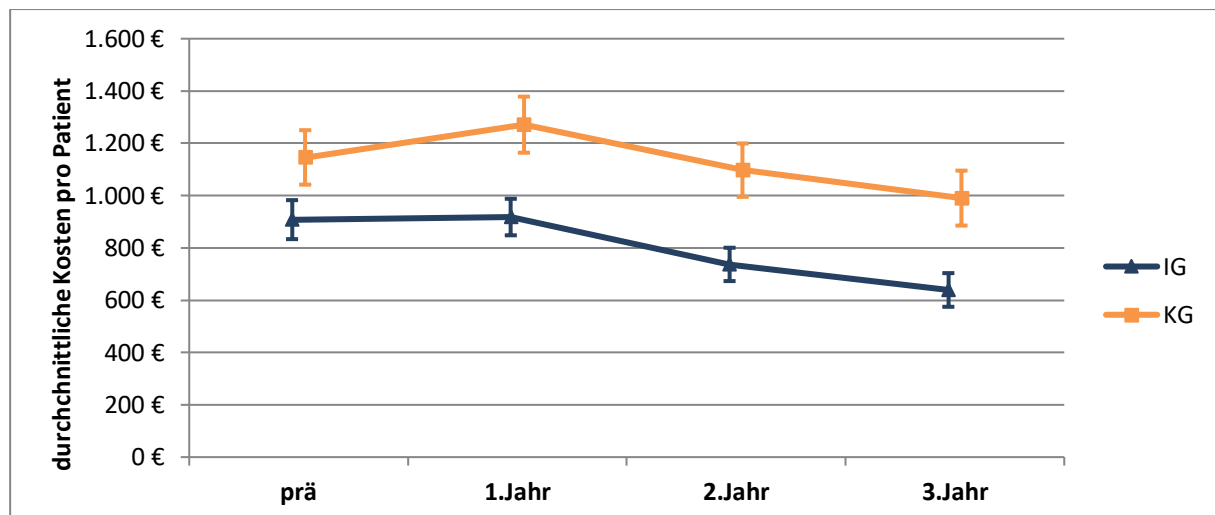
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 59)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1174	1179	1095	1037	1185	1212	1137	1071
durchschnittliche Kosten	908,04 €	917,95 €	736,89 €	639,19 €	1.145,95 €	1.271,29 €	1.097,30 €	990,47 €
Standardabweichung	1.401,06 €	1.312,57 €	1.187,95 €	1.190,24 €	1.955,55 €	2.014,51 €	1.897,90 €	1.929,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	84,49 €	97,70 €	52,88 €	32,72 €	93,70 €	144,73 €	95,30 €	62,85 €
Median	328,05 €	381,63 €	288,03 €	259,08 €	398,43 €	520,07 €	397,77 €	371,94 €
75%-Perzentil	1.118,57 €	1.150,04 €	908,24 €	710,67 €	1.400,35 €	1.504,51 €	1.220,69 €	984,50 €
Maximum	11.683,74 €	8.486,69 €	8.515,36 €	12.175,27 €	32.694,20 €	26.704,13 €	17.970,41 €	30.520,20 €

**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 60)

Während bei den klinikneuen Patienten die Kosten der Psychopharmakaversorgung sowohl in der IG zum 1. Jahr hin deutlich an, um dann in beiden Gruppen über die folgenden beiden Jahre wieder zu sinken, wobei sich zwischen den Gruppen für die einzelnen Zeiträume keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tabelle 59). Die Anzahl der Patienten mit entsprechender Verordnung in den beiden Gruppen ist über den gesamten Zeitraum ähnlich hoch.

Bei den klinikbekannten Patienten lagen die Kosten der KG über den gesamten Zeitraum signifikant oberhalb der Kosten der IG (vgl. Tabelle 60). Im Zeitverlauf stiegen die Kosten in beiden Gruppen zum 1. Jahr leicht an, um dann im zweiten und dritten Jahr unter das Ausgangsniveau zurückzusinken.

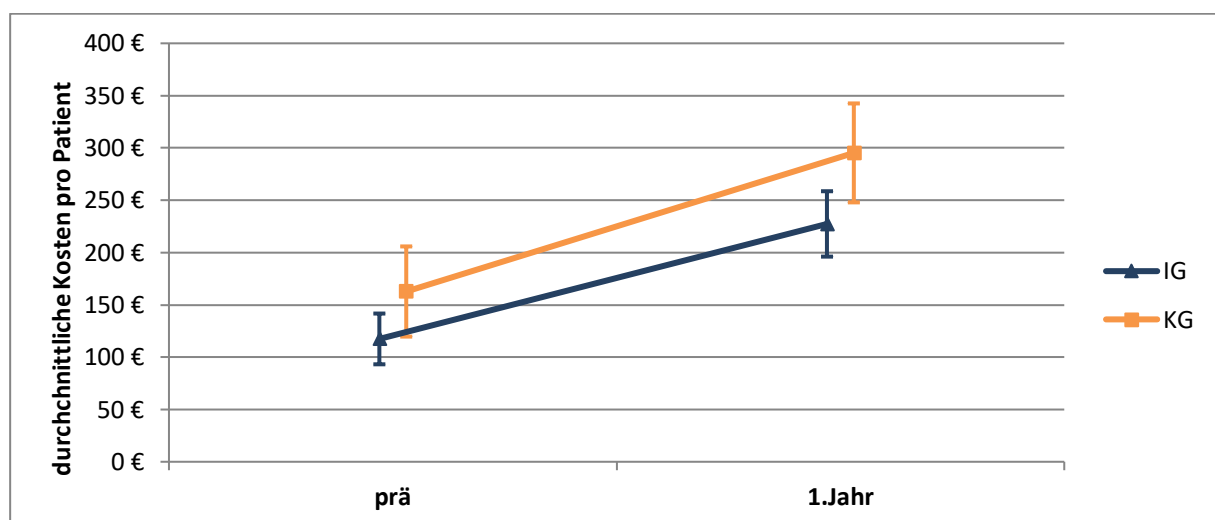


**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 61: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	6	3	7	3						
durchschnittliche Kosten	117,42 €	227,36 €	162,76 €	295,24 €	-45,33 €	0,073	-67,88 €	0,019	-22,55 €	0,349
Standardabweichung	353,94 €	455,73 €	628,55 €	689,70 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	71,67 €	0,00 €	75,44 €						
75%-Perzentil	79,75 €	244,40 €	87,26 €	278,46 €						
Maximum	4.187,10 €	6.368,13 €	9.130,28 €	9.397,76 €						

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



Die Kosten der Psychopharmakaversorgung lagen im Prä-Zeitraum der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in IG leicht unterhalb denen der KG ( $p = 0,073$ ; vgl. Tabelle 61). Der Anstieg fiel in der IG um 22,55 € geringer aus als in der KG und war nicht statistisch signifikant ( $p = 0,349$ ).

## 10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

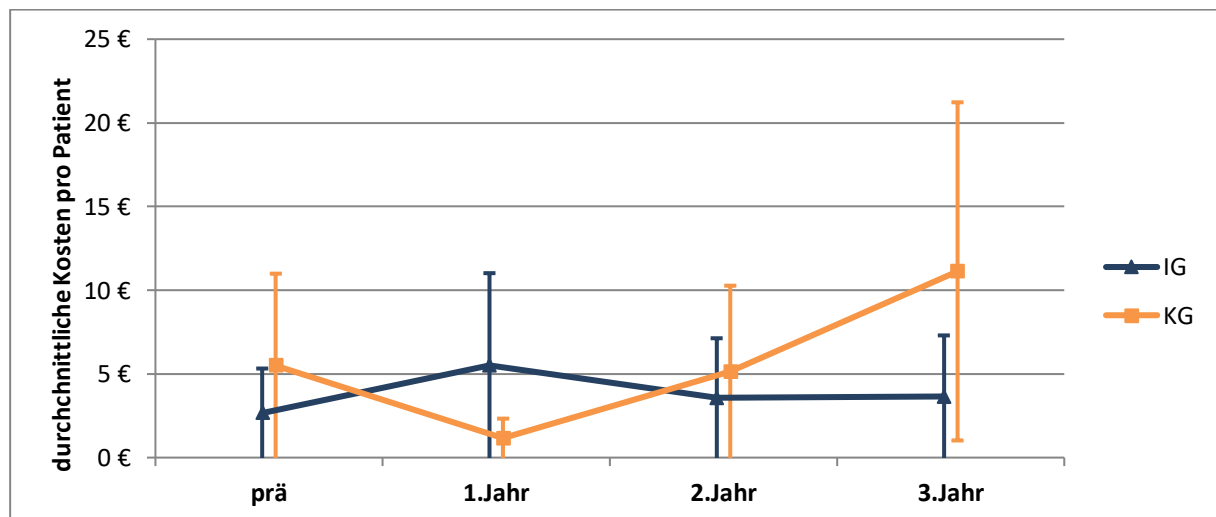
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 62: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	3	2	2	1	5	1	5	6
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,66 €</b>	<b>5,51 €</b>	<b>3,57 €</b>	<b>3,65 €</b>	<b>5,50 €</b>	<b>1,16 €</b>	<b>5,14 €</b>	<b>11,13 €</b>
Standardabweichung	72,66 €	138,08 €	100,61 €	104,21 €	125,30 €	33,88 €	80,54 €	146,43 €
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	2.123,32 €	3.971,60 €	2.901,50 €	2.975,00 €	3.597,44 €	985,45 €	1.903,81 €	2.671,80 €

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



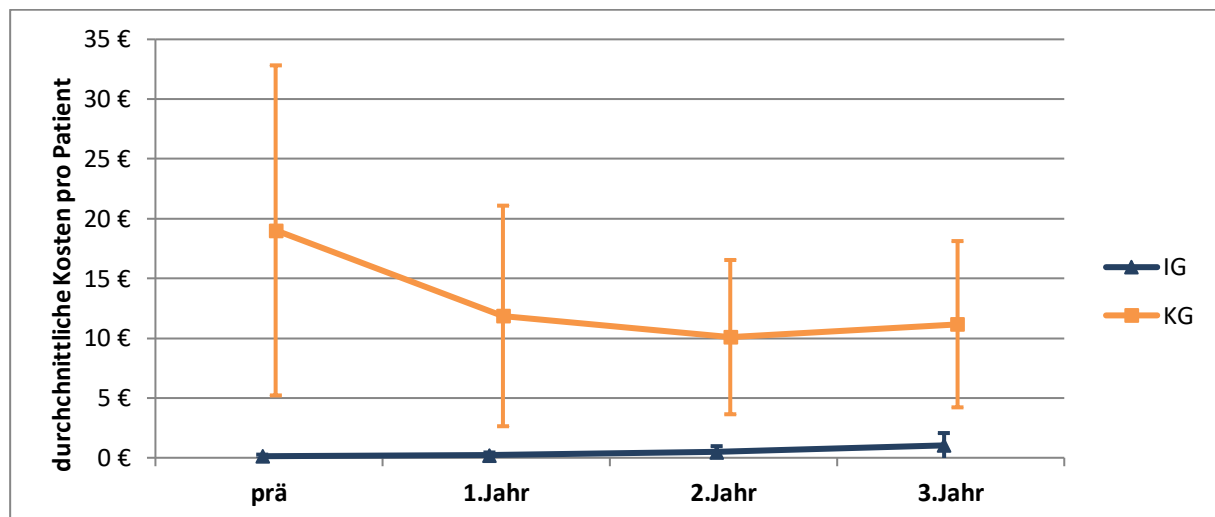
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 62)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1	2	2	3	20	16	17	16
durchschnittliche Kosten	0,13 €	0,22 €	0,49 €	1,03 €	19,02 €	11,86 €	10,09 €	11,17 €
Standardabweichung	4,84 €	6,22 €	15,40 €	28,06 €	259,28 €	173,27 €	119,97 €	127,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	178,08 €	210,90 €	554,83 €	968,81 €	7.608,72 €	5.536,39 €	2.627,39 €	3.176,67 €

**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 63)

Bei den klinikneuen Patienten war die Anzahl der Patienten, die mit psychiatrischen Hilfsmitteln versorgt wurden über den gesamten Zeitraum (relativ zur Gesamtzahl der IG bzw. KG) so gering, dass die durchschnittlichen Kosten über den gesamten Zeitraum für IG und KG statistisch nicht signifikant größer als Null waren (mit der Ausnahme der KG im 3. Modelljahr, vgl. Tabelle 62).

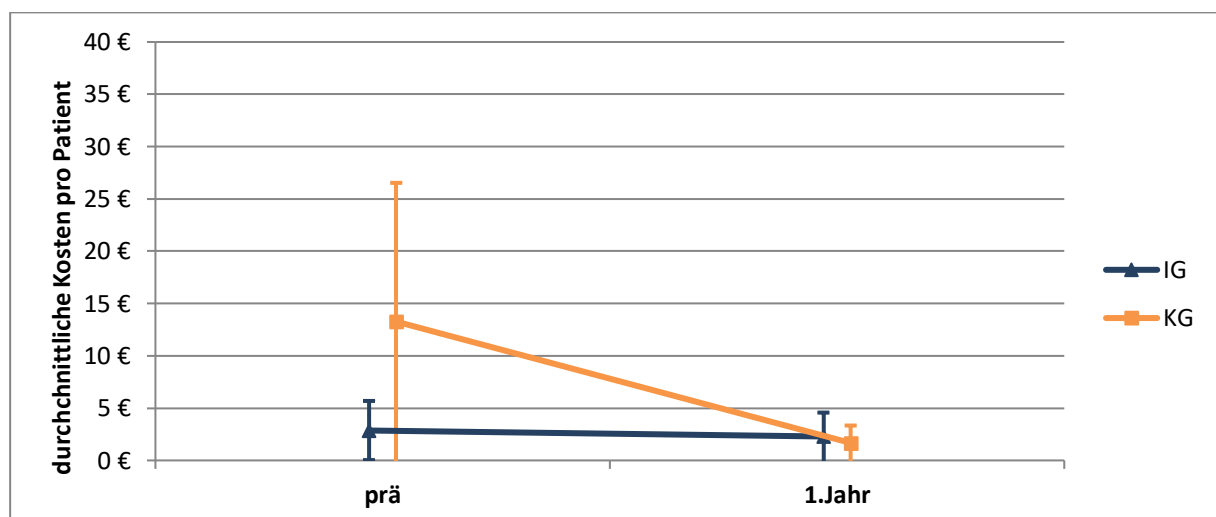
Ebenso war bei den klinikbekannten Patienten der IG die Anzahl der Patienten (relativ zur Gesamtzahl der IG bzw. KG) so gering, dass die durchschnittlichen Kosten sich nicht signifikant von Null unterschieden, während die Fallzahl in der KG etwas größer war, wodurch die durchschnittlichen Kosten in der KG signifikant über der IG lagen (vgl. Tabelle 63).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 64: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	6	3	7	3						
durchschnittliche Kosten	2,86 €	2,29 €	13,27 €	1,67 €	-10,41 €	0,353	0,62 €	0,755	11,03 €	0,333
Standardabweichung	41,24 €	44,43 €	317,44 €	35,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	894,01 €	967,57 €	9.026,58 €	944,82 €						

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



Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr erhielt eine relativ geringe Anzahl an Patienten psychiatrische Heilmittel, weswegen sich sowohl in IG als auch KG nur sehr geringe Kosten hierfür zeigten (vgl. Tabelle 64). Entsprechend ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ( $p = 0,333$ ).

## 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

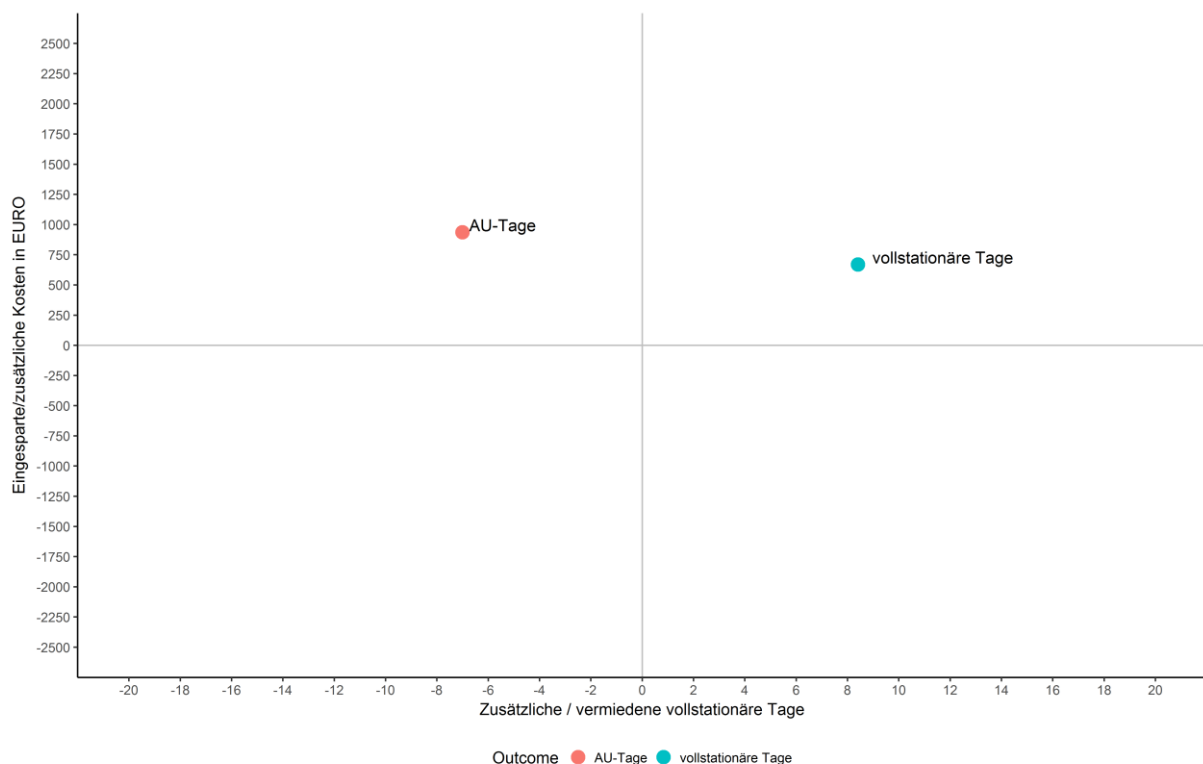
**Tabelle 65: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	817	830,28 €	817	7.837,49 €		7.007,22 €
	KG	817	949,98 €	817	7.288,95 €		6.338,97 €
	Differenz IG-KG		-119,70 €		548,55 €		668,25 €
	p-Wert		0,46		0,41		0,33
(vermiedene) KH-Tage	IG	817	1,8	817	11,7		9,9
	KG	817	1,4	817	19,7		18,3
	Differenz IG-KG		0,4		-8,0		-8,4
	p-Wert		0,74		<0,001		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						79,40 €

**Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	565	590,20 €	565	7.750,43 €		7.160,24 €
	KG	540	700,13 €	540	6.925,35 €		6.225,22 €
	Differenz IG-KG		-109,93 €		825,09 €		935,02 €
	p-Wert		0,85		0,3		0,26
(vermiedene) AU-Tage	IG	565	21,6	565	83,9		62,3
	KG	540	20,2	540	75,5		55,3
	Differenz IG-KG		1,4		8,4		7,0
	p-Wert		0,79		0,21		0,36
	ICER						-133,60 €

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



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage ( $p = 0,74$ ) sowie die AU-Tage ( $p = 0,79$ ) zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 65 und Tabelle 66). In der IG war ein um 8,41 Tage statistisch signifikant geringerer Anstieg ( $p < 0,001$ ) vollstationärer Tage, jedoch ein um 7,0 Tage höherer, jedoch statistisch nicht signifikant höherer ( $p = 0,36$ ) Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen.

Die Kosten bzgl. vollstationärer Tage der stiegen um 668,25 € stärker als in der KG, wobei der Unterschied statistisch nicht signifikant war ( $p = 0,33$ ). Für die AU-Betrachtung war ein um 6.225,22 € stärkerer Anstieg der IG zu verzeichnen, der ebenfalls nicht signifikant war ( $p = 0,26$ ).

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei 79,40 € und bezogen auf die AU-Tage bei -133,60 €. Jeder vermiedene vollstationäre Tag kostete entsprechend 79,40 €. Jeder zusätzliche AU-Tag kostete dagegen 133,60 €.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Klinikum Hanau GmbH 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 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG vor Modellstart für die meisten Outcomes zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

#### *Effektivität*

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

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

(2) Die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer können hier durch eine Zunahme der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklärt werden. Es scheint also in der Modellklinik eine Umsteuerung vom vollstationären auf den ambulanten Bereich zu geben.

---

<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.

(3) Hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen gibt es in der Modellklinik sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr die Beobachtung einer verringerten AU – Dauer über den gesamten Zeitverlauf im Vergleich zur Kontrollgruppe. Für Patienten mit Referenzfall im zweiten und dritten Modelljahr ist die AU – Dauer in der Modellklinik jedoch höher als in der Kontrollgruppe.

