

# Zwischenbericht

## imland Klinik Rendsburg GmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 16.01.2019**

**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.-Soz. Katrin **Arnold**<sup>1</sup>, Franziska **Claus**, M.Sc.<sup>2</sup>, Dipl.-Phys. Martin **Seifert**<sup>1</sup>, Dipl.-Math. Nils **Kossack**<sup>2</sup>, Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise **Küster**, M.P.H.<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: 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.....	21
2. Hintergrund.....	30
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	30
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten.....	30
5. Methoden .....	30
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	31
6.1 Patientenmatching .....	32
7. Darstellung Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH .....	35
8. Ergebnisse: Effektivität .....	37
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	38
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter .....	47
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	49
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	65
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	80
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	109
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	111
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten .....	117
8.2.7 Wiederaufnahmeraten .....	128
8.2.8 Komorbidität .....	132
8.2.9 Mortalität.....	136
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung .....	140
8.2.11 Leitlinienadhärenz .....	150
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	158
9.1 Patientenmix .....	158
9.2 Leistungserbringung .....	162
10. Ergebnisse: Kosten .....	167
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	167
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	171
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	175
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	178

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen	181
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung .....	184
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung .....	187
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung .....	190
11.	Ergebnisse: Effizienz .....	193
12.	Diskussion .....	195
12.1	Hauptergebnisse.....	195
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich) .....	201
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch) .....	205
13.	Literatur .....	207
14.	Anhang.....	208
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	208
14.2	Graphische Darstellung für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	238
14.3	Ergebnisse Modellierung .....	258
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) .....	300
14.5	Ergebnisse Kosten.....	301
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	301
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	305
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	308
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	314
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) .....	319
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive).....	320
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	321

## Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Hinweis zur Navigation im PDF-Dokument:**

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

**Abkürzungsverzeichnis**

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	53
Abbildung 2: Graphische Darstellung für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	61
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.	69
Abbildung 4: Graphische Darstellung für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	77
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	93
Abbildung 6: Graphische Darstellung für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	105
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	109
Abbildung 8: Graphische Darstellung für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	109
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	114
Abbildung 10: Graphische Darstellung für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	115
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	120
Abbildung 12: Graphische Darstellung für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	126
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	128
Abbildung 14: Graphische Darstellung, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	130
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	133
Abbildung 16: Graphische Darstellung, 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 .....	138
Abbildung 19: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	143
Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ....	148
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	150
Abbildung 22: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	156
Abbildung 23: Verteilung der Behandlungssettings der klinischen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf .....	158
Abbildung 24: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf .....	159
Abbildung 25: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) .....	161
Abbildung 26: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	167

Abbildung 27: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	168
Abbildung 28: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	169
Abbildung 29: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	172
Abbildung 30: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	172
Abbildung 31: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	174
Abbildung 32: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	175
Abbildung 33: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	176
Abbildung 34: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	177
Abbildung 35: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	178
Abbildung 36: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	179
Abbildung 37: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	180
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) .....	181
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) .....	182
Abbildung 40: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	183
Abbildung 41: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	184
Abbildung 42: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185
Abbildung 43: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	186
Abbildung 44: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	187
Abbildung 45: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	188

Abbildung 46: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	189
Abbildung 47: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	190
Abbildung 48: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	191
Abbildung 49: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	192
Abbildung 50: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	194
Abbildung 51: Graphische Darstellung, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	238
Abbildung 52: Graphische Darstellung, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	242
Abbildung 53: Graphische Darstellung, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	245
Abbildung 54: Graphische Darstellung, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	248
Abbildung 55: Graphische Darstellung, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	250
Abbildung 56: Graphische Darstellung, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	251
Abbildung 57: Graphische Darstellung, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	252
Abbildung 58: Graphische Darstellung, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	253
Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität .....	254
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	255
Abbildung 61: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	256
Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting .....	319

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching.....	33
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken .....	33
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching .....	34
Tabelle 4: Übersicht Diagnosen Referenzfälle.....	39
Tabelle 5: Übersicht Charakteristika Referenzfälle.....	41
Tabelle 6: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	50
Tabelle 7: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	60
Tabelle 8: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	66
Tabelle 9: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	76
Tabelle 10: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	81
Tabelle 11: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	100
Tabelle 12: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	109
Tabelle 13: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	109
Tabelle 14: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	112
Tabelle 15: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	115
Tabelle 16: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	118
Tabelle 17: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	125
Tabelle 18: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	128
Tabelle 19: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	129
Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	132
Tabelle 21: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	134
Tabelle 22: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	136
Tabelle 23: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	138
Tabelle 24: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	141
Tabelle 25: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	147
Tabelle 26: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	151
Tabelle 27: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	152
Tabelle 28: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	153
Tabelle 29: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	155
Tabelle 30: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) .....	158
Tabelle 31: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl).....	159
Tabelle 32: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG).....	160
Tabelle 33: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	162
Tabelle 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	163
Tabelle 35: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	163

Tabelle 36: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	164
Tabelle 37: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	164
Tabelle 38: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	164
Tabelle 39: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	165
Tabelle 40: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	165
Tabelle 41: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	167
Tabelle 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	168
Tabelle 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	169
Tabelle 44: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	170
Tabelle 45: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	171
Tabelle 46: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	172
Tabelle 47: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	173
Tabelle 48: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	175
Tabelle 49: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	176
Tabelle 50: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	177
Tabelle 51: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	178
Tabelle 52: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod).....	179
Tabelle 53: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	180
Tabelle 54: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	181

Tabelle 55: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	182
Tabelle 56: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	183
Tabelle 57: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	184
Tabelle 58: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	185
Tabelle 59: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	186
Tabelle 60: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	187
Tabelle 61: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	188
Tabelle 62: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	189
Tabelle 63: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	190
Tabelle 64: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	191
Tabelle 65: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	192
Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	193
Tabelle 67: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	193
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	208
Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	210
Tabelle 70: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	212
Tabelle 71: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	221
Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	227
Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	228
Tabelle 74: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	230
Tabelle 75: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	232
Tabelle 76: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	234
Tabelle 77: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	235
Tabelle 78: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	236
Tabelle 79: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	259
Tabelle 80: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	261

Tabelle 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	263
Tabelle 82: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	265
Tabelle 83: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	266
Tabelle 84: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	268
Tabelle 85: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	270
Tabelle 86: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	272
Tabelle 87: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	273
Tabelle 88: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	274
Tabelle 89: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	276
Tabelle 90: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	277
Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	278
Tabelle 92: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	279
Tabelle 93: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	280
Tabelle 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	281
Tabelle 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	282
Tabelle 96: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	283
Tabelle 97: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	284
Tabelle 98: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr .....	285
Tabelle 99: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	286
Tabelle 100: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	287
Tabelle 101: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	288
Tabelle 102: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	289
Tabelle 103: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..	290
Tabelle 104: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	291
Tabelle 105: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	292
Tabelle 106: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	293
Tabelle 107: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	294
Tabelle 108: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	295
Tabelle 109: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	296

Tabelle 110: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) .....	297
Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	298
Tabelle 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	299
Tabelle 113: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	300
Tabelle 114: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	301
Tabelle 115: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	301
Tabelle 116: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	301
Tabelle 117: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	302
Tabelle 118: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	302
Tabelle 119: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	302
Tabelle 120: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	302
Tabelle 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	303
Tabelle 122: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	303
Tabelle 123: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	303
Tabelle 124: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	303
Tabelle 125: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	304
Tabelle 126: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	304
Tabelle 127: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	304
Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	305
Tabelle 129: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	305
Tabelle 130: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	305
Tabelle 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	306
Tabelle 132: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	306
Tabelle 133: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	306
Tabelle 134: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	307

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 136: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 137: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	308
Tabelle 138: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 139: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	309
Tabelle 141: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	310
Tabelle 142: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	310
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	310
Tabelle 144: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	311
Tabelle 145: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	311
Tabelle 146: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	311
Tabelle 147: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	312
Tabelle 148: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	312
Tabelle 149: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	312
Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	313
Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 152: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 153: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	314
Tabelle 154: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 155: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 156: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	315
Tabelle 157: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 158: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316

Tabelle 159: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	316
Tabelle 160: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	317
Tabelle 163: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	318
Tabelle 164: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	318
Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting .....	319
Tabelle 166: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr .....	320
Tabelle 167: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ..	320
Tabelle 168: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ....	320
Tabelle 169: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr .....	320
Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321
Tabelle 171: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	321

## 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 kosteneffektiveren 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 imland Klinik Rendsburg GmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2013 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

### Studiendesign und Methoden

Das Studiendesign ist eine sekundärdatenbasierte, kontrollierte Kohortenstudie. Als Interventionsklinik/Modellklinik (IG) wurden Patienten der imland Klinik Rendsburg 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 Hauptdiagno-

se 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 imland Klinik Rendsburg GmbH wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §136 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, Patientenkiel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

#### *Analyse*

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

re sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im 3. Modelljahr.

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

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

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

## **Ergebnisse**

Die Studienpopulation für die imland Klinik Rendsburg GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.477 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 49 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Wert im Jahr vor Modelleinschluss (Prä-Wert), Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak war in der IG mit 19 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 22,7 vollstationären Tagen (Seite 50 ff.). Ab dem zweiten Jahr waren die Werte in der IG ebenfalls etwas niedriger als in der KG.

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer über die Zeit. Dabei war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG um durchschnittlich 6 vollstationäre Tage 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 klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG um 4 teilstationäre Tage höher als in der KG (Seite 50 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigte sich hinsichtlich des Anteils an Patienten mit vollstationärem Aufenthalt ein höherer Anteil in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr. Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen gab es hingegen eine wesentlich größere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der KG im Vergleich zur IG. Beide Gruppen starteten hier auf einem niedrigen Niveau. Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die vollstationären Tage in der IG weniger stark an als in der KG. Die Anzahl der Tage in teilstationärer Behandlung stieg in der IG stärker im Vergleich zur KG (Seite 60 ff.).