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

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von *klinikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 9,7; KG: 22,6 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dabei lag auch hier die IG in der kumulierten Dauer unter der KG. 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, aufwendig bzw. zeitintensiv. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier zeigte sich besonders beim Referenzfall Unterschiede zwischen IG und KG. So wies die IG einen signifikant geringeren Anteil an vollstationär und teilstationär behandelten Patienten gegenüber der KG auf. Im Gegenzug dazu war der Anteil der PIA-Patienten in der IG deutlich höher als in der KG.

Bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster, wobei die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit abnahm. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Über den gesamten Verlauf wies die IG geringere vollstationäre Tage pro Patient auf (prä: -12,4; 1. Jahr: -14,5; 2. Jahr: -5,6; 3. Jahr: -4,3 vollstationäre Tage). Der Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage hier wenig ausgeprägt und vor allem im Präzeitraum und 1. Behandlungsjahr vorhanden. Dies weist darauf hin, dass Patienten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, eine geringe vollstationäre Aufenthaltsdauer aufweisen und in anderen Sektoren aufgefangen werden. Mutmaßlich weist



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

Auch in dieser Patientenkohorte wies die IG einen signifikant geringeren Anteil an vollstationär und teilstationär behandelten Patienten gegenüber der KG auf. Im Gegenzug dazu war der Anteil der PIA-Patienten in der IG deutlich höher als in der KG.

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

Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen Unterschiede zwischen IG und KG. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 11,7; KG: 19,7 vollstationäre Tage). Der Anstieg in der Dauer über die Zeit war in der IG signifikant geringer als in der KG. Hinsichtlich der teilstationären Behandlungsdauer ergab sich im ersten Behandlungsjahr für die IG im Zeitverlauf ein geringeres Aufkommen im Vergleich zur IG.

Es sei generell angemerkt, dass strukturelle Veränderungen auch in der Regelversorgung wirksam sind, welche sich auch in der KG in einer Reduzierung der Anzahl vollstationärer Behandlungstage über die Zeit zeigen. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Der beobachtete Unterschied der *klinikneuen Patienten* beim zweiten primären Outcome mit kürzeren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von vollstationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass das Modellvorhaben im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hat. Vergleicht man jedoch zusätzlich die Höhe der Unterschiede zwischen IG und KG für die stationäre Behandlungsdauer und AU-Tage, zeigt sich, dass die klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr im Durchschnitt über 12 Tage weniger stationäre Behandlungsdauer aufwiesen, aber nur ca. 2 Tage weniger AU-Tage. Kongruent dazu ist auch die Beobachtung, dass im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr hypothesenkonforme Unterschiede einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer in der IG im Vergleich zur KG gefunden wurden, jedoch ein hypothesenkonträrer Effekt einer erhöhten AU-Dauer. Es kann daher

gemutmaßt werden, dass die Umsteuerung vom stationären auf den ambulanten Sektor nicht zwangsweise mit einer Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen einhergeht.

Bei den *linikbekannten* Patienten waren die Verläufe der durchschnittlichen Anzahl an AU-Tagen aufgrund Indexdiagnosen in beiden Gruppen ähnlich. Dabei war die Dauer in der IG über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich geringer im Vergleich zur KG (Differenz prä: -12,4; 1. Jahr: -22,2; 2. Jahr: -12,2; 3. Jahr: -9,5 Tage). Auch hier kann aufgrund der Daten angenommen werden, dass der Vorvertrag in der Modellklinik schon vor der Einführung des Modellprojektes nach §64b SGB V auf eine geringere Arbeitsunfähigkeitsdauer wirkte.

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

Bei der ambulanten Inanspruchnahme *linikneuer* Patienten in der PIA zeigten sich vergleichbare Muster zwischen der IG und der KG. Hier hatten jedoch klinikneue Patienten in der IG über alle Jahre in der PIA aufgrund Indexdiagnose mehr Kontakte als Patienten der KG (1. Jahr: +5,0; 2. Jahr: +2,3; 3. Jahr: +1,1 Kontakte). Es ist zu beachten, dass bei den klinikneuen Patienten nicht alle Patienten einen ambulanten Kontakt in der PIA (siehe auch Tabelle 35) aufwiesen. Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Hier lag jedoch die Inanspruchnahme der IG stets geringfügig unter der der KG (sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten).

Auch für *Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr* zeigte sich ein erwartetes Muster. Sowohl bei der IG als auch bei der KG stieg erwartungsgemäß die Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, wobei die Inanspruchnahme in der IG über die Zeit signifikant höher als in der KG war. Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr in beiden Gruppen nahezu identisch.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es gemäß der Hypothese zu einer Erhöhung der ambulanten Kontakte besonders in der PIA bei Patienten der Modellklinik im Vergleich zu Patienten der Kontrollkliniken kam. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass es in der Modellklinik zu einer Umsteuerung vom stationären in den ambulanten Sektor, speziell in die PIA, kam. Aufgrund fehlender PIA-Daten im Jahr vor Modellstart muss die Antwort auf die Frage, ob dieser Effekt bereits im vor Einführung des Modellvorhabens, besonders bei den klinikbekannten Patienten, vorhanden war (und demnach auf das Vorhandensein eines Vorgängervertrages zugerechnet werden kann), unbeantwortet bleiben.

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

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

Abschließend bleibt 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 der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr vergleichbare Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fielen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So trieben im Prä-Zeitraum in allen Gruppen ein kleiner Anteil der Patienten, die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende stationäre Behandlungen, die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Durch den Eintritt in ein Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an.

In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die durchschnittlichen Kosten um 4.158,31 € und in der KG um 6435,26 €. Im zweiten Modelljahr fielen die Kosten in beiden Gruppen, wobei die Kosten der IG im zweiten Modelljahr in etwa dem Doppelten, in der KG in etwa dem Dreifachen des Prä-Zeitraums entsprachen. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die durchschnittlichen Kosten um 7.007,21 € und in der KG derselben Kohorte um 6.338,97 €. Der Anstieg in der IG war somit um 668,25 € höher als in der KG.

Die Kosten für vollstationäre und teilstationäre Leistungen lagen in der IG unter den Kosten der KG, während die Kosten für PIA-Leistungen ab dem ersten Modelljahr in der IG deutlich teurer waren als in der KG.

Für Kohorte 3 war die IG bzgl. gesamten psychiatrischen Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr mit 7.837,49 € etwas teurer als die KG (7.288,95 €). In dieser Kohorte fielen in der IG deutlich geringere Kosten für vollstationäre Leistungen, in etwa gleich hohe Kosten (bzgl. KG) für teilstationäre Leistungen und höhere Kosten für PIA- und tagesklinische Behandlungen als in der KG an.

Hier ist aber zukünftig auf mögliche Preiseffekte zu prüfen, da der durchschnittliche Pflegesatz in der Modellklinik in den Jahren 2013 bis 2015 über den Pflegesätzen der Kontrollkliniken lag.

Bei den klimbekanntem Patienten der Kohorte 1 zeigten sich vom Prä-Zeitraum bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr in IG deutlich niedrigerer Kosten als in der KG, wobei im dritten Jahr kein Kostenunterschied mehr bestand. Die vorhandenen Kostenunterschiede sind auf die deutlich höheren Kosten der KG im Bereich der vollstationären und teilstationären Behandlung zurückzuführen, wobei die IG deutlich höhere Kosten in der PIA-Behandlung aufwies.

### *Fazit*

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

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### Effektivität

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und 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 bzw. nicht vereinbarter nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik im ersten Modelljahr um das 1,4-fache über dem der Kontrollkliniken, fiel danach jedoch wieder auf das 1,05-fache ab. 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 derzeit geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten 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.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

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

### 13. Literatur

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

## 14. Anhang

### 14.1 Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**Tabelle 67: 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>880</b>	<b>880</b>	<b>880</b>	<b>880</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)	6,9 %	33,3 %	10,7 %	35,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	2,8 %	1,8 %	3,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,5 %	11,6 %	12,2 %	11,5 %
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)	2,6	9,6	3,2	22,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	2,8	0,3	6,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,7	12,3	3,5	28,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,4	0,1	0,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	0,4	0,1	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,7	1,6	1,8

<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)

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</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>	25,0 %	22,3 %	40,0 %	33,3 %
	3,4 %	3,0 %	4,8 %	3,3 %
	10,4 %	12,1 %	14,6 %	14,5 %
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>	9,5	7,9	22,0	22,5
	1,6	1,1	3,5	4,5
	11,1	9,1	25,5	27,0
	0,5	0,5	1,3	0,7
	0,4	0,5	1,2	0,7
	1,2	1,5	1,6	1,8

<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)

**Tabelle 68: 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>880</b>	<b>880</b>	<b>880</b>	<b>880</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>855</b>	<b>862</b>	<b>850</b>	<b>855</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	7,7	—*	2,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,4	4,1	2,1	5,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	8,9	11,8	8,0	10,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,1	—*	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,5	0,5	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,4	5,2	5,2	4,0

<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

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.350</b>	<b>1.356</b>	<b>1.338</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	12,6	—*	8,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,2	2,4	2,3	2,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	12,5	14,0	11,7	12,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,1	—*	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,4	1,2	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	3,9	3,4	6,5	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

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

**Tabelle 69: 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>72</b>	<b>549</b>	<b>120</b>	<b>751</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	20,2 %	—	9,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	4,9 %	—	9,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	48,1 %	—	46,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	9,7 %	—	9,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	3,3 %	—	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,5 %	—	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	27,3 %	—	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	32,4 %	—	37,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>62</b>	<b>254</b>	<b>83</b>	<b>397</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	24,8 %	—	13,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	7,1 %	—	12,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	47,2 %	—	41,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	10,6 %	—	12,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,1 %	—	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,3 %	—	1,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	34,6 %	—	30,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	29,1 %	—	34,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>41</b>	<b>106</b>	<b>44</b>	<b>159</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	29,2 %	—	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	7,5 %	—	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	44,3 %	—	43,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	9,4 %	—	14,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,5 %	—	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,8 %	—	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,5 %	—	30,2 %

- kein Kontakt in 7 Tagen	—	25,5 %	—	32,7 %
---------------------------	---	--------	---	--------

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<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>59</b>	<b>494</b>	<b>95</b>	<b>687</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	28,7 %	—	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,9 %	—	18,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	72,5 %	—	70,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	28,5 %	—	25,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,9 %	—	12,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,7 %	—	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	43,9 %	—	41,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	10,9 %	—	15,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>50</b>	<b>233</b>	<b>63</b>	<b>363</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	32,2 %	—	22,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	15,9 %	—	24,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	73,4 %	—	70,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	34,8 %	—	30,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	13,7 %	—	15,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	9,0 %	—	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	52,8 %	—	52,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	8,2 %	—	11,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>33</b>	<b>95</b>	<b>29</b>	<b>142</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	35,8 %	—	26,1 %



• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	18,9 %	—	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	74,7 %	—	78,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	35,8 %	—	33,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	16,8 %	—	13,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,6 %	—	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	58,9 %	—	57,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	9,5 %	—	4,9 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<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>47</b>	<b>438</b>	<b>64</b>	<b>615</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	32,2 %	—	23,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	18,9 %	—	26,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	87,7 %	—	85,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	51,8 %	—	50,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	13,0 %	—	16,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	13,9 %	—	13,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	51,6 %	—	53,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,8 %	—	6,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>203</b>	<b>45</b>	<b>318</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	38,4 %	—	29,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	27,6 %	—	35,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	88,7 %	—	84,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	59,6 %	—	57,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	19,2 %	—	19,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	12,8 %	—	14,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	64,5 %	—	67,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,4 %	—	5,3 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>84</b>	<b>19</b>	<b>127</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	45,2 %	—	31,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	33,3 %	—	39,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	90,5 %	—	92,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	56,0 %	—	63,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	19,0 %	—	17,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	16,7 %	—	16,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	73,8 %	—	69,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,6 %	—	0,8 %

<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

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

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>536</b>	<b>627</b>	<b>913</b>	<b>1.163</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	27,6 %	—	23,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	2,9 %	—	7,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	35,1 %	—	38,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	8,1 %	—	6,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	1,9 %	—	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,3 %	—	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	31,1 %	—	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	39,1 %	—	41,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>493</b>	<b>543</b>	<b>823</b>	<b>999</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	30,0 %	—	25,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <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>	—	2,9 %	—	7,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	—	33,5 %	—	34,6 %
	—	37,6 %	—	39,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>313</b>	<b>352</b>	<b>566</b>	<b>650</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> </ul>	—	33,0 %	—	27,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> </ul>	—	3,4 %	—	8,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> </ul>	—	37,5 %	—	40,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> </ul>	—	8,5 %	—	7,7 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> </ul>	—	2,0 %	—	2,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	—	9,1 %	—	2,9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	—	36,4 %	—	36,6 %
	—	32,7 %	—	37,7 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>449</b>	<b>522</b>	<b>679</b>	<b>944</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> </ul>	—	43,9 %	—	40,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> </ul>	—	5,7 %	—	15,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> </ul>	—	62,3 %	—	63,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> </ul>	—	22,0 %	—	19,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> </ul>	—	5,2 %	—	5,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	—	11,1 %	—	6,3 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	—	50,6 %	—	55,7 %
	—	16,5 %	—	15,0 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>417</b>	<b>443</b>	<b>612</b>	<b>814</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	48,3 %	—	43,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	5,9 %	—	17,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	62,5 %	—	64,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	23,0 %	—	21,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,9 %	—	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	11,3 %	—	6,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	55,3 %	—	60,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	15,1 %	—	12,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>261</b>	<b>280</b>	<b>422</b>	<b>533</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	52,9 %	—	47,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	7,1 %	—	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	64,6 %	—	66,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	27,1 %	—	22,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,7 %	—	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	13,9 %	—	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	60,4 %	—	64,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	10,7 %	—	12,0 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<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>348</b>	<b>396</b>	<b>450</b>	<b>724</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	54,5 %	—	46,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	11,6 %	—	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	83,8 %	—	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	42,2 %	—	40,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,8 %	—	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	19,4 %	—	12,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	65,4 %	—	66,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,5 %	—	5,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>329</b>	<b>333</b>	<b>414</b>	<b>629</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	58,3 %	—	50,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	12,3 %	—	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	84,4 %	—	82,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	43,5 %	—	41,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,9 %	—	9,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	19,2 %	—	12,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	70,3 %	—	71,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,9 %	—	3,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>209</b>	<b>213</b>	<b>272</b>	<b>398</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	62,9 %	—	56,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	14,1 %	—	22,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	87,3 %	—	84,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	47,9 %	—	42,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,9 %	—	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	21,6 %	—	13,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	75,1 %	—	76,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	2,8 %	—	3,8 %

<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

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

**Tabelle 70: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>830</b>	<b>830</b>	<b>825</b>	<b>825</b>	<b>830</b>	<b>830</b>	<b>825</b>	<b>825</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	81	289	123	461	81	288	123	461
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	30	92	46	180	30	91	46	180
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	26	17	59	11	26	17	59
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	55	128	57	194	55	128	57	194
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	26	46	27	88	26	46	27	88
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	10	14	12	32	10	14	12	32

\* 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> <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> <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>								
<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>								
	—	18,0 %	—	18,0 %	—	16,0 %	—	15,8 %
	—	12,5 %	—	14,9 %	—	7,8 %	—	11,3 %
	—	16,3 %	—	6,7 %	—	8,8 %	—	3,3 %
	—	8,7 %	—	8,0 %	—	6,5 %	—	4,5 %
	—	7,7 %	—	8,5 %	—	3,8 %	—	1,7 %
	—	7,1 %	—	3,1 %	—	7,1 %	—	0,0 %
	—	848,9	—	700,7	—	1018,2	—	832,8
	—	617,0	—	587,0	—	1019,5	—	859,6



<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)	—	412,9	—	384,9	—	466,1	—	416,9
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	—	581,5	—	495,3	—	560,7	—	469,9
<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)	—	270,8	—	250,1	—	342,0	—	372,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	—	342,0	—	212,0	—	342,0	—	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 EBMs: Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder O16xxx (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	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>	<b>1.311</b>	<b>1.311</b>	<b>1.327</b>	<b>1.327</b>	<b>1.311</b>	<b>1.311</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	847	646	1.148	1.129	847	646	1.148	1.128
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	375	274	536	548	375	274	536	547
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	131	97	196	214	131	97	196	214
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	592	451	801	751	592	451	801	751
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	276	195	392	386	276	195	392	386
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	99	66	151	155	99	66	151	155

\* 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> <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> <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>								
<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>								
	—	13,5 %	—	10,8 %	—	8,7 %	—	9,0 %
	—	10,9 %	—	8,5 %	—	7,1 %	—	7,1 %
	—	2,9 %	—	6,8 %	—	1,5 %	—	4,2 %
	—	1,5 %	—	5,4 %	—	1,0 %	—	2,8 %
	—	6,2 %	—	7,9 %	—	0,0 %	—	0,0 %
	—	6,1 %	—	7,1 %	—	0,0 %	—	0,0 %
	—	430,1	—	546,0	—	650,3	—	713,7
	—	317,7	—	417,1	—	481,2	—	586,5

<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)	—	389,2	—	302,2	—	478,0	— 395,3
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	—	579,3	—	239,5	—	636,8	— 329,4
<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)	—	216,2	—	274,5	—	0,0	— 0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	—	231,0	—	287,5	—	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 EBMs: 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 71: 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>880</b>	<b>880</b>	<b>880</b>	<b>880</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>855</b>	<b>862</b>	<b>850</b>	<b>855</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%	1,0%	0,8%	2,7%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,2%	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)

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.356</b>	<b>1.350</b>	<b>1.356</b>	<b>1.338</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)	0,7%	0,8%	1,8%	2,0%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,4%	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 72: 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>517</b>	<b>517</b>	<b>535</b>	<b>535</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	202	337	224	412
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,6	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,6	62,1	17,5	64,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,0%	13,0%	17,2%	13,6%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	19	<10	17
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,2	1,3	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,7	0,1	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	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 sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

**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>591</b>	<b>591</b>	<b>677</b>	<b>677</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	256	263	370	388
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,1	2,1	2,1	2,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	31,4	30,0	43,7	51,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,0%	5,9%	12,9%	7,4%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	26	25	42	24
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,4	1,5	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,9	0,7	1,8	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,1%	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 73: 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>419</b>	<b>578</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>	34,1% 103,0	32,7% 98,5
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>204</b>	<b>291</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>	14,6% 112,1	18,5% 100,1
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>85</b>	<b>112</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>	7,2% 123,5	8,8% 113,4

<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>446</b>	<b>676</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>	47,3% 113,8	56,7% 103,3
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>390</b>	<b>603</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>	41,5% 110,1	50,6% 100,6
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>262</b>	<b>378</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>	29,4% 113,1	35,9% 100,3

<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 74: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>880</b>	<b>880</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>	3,5 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>	2,2 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	1,3 1 0 - 2

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</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>	3,8 3 2 - 5	3,8 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>	2,9 3 1 - 4	2,9 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	0,9 0 0 - 1

**Tabelle 75: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>880</b>	<b>880</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>	2,7 %	2,5 %

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>1.383</b>	<b>1.383</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>	1,7 %	2,0 %

**Tabelle 76: 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>856</b>	<b>858</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>	310 551 603	226 522 639
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>	28,7 % 4,9 % 18,9 %	19,9 % 3,6 % 20,7 %

<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>1.360</b>	<b>1.356</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>	222 555 813	180 550 731
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>	9,9 % 2,2 % 7,3 %	9,4 % 2,9 % 10,5 %

<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 77: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**(ohne Unterscheidung in klinisch neu und klinisch bekannt)**

<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>68</b></p> <p>8,8 %</p>	<p><b>113</b></p> <p>10,6 %</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>220</b></p> <p>0,0 %</p>	<p><b>182</b></p> <p>0,0 %</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>71</b></p> <p>5,6 %</p>	<p><b>76</b></p> <p>2,6 %</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>11</b></p> <p>54,5 %</p>	<p><b>&lt;10</b></p> <p>50,0 %</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>42</b></p> <p>33,3 %</p>	<p><b>31</b></p> <p>45,2 %</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>1006</b> 49,2 %	<b>843</b> 52,6 %
<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>529</b> 16,1 %	<b>522</b> 16,5 %

<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>519</b> 92,7 %	<b>539</b> 92,4 %
<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>147</b> 93,2 %	<b>236</b> 93,6 %
<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>11</b> 27,3 %	<b>24</b> 41,7 %

<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:

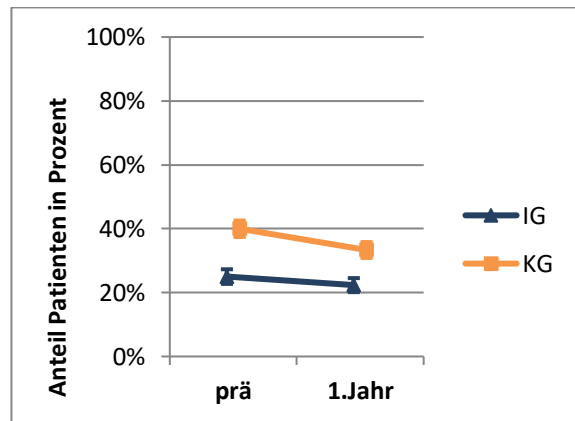
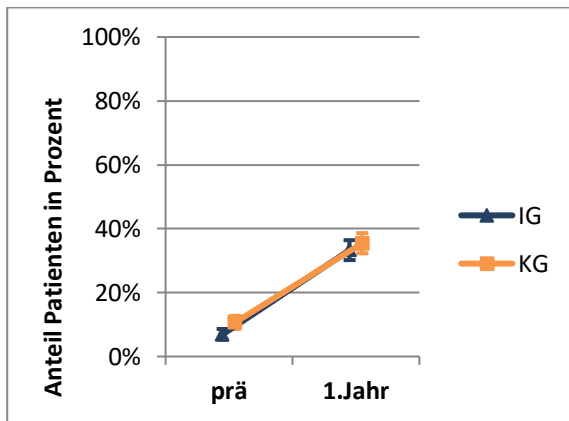
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Klinikneue Patienten

#### Klinikbekannte Patienten

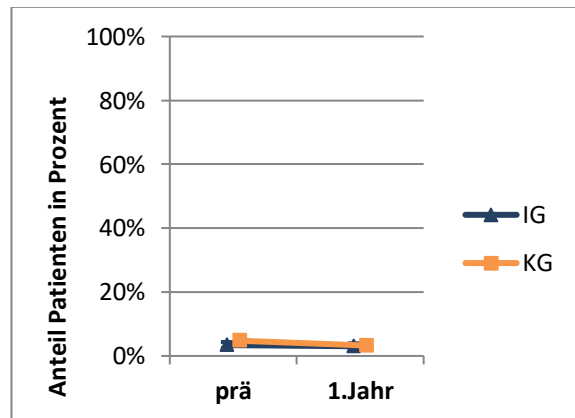
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



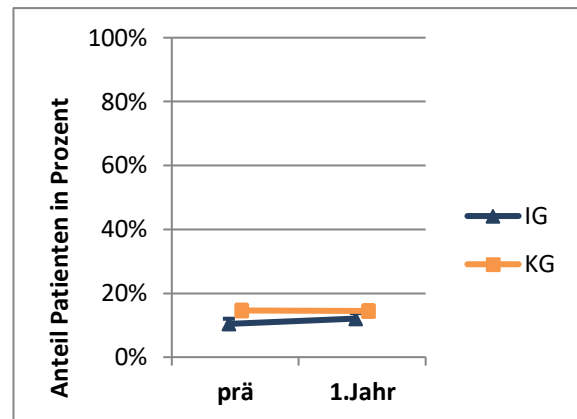
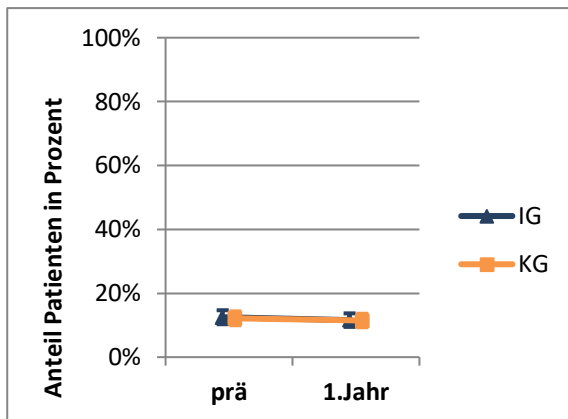
- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein





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

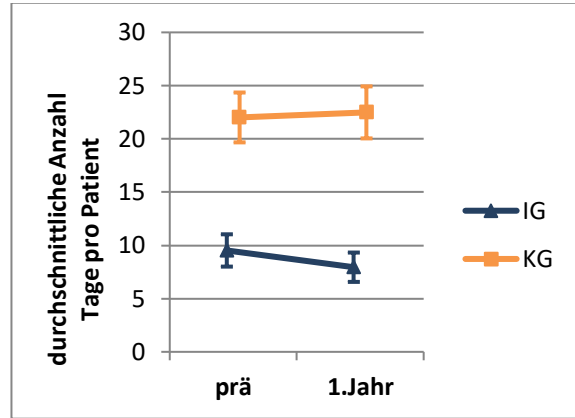
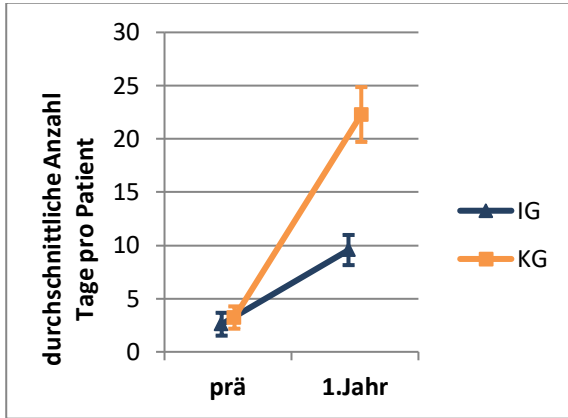


**Klinikneue Patienten**

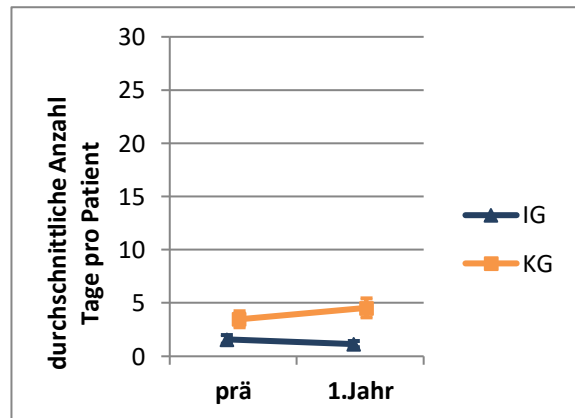
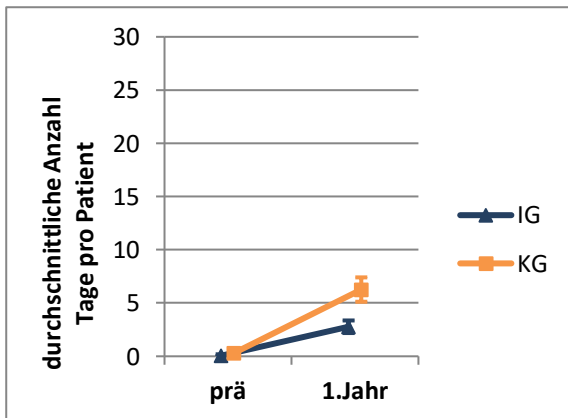
**Klinikbekannte Patienten**

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

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

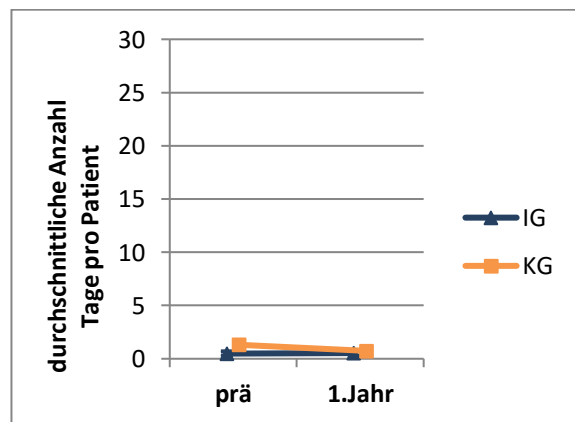


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**

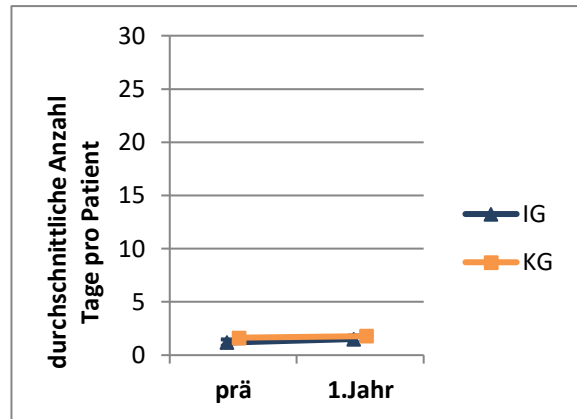
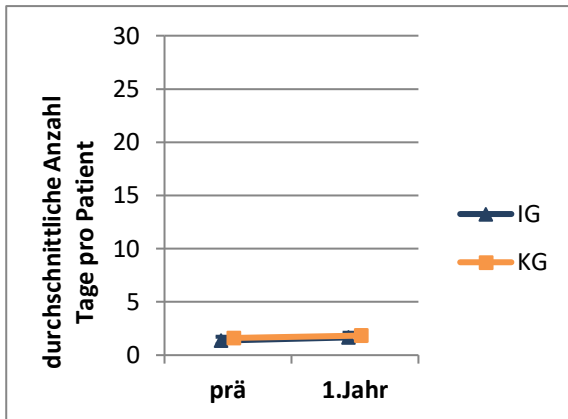


- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

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:

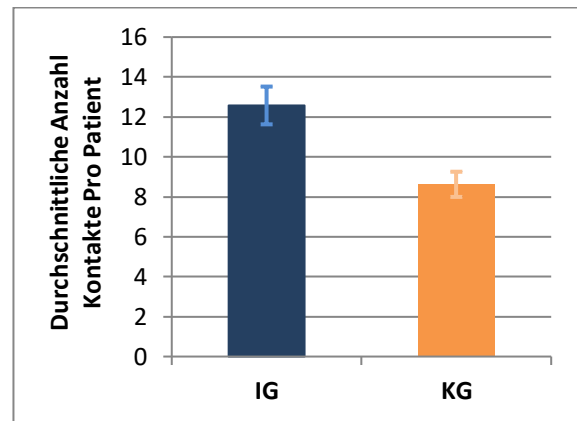
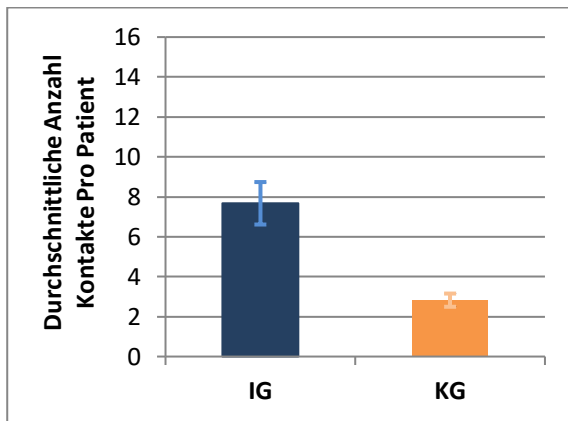
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

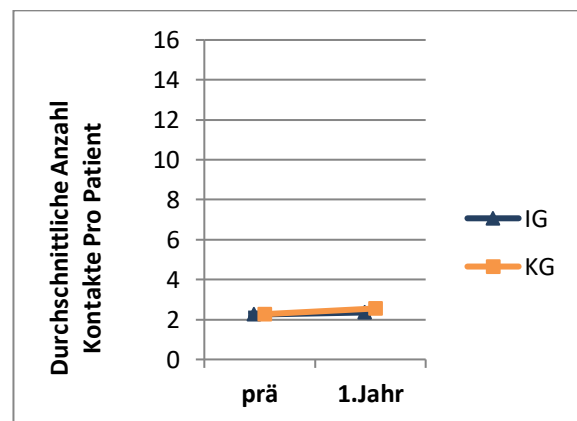
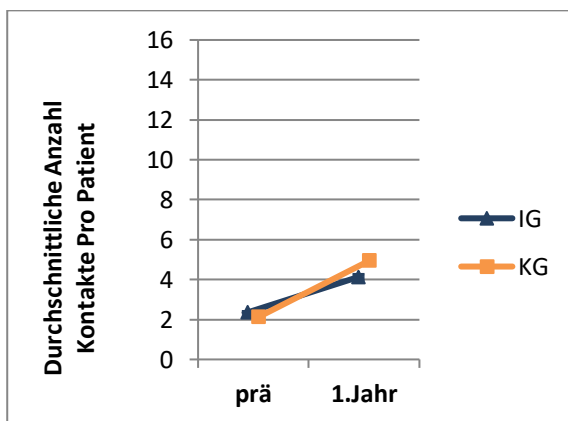
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

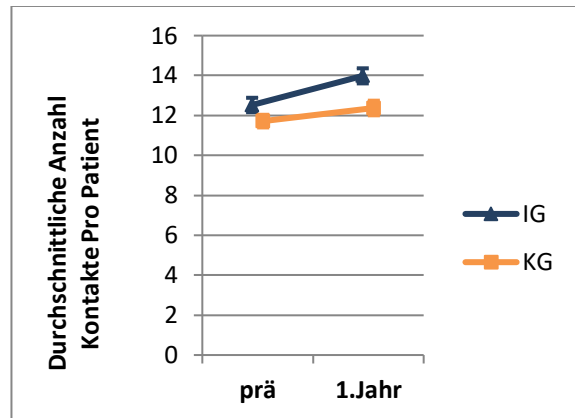
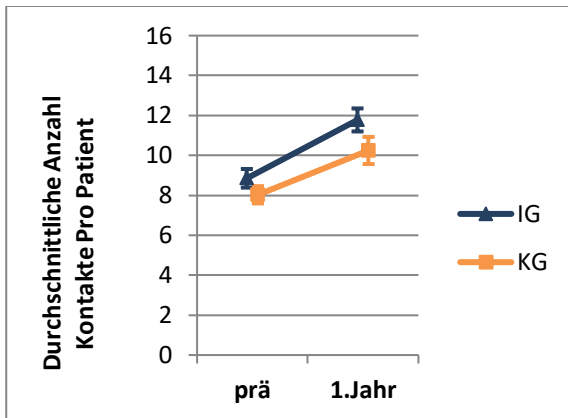


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



Klinikneue Patienten

Klinikbekannte Patienten

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

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

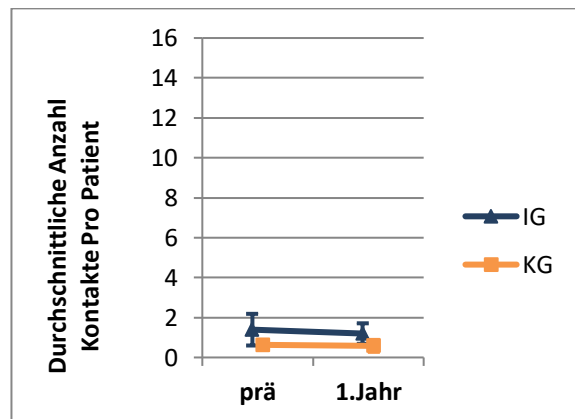
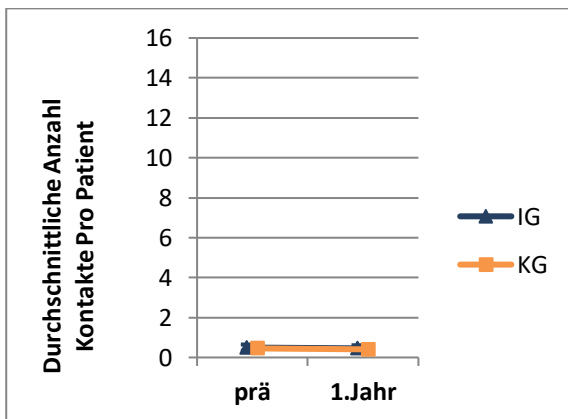
\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)



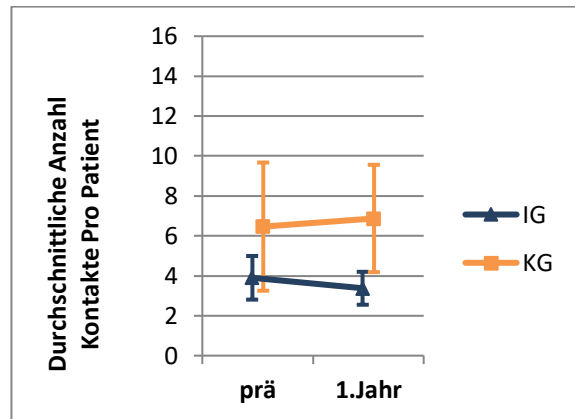
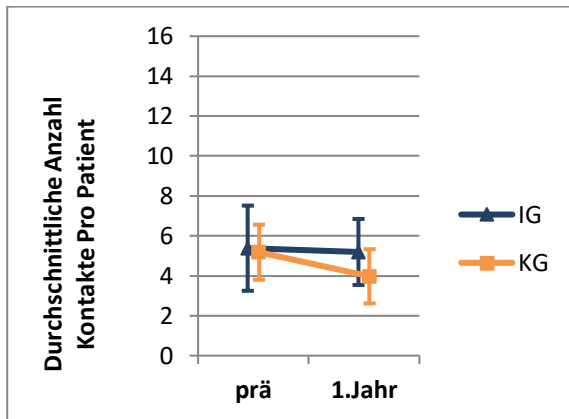
**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

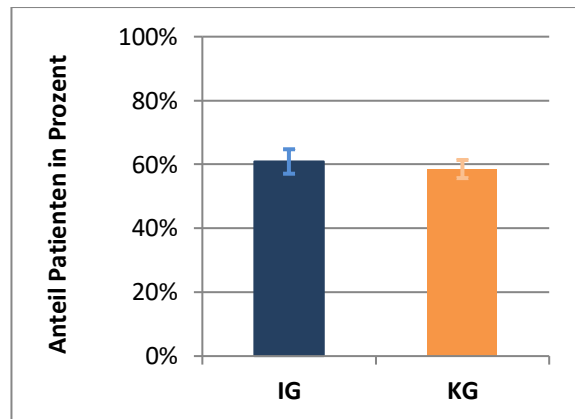
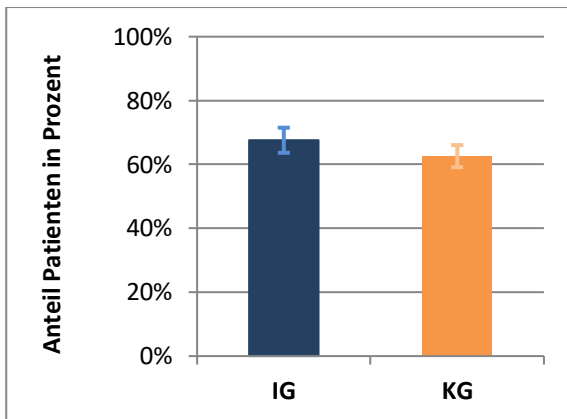
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

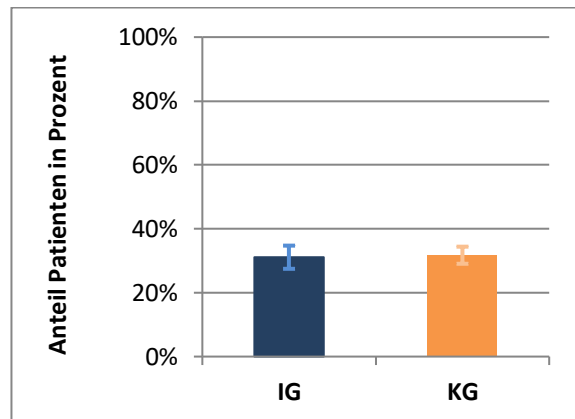
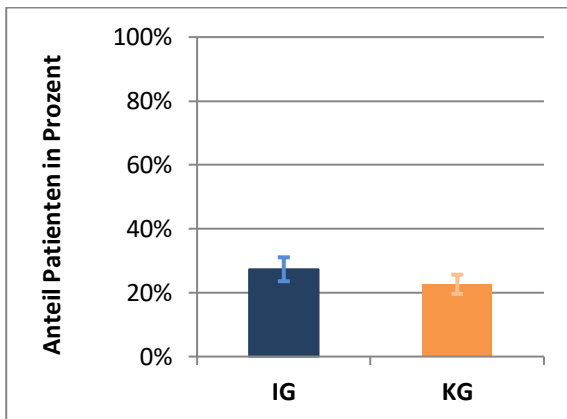
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