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro linikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar, mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert, Peak im patientenindividuellen ersten Jahr und Stabilisierung auf einem Wert im Bereich des Ausgangsniveaus ab dem zweiten Jahr. Der Peak im patientenindividuellen ersten Jahr war in der IG um ca. 10 AU-Tage größer im Vergleich zur KG, ab dem zweiten Jahr war die AU-Dauer in der IG jedoch geringer als in der KG (Seite 118 ff.). Bei den linikbekannten Patienten waren die Verläufe ebenso vergleichbar. Patienten in der IG wiesen jedoch im Vergleich zur KG ca. 5 AU-Tage weniger im ersten Modelljahr auf (Seite 118 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es bezüglich der *Anzahl AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen gleiche Entwicklungen in beiden Gruppen. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG stärker an als in der KG (Seite 124 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 65 ff.) linikneuer Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare

Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 1 PIA-Kontakt weniger als in der KG. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar mit fast identischen Kontakthäufigkeiten (Seite 66 ff.). Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich keine relevanten Unterschiede in der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit nahezu gleichen durchschnittlichen PIA-Kontakten über die Zeit (Seite 66 ff.). Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich ein identischer Verlauf hinsichtlich der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in beiden Gruppen. Auch bezüglich der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war im Verlauf von Präzeitraum zum ersten Jahr in beiden Gruppen kein Unterschied feststellbar (Seite 76 ff.).

Bei den Parametern *Behandlungskontinuität* (Seite 80 ff.), *Wiederaufnahme* (Seite 128 ff.), *Arzt- und Krankenhaushopping* (Seite 111 ff.), *Komorbidität* (Seite 132 ff.), *Mortalität* (Seite 136 ff.), *Progressionsrate* (Seite 140 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 150 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*

Bezogen auf die *gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten* zeigte sich bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr kein Unterschied in der Höhe der Kosten im patientenindividuellen Prä-Zeitraum (IG = 952,58 €; KG = 1.390,38 € je Patient) (Seite 167 ff.). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen im ersten Nachbeobachtungsjahr an: in der IG auf 6.679,05 € je Patient und in der KG auf 7.080,45 €. Die Differenz zwischen den beiden Gruppen war dabei statistisch nicht signifikant. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen IG und KG hinsichtlich der gesamten psychiatrischen Kosten, lediglich im Rahmen der PIA-Versorgung waren weiterhin signifikant geringere Kosten in der IG ersichtlich.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr lagen die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der IG in allen Beobachtungsjahren unter denen der KG, ein signifikanter Unterschied ergab sich allerdings lediglich im zweiten Nachbeobachtungsjahr.

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. In der IG fielen 1.586,53 € und in der KG 1.002,40 € an. In beiden Gruppen stiegen die Kosten an. In der IG stiegen sie auf 7.458,28 € und in der KG stiegen sie auf 6.422,58 € je Patient. Der Kostenanstieg der IG in der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr war somit in beiden Gruppen gleich hoch.

### *Kosten-Effektivität*

Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr konnten 3,4 vollstationäre Behandlungstage vermieden werden. Demgegenüber stand ein um 451,57 € höherer Kostenanstieg der IG (Seite 193 ff.). Es ergibt sich somit ein ICER von 133,98 € bezogen auf die vollstationären Tage. Für jeden zusätzlich vermiedenen Tag musste der entsprechende Betrag aufgewendet werden. Bei der Kosteneffektivitätsanalyse für das Outcome *AU-Tage* ergaben sich ein um 7,1 Tage höherer Anstieg in der IG und es fiel gleichzeitig ein um 877,26 € höherer Kostenanstieg an. Der ICER betrug somit - 122,80 €. Für jeden zusätzlichen AU-Tag fiel der entsprechende Betrag zusätzlich an.

### **Diskussion**

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation imland Klinik Rendsburg 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 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 ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt.
- (2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht. Vielmehr scheint es hier in der Modellklinik eine Umsteuerung vom vollstationären auf den teilstationären Bereich zu geben.
- (3) Hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen gibt es in der Modellklinik für klinikneue Patienten die hypothesen-konträre Beobachtung einer höheren AU – Dauer im patientenindividuellen ersten Jahr im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ab dem zweiten Jahr für klinikneue Patienten sowie über den gesamten Beobachtungszeitraum für klinikbekannte Patienten ist die AU – Dauer in der Modellklinik jedoch geringer als in der Kontrollgruppe.
- (4) Es gibt mutmaßlich Effekte durch vorher bestehende modellähnliche Vorverträge. Diese könnten zu einer Unterschätzung der tatsächlichen positiven Modelleffekte auf die vollstationäre Behandlungsdauer beigetragen haben.

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

Mutmaßlich weist das bereits im Prä-Zeitraum ersichtliche unterschiedliche Niveau der vollstationären Behandlungstage klinikbekannter Patienten darauf hin, dass der Vorvertrag 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 längerer Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten klinikneuer Patienten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht hierbei im Widerspruch zu dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Die Umsteuerung vollstationärer Aufenthalte in den teilstationären Bereich und das damit verbundene Mehraufkommen teilstationärer Aufenthalte in der IG kann diese Differenz nicht vollständig erklären. Ab dem zweiten Jahr ist die AU – Dauer für klinikneue Patienten in der Modellklinik jedoch geringer als in der Kontrollgruppe. Dies passt zur Beobachtung, dass sich im zweiten Jahr auch die Dauern teilstationärer Aufenthalte in beiden Gruppen wieder angleichen. Jedoch scheint dies auch hier keine vollständige Erklärung zu sein, da der absolute Rückgang an AU – Tagen in der IG hier größer ist als der Rückgang teilstationärer Tage.

Die über den gesamten Beobachtungszeitraum für klinikbekannte Patienten festgestellte geringere AU – Dauer in der IG im Vergleich zur KG scheint dabei eine direkte Folge der vermiedenen stationären Aufenthaltstage zu sein. Somit ist auch dieser Unterschied möglicherweise auf bereits im Vorvertrag vorweggenommene Effekte zurückzuführen.

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

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

Dass sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr keine Kosteneinsparungen feststellen ließen, liegt darin begründet, dass zwar im vollstationären Setting und in der PIA geringere Kosten anfallen, diese Einsparungen jedoch durch höhere Kosten im tagesklinischen Bereich kompensiert werden. Die Hypothese, dass die vollstationären Versorgungskosten sinken, kann somit bestätigt werden. Die Hypothese, dass im Zuge dessen auch die gesamten Kosten verringert werden, muss verworfen werden. Der Modelleffekt einer Umsteuerung der Patienten vom vollstationären Setting in niederschwelligere Behandlungen lässt sich anhand der Kostenzusammensetzung und -verläufe jedoch ablesen.

Dies trifft auch auf die Gruppe der klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zu. Hier kommen zusätzlich höhere Kosten in der vertragsärztlich-psychiatrischen Versorgung hinzu. Die Hypothese, dass die Kosten in diesem Bereich steigen bzw. in der IG höher gegenüber der KG sind, lässt sich vorerst bestätigen, wobei hier auch durchaus ein gewünschter Modelleffekt vorliegen kann.

Für die Kohorte mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist eine Einordnung der Ergebnisse schwieriger, da hier zusätzlich Preiseffekte im Sinne höherer Tagessätze in der Modellklinik zum Tragen kommen. Allerdings lassen sich auch hier Umsteuerungseffekte in den tagesklinischen Bereich ablesen.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

Insgesamt gingen Daten von 16 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die 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 vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden. Auch die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen ist in der Modellklinik geringer als in der Kontrollgruppe, mit Ausnahme des patientenindividuellen Prä-Zeitraums und ersten Jahres für klinikneue Patienten. Für ein kompletteres Bild sollten auch die Daten der anderen 17 Modellprojekte sondiert werden. Sollten hier eindeutigere Ergebnisse erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.

## **2. Hintergrund**

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## **3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes**

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

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

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

## **5. Methoden**

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- actimonda krankenkasse
- AOK Nordwest
- BKK Demag Krauss-Maffei (Fusion zum 01.01.2016 zur VBU)
- BKK Melitta Plus
- Continentale Betriebskrankenkasse
- Deutsche BKK (Fusion zum 01.01.2017 mit der BARMER)
- Knappschaft
- NOVITAS BKK
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Barmer (Namensänderung zur BARMER per 01.01.2017)
- DAK Gesundheit
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- KKH
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016)

## 6.1 Patientenmatching

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

In das Matching flossen in der IG 2.489 Versicherte ein, wobei für 2.477 Versicherte (99,5%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 30.985 Patienten gezogen.

Dabei wurden Kontrollpatienten nur aus den 10 Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und unter diesen wiederum der Großteil dieser Patienten aus den 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2). Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3).

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

Über alle Kohorten hinweg ergaben sich weiterhin signifikante Unterschiede bezüglich des Referenzortes. Auf Kohortenebene zeigte sich jedoch lediglich für die klinikneuen Patienten der ersten Kohorte ein höherer Anteil teilstationärer Referenzfälle in der IG. In Kohorte 3 war ein höherer Anteil an Referenzfällen in der Psychosomatik zu verzeichnen.