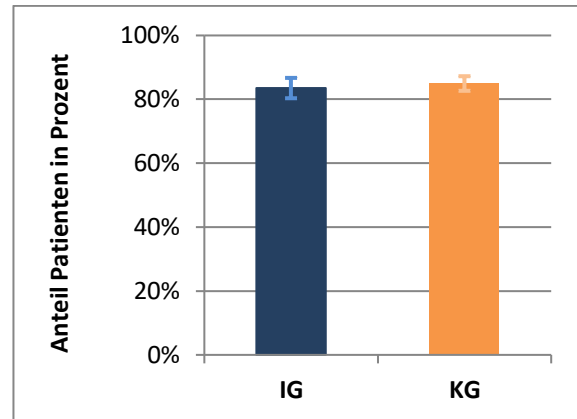
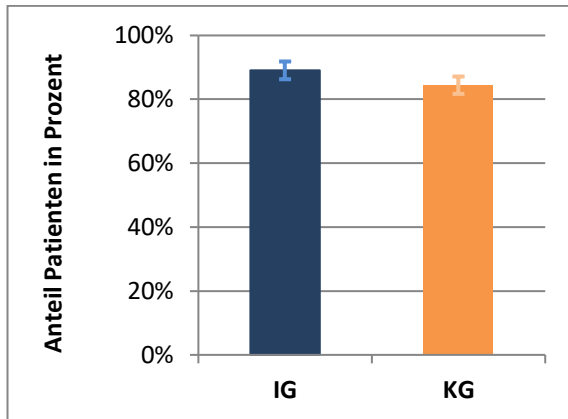


**Klinikneue Patienten**

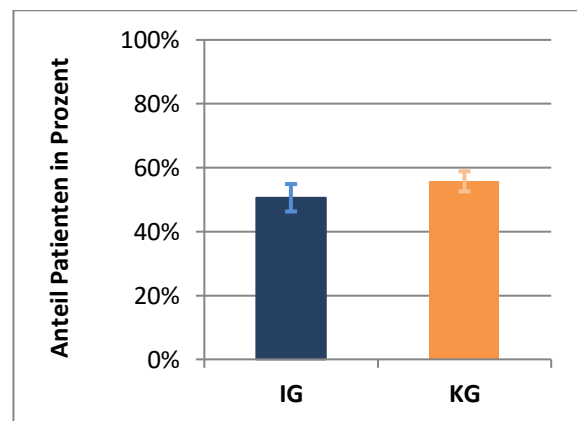
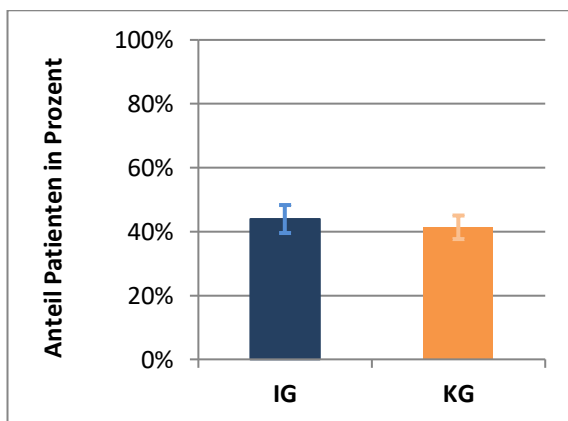
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



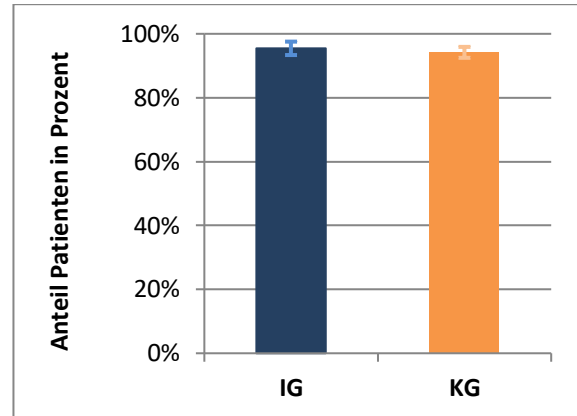
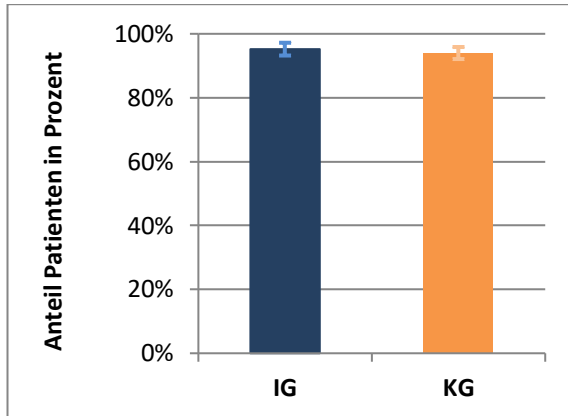


**Klinikneue Patienten**

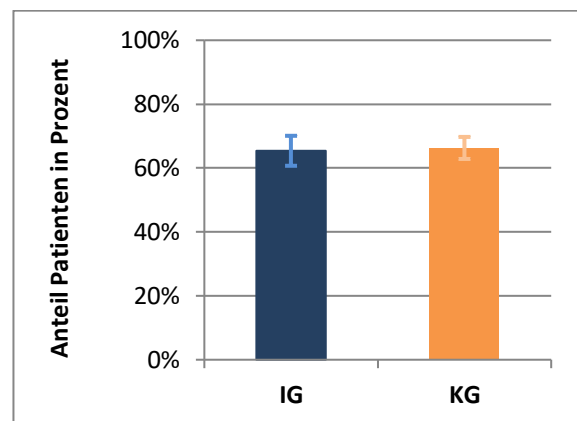
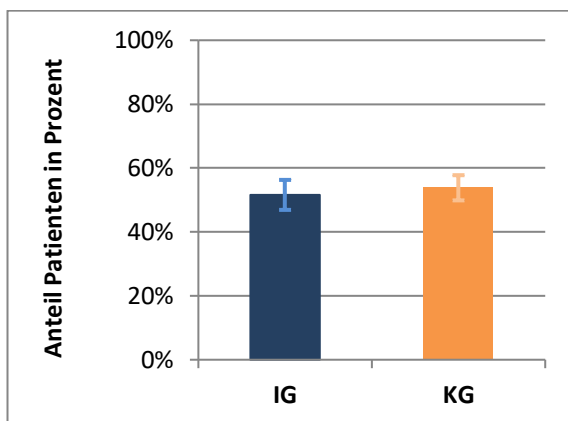
**Klinikbekannte Patienten**

**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:

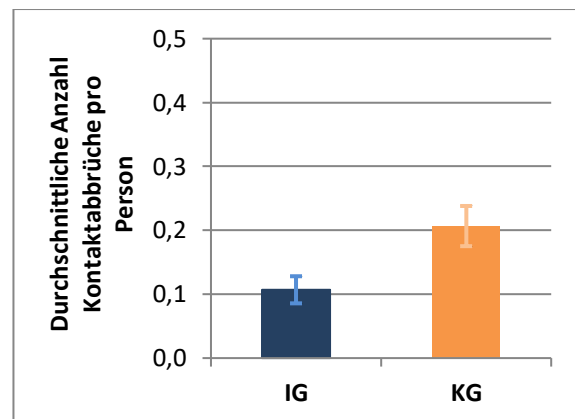
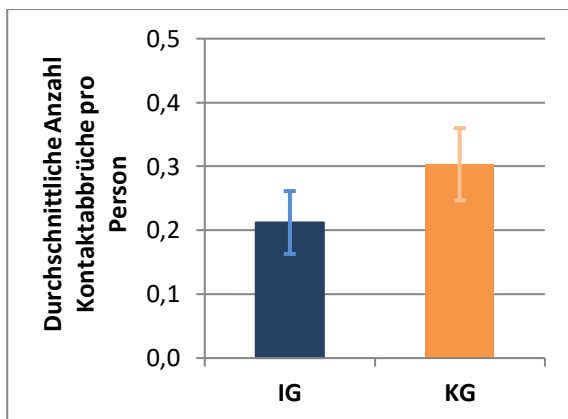
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

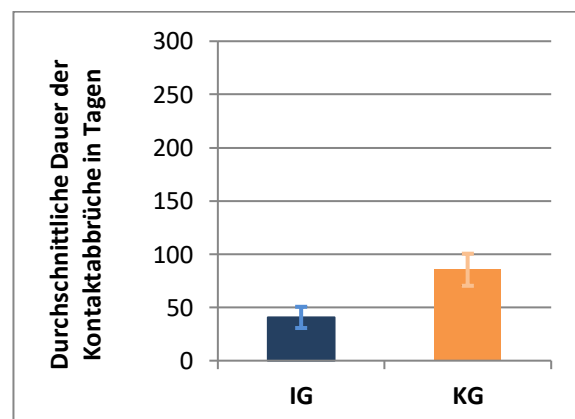
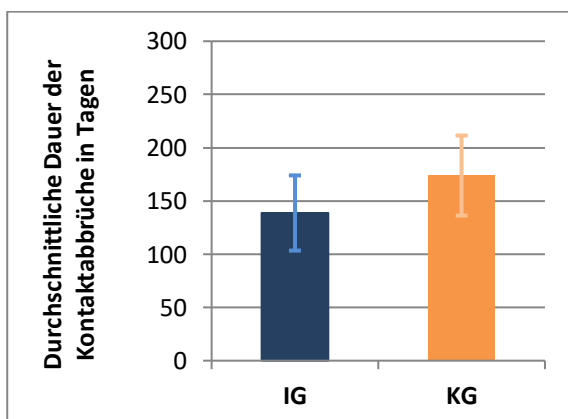


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

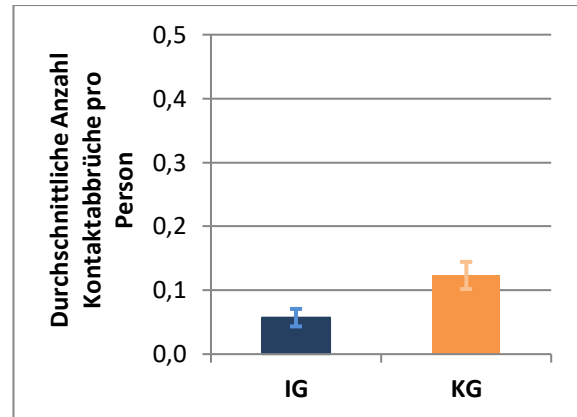
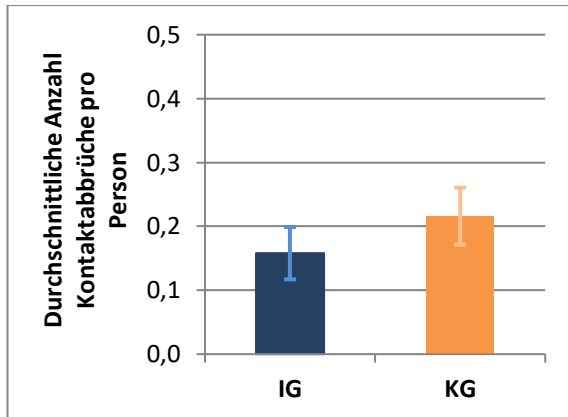


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

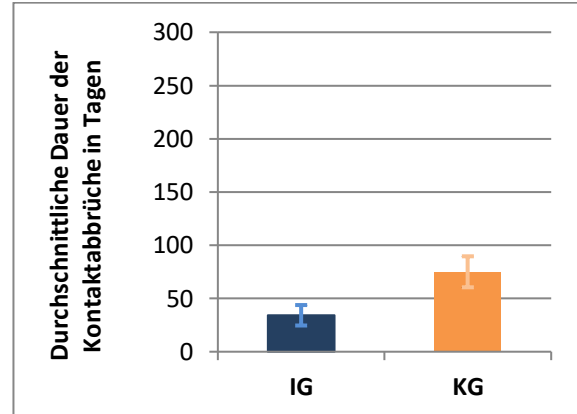
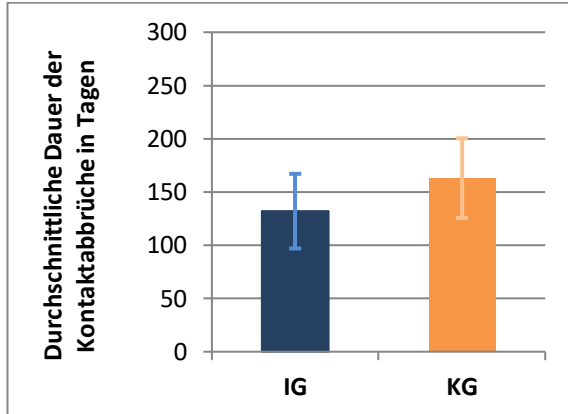


**Klinikneue Patienten**

**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:

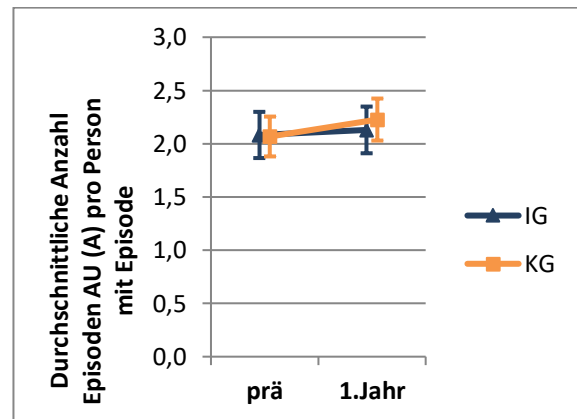
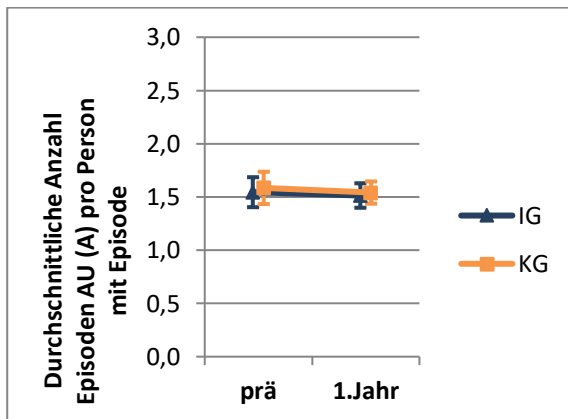
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

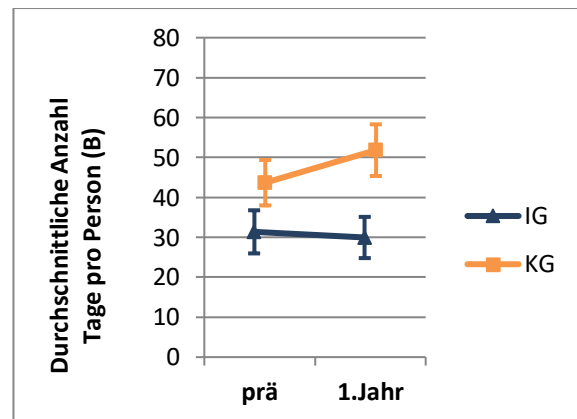
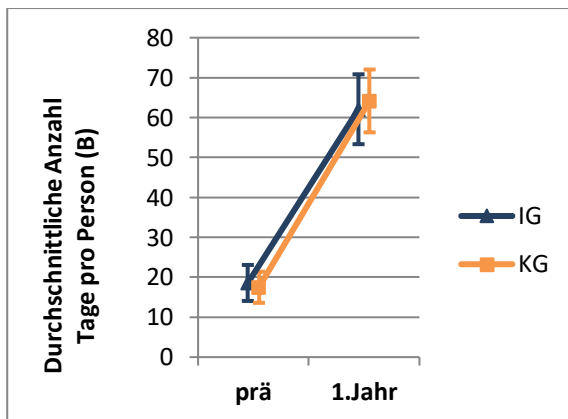
**Klinikbekannte Patienten**

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



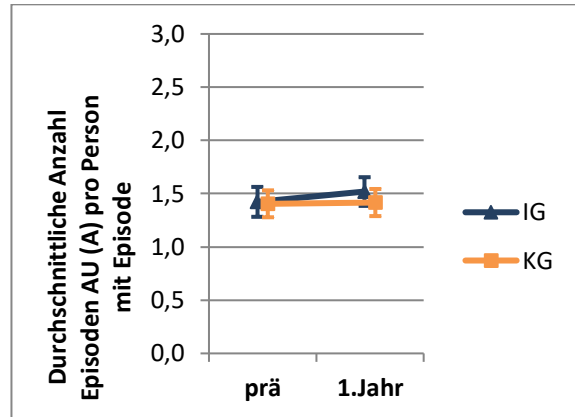
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

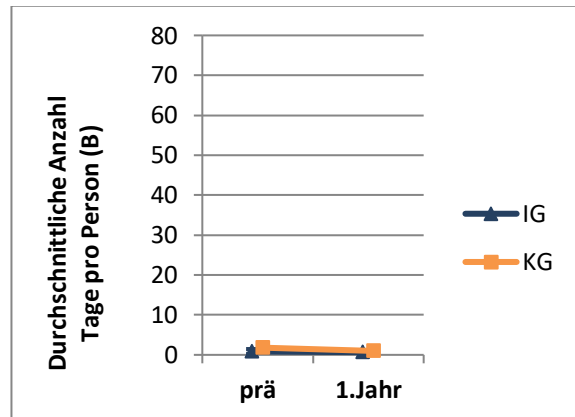
- **Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode**

Fallzahl zu klein



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

Fallzahl zu klein



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

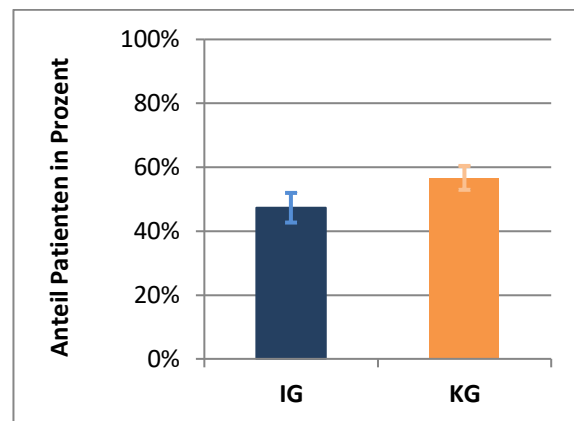
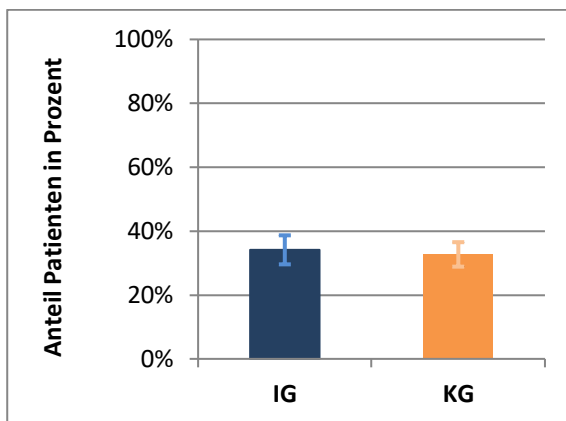
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

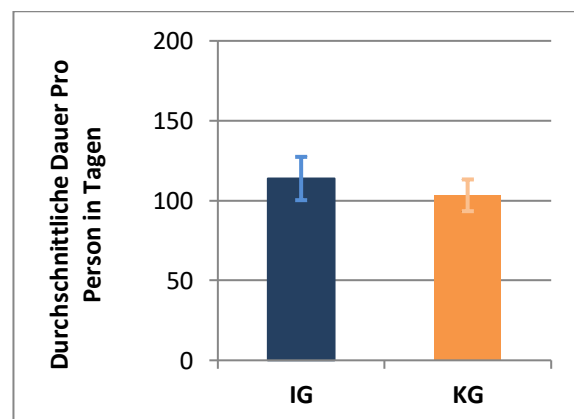
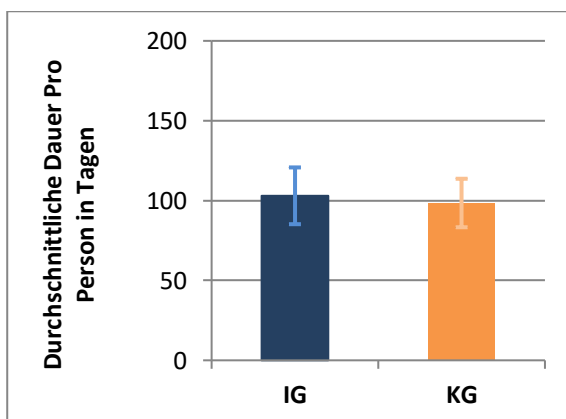
**Klinikneue Patienten**

**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**

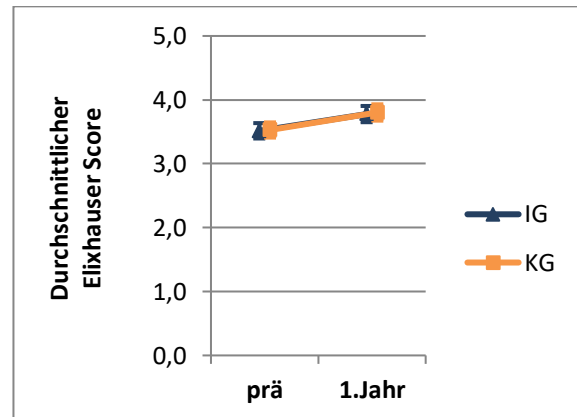
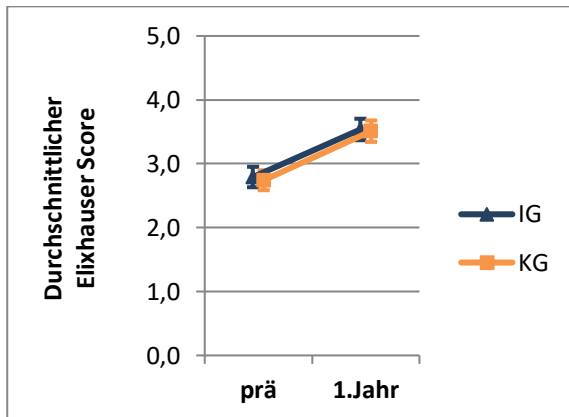
Legende für die folgenden Abbildungen:

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:

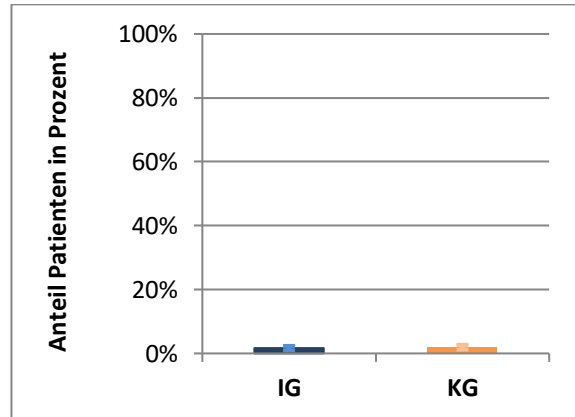
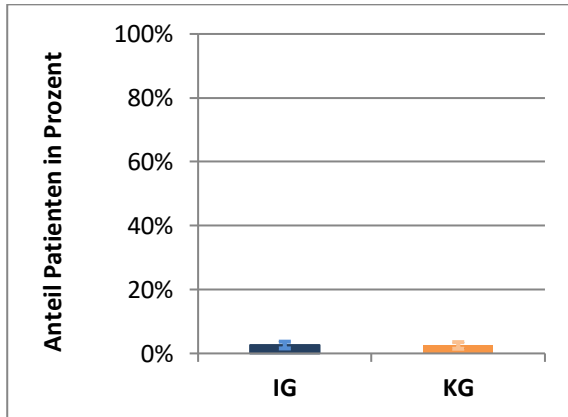
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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:

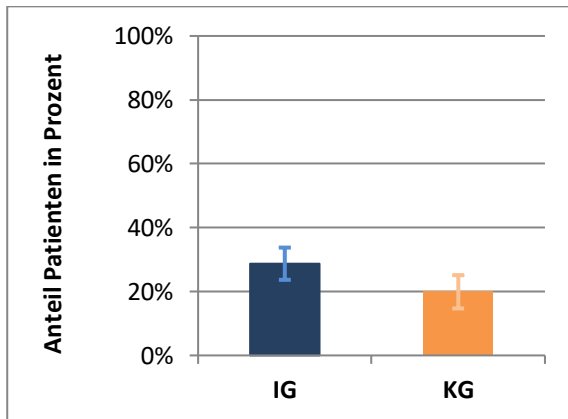
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

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



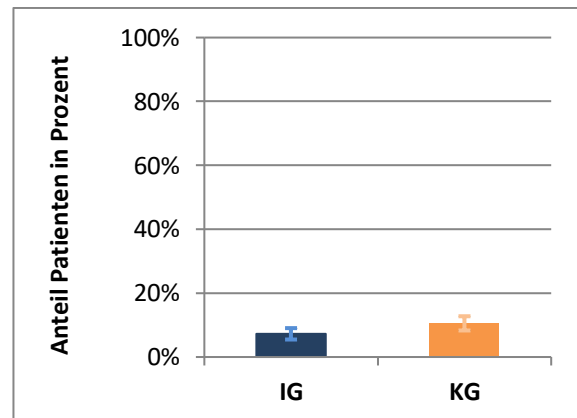
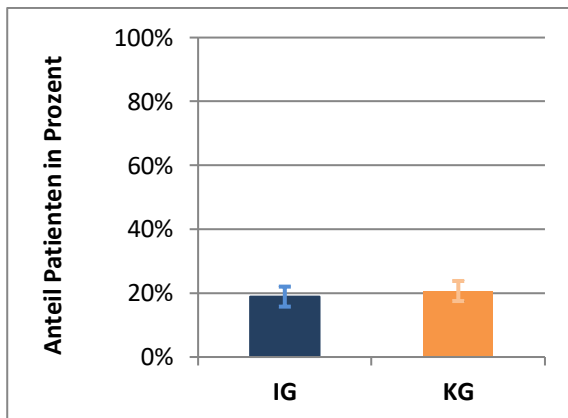
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**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

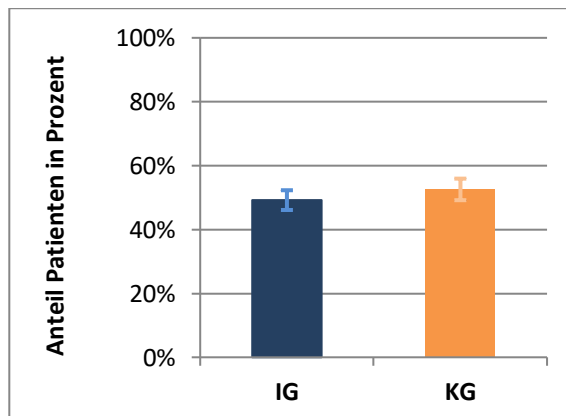
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

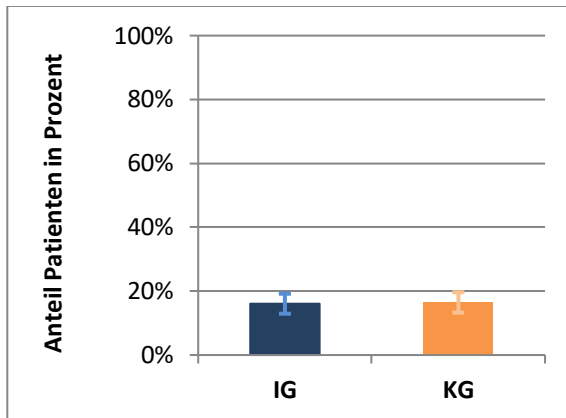
**Demenz F**

Fallzahl zu klein

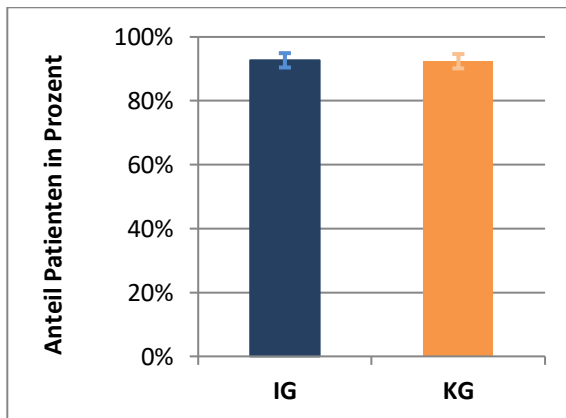
**Depression G**



**Depression I**



**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.

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 78: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-12,10*** -12,51...-11,69	kf	0,07 -0,09...0,24
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,53*** 0,50...0,57	kf	1,07 0,96...1,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,46 0,96-2,22	kf	1,11 0,68-1,82	0,53*** 0,50-0,57	kf	1,09 0,98-1,21
Gruppe	0,76 0,53-1,11	kf	1,15 0,78-1,70	1,20 0,89-1,61	kf	1,21 0,71-2,06
Zeit	6,28*** 4,65-8,48	kf	0,77 0,55-1,10	6,92*** 6,65-7,20	kf	1,11** 1,04-1,19
Indexgruppe 6 (F10)	2,45*** 1,80-3,34	kf	1,64* 1,06-2,54	2,05** 1,34-3,13	kf	1,45 0,68-3,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25 0,98-1,60	kf	0,70* 0,49-1,00	0,96 0,68-1,35	kf	0,46* 0,25-0,85
Indexgruppe 9 (F43)	0,70* 0,52-0,96	kf	0,65 0,40-1,03	0,34*** 0,23-0,52	kf	0,28** 0,12-0,63
Psy A <sup>1</sup>	1,48** 1,17-1,89	kf	1,22 0,85-1,75	1,50* 1,07-2,10	kf	0,78 0,42-1,45
Psy B <sup>2</sup>	1,36* 1,02-1,82	kf	1,42 0,95-2,12	1,66* 1,10-2,51	kf	2,80** 1,38-5,66
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,02*** 1,01-1,04	1,01* 1,00-1,02	kf	1,03*** 1,02-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,79-1,20	kf	1,20 0,87-1,66	0,94 0,70-1,26	kf	1,29 0,75-2,22
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06* 1,01-1,11	kf	1,38*** 1,28-1,48	1,05 0,98-1,12	kf	1,70*** 1,51-1,91
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,58* 1,09-2,28	kf	2,13** 1,34-3,38	1,86* 1,11-3,10	kf	4,84*** 2,07-11,30
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,08*** 1,68-2,57	kf	2,42*** 1,76-3,33	1,83*** 1,37-2,45	kf	3,82*** 2,24-6,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,47*** 0,38-0,59	kf	0,52*** 0,37-0,72	0,02*** 0,01-0,03	kf	0,36*** 0,21-0,62

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 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-2,05*** -2,46...-1,63	0,62*** 0,52...0,71	0,19** 0,06...0,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,82*** 0,79...0,84	1,95*** 1,71...2,22	1,18*** 1,08...1,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,30 0,97-1,73	2,41*** 2,40-2,43	1,40 0,96-2,03	0,83*** 0,80-0,85	2,00*** 1,75-2,28	1,18*** 1,08-1,28
Gruppe	0,83 0,67-1,03	0,42*** 0,42-0,42	0,78 0,58-1,05	0,84 0,62-1,14	0,39* 0,16-0,94	0,64* 0,42-0,97
Zeit	0,63*** 0,51-0,76	0,34*** 0,33-0,34	0,91 0,71-1,17	1,01 1,00-1,03	0,54*** 0,50-0,58	1,08** 1,02-1,14
Indexgruppe 6 (F10)	1,18 0,94-1,48	0,80 0,31-2,05	0,44*** 0,32-0,61	2,54*** 1,68-3,83	0,18** 0,06-0,56	0,26*** 0,15-0,47
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,67*** 0,54-0,83	0,78*** 0,77-0,78	0,52*** 0,38-0,70	0,59* 0,40-0,88	0,46 0,18-1,18	0,35*** 0,20-0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,81 0,35-1,92	0,01 0,00-130,97	0,87 0,25-3,00	3,71 0,75-18,24	0,00 0,00-8,17	0,54 0,04-6,77
Psy A <sup>1</sup>	1,46* 1,07-1,98	0,29*** 0,29-0,29	1,10 0,71-1,69	1,24 0,71-2,15	0,72 0,22-2,39	2,52* 1,13-5,66
Psy B <sup>2</sup>	1,00 0,83-1,21	0,90 0,37-2,16	1,49** 1,14-1,95	0,87 0,62-1,23	1,02 0,40-2,63	0,97 0,60-1,56
Alter	0,99*** 0,98-0,99	0,95*** 0,95-0,96	1,02*** 1,01-1,03	0,99 0,98-1,00	0,95** 0,92-0,98	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,88-1,22	0,73*** 0,72-0,73	1,12 0,90-1,41	1,18 0,88-1,58	0,31** 0,13-0,74	1,47 0,98-2,22
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,99-1,07	1,28*** 1,27-1,28	1,29*** 1,23-1,36	1,04 0,97-1,11	1,14 0,95-1,38	1,37*** 1,25-1,50
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28 1,00-1,63	0,70*** 0,69-0,70	2,02*** 1,50-2,72	1,38 0,90-2,11	0,92 0,24-3,54	3,85*** 2,19-6,76
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	8,47*** 6,93-10,35	1,61 0,83-3,12	3,35*** 2,61-4,30	38,45*** 28,09-52,62	1,45 0,59-3,54	3,69*** 2,40-5,66
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,18*** 0,15-0,23	0,49 0,24-1,04	0,46*** 0,35-0,61	0,02*** 0,01-0,03	0,57 0,23-1,38	0,23*** 0,14-0,38

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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-8,42*** -8,82...-8,01	kf	-0,23** -0,38...-0,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,46*** 0,42...0,49	kf	0,91 0,80...1,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,87 0,54-1,40	kf	0,88 0,51-1,53	0,46*** 0,42-0,50	kf	0,87* 0,77-0,99
Gruppe	1,12 0,73-1,72	kf	1,13 0,72-1,77	1,26 0,91-1,75	kf	1,26 0,72-2,19
Zeit	9,40*** 6,56-13,47	kf	1,23 0,84-1,82	14,23*** 13,40-15,11	kf	1,37*** 1,27-1,49
Indexgruppe 6 (F10)	2,09*** 1,56-2,78	kf	2,01** 1,28-3,16	2,02** 1,32-3,09	kf	1,32 0,64-2,71
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,81-1,33	kf	0,68 0,45-1,02	0,78 0,54-1,14	kf	0,34** 0,18-0,66
Indexgruppe 9 (F43)	0,45*** 0,33-0,62	kf	0,47** 0,28-0,78	0,41*** 0,27-0,61	kf	0,24*** 0,11-0,52
Psy A <sup>1</sup>	1,32* 1,03-1,71	kf	1,55* 1,02-2,35	1,42 0,97-2,07	kf	3,35*** 1,74-6,44
Psy B <sup>2</sup>	1,19 0,88-1,61	kf	1,09 0,69-1,73	1,06 0,66-1,69	kf	0,75 0,36-1,54
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,02*** 1,01-1,03	1,01 1,00-1,02	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,82-1,27	kf	1,12 0,78-1,61	1,02 0,74-1,41	kf	0,60 0,34-1,06
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,95-1,05	kf	1,23*** 1,14-1,33	1,00 0,93-1,08	kf	1,36*** 1,21-1,54
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,64-1,55	kf	3,16*** 1,75-5,69	0,96 0,50-1,85	kf	7,29*** 2,74-19,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,55*** 1,24-1,93	kf	2,29*** 1,58-3,31	1,12 0,81-1,55	kf	4,16*** 2,32-7,46
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54*** 0,43-0,68	kf	0,49*** 0,34-0,71	0,02*** 0,01-0,02	kf	0,36*** 0,21-0,64

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, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr**

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-11,17*** -11,46...-10,88
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-8,20*** -8,48...-7,92
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-9,19*** -9,49...-8,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,43*** 0,41...0,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,45*** 0,42...0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,34*** 0,32...0,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,43*** 0,43-0,43
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,45*** 0,42-0,48
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,34*** 0,32-0,37

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

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,38*** 1,38-1,38
Zeit	8,35*** 8,35-8,36
Indexgruppe 6 (F10)	2,42*** 2,03-2,90
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,98*** 0,98-0,98
Indexgruppe 9 (F43)	0,36*** 0,36-0,36
Psy A <sup>1</sup>	1,57*** 1,57-1,57
Psy B <sup>2</sup>	1,23*** 1,23-1,23
Alter	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,01*** 1,00-1,01
Komorbidität <sup>3</sup>	0,99*** 0,99-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,30*** 1,74-3,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,48*** 1,48-1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,02-0,02
2. vs. 1.Jahr	0,74*** 0,74-0,74
3. vs. 1.Jahr	0,71*** 0,71-0,71

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 82: 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)	—	-1,04*** -1,29...-0,80	0,70** 0,29...1,12	—	kf	0,01 -0,08...0,10	kf	1,02*** 0,73...1,31
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,76*** 0,70...0,82	1,04 1,00...1,09	—	kf	1,03 0,84...1,25	kf	1,26*** 1,19...1,34
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,75*** 0,70-0,81	1,04 1,00-1,09	—	kf	1,01 0,83-1,23	kf	1,19*** 1,12-1,26
Gruppe	2,73*** 2,60-2,86	1,07 0,80-1,45	1,08 0,98-1,18	kf	kf	0,88 0,54-1,45	kf	0,65 0,39-1,07
Zeit	—	2,33*** 2,20-2,46	1,28*** 1,24-1,32	—	kf	0,88 0,77-1,02	kf	0,81*** 0,77-0,85
Indexgruppe 6 (F10)	0,78*** 0,72-0,84	0,24*** 0,15-0,39	1,01 0,88-1,15	kf	kf	0,44* 0,21-0,95	kf	0,46 0,21-1,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40*** 1,33-1,47	1,46* 1,04-2,06	1,22*** 1,10-1,36	kf	kf	0,83 0,46-1,48	kf	1,28 0,71-2,33
Indexgruppe 9 (F43)	0,69*** 0,65-0,74	0,57** 0,38-0,87	0,89 0,78-1,01	kf	kf	0,69 0,34-1,37	kf	1,09 0,54-2,22
Psy A <sup>1</sup>	1,50*** 1,43-1,58	2,99*** 2,13-4,18	1,44*** 1,30-1,59	kf	kf	0,82 0,47-1,42	kf	2,21** 1,25-3,91
Psy B <sup>2</sup>	1,29*** 1,22-1,36	2,84*** 1,90-4,23	1,29*** 1,14-1,46	kf	kf	0,42* 0,19-0,89	kf	0,22*** 0,10-0,44
Alter	0,99*** 0,99-0,99	0,98** 0,97-0,99	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,98* 0,97-1,00	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,73*** 0,70-0,76	1,34 0,99-1,80	1,12* 1,03-1,23	kf	kf	0,43** 0,26-0,70	kf	2,04** 1,22-3,38
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94*** 0,93-0,95	1,04 0,97-1,12	1,14*** 1,11-1,16	kf	kf	1,22** 1,09-1,38	kf	1,30*** 1,15-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,97-1,15	0,48* 0,27-0,84	1,07 0,91-1,25	kf	kf	1,49 0,62-3,56	kf	2,82* 1,08-7,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,01 0,96-1,05	1,70*** 1,27-2,27	1,38*** 1,27-1,51	kf	kf	0,66 0,41-1,07	kf	2,58*** 1,57-4,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,94-1,03	0,87 0,64-1,19	1,15** 1,05-1,26	kf	kf	0,84 0,51-1,41	kf	3,04*** 1,77-5,21

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 83: 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)	—	-0,18* -0,34...-0,02	0,80*** 0,43...1,18	—	kf	-0,14** -0,25...-0,04	kf	-0,93*** -1,17...-0,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	0,93* 0,87...1,00	1,06*** 1,03...1,09	—	kf	0,94 0,83...1,05	kf	0,81*** 0,78...0,85
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	0,92* 0,86-0,99	1,06*** 1,03-1,09	—	kf	0,91 0,81-1,02	kf	0,83*** 0,79-0,87
Gruppe	1,39*** 1,36-1,43	0,83 0,59-1,18	1,08* 1,01-1,16	kf	kf	0,69 0,45-1,04	kf	0,33*** 0,20-0,53
Zeit	—	1,13*** 1,07-1,18	1,06*** 1,03-1,08	—	kf	0,92 0,84-1,01	kf	1,06*** 1,03-1,09
Indexgruppe 6 (F10)	1,49*** 1,44-1,54	0,46** 0,28-0,75	0,77*** 0,70-0,84	kf	kf	0,77 0,44-1,34	kf	0,41* 0,21-0,81
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,06** 1,02-1,10	2,47*** 1,55-3,94	0,97 0,89-1,06	kf	kf	0,70 0,41-1,18	kf	1,96* 1,06-3,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,87-1,18	3,92 0,58-26,52	1,18 0,80-1,73	kf	kf	0,09 0,00-3,27	kf	0,11 0,00-6,24
Psy A <sup>1</sup>	1,33*** 1,26-1,41	5,15*** 2,65-10,01	1,11 0,98-1,26	kf	kf	0,81 0,40-1,64	kf	0,98 0,41-2,36
Psy B <sup>2</sup>	1,02 1,00-1,05	0,90 0,60-1,34	1,34*** 1,24-1,45	kf	kf	0,52** 0,33-0,83	kf	1,06 0,61-1,83
Alter	0,99*** 0,99-0,99	0,98** 0,96-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97*** 0,96-0,99	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,96** 0,94-0,98	1,87*** 1,32-2,63	1,11** 1,04-1,18	kf	kf	0,79 0,53-1,18	kf	1,57 0,99-2,51
Komorbidität <sup>3</sup>	0,99** 0,98-1,00	0,99 0,91-1,07	1,17*** 1,15-1,19	kf	kf	1,23*** 1,12-1,36	kf	1,15* 1,03-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13*** 1,10-1,17	0,60 0,36-1,01	1,29*** 1,18-1,42	kf	kf	0,53 0,27-1,02	kf	1,44 0,72-2,88
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17*** 1,14-1,20	3,05*** 2,14-4,34	1,10** 1,03-1,18	kf	kf	0,63* 0,41-0,96	kf	1,34 0,83-2,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,47*** 1,42-1,53	0,34*** 0,22-0,52	1,05 0,96-1,14	kf	kf	1,11 0,67-1,85	kf	2,11* 1,14-3,93