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

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>gesamt</b>	2.862	36.222	2.489 (87%)	30.985 (86%)	2.477 (87% ; 99,5%)	2.477 (7% ; 8%)
<b>Kohorte 1</b>	1.374	17.944	1.224 (89%)	15.720 (88%)	1.220 (89% ; 99,7%)	1.220 (7% ; 8%)
<b>Kohorte 2</b>	812	9.560	694 (85%)	8.042 (84%)	690 (85% ; 99,4%)	690 (7% ; 9%)
<b>Kohorte 3</b>	676	8.718	571 (84%)	7.223 (86%)	567 (84% ; 99,3%)	567 (7% ; 8%)

(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	22,0	602
2	23,5	266
3	25,8	365
4	27,5	701
5	28,7	460
6	29,7	14
7	35,1	16
8	35,6	23
9	35,6	27
10	55,2	3
11	59,2	—
12	65,1	—

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

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte Jahr 1			Kohorte Jahr 2			Kohorte Jahr 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	2.477	2.477		1.220	1.220		690	690		567	567		IG	KG
	linikneu	1.828	1.828		658	658		624	624		546	546			
	linikbekannt	649	649		562	562		66	66		21	21			
mittleres Alter	gesamt	49,7	49,3	1,000	50,1	49,5	1,000	49,7	49,6	1,000	48,8	48,6	1,000	1,000	1,000
	linikneu	49,4	49,2	1,000	49,4	49,3	1,000	49,6	49,6	1,000					
	linikbekannt	50,6	49,6	1,000	50,8	49,6	1,000	50,8	48,9	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	56,6%	56,5%	1,000	55,2%	53,9%	1,000	57,4%	58,3%	1,000	58,9%	60,0%	1,000	0,643	0,313
	linikneu	56,9%	57,2%	1,000	54,0%	54,1%	1,000	57,7%	57,5%	1,000					
	linikbekannt	55,9%	54,5%	1,000	56,6%	53,7%	1,000	54,5%	65,2%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	26,2%	26,2%	1,000	46,1%	46,1%	1,000	9,6%	9,6%	1,000	3,7%	3,7%	1,000	<0,001	<0,001
	linikneu	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	1,000					
	linikbekannt	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000	100,0%	100,0%	1,000					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	42,5%	45,6%	0,237	44,3%	46,6%	1,000	39,1%	41,4%	1,000	42,7%	48,5%	0,451	0,005	<0,001
	linikneu	38,3%	42,1%	0,153	33,0%	36,3%	1,000	39,7%	42,1%	1,000					
	linikbekannt	54,2%	55,5%	1,000	57,7%	58,7%	1,000	33,3%	34,8%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	54,3%	49,7%	0,014	53,0%	49,7%	0,947	57,4%	53,6%	1,000	53,3%	45,1%	0,075	<0,001	<0,001
	linikneu	59,5%	52,6%	<0,001	66,1%	59,1%	0,104	57,5%	52,7%	0,988					
	linikbekannt	39,6%	41,6%	1,000	37,7%	38,6%	1,000	56,1%	62,1%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,2%	3,5%	1,000	2,6%	3,5%	1,000	3,5%	3,8%	1,000	4,1%	3,2%	1,000	0,005	1,000
	linikneu	2,1%	3,8%	0,032	0,9%	4,3%	0,003	2,7%	4,0%	1,000					
	linikbekannt	6,2%	2,6%	0,032	4,6%	2,7%	1,000	10,6%	1,5%	0,750					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,1%	<0,001	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	1,2%	0,144	0,0%	3,2%	0,001	1,000	0,002
	linikneu	0,0%	1,4%	<0,001	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	1,1%	0,253					
	linikbekannt	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	1,5%	1,000					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	15,9%	15,7%	1,000	26,0%	25,4%	1,000	5,4%	7,2%	1,000	6,9%	5,3%	1,000	0,643	1,000
	linikneu	4,0%	5,5%	0,214	4,6%	7,3%	0,380	3,4%	5,0%	1,000					
	linikbekannt	49,3%	44,5%	0,857	51,1%	46,6%	1,000	24,2%	28,8%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,1%	2,2%	0,536	5,6%	3,5%	0,217	2,2%	1,0%	1,000	1,1%	0,9%	1,000	1,000	1,000
	linikneu	0,4%	0,7%	1,000	0,9%	0,9%	1,000	0,2%	0,6%	1,000					
	linikbekannt	10,5%	6,5%	0,127	11,0%	6,6%	0,127	1,5%	4,5%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	15,0%	15,9%	1,000	27,9%	28,8%	1,000	2,5%	3,6%	1,000	2,6%	3,4%	1,000	0,949	1,000
	linikneu	1,5%	2,6%	0,214	1,4%	3,2%	0,380	1,4%	2,4%	1,000					
	linikbekannt	53,0%	53,6%	1,000	58,9%	58,7%	1,000	12,1%	15,2%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	51,2%	55,4%	0,028	51,6%	56,1%	0,314	52,0%	54,2%	1,000	49,0%	55,4%	0,337	0,702	1,000
	linikneu	49,8%	54,0%	0,086	49,2%	54,3%	0,543	51,3%	53,2%	1,000					
	linikbekannt	55,0%	59,2%	1,000	54,4%	58,2%	1,000	59,1%	63,6%	1,000					

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

## 7. Darstellung Modellvorhaben imland Klinik Rendsburg GmbH

Das Modellvorhaben nach §64b SGB V in der imland Klinik Rendsburg GmbH begann zum 01.01.2013 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

An der imland Klinik Rendsburg GmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 99 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie, 32 in der Tagesklinik und 11 in der Psychosomatik vorgesehen.

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt an einem Vorläufervertrag, nach §24 BPfIV von 2006 bis 2015, an. Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Leistungen und Psychiatrische Institutsambulanz. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für eine vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%). Die Allgemeine Psychiatrie ist Bestandteil des Vertrages nach §64b SGB V. Es werden jedoch keine Fachabteilungen ausgeschlossen.

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie folgende Schwerpunkte innerhalb des Modellprojekts verfolgt:

- Versorgungshaus für den Kreis
- Mutter-Kind-Behandlungseinheit mit Spezialambulanz
- Angebot für Kinder psychisch kranker Eltern
- Behandlung schwerer, chronischer Depressionen, einschließlich CBASP und EKT
- CRA für Suchtpatienten

Laut der Befragung wies die Klinik im Jahr 2016 folgende Versorgungsmodule auf: HomeTreatment (nicht Bestandteil vom Modellvertrag nach §64b SGB V), Krisenmanagement / Notfallbehandlung und sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen.

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

Anders als bei der in Schleswig-Holstein üblichen PIA-Abrechnung nach Quartalspauschale in Verbindung mit einer Vergütung gemäß EBM (23) wird den imland Kliniken nur über Quartalspauschale abgerechnet. Dies gilt sowohl für den Zeitraum vor 2013 (Regionales Psychiatriebudget nach § 24 BPfIV) als auch für den Zeitraum nach Beginn des Modellvertrages nach § 64b SGB V. Zum 01.01.2017 wurde die Abrechnung der PIA-Leistung von Quartals- auf Kontaktpauschalen (Entgeltschlüssel 36010062 bis 36010065) umgestellt.

Im stationären Bereich erfolgte vor 2013 sowie bis Ende 2014 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BPfIV. Beginnend im vierten Quartal 2014 wurde bis Ende des zweiten Quartals 2015 nach Mo-

dellpflegesätzen abgerechnet. Ab dem 01.01.2015 sieht der Modellvertrag die Abrechnung nach PEPP vor, wobei diese Transition erst ab dem dritten Quartal 2015 in den Daten sichtbar ist.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum ausschließlich nach Pflegesätzen abgerechnet.

## 8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

## 8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

Über 75% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 4). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)

Schizophrenie (F20)

depressive Episoden (F32) und

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 4).

**Tabelle 4: 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>658</b>	<b>658</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	75,5 %	77,4 %
• Zwei Diagnosen	21,4 %	19,8 %
• Drei Diagnosen	2,7 %	2,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	22	22
2. F32 & F45	9	9
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F20	7	9

<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>562</b>	<b>562</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	74,0 %	74,9 %
• Zwei Diagnosen	23,5 %	22,2 %
• Drei Diagnosen	2,1 %	2,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F20	9	11
2. F20 & F70	8	9
3. IG: F10 & F25 / KG: F10 & F32	7	7

<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>567</b>	<b>567</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	74,6 %	75,8 %
• Zwei Diagnosen	23,1 %	21,9 %
• Drei Diagnosen	2,3 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	11	12
2. F10 & F43	9	9
3. IG: F32 & F40 / KG: F10 & F32	8	9

<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 entsprechenden Kapitel zu finden.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	497	509	658	658
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,0 %	4,1 %	4,3 %	4,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	23,3 %	23,0 %	26,9 %	26,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,5 %	11,0 %	11,2 %	12,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	32,8 %	32,2 %	35,7 %	36,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,7 %	14,5 %	19,5 %	18,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,2 %	4,0 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	10,1 %	10,2 %	15,7 %	14,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,6 %	2,1 %	1,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,6 %	2,3 %	1,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,6 %	2,0 %	2,9 %	3,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	50,2	50,0	49,4	49,3
• Median	50	50	49	49
• (Interquartilsabstand)	(36 - 62)	(36 - 62)	(35 - 61)	(36 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,1 %	53,2 %	54,0 %	54,1 %
• Männer	47,9 %	46,8 %	46,0 %	45,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	65,8 %	60,5 %	67,0 %	63,7 %
• PIA	34,2 %	39,5 %	33,0 %	36,3 %

Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,2 %	0,2 %	2,6 %	0,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	10,7 %	6,1 %	10,6 %	5,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	8,8 %	8,4 %	7,9 %
• Abitur/Fachabitur	4,0 %	5,7 %	4,1 %	4,9 %
• Abschluss unbekannt	8,5 %	8,6 %	9,1 %	9,6 %
• Fehlende Angabe	66,6 %	70,5 %	65,2 %	71,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,8 %	3,5 %	7,4 %	3,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,5 %	17,7 %	19,0 %	16,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,6 %
• Bachelor	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,0 %	1,8 %	2,0 %	1,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,0 %	5,3 %	5,5 %	6,1 %
• Fehlende Angabe	66,6 %	70,5 %	65,2 %	71,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	9,9 %	11,2 %	9,6 %	10,6 %
• Nein	77,7 %	75,2 %	77,8 %	75,4 %
• Fehlende Angabe	12,5 %	13,6 %	12,6 %	14,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	27,8 %	27,3 %	28,7 %	27,1 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	19,5 %	17,7 %	21,3 %	21,1 %
• Weder A noch B	52,7 %	55,0 %	50,0 %	51,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	53,3 %	51,7 %	52,9 %	51,2 %
• Familienversicherter	3,8 %	4,9 %	4,3 %	4,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	37,2 %	37,5 %	36,5 %	37,7 %
• Fehlende Angabe	5,6 %	5,9 %	6,4 %	6,5 %

<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	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	416	421	562	562
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,5 %	0,5 %	0,9 %	0,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,7 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	24,0 %	23,8 %	28,3 %	28,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	35,8 %	35,2 %	35,2 %	34,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	27,4 %	27,8 %	31,0 %	31,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,8 %	4,8 %	8,0 %	8,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,2 %	1,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	2,4 %	2,6 %	7,7 %	7,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,1 %	3,1 %	6,0 %	6,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	1,2 %	4,8 %	5,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,4	49,8	50,8	49,6
• Median	51	49	51	49
• (Interquartilsabstand)	(42 - 60)	(41 - 59)	(41 - 60)	(41 - 59)
Geschlecht (%)				
• Frauen	55,8 %	51,5 %	56,6 %	53,7 %
• Männer	44,2 %	48,5 %	43,4 %	46,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	43,3 %	40,1 %	42,3 %	41,3 %
• PIA	56,7 %	59,9 %	57,7 %	58,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,9 %	0,5 %	3,6 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,5 %	3,3 %	4,6 %	3,2 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	4,8 %	3,3 %	3,9 %	3,7 %
• Abitur/Fachabitur	3,1 %	3,6 %	3,0 %	3,9 %
• Abschluss unbekannt	4,8 %	7,1 %	5,0 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	78,8 %	82,2 %	79,9 %	81,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,6 %	2,6 %	5,3 %	2,7 %

• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,6 %	8,8 %	9,3 %	9,3 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	0,7 %	0,5 %	0,7 %
• Bachelor	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,0 %	0,5 %	0,9 %	0,7 %
• Promotion	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	4,1 %	5,0 %	3,9 %	5,0 %
• Fehlende Angabe	78,8 %	82,2 %	79,9 %	81,5 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
• Ja	10,8 %	13,3 %	9,6 %	14,4 %
• Nein	76,7 %	72,9 %	76,9 %	71,0 %
• Fehlende Angabe	12,5 %	13,8 %	13,5 %	14,6 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	29,3 %	34,9 %	30,8 %	34,2 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	46,2 %	39,9 %	48,2 %	44,1 %
• Weder A noch B	24,5 %	25,2 %	21,0 %	21,7 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
• Mitglied	44,7 %	43,7 %	44,8 %	43,1 %
• Familienversicherter	4,1 %	6,4 %	3,9 %	5,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,7 %	44,4 %	44,8 %	45,6 %
• Fehlende Angabe	6,5 %	5,5 %	6,4 %	6,0 %

<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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population		Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe		IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>		423	430	567	567
Referenzdiagnose					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 00 (Demenz)</li> <li>• F 01 (Vaskuläre Demenz)</li> <li>• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)</li> <li>• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)</li> <li>• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)</li> <li>• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>					
Alter <sup>1</sup>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>		48,9 49 (35 - 60)	49,5 50 (34 - 62)	48,8 48 (35 - 60)	48,6 49 (34 - 60)
Geschlecht (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>		60,3 % 39,7 %	60,2 % 39,8 %	58,9 % 41,1 %	60,0 % 40,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>		55,8 % 44,2 %	48,4 % 51,6 %	57,3 % 42,7 %	51,5 % 48,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>		0,9 % 8,5 % 13,9 % 4,0 % 10,9 % 61,7 %	0,7 % 6,0 % 11,2 % 7,9 % 8,1 % 66,0 %	0,9 % 8,6 % 13,6 % 3,9 % 10,1 % 63,0 %	0,9 % 6,7 % 10,1 % 7,1 % 9,7 % 65,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> </ul>		5,2 %	5,1 %	5,1 %	4,9 %

• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	24,1 %	18,8 %	23,5 %	18,5 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,5 %	0,2 %	0,4 %
• Bachelor	0,5 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,2 %	3,3 %	1,6 %	3,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	7,1 %	6,0 %	6,3 %	7,1 %
• Fehlende Angabe	61,7 %	66,0 %	63,0 %	65,6 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
• Ja	7,1 %	7,4 %	7,9 %	7,4 %
• Nein	76,4 %	75,1 %	74,8 %	75,3 %
• Fehlende Angabe	16,5 %	17,4 %	17,3 %	17,3 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	28,4 %	28,1 %	28,4 %	31,4 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	18,4 %	14,9 %	20,3 %	17,1 %
• Weder A noch B	53,2 %	57,0 %	51,3 %	51,5 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
• Mitglied	57,2 %	61,9 %	57,5 %	62,3 %
• Familienversicherter	7,6 %	7,2 %	7,1 %	6,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	30,0 %	27,2 %	30,3 %	27,0 %
• Fehlende Angabe	5,2 %	3,7 %	5,1 %	3,9 %

<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 darüberhinaus 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 darüberhinaus patientenindividuell der Prä-Zeitraum, sowie in Jahresscheiben das erste bis zum dritten Jahr dargestellt.

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

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

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

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

### 8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>616</b>	<b>601</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>610</b>	<b>597</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,5 %	52,5 %	14,1 %	13,0 %	10,8 %	38,4 %	15,2 %	13,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	5,2 %	1,8 %	0,8 %	1,3 %	2,4 %	2,1 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,3 %	12,9 %	11,7 %	9,3 %	12,4 %	15,4 %	10,2 %	9,4 %
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)	1,8	19,0	3,7	3,6	3,7	22,7	5,2	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,3	9,9	0,9	1,0	0,2	5,9	0,6	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,1	28,8	4,6	4,6	3,9	28,6	5,8	5,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,4	0,4	0,1	0,2	0,6	0,4	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,9	0,2	0,1	0,1	0,4	0,3	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	2,3	1,3	0,9	1,6	2,2	1,4	0,9

<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)

### 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>547</b>	<b>547</b>	<b>529</b>	<b>518</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>536</b>	<b>525</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>	47,9 %	36,7 %	26,8 %	24,7 %	47,8 %	41,5 %	31,7 %	27,0 %
	8,4 %	6,0 %	2,5 %	2,1 %	7,6 %	3,3 %	3,2 %	2,3 %
	14,1 %	14,4 %	14,6 %	12,0 %	17,8 %	16,7 %	17,0 %	13,1 %
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>	15,3	17,4	8,6	8,4	20,6	23,7	15,6	12,2
	2,8	4,2	1,0	1,2	1,8	3,7	1,1	1,1
	18,1	21,6	9,6	9,6	22,4	27,4	16,7	13,3
	1,8	1,1	0,6	0,6	1,8	0,6	0,8	0,5
	1,7	0,9	0,4	0,6	1,8	0,5	0,8	0,5
	1,9	2,2	1,7	1,5	2,0	1,7	2,0	2,4

<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 berücksichtig.

sichtig.

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

<sup>4</sup>Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

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

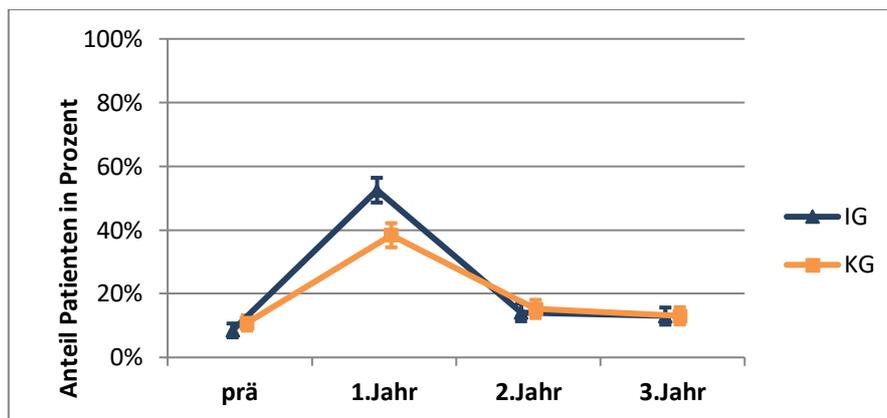
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

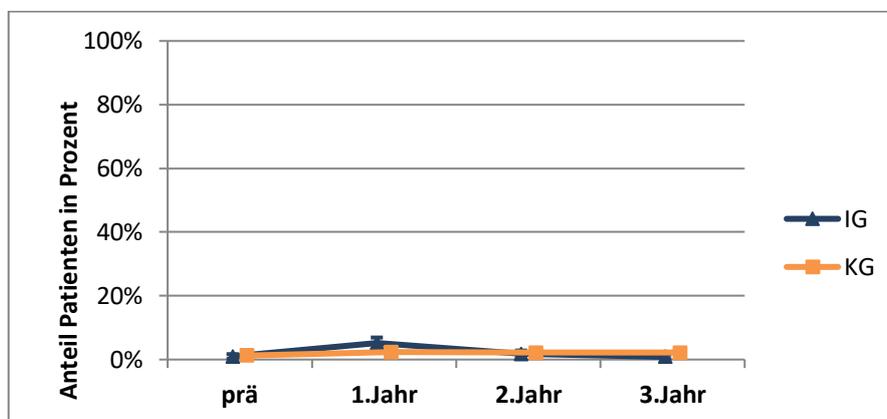
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

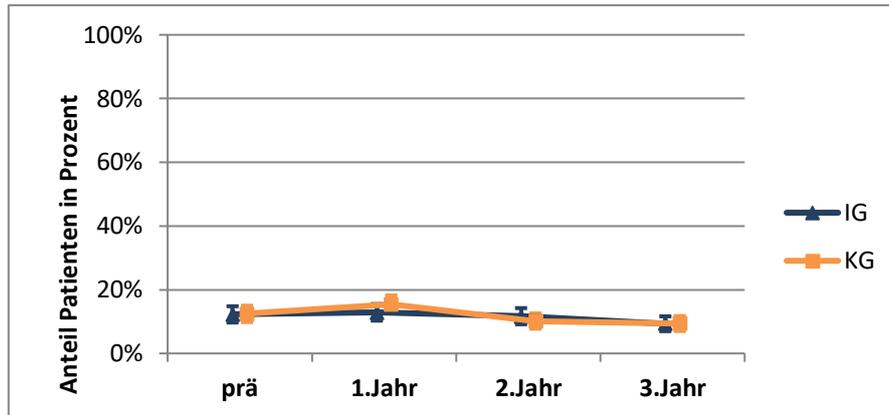
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