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, 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)	5,43*** 5,19...5,67	-0,37** -0,62...-0,12	0,85*** 0,41...1,28	kf	kf	-0,09 -0,19...0,01	kf	3,58*** 3,24...3,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,42*** 1,95...3,02	0,89** 0,82...0,97	1,06** 1,02...1,11	kf	kf	0,87 0,71...1,06	kf	1,80*** 1,70...1,90
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,35*** 1,89-2,92	0,88*** 0,88-0,88	1,06** 1,02-1,11	kf	kf	0,87 0,71-1,05	kf	1,83*** 1,73-1,94
Gruppe	0,87 0,67-1,14	1,00*** 1,00-1,00	1,15** 1,04-1,27	kf	kf	1,63* 1,01-2,62	kf	0,50* 0,28-0,89
Zeit	15,86*** 13,48-18,66	2,82*** 2,82-2,83	1,21*** 1,18-1,25	kf	kf	0,94 0,81-1,10	kf	0,73*** 0,71-0,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,64** 0,49-0,82	0,31*** 0,31-0,31	0,95 0,83-1,09	kf	kf	0,64 0,33-1,24	kf	0,69 0,30-1,56
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,88-1,32	2,61*** 2,60-2,61	1,09 0,98-1,23	kf	kf	0,59 0,34-1,03	kf	2,45* 1,22-4,93
Indexgruppe 9 (F43)	0,49*** 0,39-0,61	0,89*** 0,89-0,89	0,88 0,78-1,00	kf	kf	0,42** 0,22-0,80	kf	2,00 0,92-4,32
Psy A <sup>1</sup>	1,13 0,93-1,38	2,70*** 2,70-2,70	1,50*** 1,34-1,69	kf	kf	0,75 0,43-1,32	kf	0,99 0,51-1,96
Psy B <sup>2</sup>	1,11 0,86-1,42	2,47*** 2,47-2,47	1,34*** 1,17-1,54	kf	kf	1,43 0,72-2,85	kf	2,03 0,86-4,78
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,99*** 0,99-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,98-1,01	kf	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,90-1,27	1,68*** 1,68-1,68	1,16** 1,05-1,28	kf	kf	0,62* 0,39-0,99	kf	1,21 0,68-2,17
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,96-1,04	0,86*** 0,86-0,86	1,15*** 1,13-1,18	kf	kf	1,15* 1,03-1,28	kf	1,13 0,98-1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27 0,89-1,83	0,57*** 0,57-0,57	1,59*** 1,31-1,94	kf	kf	1,03 0,40-2,65	kf	7,05** 1,83-27,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18 0,99-1,41	2,26*** 2,26-2,26	1,41*** 1,28-1,56	kf	kf	1,20 0,75-1,94	kf	2,10* 1,16-3,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,55*** 2,91-4,32	0,79*** 0,79-0,79	1,08 0,98-1,20	kf	kf	0,86 0,52-1,41	kf	1,88* 1,02-3,49

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 Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,14 0,99-1,31	1,08 0,95-1,23	1,04 0,91-1,19
Indexgruppe 6 (F10)	1,31** 1,07-1,59	1,41*** 1,18-1,68	1,35** 1,13-1,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,30** 1,09-1,53	1,19* 1,02-1,38	1,19* 1,02-1,39
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,68-1,05	0,93 0,77-1,12	0,91 0,75-1,10
Psy A <sup>1</sup>	1,09 0,92-1,28	1,17* 1,01-1,36	1,04 0,90-1,21
Psy B <sup>2</sup>	1,10 0,91-1,33	1,07 0,89-1,27	1,12 0,94-1,35
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,82-1,09	0,96 0,84-1,10	1,04 0,91-1,18
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04* 1,00-1,07	1,03 1,00-1,06	1,01 0,98-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,93-1,47	1,15 0,93-1,42	1,06 0,85-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21** 1,05-1,40	1,20** 1,05-1,36	1,13 0,99-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,24-0,33	0,30*** 0,26-0,34	0,27*** 0,24-0,32

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 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,07 0,93-1,22	0,99 0,87-1,12	1,01 0,89-1,16
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,87-1,22	0,97 0,83-1,12	0,97 0,82-1,14
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,93 0,79-1,09	0,85* 0,73-0,99	0,90 0,76-1,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,77 0,38-1,55	0,73 0,38-1,40	0,85 0,44-1,64
Psy A <sup>1</sup>	1,04 0,83-1,30	1,00 0,82-1,22	1,06 0,86-1,31
Psy B <sup>2</sup>	1,17* 1,01-1,35	1,07 0,94-1,23	0,99 0,86-1,14
Alter	0,99*** 0,98-0,99	0,99*** 0,99-1,00	0,99** 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,88-1,13	0,98 0,87-1,09	0,97 0,86-1,10
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06*** 1,04-1,09	1,06*** 1,04-1,09	1,04** 1,01-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,20* 1,00-1,42	1,16 0,98-1,36	1,19 1,00-1,42
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,82*** 1,56-2,13	1,70*** 1,47-1,95	1,46*** 1,27-1,69
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,18-0,24	0,22*** 0,19-0,25	0,19*** 0,17-0,22

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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt)**

	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)	0,12 -0,28...0,51	0,20 -0,29...0,69	0,11 -0,42...0,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,11 0,63...1,95	1,21 0,73...2,02	1,12 0,65...1,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,66 0,38-1,16	0,71 0,43-1,18	0,66 0,39-1,14
Gruppe	1,68 0,97-2,91	1,47 0,90-2,42	1,45 0,86-2,46
Zeit	18,87*** 12,41-28,70	17,67*** 12,23-25,52	19,70*** 13,39-29,00
Indexgruppe 6 (F10)	1,26** 1,06-1,51	1,26** 1,07-1,47	1,27** 1,08-1,49
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,98-1,35	1,03 0,89-1,20	1,08 0,93-1,26
Indexgruppe 9 (F43)	0,73** 0,60-0,89	0,77** 0,65-0,92	0,87 0,73-1,03
Psy A <sup>1</sup>	1,25** 1,06-1,47	1,20* 1,03-1,39	1,08 0,93-1,27
Psy B <sup>2</sup>	1,08 0,89-1,30	1,07 0,90-1,27	1,09 0,90-1,30
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,89-1,19	1,01 0,89-1,15	1,05 0,92-1,20
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,97-1,03	1,00 0,97-1,03	1,00 0,97-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,77-1,34	0,95 0,73-1,22	1,03 0,79-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27** 1,10-1,47	1,20** 1,06-1,37	1,19* 1,04-1,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30*** 0,25-0,35	0,29*** 0,25-0,33	0,28*** 0,24-0,33

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 Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,97 0,72-1,31	1,17*** 1,15-1,18	1,00 0,71-1,41	1,19*** 1,17-1,20
Indexgruppe 6 (F10)	2,68*** 1,91-3,76	2,27*** 2,24-2,31	2,19*** 1,45-3,33	2,18*** 2,15-2,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,78 0,57-1,06	0,74*** 0,73-0,75	0,74 0,52-1,07	0,74*** 0,73-0,75
Indexgruppe 9 (F43)	0,94 0,60-1,48	1,18*** 1,16-1,19	1,05 0,64-1,75	1,21*** 1,19-1,23
Psy B <sup>2</sup>	0,79 0,59-1,06	0,68*** 0,67-0,69	0,73 0,52-1,03	0,67*** 0,66-0,68
Alter	1,01 1,00-1,02	1,01*** 1,01-1,01	1,01 1,00-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,63-1,10	1,15*** 1,14-1,17	0,96 0,69-1,35	1,20*** 1,19-1,22
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,99-1,11	1,00 1,00-1,00	1,02 0,95-1,09	0,99*** 0,99-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24 0,81-1,90	1,28*** 1,26-1,30	1,33 0,81-2,17	1,30*** 1,28-1,33
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,74-1,30	0,86*** 0,85-0,87	0,92 0,67-1,28	0,85*** 0,84-0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,33*** 0,24-0,44	0,30*** 0,30-0,31	0,34*** 0,24-0,48	0,30*** 0,30-0,31

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 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	0,99 0,79-1,25	0,94*** 0,93-0,95	0,88 0,64-1,19	0,90*** 0,89-0,91
Indexgruppe 6 (F10)	0,48*** 0,37-0,62	0,48*** 0,48-0,49	0,54** 0,39-0,77	0,50*** 0,49-0,51
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,49*** 0,38-0,63	0,60*** 0,59-0,61	0,54*** 0,39-0,75	0,63*** 0,62-0,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,47-2,75	1,32*** 1,27-1,38	1,61 0,59-4,36	1,43*** 1,37-1,49
Psy B <sup>2</sup>	0,76* 0,61-0,94	0,51*** 0,50-0,51	0,64** 0,48-0,84	0,46*** 0,45-0,46
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01*** 1,01-1,01	1,01 1,00-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,83-1,25	1,16*** 1,15-1,17	1,21 0,92-1,60	1,23*** 1,21-1,24
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,99-1,08	1,01*** 1,00-1,01	1,01 0,95-1,07	1,00** 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,87-1,57	1,32*** 1,30-1,34	1,36 0,93-1,98	1,39*** 1,37-1,41
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36* 1,07-1,73	1,08*** 1,07-1,10	1,13 0,83-1,55	1,01 1,00-1,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,16*** 0,13-0,20	0,12*** 0,12-0,12	0,14*** 0,10-0,20	0,11*** 0,11-0,11

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;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 90: 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 91: 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
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: '\*\*\*' <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 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Psy A <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: '\*\*\*' <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 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 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
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: '\*\*\*' <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 94: 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)	-0,14 -0,30...0,02	-3,16*** -4,25...-2,08	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,91 0,75...1,11	0,91*** 0,88...0,94	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,91 0,75-1,11	0,91*** 0,88-0,94	kf	kf
Gruppe	1,05 0,88-1,24	1,01 0,72-1,41	kf	kf
Zeit	1,79*** 1,57-2,04	3,67*** 3,59-3,75	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,35** 1,13-1,61	1,13 0,67-1,88	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19* 1,03-1,38	2,19*** 1,46-3,30	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,17 1,00-1,37	0,99 0,63-1,57	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,33*** 1,17-1,51	1,91** 1,32-2,77	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,06 0,89-1,26	0,98 0,59-1,65	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02* 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,81-1,03	1,04 0,75-1,45	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03* 1,00-1,07	1,03 0,93-1,13	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60* 0,39-0,93	0,51 0,18-1,48	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,70*** 0,62-0,79	0,20*** 0,14-0,29	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 95: 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)	-0,10 -0,26...0,06	-9,55*** -10,52...-8,58	0,04 0,00...0,08	0,63*** 0,47...0,79
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,93 0,80...1,08	0,80*** 0,78...0,83	1,78 0,96...3,31	1,43*** 1,22...1,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,80-1,09	0,80*** 0,78-0,82	1,59 0,85-2,94	1,37*** 1,17-1,61
Gruppe	1,11 0,94-1,31	1,01 0,70-1,48	1,00 0,48-2,08	0,64 0,26-1,62
Zeit	1,13* 1,03-1,25	1,19*** 1,17-1,21	0,60* 0,39-0,92	0,54*** 0,49-0,59
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,75-1,10	1,09 0,67-1,79	0,25** 0,10-0,62	0,15** 0,04-0,51
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,10 0,92-1,32	2,54*** 1,60-4,02	0,60 0,28-1,29	0,47 0,17-1,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,12* 1,14-3,95	9,85** 1,76-55,13	0,80 0,06-10,56	0,16 0,00-12,11
Psy A <sup>1</sup>	1,21 0,96-1,53	2,81** 1,54-5,14	0,66 0,25-1,76	0,45 0,13-1,56
Psy B <sup>2</sup>	0,93 0,79-1,09	0,42*** 0,28-0,64	1,43 0,67-3,06	1,30 0,47-3,57
Alter	0,98*** 0,98-0,99	0,96*** 0,94-0,97	0,93*** 0,90-0,96	0,92*** 0,88-0,96
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,77-1,02	0,97 0,68-1,40	0,65 0,33-1,28	0,45 0,18-1,13
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08*** 1,04-1,12	1,14* 1,03-1,26	1,24* 1,04-1,47	1,21 0,95-1,54
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,82-1,41	0,92 0,45-1,88	1,83 0,56-5,97	0,37 0,04-3,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30*** 0,25-0,35	0,04*** 0,03-0,06	0,44* 0,21-0,92	0,42 0,16-1,10

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

	<b>Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden</b>	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>	<b>Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Andere F- Diagnose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,20** -0,35...-0,05	7,00*** 5,82...8,18	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,81* 0,67...0,99	1,04* 1,01...1,07	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81* 0,67-0,99	1,04* 1,01-1,07	kf	kf
Gruppe	1,14 0,97-1,34	1,09 0,79-1,51	kf	kf
Zeit	2,05*** 1,79-2,35	3,75*** 3,67-3,83	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,10 0,96-1,27	0,87 0,56-1,36	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,20** 1,06-1,36	3,75*** 2,54-5,55	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,83-1,10	0,64* 0,42-0,97	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,13* 1,01-1,28	1,18 0,82-1,70	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,97 0,83-1,12	0,75 0,46-1,23	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,02	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,84-1,03	1,08 0,79-1,48	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04** 1,01-1,06	1,11* 1,02-1,21	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,36*** 0,21-0,63	0,09*** 0,03-0,30	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73*** 0,66-0,82	0,22*** 0,15-0,31	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 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr**

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-3,58*** -4,38...-2,78
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,25** 0,41...2,08
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,85*** 0,98...2,71
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,85*** 0,83...0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,93*** 0,90...0,95
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,94*** 0,91...0,96
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,85*** 0,83-0,87
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,93*** 0,91-0,95
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,93*** 0,91-0,95

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	0,96 0,74-1,23
Zeit	2,94*** 2,89-2,99
Indexgruppe 6 (F10)	0,99 0,77-1,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,13*** 2,54-3,87
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,68-1,08
Psy A <sup>1</sup>	1,39** 1,14-1,70
Psy B <sup>2</sup>	0,80 0,61-1,04
Alter	1,01** 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,85-1,21
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08** 1,03-1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,35** 0,19-0,65
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,19-0,28
2. vs. 1.Jahr	0,91 0,68-1,21
3. vs. 1.Jahr	0,98 0,74-1,31

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 98: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,11 0,83-1,48	1,06*** 1,03-1,08
Index- gruppe 6 (F10)	1,40 0,95-2,05	1,45*** 1,41-1,49
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,92 0,65-1,30	0,90*** 0,87-0,92
Index- gruppe 9 (F43)	0,67 0,44-1,03	0,94*** 0,90-0,97
Psy A <sup>1</sup>	0,85 0,61-1,19	1,05** 1,02-1,08
Psy B <sup>2</sup>	1,58* 1,06-2,34	1,31*** 1,27-1,35
Alter	0,98** 0,97-0,99	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,57-1,02	1,14*** 1,11-1,16
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07 1,00-1,14	1,00 1,00-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28 0,79-2,07	0,83*** 0,80-0,87
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04 0,78-1,39	0,89*** 0,87-0,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,90 0,67-1,22	0,83*** 0,81-0,85

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 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,81 0,62-1,07	1,07*** 1,05-1,09
Index- gruppe 6 (F10)	0,70 0,49-1,00	1,03* 1,01-1,05
Index- gruppe 7 (F20-F29)	0,42*** 0,30-0,60	0,87*** 0,85-0,89
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,26 0,30-5,39	1,61*** 1,51-1,72
Psy A <sup>1</sup>	0,96 0,61-1,50	0,81*** 0,79-0,83
Psy B <sup>2</sup>	1,99*** 1,48-2,67	0,99 0,97-1,01
Alter	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,65-1,09	1,00 0,99-1,02
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,95-1,07	0,99** 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,31 0,89-1,93	1,02 0,99-1,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,40* 1,08-1,83	0,95*** 0,94-0,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65** 0,50-0,86	1,00 0,98-1,02

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

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,28 0,94-1,76	1,02 1,00-1,05
Indexgruppe 6 (F10)	1,49* 1,02-2,20	1,15*** 1,11-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,61-1,28	0,79*** 0,77-0,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,65* 0,43-0,99	1,10*** 1,07-1,14
Psy A <sup>1</sup>	1,29 0,88-1,88	0,74*** 0,71-0,76
Psy B <sup>2</sup>	1,58* 1,03-2,42	1,28*** 1,23-1,33
Alter	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,89-1,69	1,41*** 1,37-1,45
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,92-1,08	1,02*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,39 0,73-2,68	0,59*** 0,56-0,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,80-1,54	0,82*** 0,80-0,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,77 0,54-1,10	1,05** 1,02-1,08

Signif. codes: \*\*\*<sup>3</sup> <0,001 \*\*<sup>2</sup> <0,01 \*<sup>1</sup> <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 Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,02 -0,26...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,92...1,07
DiD-Schätzer	0,99 0,92-1,07
Gruppe	1,03 0,96-1,11
Zeit	1,28*** 1,21-1,35
Indexgruppe 6 (F10)	1,30*** 1,19-1,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,99-1,14
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,89-1,05
Psy A <sup>1</sup>	1,14*** 1,07-1,22
Psy B <sup>2</sup>	1,20*** 1,11-1,30
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,09** 1,02-1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30*** 1,19-1,43
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19*** 1,12-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,92-1,04

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, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,21...0,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,00 0,94...1,05
DiD-Schätzer	1,00 0,94-1,05
Gruppe	1,02 0,97-1,07
Zeit	1,08*** 1,04-1,12
Indexgruppe 6 (F10)	0,91** 0,86-0,97
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,95 0,90-1,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,80-1,31
Psy A <sup>1</sup>	1,09* 1,01-1,18
Psy B <sup>2</sup>	1,11*** 1,06-1,17
Alter	1,02*** 1,01-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,96-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16*** 1,10-1,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,15*** 1,10-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89*** 0,84-0,93

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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,09 -0,33...0,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,89...1,04
DiD-Schätzer	0,96 0,89-1,04
Gruppe	1,07 0,99-1,15
Zeit	1,28*** 1,21-1,35
Indexgruppe 6 (F10)	1,27*** 1,17-1,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08* 1,00-1,16
Indexgruppe 9 (F43)	0,97 0,90-1,05
Psy A <sup>1</sup>	1,19*** 1,11-1,27
Psy B <sup>2</sup>	1,20*** 1,10-1,30
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,95-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30*** 1,17-1,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,30*** 1,23-1,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,92-1,05

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 Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,11 0,60-2,04
Psy A <sup>1</sup>	0,80 0,40-1,62
Psy B <sup>2</sup>	0,76 0,29-1,98
Alter	1,07*** 1,04-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,37** 0,20-0,69
Komorbidität <sup>3</sup>	1,21*** 1,10-1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,24-1,29
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,46 0,77-2,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64 0,35-1,19

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, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,14 0,63-2,07
Psy A <sup>1</sup>	0,54 0,21-1,39
Psy B <sup>2</sup>	1,59 0,77-3,29
Alter	1,05*** 1,03-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,50* 0,28-0,89
Komorbidität <sup>3</sup>	1,11 0,99-1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,36* 0,14-0,93
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	2,94** 1,48-5,83
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45* 0,24-0,84

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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt)**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	0,73 0,40-1,31
Psy A <sup>1</sup>	0,77 0,38-1,56
Psy B <sup>2</sup>	0,72 0,30-1,76
Alter	1,09*** 1,07-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,70 0,38-1,28
Komorbidität <sup>3</sup>	1,13* 1,03-1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26** 0,11-0,60
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,24 0,68-2,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54* 0,30-0,97

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 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 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	1,92** 1,31-2,81	kf	0,94 0,70-1,25
Psy A <sup>1</sup>	0,85 0,56-1,27	kf	0,65* 0,46-0,92
Psy B <sup>2</sup>	0,71 0,40-1,25	kf	1,57* 1,00-2,47
Alter	1,00 0,99-1,02	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,61-1,27	kf	0,73* 0,55-0,96
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08 1,00-1,17	kf	0,83*** 0,76-0,90
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,17 0,62-2,22	kf	0,65 0,34-1,23
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	2,32*** 1,57-3,43	kf	0,71* 0,54-0,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,67* 1,10-2,55	kf	0,59*** 0,44-0,79

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, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Progression A (leichte zu schwere De- pression)	Progression B (Depression zu rezidivie- rend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	0,84 0,58-1,21
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	2,40* 1,06-5,44
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,93 0,63-1,38
Alter	kf	kf	1,00 0,98-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	1,18 0,82-1,68
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,89* 0,81-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	1,70* 1,05-2,74
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	kf	kf	1,20 0,82-1,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,66 0,43-1,02