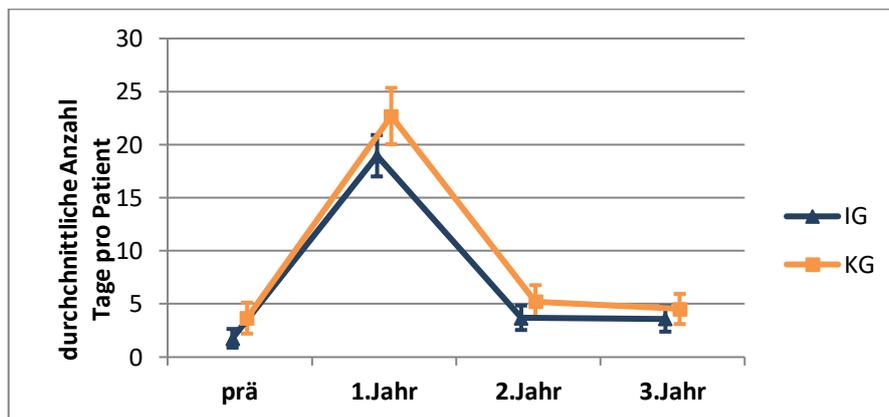


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

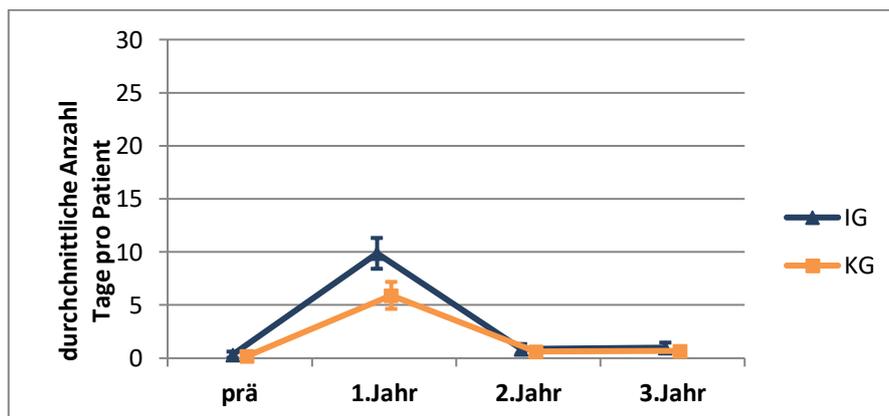


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

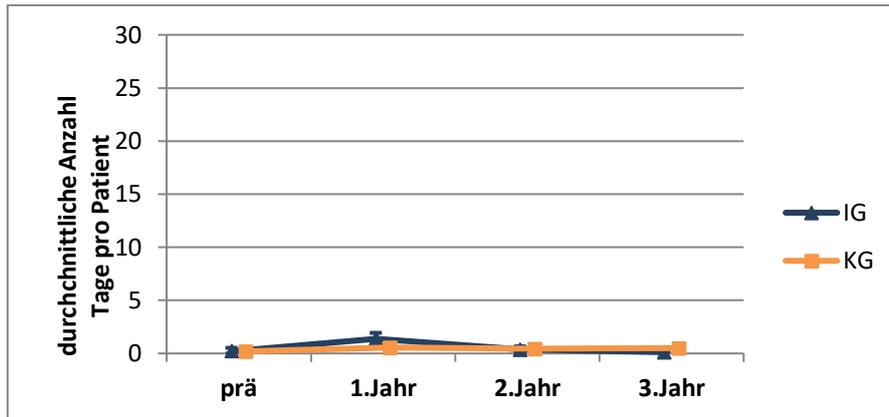
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



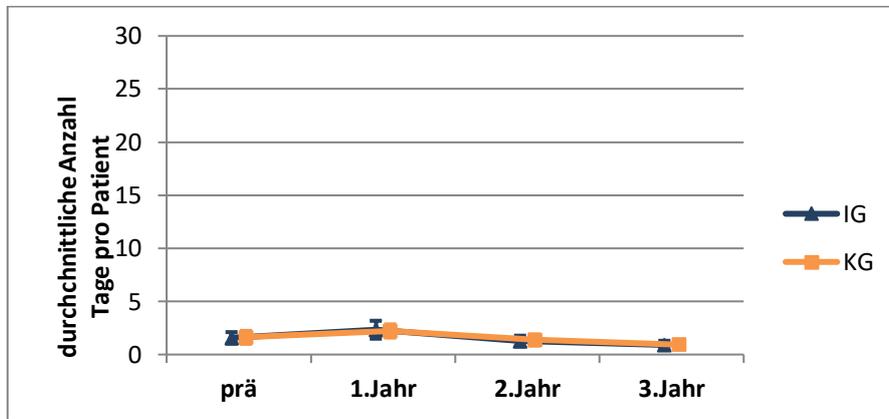
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



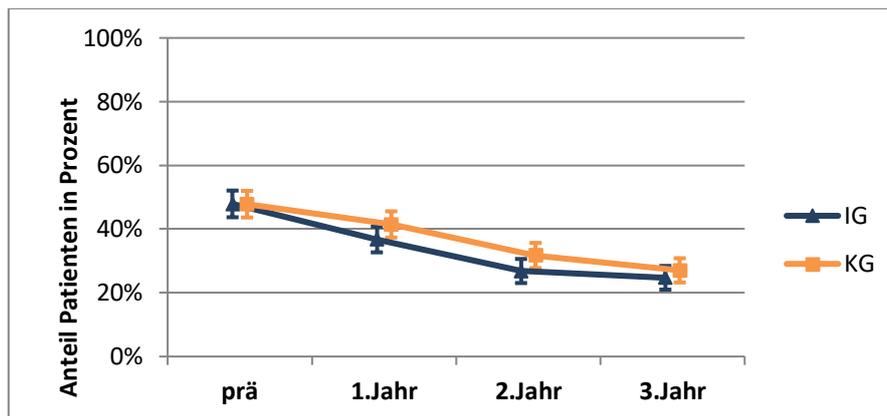
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

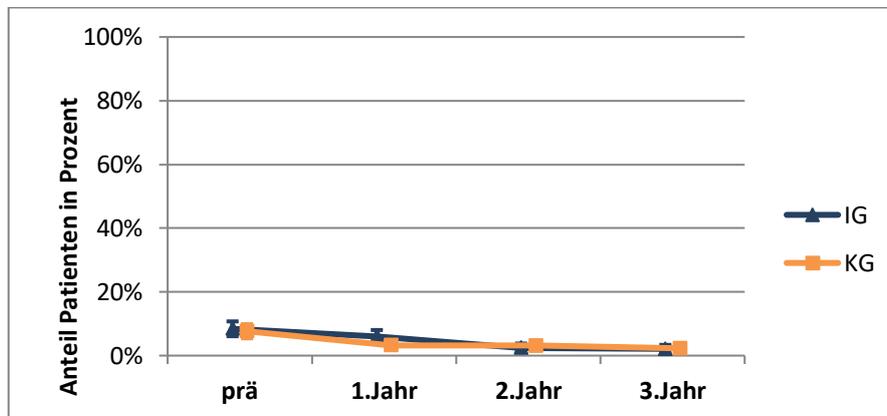
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

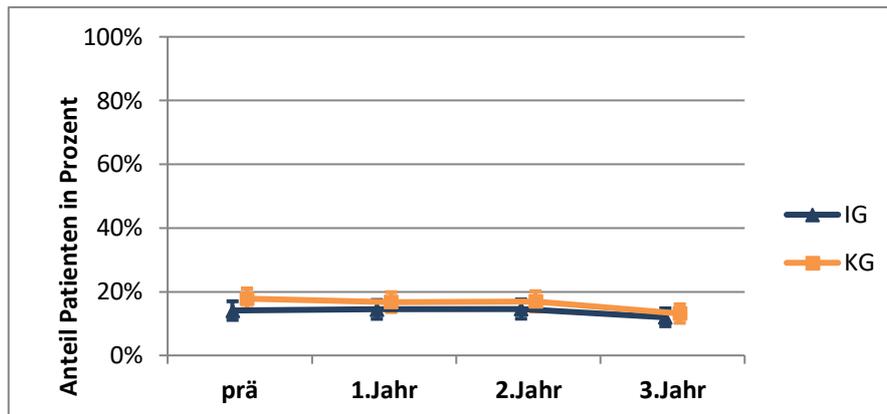
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

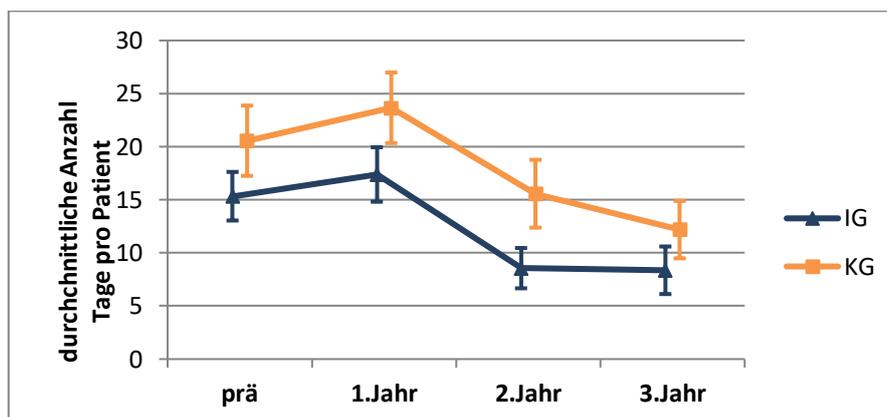


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

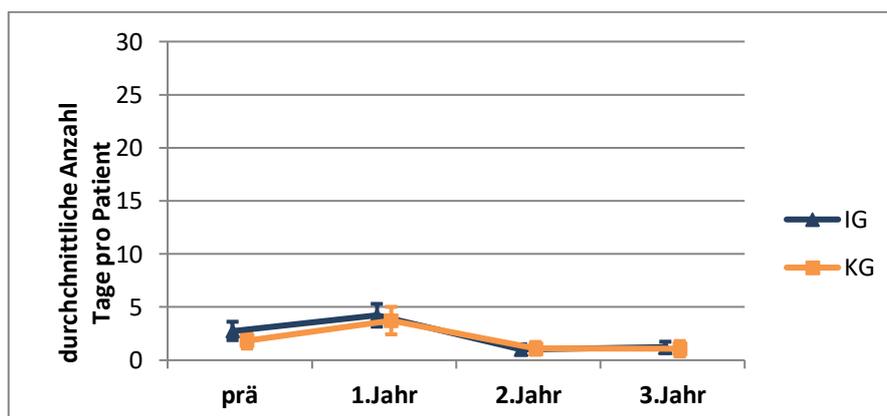


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

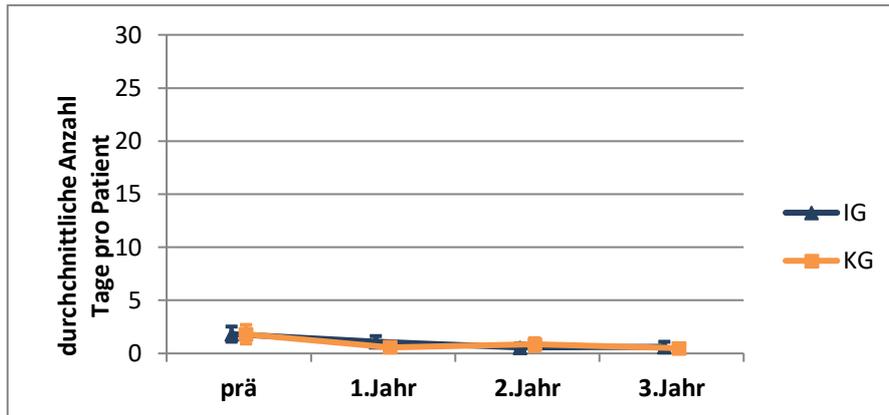
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



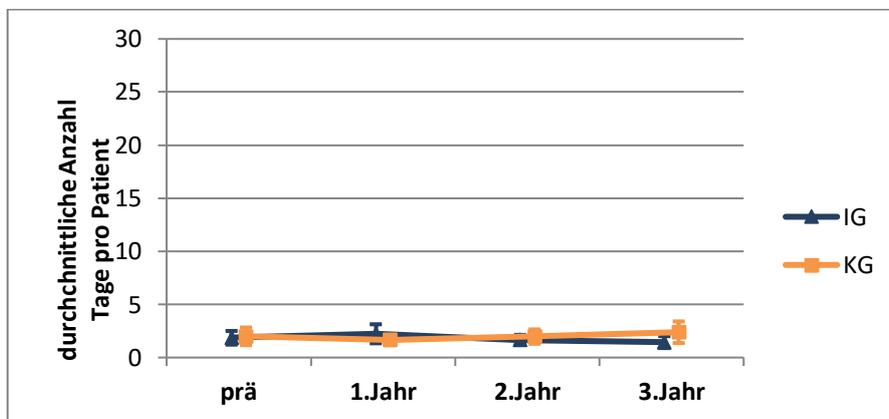
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=636, KG=636;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=547, KG=550).

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 niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 1,8; KG: 3,7 vollstationäre Tage), Peak im patientenindividuellen ersten Jahr (IG: 19,0; KG: 22,7 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 3,7 und 3,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 5,2 und 4,5 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Peak war in der IG mit 19 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 22,7 vollstationären Tagen. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im patientenindividuellen ersten Jahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 9,9 teilstationäre Tage; KG: 5,9 teilstationäre Tage).

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier gab es im ersten Jahr einen erheblich höheren Anteil an Patienten mit vollstationärem Aufenthalt in IG im Vergleich zur KG (IG: 52,5%; KG: 38,4%).

Auch bei den klirikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem kleinen Peak in beiden Gruppen im patientenindividuellen ersten Jahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Beobachtungszeitraum in der IG geringer als in der KG (prä: -5,3; 1. Jahr: -6,3; 2. Jahr: -7; 3. Jahr: -3,8 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war zwischen IG und KG bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten vergleichbar.

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

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>567</b>	<b>567</b>	<b>567</b>	<b>567</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>	8,1 %	50,1 %	6,9 %	32,1 %
	3,5 %	4,8 %	2,8 %	2,6 %
	13,6 %	11,5 %	12,3 %	14,8 %
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>	2,4	14,8	1,5	17,2
	0,1	10,6	0,2	7,0
	2,5	25,5	1,7	24,2
	1,3	1,9	0,4	0,5
	1,2	1,4	0,3	0,5
	1,4	1,7	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: Graphische Darstellung für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

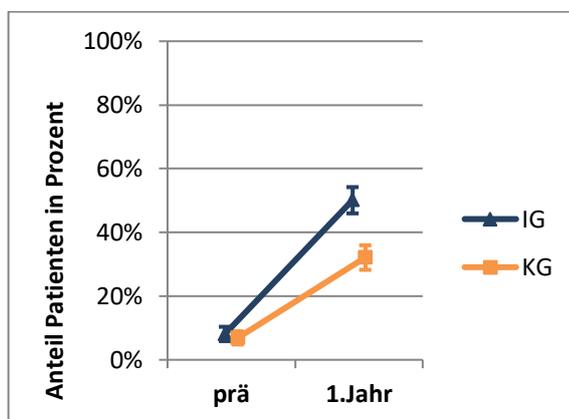
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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)**

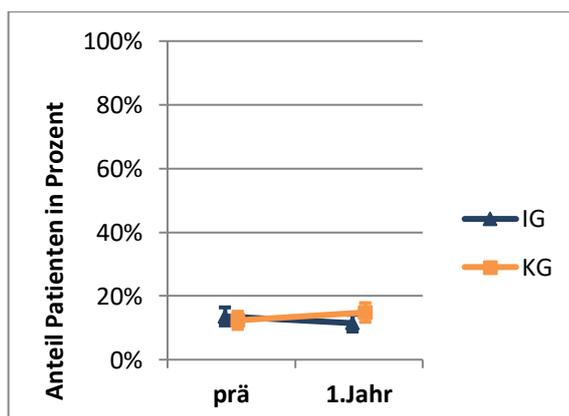
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

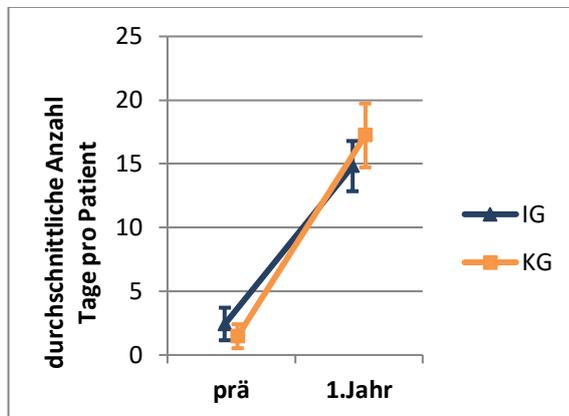
Fallzahl zu klein

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

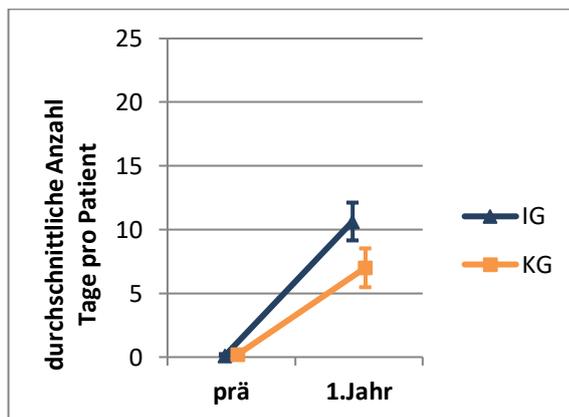


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

- **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)**

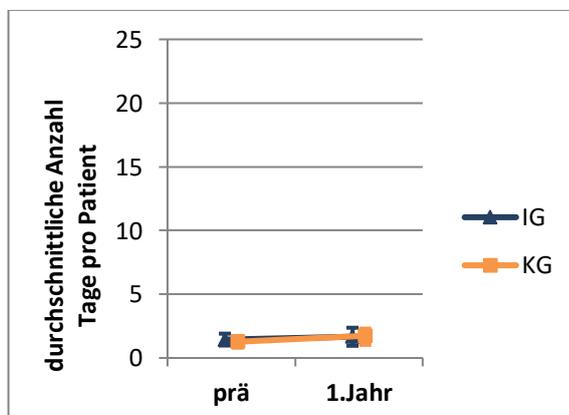


Abbildung 1 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 die Graphische Darstellung für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphische Darstellung für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=567 pro Gruppe) zeigte sich hinsichtlich des Anteils an Patienten mit vollstationärem Aufenthalt ein um 18 Prozentpunkte höherer Anteil in der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) im ersten Jahr. Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen gab es hingegen eine wesentlich größere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der Kontrollgruppe (KG) im Vergleich zur Modellklinik (IG). Beide Gruppen starteten hier auf einem niedrigen Niveau (IG: 2,4; KG: 1,5 vollstationäre Tage). Im ersten patientenindividuellen Jahr stiegen die vollstationären Tage in der IG weniger stark an als in der KG (IG: 14,8; KG: 17,2 vollstationäre Tage). Die Anzahl der Tage in teilstationärer Behandlung stieg in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: + 10,5; KG: +6,8 teilstationäre Tage).

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

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Die Modellierung ergab hier ein signifikantes *DiD* ( $p < 0,001$ ) in allen drei Kohorten (Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Jahr). Dabei war der Schätzer in der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr größer 1, für die Kohorten mit Referenzfall im zweiten und dritten Jahr kleiner 1.