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 109: 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	1,48* 1,01-2,16	kf	1,09 0,81-1,45
Psy A <sup>1</sup>	1,43 0,95-2,14	kf	1,12 0,80-1,56
Psy B <sup>2</sup>	0,42** 0,23-0,77	kf	1,10 0,71-1,71
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,01 1,00-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,72** 1,16-2,53	kf	0,58*** 0,44-0,77
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,94-1,12	kf	0,78*** 0,72-0,85
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 0,31-1,71	kf	0,48 0,21-1,10
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	2,21*** 1,48-3,31	kf	1,09 0,82-1,45
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,17 0,78-1,75	kf	0,47*** 0,35-0,63

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 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	1,00 0,85-1,18	1,10 0,75-1,61	0,91 0,70-1,16	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01*** 1,01-1,02	0,99* 0,97-1,00	0,99** 0,98-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,52*** 1,29-1,79	2,27*** 1,52-3,38	0,64*** 0,50-0,82	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,02 0,98-1,05	0,95 0,86-1,04	1,01 0,95-1,07	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,51*** 0,37-0,71	0,33 0,10-1,08	3,44*** 2,38-4,97	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,33** 1,13-1,56	2,50*** 1,68-3,73	0,63*** 0,49-0,82	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,64*** 1,35-1,98	1,16 0,76-1,78	1,07 0,82-1,41	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 111: 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	1,01 0,86-1,18	1,18 0,86-1,62	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01*** 1,01-1,02	0,99 0,98-1,00	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,39*** 1,18-1,63	1,77** 1,28-2,46	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,03 0,99-1,06	0,92 0,85-1,00	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,61** 0,45-0,83	0,08* 0,01-0,55	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,18* 1,01-1,39	2,10*** 1,52-2,90	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,65*** 1,37-1,98	1,27 0,89-1,81	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 112: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)**

**Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)**

Merkmale	Modellklinik	Kontrollkliniken
	09.2015 - 08.2016	09.2015 - 08.2016
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>2.725</b>	<b>19.401</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>	31,4 %	51,6 %
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>	6,6	15,0
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>1.560</b>	<b>10.390</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>	876 48,7	6.909 57,9

<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 113: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	835	839	811	792	825	823	795	772
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.884,90 €</b>	<b>2.911,53 €</b>	<b>2.578,24 €</b>	<b>2.857,22 €</b>	<b>3.085,49 €</b>	<b>3.189,31 €</b>	<b>2.491,04 €</b>	<b>2.949,73 €</b>
Standardabweichung	5.503,20 €	6.579,63 €	6.864,81 €	9.691,89 €	7.639,20 €	10.500,67 €	7.407,93 €	9.730,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	325,64 €	300,85 €	269,75 €	289,43 €	306,92 €	253,20 €	265,22 €	256,50 €
Median	792,03 €	696,29 €	700,44 €	681,14 €	781,54 €	655,87 €	663,02 €	711,53 €
75%-Perzentil	2.800,23 €	2.570,78 €	2.057,64 €	2.121,13 €	2.693,37 €	2.094,36 €	1.879,66 €	2.400,27 €
Maximum	52.880,72 €	70.662,69 €	87.196,89 €	207.832,51 €	127.025,69 €	143.061,80 €	143.462,67 €	203.615,89 €

**Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1338	1328	1297	1277	1332	1309	1291	1247
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.086,49 €</b>	<b>2.318,70 €</b>	<b>2.308,72 €</b>	<b>2.934,66 €</b>	<b>2.439,68 €</b>	<b>2.573,47 €</b>	<b>3.114,34 €</b>	<b>3.029,46 €</b>
Standardabweichung	4.471,35 €	5.311,39 €	5.221,13 €	7.335,29 €	5.874,30 €	6.213,80 €	9.077,99 €	7.949,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	317,95 €	309,06 €	294,37 €	306,14 €	308,83 €	260,16 €	288,38 €	278,98 €
Median	719,13 €	743,26 €	704,33 €	771,37 €	753,15 €	665,27 €	726,15 €	774,73 €
75%-Perzentil	1.929,84 €	2.137,58 €	2.051,42 €	2.382,15 €	2.289,96 €	2.146,28 €	2.503,16 €	2.344,57 €
Maximum	64.394,06 €	107.123,56 €	96.825,22 €	94.657,94 €	105.952,16 €	67.678,28 €	138.277,90 €	104.331,68 €

**Tabelle 115: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	248	211	178	183	258	200	177	192
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.662,11 €</b>	<b>1.589,96 €</b>	<b>1.187,31 €</b>	<b>1.573,88 €</b>	<b>1.878,62 €</b>	<b>1.916,54 €</b>	<b>1.238,79 €</b>	<b>1.407,29 €</b>
Standardabweichung	4.222,02 €	4.915,68 €	4.233,07 €	7.725,60 €	6.856,11 €	8.524,31 €	4.429,14 €	5.238,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.457,43 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.416,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	39.156,40 €	65.083,86 €	54.561,29 €	179.217,34 €	124.899,41 €	137.729,91 €	62.881,52 €	72.228,05 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	272	279	263	298	358	320	323	291
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>979,77 €</b>	<b>1.162,35 €</b>	<b>1.093,97 €</b>	<b>1.595,87 €</b>	<b>1.318,73 €</b>	<b>1.365,84 €</b>	<b>1.618,74 €</b>	<b>1.575,53 €</b>
Standardabweichung	3.675,46 €	4.567,54 €	4.130,71 €	6.070,41 €	4.653,07 €	4.634,40 €	6.327,73 €	5.933,26 €
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 €	699,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	61.368,82 €	107.075,83 €	96.284,77 €	94.264,12 €	82.237,38 €	64.258,37 €	135.321,95 €	101.629,35 €

**Tabelle 117: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	3	5	4	3	5	6	3	2
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,55 €</b>	<b>14,64 €</b>	<b>9,90 €</b>	<b>6,13 €</b>	<b>13,64 €</b>	<b>35,34 €</b>	<b>5,66 €</b>	<b>3,67 €</b>
Standardabweichung	145,33 €	269,86 €	177,38 €	111,03 €	203,46 €	768,28 €	100,03 €	74,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.797,39 €	7.140,32 €	3.632,08 €	2.742,56 €	4.317,96 €	22.012,91 €	2.125,08 €	1.654,99 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	2	2	1	2	2	2	4	0
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1,00 €</b>	<b>1,22 €</b>	<b>0,03 €</b>	<b>4,79 €</b>	<b>2,54 €</b>	<b>1,85 €</b>	<b>3,94 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	29,98 €	33,19 €	1,27 €	122,63 €	70,61 €	52,67 €	87,19 €	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	1.064,45 €	1.080,46 €	46,28 €	3.280,48 €	2.372,03 €	1.812,71 €	2.714,00 €	0,00 €

**Tabelle 119: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	68	78	73	56	61	61	52	60
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>57,65 €</b>	<b>67,47 €</b>	<b>83,05 €</b>	<b>42,09 €</b>	<b>38,84 €</b>	<b>34,34 €</b>	<b>31,04 €</b>	<b>42,00 €</b>
Standardabweichung	379,84 €	478,96 €	1.055,95 €	278,70 €	293,13 €	243,37 €	257,12 €	362,73 €
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	5.490,06 €	7.528,40 €	29.395,90 €	4.672,08 €	5.428,00 €	5.462,33 €	5.565,32 €	7.765,56 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	91	104	94	107	85	101	95	106
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>34,08 €</b>	<b>40,19 €</b>	<b>36,29 €</b>	<b>32,73 €</b>	<b>27,44 €</b>	<b>41,32 €</b>	<b>38,99 €</b>	<b>36,35 €</b>
Standardabweichung	341,33 €	342,05 €	332,82 €	202,18 €	233,28 €	316,26 €	254,32 €	212,49 €
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	11.173,28 €	8.947,80 €	7.862,74 €	4.893,09 €	6.094,38 €	8.820,23 €	5.565,32 €	3.854,58 €

**Tabelle 121: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	832	836	810	790	819	817	789	769
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>583,70 €</b>	<b>557,05 €</b>	<b>528,75 €</b>	<b>516,10 €</b>	<b>566,18 €</b>	<b>522,45 €</b>	<b>521,39 €</b>	<b>541,79 €</b>
Standardabweichung	792,54 €	563,88 €	535,68 €	518,00 €	1.017,73 €	1.148,63 €	1.125,39 €	1.133,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	200,60 €	198,27 €	182,36 €	181,71 €	201,91 €	166,74 €	166,25 €	170,93 €
Median	401,72 €	383,33 €	378,98 €	382,52 €	384,29 €	355,46 €	360,65 €	354,93 €
75%-Perzentil	716,18 €	707,33 €	694,84 €	666,33 €	683,36 €	638,76 €	671,85 €	658,90 €
Maximum	13.826,14 €	5.223,57 €	4.645,04 €	4.912,30 €	22.015,61 €	29.849,27 €	29.652,35 €	28.926,83 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1334	1319	1289	1269	1325	1297	1277	1244
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>535,29 €</b>	<b>509,70 €</b>	<b>500,54 €</b>	<b>518,89 €</b>	<b>509,62 €</b>	<b>446,16 €</b>	<b>470,45 €</b>	<b>489,84 €</b>
Standardabweichung	809,30 €	502,88 €	478,29 €	512,44 €	1.034,28 €	493,24 €	515,16 €	513,76 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	220,71 €	187,93 €	185,24 €	175,22 €	195,94 €	147,90 €	164,15 €	163,56 €
Median	376,47 €	364,60 €	367,38 €	379,92 €	352,96 €	320,63 €	333,94 €	347,49 €
75%-Perzentil	652,44 €	666,54 €	660,79 €	684,45 €	600,61 €	586,78 €	623,76 €	651,85 €
Maximum	24.449,89 €	4.794,65 €	3.671,63 €	5.783,05 €	25.507,53 €	7.412,36 €	7.266,36 €	7.191,60 €

**Tabelle 123: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	734	736	701	694	700	705	692	665
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>515,11 €</b>	<b>613,22 €</b>	<b>703,96 €</b>	<b>657,77 €</b>	<b>520,82 €</b>	<b>626,20 €</b>	<b>628,27 €</b>	<b>904,20 €</b>
Standardabweichung	2.129,75 €	2.729,74 €	4.192,71 €	3.854,68 €	1.697,85 €	4.770,05 €	5.156,25 €	7.590,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,21 €	28,53 €	25,21 €	30,03 €	21,40 €	24,65 €	18,23 €	25,43 €
Median	111,01 €	100,42 €	102,57 €	116,22 €	98,54 €	98,24 €	95,57 €	111,61 €
75%-Perzentil	355,46 €	379,97 €	349,50 €	357,26 €	315,78 €	338,07 €	314,31 €	365,05 €
Maximum	46.422,41 €	44.636,01 €	72.272,74 €	88.715,54 €	22.938,34 €	131.774,90 €	140.513,79 €	198.765,20 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	1167	1156	1149	1116	1132	1141	1142	1083
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>483,39 €</b>	<b>560,66 €</b>	<b>625,13 €</b>	<b>714,13 €</b>	<b>523,37 €</b>	<b>658,28 €</b>	<b>921,21 €</b>	<b>861,83 €</b>
Standardabweichung	1.507,55 €	1.761,33 €	2.279,82 €	3.179,00 €	2.082,99 €	2.998,36 €	5.133,81 €	4.243,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	37,32 €	29,07 €	37,98 €	36,16 €	25,86 €	26,97 €	31,70 €	29,20 €
Median	140,05 €	154,84 €	143,68 €	155,71 €	110,39 €	122,30 €	143,62 €	142,73 €
75%-Perzentil	408,45 €	465,61 €	436,62 €	473,94 €	371,28 €	384,73 €	437,23 €	481,08 €
Maximum	22.761,65 €	28.551,01 €	44.741,04 €	60.201,56 €	41.782,72 €	66.660,87 €	115.607,55 €	72.888,96 €

**Tabelle 125: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	856	856	832	815	846	846	823	807
N mit Fall	176	145	142	133	186	155	172	134
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>58,78 €</b>	<b>69,18 €</b>	<b>65,28 €</b>	<b>61,26 €</b>	<b>67,40 €</b>	<b>54,44 €</b>	<b>65,90 €</b>	<b>50,77 €</b>
Standardabweichung	259,94 €	326,53 €	334,45 €	320,84 €	214,08 €	233,87 €	212,22 €	181,94 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.384,34 €	6.016,54 €	6.216,44 €	4.536,33 €	2.230,84 €	5.130,24 €	2.838,84 €	2.145,16 €

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

	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	1356	1356	1333	1312	1355	1355	1328	1295
N mit Fall	204	197	219	220	249	238	230	250
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>52,97 €</b>	<b>44,58 €</b>	<b>52,76 €</b>	<b>68,26 €</b>	<b>57,98 €</b>	<b>60,03 €</b>	<b>61,01 €</b>	<b>65,91 €</b>
Standardabweichung	299,91 €	192,13 €	221,62 €	294,79 €	258,34 €	225,74 €	248,35 €	252,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.861,10 €	2.689,92 €	4.021,56 €	5.109,41 €	4.895,78 €	3.685,70 €	3.886,80 €	4.451,82 €

### 14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 127: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	792	800	785	785						
durchschnittliche Kosten	2.538,34 €	2.582,89 €	2.858,28 €	2.582,03 €	-319,94 €	0,295	0,86 €	0,998	320,80 €	0,348
Standardabweichung	5.169,07 €	6.058,17 €	7.025,80 €	7.256,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	294,06 €	290,34 €	250,21 €	231,06 €						
Median	817,07 €	715,36 €	758,84 €	606,04 €						
75%-Perzentil	2.597,59 €	2.265,34 €	2.705,53 €	2.161,84 €						
Maximum	74.231,57 €	63.209,64 €	103.974,29 €	115.184,93 €						

**Tabelle 128: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	227	184	238	187						
durchschnittliche Kosten	1.384,95 €	1.299,38 €	1.704,77 €	1.412,50 €	-319,82 €	0,203	-113,12 €	0,663	206,70 €	0,52
Standardabweichung	3.991,11 €	4.493,72 €	5.972,99 €	5.900,91 €						
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	906,35 €	0,00 €	1.267,68 €	0,00 €						
Maximum	67.176,01 €	63.130,10 €	103.821,86 €	115.044,07 €						

**Tabelle 129: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	0	2	5	2						
durchschnittliche Kosten	0,00 €	9,15 €	32,06 €	32,58 €	-32,06 €	0,263	-23,43 €	0,463	8,63 €	0,242
Standardabweichung	0,00 €	184,86 €	817,17 €	892,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	3.813,66 €	23.311,27 €	25.485,58 €						

**Tabelle 130: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	59	66	63	71						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>45,94 €</b>	<b>61,15 €</b>	<b>28,30 €</b>	<b>28,47 €</b>	<b>17,64 €</b>	<b>0,172</b>	<b>32,67 €</b>	<b>0,215</b>	<b>15,03 €</b>	<b>0,594</b>
Standardabweichung	324,60 €	737,61 €	175,76 €	147,69 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.789,99 €	19.986,04 €	4.042,31 €	2.000,70 €						

**Tabelle 131: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	789	797	782	779						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>562,94 €</b>	<b>535,25 €</b>	<b>512,36 €</b>	<b>454,56 €</b>	<b>50,58 €</b>	<b>0,048</b>	<b>80,69 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>30,12 €</b>	<b>0,202</b>
Standardabweichung	535,30 €	506,98 €	496,48 €	476,41 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	200,82 €	190,02 €	161,39 €	137,79 €						
Median	402,79 €	377,33 €	367,23 €	306,12 €						
75%-Perzentil	763,51 €	726,98 €	738,66 €	642,99 €						
Maximum	3.850,59 €	5.295,76 €	4.372,79 €	5.325,89 €						

**Tabelle 132: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	675	676	643	632						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>482,08 €</b>	<b>631,11 €</b>	<b>515,82 €</b>	<b>595,07 €</b>	<b>-33,74 €</b>	<b>0,742</b>	<b>36,04 €</b>	<b>0,803</b>	<b>69,78 €</b>	<b>0,423</b>
Standardabweichung	2.206,57 €	3.017,77 €	1.931,45 €	2.804,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	18,30 €	23,80 €	13,51 €	12,59 €						
Median	103,29 €	106,45 €	79,62 €	72,10 €						
75%-Perzentil	366,97 €	387,04 €	296,30 €	307,16 €						
Maximum	52.877,19 €	54.764,63 €	23.838,19 €	47.488,70 €						

**Tabelle 133: 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	817	817	817	817						
N mit Fall	135	122	159	129						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>62,43 €</b>	<b>46,85 €</b>	<b>64,97 €</b>	<b>58,85 €</b>	<b>-2,54 €</b>	<b>0,844</b>	<b>-12,01 €</b>	<b>0,317</b>	<b>-9,46 €</b>	<b>0,38</b>
Standardabweichung	274,38 €	183,78 €	248,23 €	289,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	4.708,84 €	1.975,78 €	3.972,39 €	4.576,04 €						



### 14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 134: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	760	880	765	880						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.167,55 €</b>	<b>5.305,27 €</b>	<b>1.233,02 €</b>	<b>7.633,53 €</b>	<b>-65,47 €</b>	<b>0,778</b>	<b>-2.328,27 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-2.262,80 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	5.458,76 €	8.460,36 €	4.206,65 €	10.676,88 €						
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	73,49 €						
25%-Perzentil	16,88 €	478,37 €	20,54 €	719,96 €						
Median	90,91 €	2.082,20 €	116,15 €	3.619,35 €						
75%-Perzentil	451,32 €	6.550,55 €	545,09 €	10.102,66 €						
Maximum	84.436,67 €	99.265,71 €	60.634,61 €	87.884,28 €						

**Tabelle 135: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	67	356	101	517						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>743,76 €</b>	<b>3.199,12 €</b>	<b>802,66 €</b>	<b>5.709,75 €</b>	<b>-58,90 €</b>	<b>0,785</b>	<b>-2.510,63 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-2.451,73 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	5.095,13 €	7.327,92 €	3.894,13 €	10.057,62 €						
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 €	829,81 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.145,42 €	0,00 €	7.670,19 €						
Maximum	83.115,61 €	98.637,56 €	59.420,52 €	87.753,57 €						

**Tabelle 136: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	1	98	8	147						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>12,00 €</b>	<b>499,63 €</b>	<b>44,90 €</b>	<b>886,91 €</b>	<b>-32,90 €</b>	<b>0,158</b>	<b>-387,28 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-354,38 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	355,99 €	1.590,81 €	592,50 €	2.447,06 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	10.560,45 €	11.663,91 €	11.447,84 €	23.559,55 €						

**Tabelle 137: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	27	749	52	556						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>14,42 €</b>	<b>912,15 €</b>	<b>30,41 €</b>	<b>237,12 €</b>	<b>-15,98 €</b>	<b>0,073</b>	<b>675,03 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>691,01 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	112,99 €	2.333,35 €	238,92 €	336,40 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	76,70 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	153,40 €	0,00 €	73,49 €						
75%-Perzentil	0,00 €	581,40 €	0,00 €	304,45 €						
Maximum	2.328,31 €	26.085,78 €	4.470,45 €	3.485,36 €						

**Tabelle 138: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	6	1	4	5						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>4,52 €</b>	<b>2,00 €</b>	<b>4,71 €</b>	<b>4,73 €</b>	<b>-0,19 €</b>	<b>0,967</b>	<b>-2,72 €</b>	<b>0,525</b>	<b>-2,53 €</b>	<b>0,602</b>
Standardabweichung	84,59 €	59,38 €	108,52 €	112,49 €						
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	2.322,46 €	1.761,48 €	3.163,44 €	3.296,49 €						

**Tabelle 139: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	746	801	739	798						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>194,27 €</b>	<b>368,38 €</b>	<b>179,19 €</b>	<b>432,94 €</b>	<b>15,08 €</b>	<b>0,495</b>	<b>-64,56 €</b>	<b>0,067</b>	<b>-79,64 €</b>	<b>0,022</b>
Standardabweichung	462,84 €	648,05 €	464,60 €	820,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	7,21 €	29,79 €	7,37 €	27,96 €						
Median	40,73 €	99,93 €	44,96 €	99,97 €						
75%-Perzentil	146,49 €	296,84 €	140,41 €	355,21 €						
Maximum	4.212,34 €	3.778,74 €	7.089,55 €	5.732,44 €						

**Tabelle 140: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	3	2	6	2						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>195,99 €</b>	<b>318,62 €</b>	<b>165,77 €</b>	<b>360,70 €</b>	<b>30,21 €</b>	<b>0,325</b>	<b>-42,09 €</b>	<b>0,226</b>	<b>-72,30 €</b>	<b>0,013</b>
Standardabweichung	722,32 €	738,73 €	553,95 €	719,73 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	11,90 €	86,06 €	14,64 €	111,01 €						
75%-Perzentil	97,33 €	274,51 €	92,54 €	343,10 €						
Maximum	12.658,77 €	10.596,39 €	5.727,56 €	5.440,25 €						