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen B (Diagnostik- und Dauerkriterium) verglichen mit Personen ohne schwere psychische Störungen.

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 300ff.).

### 8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>570</b>	<b>570</b>	<b>552</b>	<b>541</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>547</b>	<b>534</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>558</b>	<b>563</b>	<b>536</b>	<b>524</b>	<b>546</b>	<b>552</b>	<b>521</b>	<b>505</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	2,6	1,0	0,9	—*	4,0	2,9	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,3	4,2	3,8	3,4	2,8	3,5	3,3	2,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	12,8	17,3	14,5	13,6	10,9	13,6	12,6	12,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	0,0	0,0	—*	0,0	0,0	0,0
• 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	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,8	0,7	0,8	0,7	0,8	0,5	0,7	0,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,5	0,6	0,6	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,9	8,2	8,9	8,9	9,2	8,9	8,6	7,6

<sup>1</sup> Wenn nur Kostenpauschale (40xxx) 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 Labormedizinerinnen (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>471</b>	<b>471</b>	<b>458</b>	<b>448</b>	<b>472</b>	<b>472</b>	<b>459</b>	<b>451</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>464</b>	<b>464</b>	<b>448</b>	<b>437</b>	<b>461</b>	<b>464</b>	<b>436</b>	<b>437</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	8,6	8,3	5,6	—*	8,0	7,0	5,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,5	2,9	2,9	2,7	2,3	2,3	1,9	1,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	17,8	17,9	17,9	17,4	16,9	15,9	15,5	14,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	0,0	0,0	0,0	—*	0,0	0,1	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	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,3	0,7	1,0	0,8	0,4	0,4	0,3	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								

• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,2	0,2	0,4	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,1	5,8	5,3	5,1	7,6	6,5	8,2	7,5

<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.

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

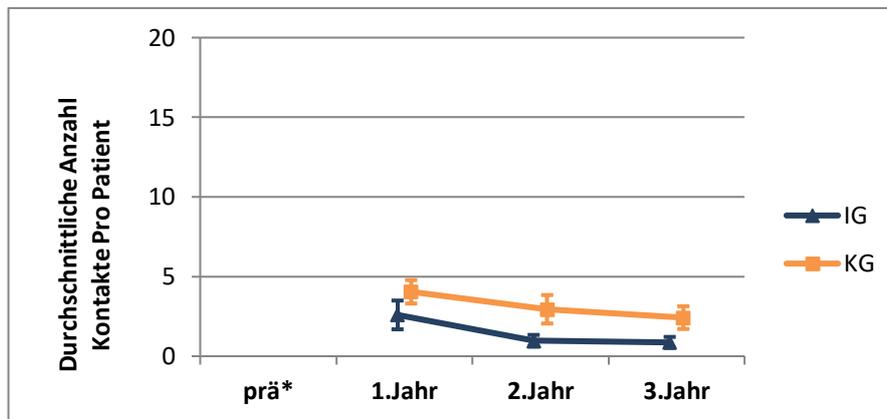
**Klinikneue Patienten**

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.

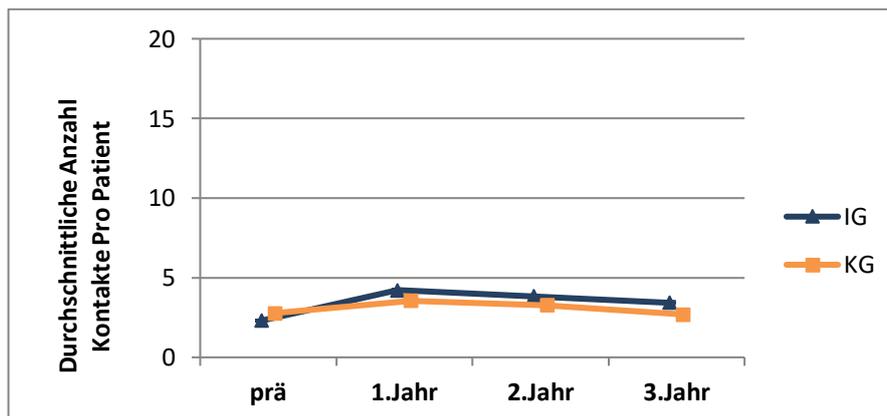
**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient**

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

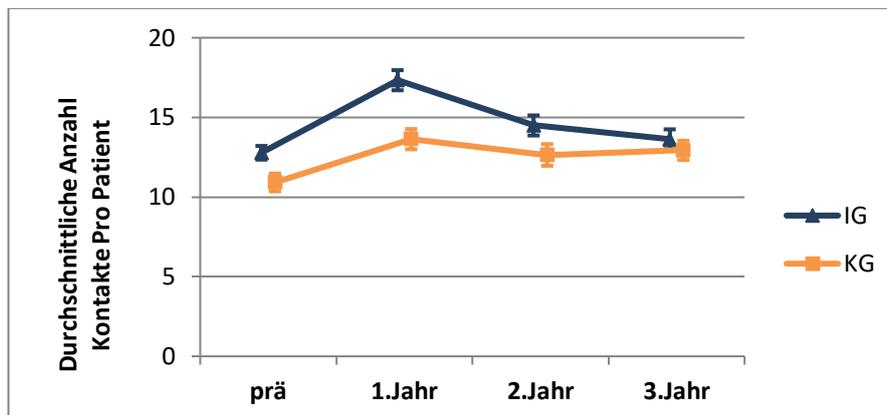


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

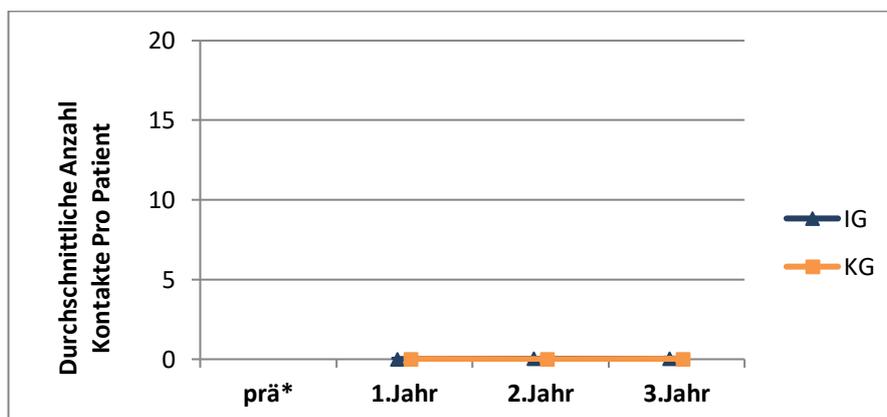


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



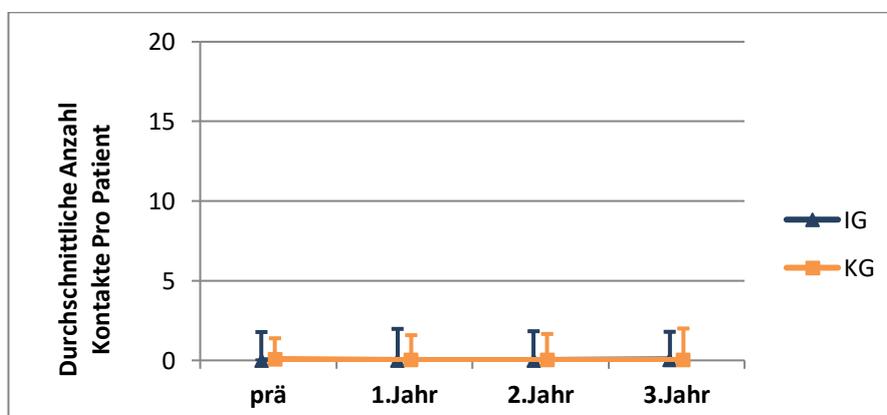
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

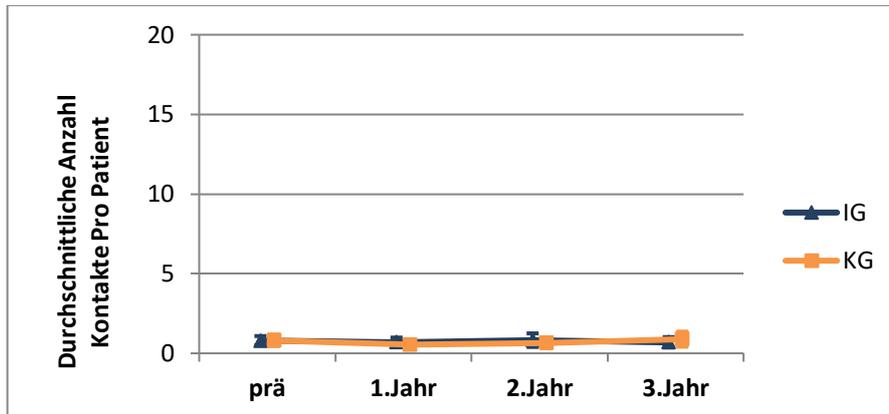


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

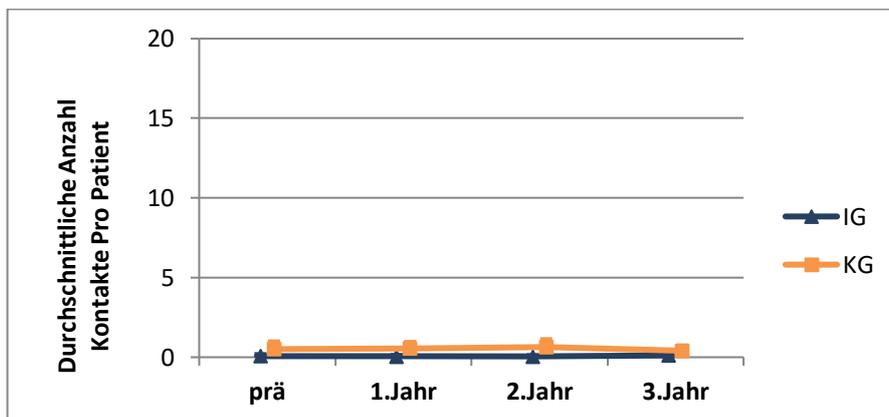


- bei anderen Vertragsärzten (F)