**Tabelle 141: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	3	2	6	2						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,59 €</b>	<b>5,36 €</b>	<b>5,38 €</b>	<b>1,38 €</b>	<b>-2,80 €</b>	<b>0,56</b>	<b>3,98 €</b>	<b>0,401</b>	<b>6,77 €</b>	<b>0,309</b>
Standardabweichung	71,67 €	136,19 €	122,89 €	34,11 €						
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	2.123,32 €	3.971,60 €	3.597,44 €	985,45 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1372	1383	1375	1383						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>4.195,91 €</b>	<b>5.716,28 €</b>	<b>7.798,94 €</b>	<b>8.587,33 €</b>	<b>-3.603,03 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-2.871,05 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>731,98 €</b>	<b>0,158</b>
Standardabweichung	7.761,94 €	10.582,72 €	11.624,26 €	12.380,09 €						
Minimum	0,00 €	76,70 €	0,00 €	73,49 €						
25%-Perzentil	610,03 €	990,95 €	977,27 €	1.311,96 €						
Median	1.419,42 €	2.248,62 €	2.926,44 €	3.398,37 €						
75%-Perzentil	4.044,03 €	5.969,09 €	9.817,17 €	11.116,76 €						
Maximum	76.367,58 €	106.882,46 €	89.373,37 €	103.846,45 €						

**Tabelle 143: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	333	326	544	533						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.480,45 €</b>	<b>2.943,93 €</b>	<b>5.533,78 €</b>	<b>5.845,35 €</b>	<b>-3.053,33 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-2.901,42 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>151,91 €</b>	<b>0,713</b>
Standardabweichung	7.294,81 €	9.696,78 €	11.120,13 €	11.920,67 €						
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 €	6.395,40 €	6.898,96 €						
Maximum	67.769,69 €	106.848,05 €	88.131,44 €	103.772,97 €						

**Tabelle 144: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	82	71	134	168						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>215,41 €</b>	<b>227,12 €</b>	<b>479,32 €</b>	<b>636,30 €</b>	<b>-263,90 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-409,18 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-145,28 €</b>	<b>0,086</b>
Standardabweichung	1.013,53 €	1.092,16 €	1.983,78 €	2.330,37 €						
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	11.064,28 €	9.631,36 €	21.098,27 €	27.779,59 €						

**Tabelle 145: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1042	1330	1054	1183						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>392,63 €</b>	<b>1.374,81 €</b>	<b>448,54 €</b>	<b>586,57 €</b>	<b>-55,92 €</b>	<b>0,001</b>	<b>788,24 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>844,16 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	473,22 €	2.593,38 €	421,74 €	444,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	44,18 €	335,16 €	73,49 €	220,47 €						
Median	349,61 €	621,98 €	461,88 €	608,90 €						
75%-Perzentil	607,94 €	1.240,80 €	692,88 €	923,84 €						
Maximum	7.891,00 €	28.189,72 €	5.347,74 €	4.350,32 €						

**Tabelle 146: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	2	2	5	7						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,29 €</b>	<b>3,47 €</b>	<b>6,05 €</b>	<b>5,14 €</b>	<b>-5,77 €</b>	<b>0,062</b>	<b>-1,67 €</b>	<b>0,658</b>	<b>4,10 €</b>	<b>0,103</b>
Standardabweichung	9,19 €	94,10 €	114,61 €	103,68 €						
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	336,02 €	3.001,36 €	2.560,55 €	2.976,84 €						

**Tabelle 147: 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 Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1304	1277	1279	1268						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>205,26 €</b>	<b>258,28 €</b>	<b>177,74 €</b>	<b>239,69 €</b>	<b>27,52 €</b>	<b>0,122</b>	<b>18,58 €</b>	<b>0,371</b>	<b>-8,94 €</b>	<b>0,64</b>
Standardabweichung	511,91 €	583,86 €	418,46 €	506,63 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	3,53 €	30,96 €	2,31 €	27,96 €						
Median	32,57 €	66,40 €	30,83 €	70,85 €						
75%-Perzentil	114,19 €	155,78 €	128,00 €	186,37 €						
Maximum	5.110,04 €	6.841,68 €	3.943,11 €	5.501,80 €						

**Tabelle 148: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1	2	21	16						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>901,75 €</b>	<b>908,45 €</b>	<b>1.134,77 €</b>	<b>1.262,65 €</b>	<b>-233,01 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-354,20 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-121,18 €</b>	<b>0,008</b>
Standardabweichung	1.394,16 €	1.305,10 €	1.945,25 €	2.007,70 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	82,31 €	95,47 €	91,87 €	140,36 €						
Median	319,10 €	372,36 €	390,02 €	508,41 €						
75%-Perzentil	1.112,10 €	1.145,20 €	1.377,23 €	1.497,29 €						
Maximum	11.683,74 €	8.486,69 €	32.694,20 €	26.704,13 €						

**Tabelle 149: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1	2	21	16						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,13 €</b>	<b>0,22 €</b>	<b>18,74 €</b>	<b>11,62 €</b>	<b>-18,61 €</b>	<b>0,007</b>	<b>-11,41 €</b>	<b>0,014</b>	<b>7,21 €</b>	<b>0,283</b>
Standardabweichung	4,79 €	6,16 €	256,67 €	171,51 €						
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	178,08 €	210,90 €	7.608,72 €	5.536,39 €						

### 14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

**Tabelle 150: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	858	862	859	856						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.825,20 €</b>	<b>2.856,84 €</b>	<b>3.005,72 €</b>	<b>3.092,37 €</b>	<b>-180,52 €</b>	<b>0,564</b>	<b>-235,53 €</b>	<b>0,567</b>	<b>-55,01 €</b>	<b>0,897</b>
Standardabweichung	5.440,39 €	6.502,99 €	7.506,36 €	10.308,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	322,21 €	293,19 €	297,84 €	248,51 €						
Median	777,03 €	683,55 €	773,65 €	646,27 €						
75%-Perzentil	2.734,06 €	2.522,49 €	2.638,42 €	2.013,31 €						
Maximum	52.880,72 €	70.662,69 €	127.025,69 €	143.061,80 €						

**Tabelle 151: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	251	214	263	201						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.621,01 €</b>	<b>1.558,46 €</b>	<b>1.818,91 €</b>	<b>1.845,49 €</b>	<b>-197,89 €</b>	<b>0,459</b>	<b>-287,03 €</b>	<b>0,379</b>	<b>-89,14 €</b>	<b>0,815</b>
Standardabweichung	4.171,82 €	4.857,72 €	6.731,62 €	8.365,80 €						
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	1.357,07 €	0,00 €	1.369,28 €	0,00 €						
Maximum	39.156,40 €	65.083,86 €	124.899,41 €	137.729,91 €						

**Tabelle 152: 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	880	880	880	880						
N mit Fall	3	5	5	6						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,34 €</b>	<b>14,25 €</b>	<b>13,11 €</b>	<b>33,97 €</b>	<b>-5,77 €</b>	<b>0,486</b>	<b>-19,72 €</b>	<b>0,464</b>	<b>-13,95 €</b>	<b>0,618</b>
Standardabweichung	143,34 €	266,16 €	199,50 €	753,30 €						
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	3.797,39 €	7.140,32 €	4.317,96 €	22.012,91 €						

**Tabelle 153: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	68	79	63	64						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>56,07 €</b>	<b>65,86 €</b>	<b>37,52 €</b>	<b>33,25 €</b>	<b>18,55 €</b>	<b>0,244</b>	<b>32,60 €</b>	<b>0,068</b>	<b>14,06 €</b>	<b>0,469</b>
Standardabweichung	374,74 €	472,52 €	287,52 €	238,73 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.490,06 €	7.528,40 €	5.428,00 €	5.462,33 €						

**Tabelle 154: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	855	859	853	849						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>578,82 €</b>	<b>551,12 €</b>	<b>561,17 €</b>	<b>518,32 €</b>	<b>17,65 €</b>	<b>0,681</b>	<b>32,80 €</b>	<b>0,44</b>	<b>15,15 €</b>	<b>0,725</b>
Standardabweichung	783,52 €	559,52 €	1.002,05 €	1.129,42 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	200,51 €	197,75 €	199,77 €	165,96 €						
Median	400,76 €	381,79 €	382,30 €	353,98 €						
75%-Perzentil	699,36 €	696,64 €	674,40 €	638,21 €						
Maximum	13.826,14 €	5.223,57 €	22.015,61 €	29.849,27 €						

**Tabelle 155: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	755	753	726	732						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>504,38 €</b>	<b>599,36 €</b>	<b>509,04 €</b>	<b>607,78 €</b>	<b>-4,66 €</b>	<b>0,959</b>	<b>-8,43 €</b>	<b>0,963</b>	<b>-3,76 €</b>	<b>0,982</b>
Standardabweichung	2.101,54 €	2.693,61 €	1.669,20 €	4.678,27 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	28,87 €	27,88 €	19,91 €	23,36 €						
Median	110,34 €	98,47 €	94,87 €	94,41 €						
75%-Perzentil	345,43 €	367,56 €	308,20 €	311,51 €						
Maximum	46.422,41 €	44.636,01 €	22.938,34 €	131.774,90 €						



**Tabelle 156: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	880	880	880	880						
N mit Fall	179	150	190	160						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>57,58 €</b>	<b>67,80 €</b>	<b>65,97 €</b>	<b>53,55 €</b>	<b>-8,39 €</b>	<b>0,454</b>	<b>14,25 €</b>	<b>0,286</b>	<b>22,64 €</b>	<b>0,053</b>
Standardabweichung	256,56 €	322,21 €	210,79 €	230,38 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.384,34 €	6.016,54 €	2.230,84 €	5.130,24 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 157: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1365	1355	1360	1335						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.078,00 €</b>	<b>2.300,07 €</b>	<b>2.422,13 €</b>	<b>2.550,18 €</b>	<b>-344,13 €</b>	<b>0,081</b>	<b>-250,11 €</b>	<b>0,251</b>	<b>94,02 €</b>	<b>0,678</b>
Standardabweichung	4.433,87 €	5.264,18 €	5.837,04 €	6.166,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	320,94 €	311,32 €	300,52 €	252,93 €						
Median	720,19 €	744,30 €	743,98 €	663,85 €						
75%-Perzentil	1.938,12 €	2.133,84 €	2.282,10 €	2.132,68 €						
Maximum	64.394,06 €	107.123,56 €	105.952,16 €	67.678,28 €						

**Tabelle 158: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG		Differenz IG		Differenz der Differenzen (Effekt)	
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	- KG prä	p-Wert	- KG 1. Jahr	p-Wert		p-Wert
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	279	283	364	325						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>970,01 €</b>	<b>1.146,82 €</b>	<b>1.310,58 €</b>	<b>1.354,34 €</b>	<b>-340,57 €</b>	<b>0,032</b>	<b>-207,52 €</b>	<b>0,232</b>	<b>133,05 €</b>	<b>0,527</b>
Standardabweichung	3.642,29 €	4.526,08 €	4.627,09 €	4.603,78 €						
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 €	688,71 €	0,00 €						
Maximum	61.368,82 €	107.075,83 €	82.237,38 €	64.258,37 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	2	2	2	2						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,98 €</b>	<b>1,20 €</b>	<b>2,48 €</b>	<b>1,81 €</b>	<b>-1,50 €</b>	<b>0,462</b>	<b>-0,61 €</b>	<b>0,711</b>	<b>0,89 €</b>	<b>0,421</b>
Standardabweichung	29,69 €	32,87 €	69,89 €	52,14 €						
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	1.064,45 €	1.080,46 €	2.372,03 €	1.812,71 €						

**Tabelle 160: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	94	108	86	102						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>33,98 €</b>	<b>41,06 €</b>	<b>27,11 €</b>	<b>40,72 €</b>	<b>6,87 €</b>	<b>0,533</b>	<b>0,34 €</b>	<b>0,978</b>	<b>-6,53 €</b>	<b>0,629</b>
Standardabweichung	338,18 €	341,79 €	231,05 €	313,18 €						
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	11.173,28 €	8.947,80 €	6.094,38 €	8.820,23 €						

**Tabelle 161: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1361	1346	1353	1323						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>538,39 €</b>	<b>510,97 €</b>	<b>505,64 €</b>	<b>443,69 €</b>	<b>32,75 €</b>	<b>0,35</b>	<b>67,29 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>34,54 €</b>	<b>0,26</b>
Standardabweichung	805,97 €	501,70 €	1.024,49 €	489,54 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	221,21 €	188,80 €	194,19 €	147,90 €						
Median	379,20 €	366,01 €	352,38 €	320,44 €						
75%-Perzentil	657,15 €	669,61 €	596,51 €	583,03 €						
Maximum	24.449,89 €	4.794,65 €	25.507,53 €	7.412,36 €						

**Tabelle 162: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	1193	1182	1154	1159						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>481,71 €</b>	<b>555,61 €</b>	<b>518,60 €</b>	<b>650,42 €</b>	<b>-36,89 €</b>	<b>0,59</b>	<b>-94,82 €</b>	<b>0,306</b>	<b>-57,93 €</b>	<b>0,43</b>
Standardabweichung	1.494,25 €	1.745,30 €	2.063,98 €	2.969,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	37,92 €	29,36 €	25,30 €	26,04 €						
Median	140,39 €	154,63 €	109,25 €	119,81 €						
75%-Perzentil	409,62 €	463,60 €	370,89 €	381,48 €						
Maximum	22.761,65 €	28.551,01 €	41.782,72 €	66.660,87 €						

**Tabelle 163: 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	1383	1383	1383	1383						
N mit Fall	211	202	252	242						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>52,92 €</b>	<b>44,42 €</b>	<b>57,71 €</b>	<b>59,20 €</b>	<b>-4,79 €</b>	<b>0,65</b>	<b>-14,79 €</b>	<b>0,061</b>	<b>-10,00 €</b>	<b>0,302</b>
Standardabweichung	297,30 €	190,75 €	256,75 €	223,63 €						
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.861,10 €	2.689,92 €	4.895,78 €	3.685,70 €						

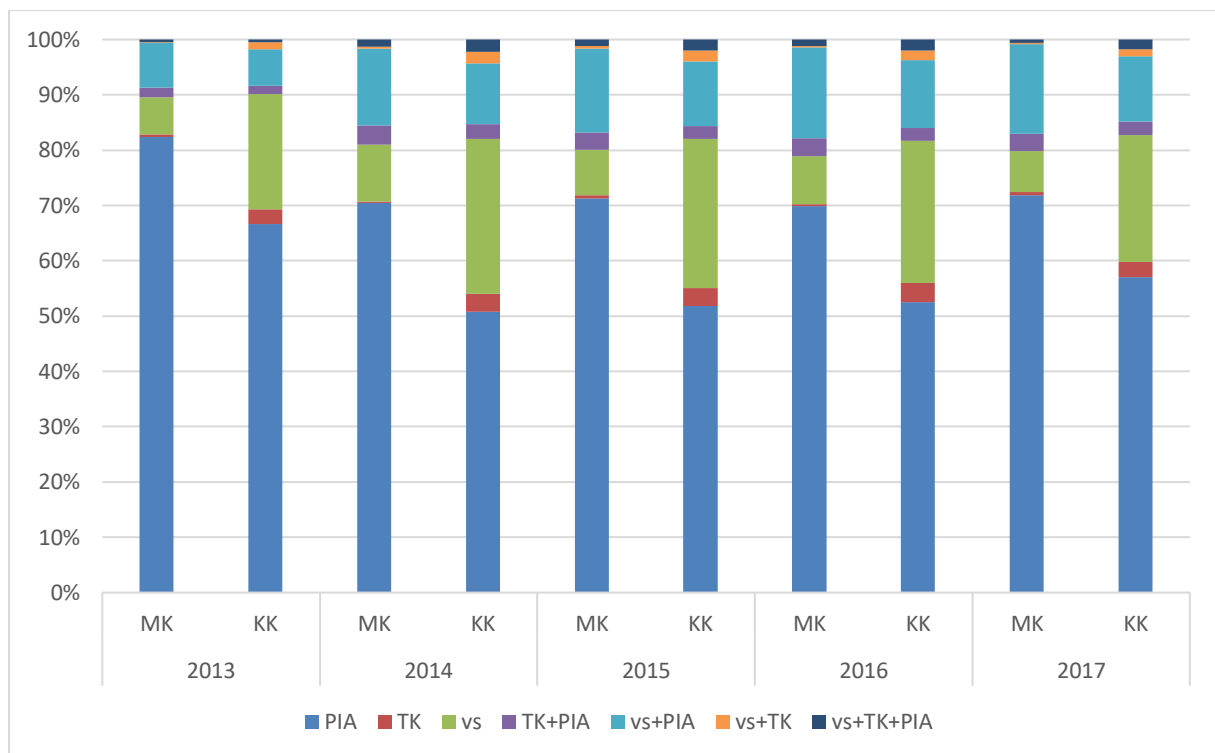
### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

Tabelle 164: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting

	2013		2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	8	56	38	409	35	377	32	376
vs+TK	3	124	10	356	11	356	6	348
vs+PIA	141	673	391	1.971	429	2.132	452	2.339
TK+PIA	32	144	98	484	89	440	89	439
vs	117	2.127	290	5.015	230	4.955	236	4.932
TK	9	269	5	579	18	576	11	660
PIA	1.446	6.766	1.985	9.103	2.011	9.522	1.915	10.050
Gesamtergebnis	1.756	10.159	2.817	17.917	2.823	18.358	2.741	19.144

(N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 10)

Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting



### 14.5.6 Zusatztabelle Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

**Tabelle 165: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2817	1792	2823	1836	2741	1914
Anzahl Fälle	7400	4429	7241	4476	6957	4573
Ausgaben	8.482.756 €	8.492.128 €	9.895.465 €	8.949.057 €	14.707.364 €	9.258.910 €
Ausgaben je Patient	3.011 €	4.740 €	3.505 €	4.875 €	5.366 €	4.836 €
Ausgaben je Fall	1.146 €	1.917 €	1.367 €	1.999 €	2.114 €	2.025 €

**Tabelle 166: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	729	775	705	782	726	800
Anzahl Fälle	1194	1090	967	1065	971	1036
Ausgaben	5.485.546 €	6.854.500 €	5.048.263 €	7.246.740 €	8.516.171 €	7.456.540 €
Ausgaben je vs Patient	7.525 €	8.843 €	7.161 €	9.267 €	11.730 €	9.327 €
Ausgaben je Fall	4.594 €	6.291 €	5.221 €	6.807 €	8.771 €	7.196 €

**Tabelle 167: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	151	183	153	175	138	182
Anzahl Fälle	167	214	164	203	140	207
Ausgaben	565.085 €	1.006.534 €	771.929 €	1.054.367 €	1.497.655 €	1.131.861 €
Ausgaben je TK-Patient	3.742 €	5.506 €	5.045 €	6.028 €	10.853 €	6.209 €
Ausgaben je Fall	3.384 €	4.714 €	4.707 €	5.186 €	10.698 €	5.465 €

**Tabelle 168: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2512	1197	2564	1247	2488	1320
Anzahl Fälle	6039	3126	6110	3208	5846	3330
Ausgaben	2.432.125 €	631.094 €	4.075.273 €	647.950 €	4.693.537 €	670.508 €
Ausgaben je PIA-Patient	968 €	527 €	1.589 €	520 €	1.886 €	508 €
Ausgaben je Fall	403 €	202 €	667 €	202 €	803 €	201 €

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

**Tabelle 169: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	880	1.167,55 €	880	5.305,27 €	4.137,72 €	
	KG	880	1.233,02 €	880	7.633,53 €	6.400,51 €	
	Differenz IG-KG	-65,47 €		-2.328,27 €		-2.262,80 €	
	p-Wert	0,78		<0,001		<0,001	
(vermiedene) KH-Tage	IG	880	2,6	880	9,6	7,0	
	KG	880	3,2	880	22,3	19,1	
	Differenz IG-KG	-0,6		-12,7		-12,1	
	p-Wert	0,59		<0,001		<0,001	
	ICER (Diff in Diff)					-187,01 €	

**Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

		Prä-Zeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Prä-Zeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	517	922,86 €	517	4.672,53 €	3.749,67 €	
	KG	535	1.077,91 €	535	6.472,85 €	5.394,95 €	
	Differenz IG-KG	-155,05 €		-1.800,32 €		-1.645,27 €	
	p-Wert	0,71		<0,001		0,005	
(vermiedene) AU-Tage	IG	517	18,6	517	62,1	43,5	
	KG	535	17,5	535	64,2	46,7	
	Differenz IG-KG	1,1		-2,1		-3,2	
	p-Wert	0,82		0,73		0,64	
	ICER					-519,92 €	