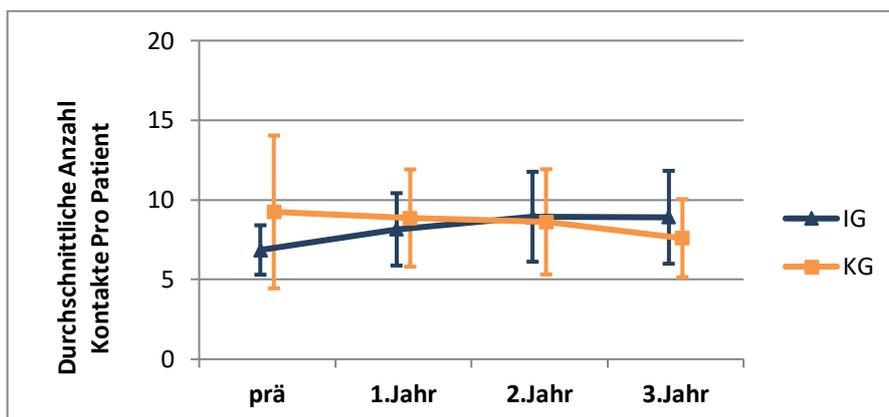


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



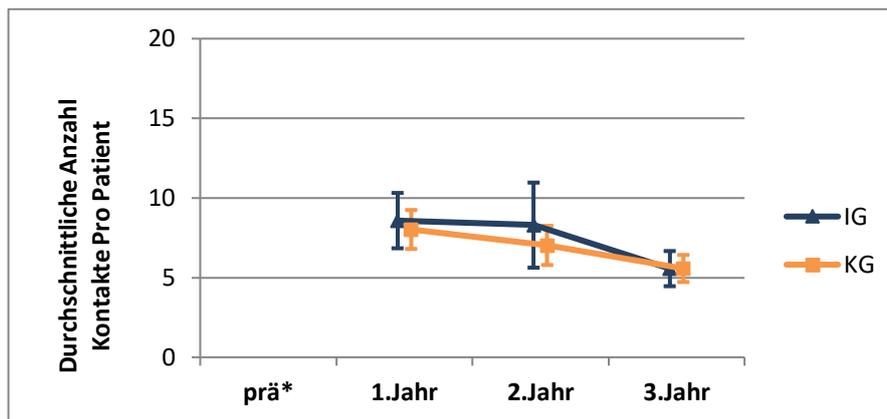
### Klinikbekannte Patienten

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.

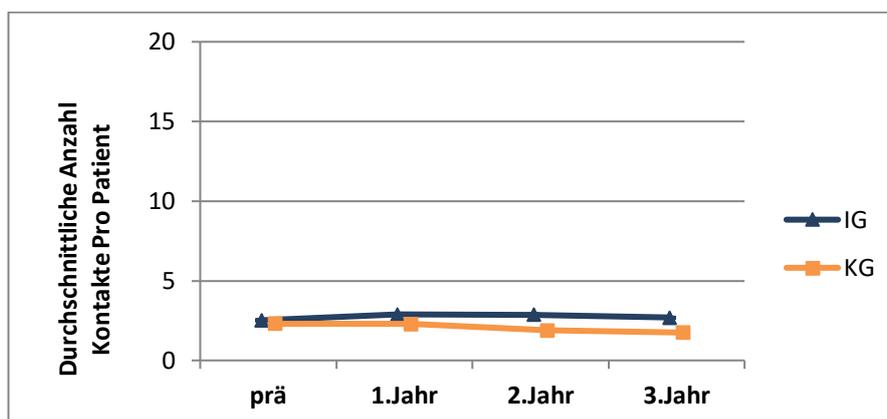
#### Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

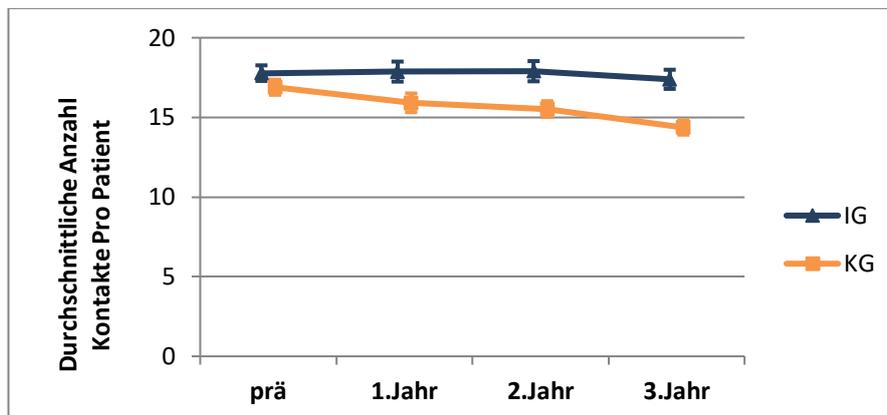


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

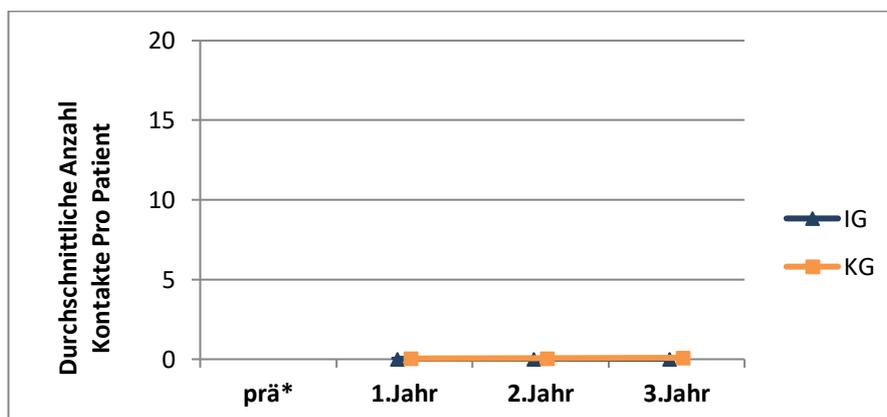


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



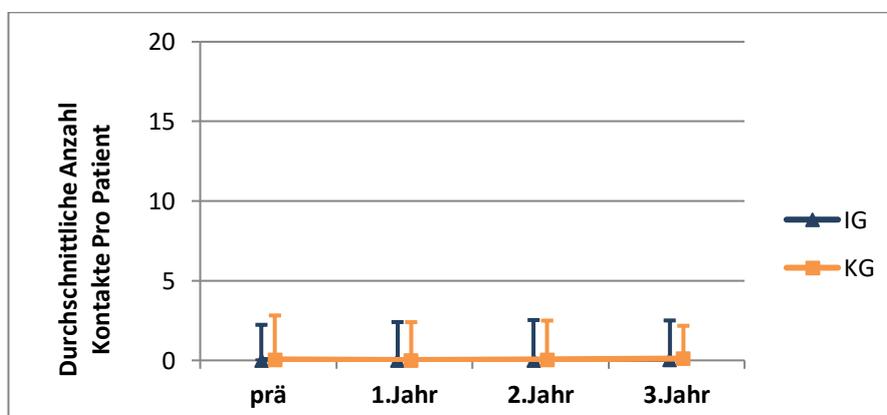
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

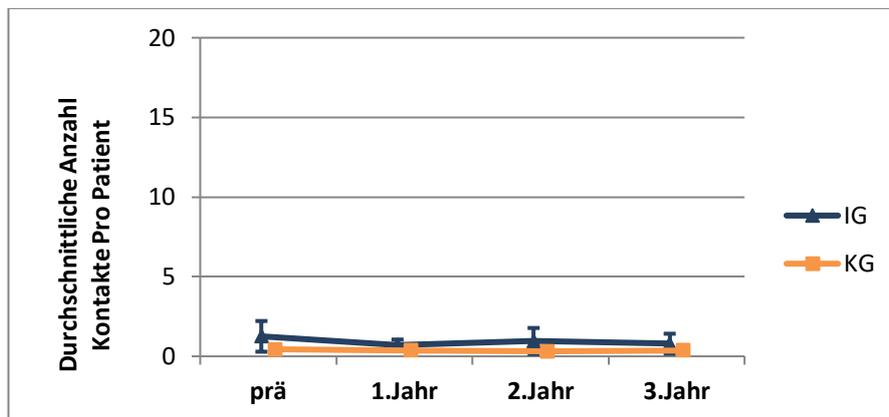


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

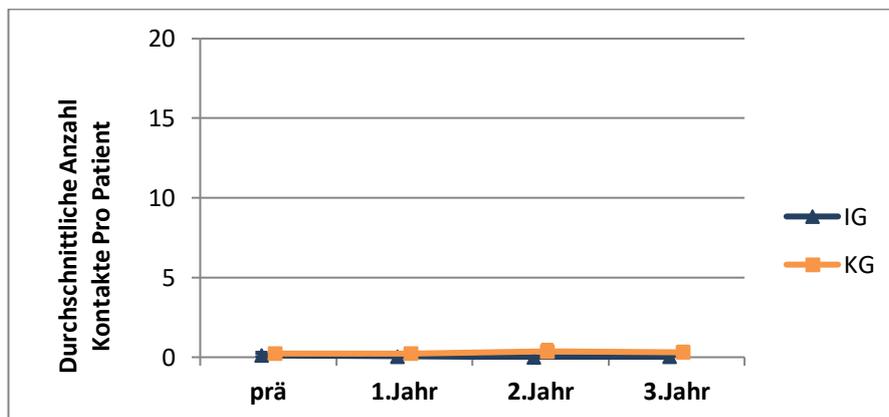


- bei anderen Vertragsärzten (F)

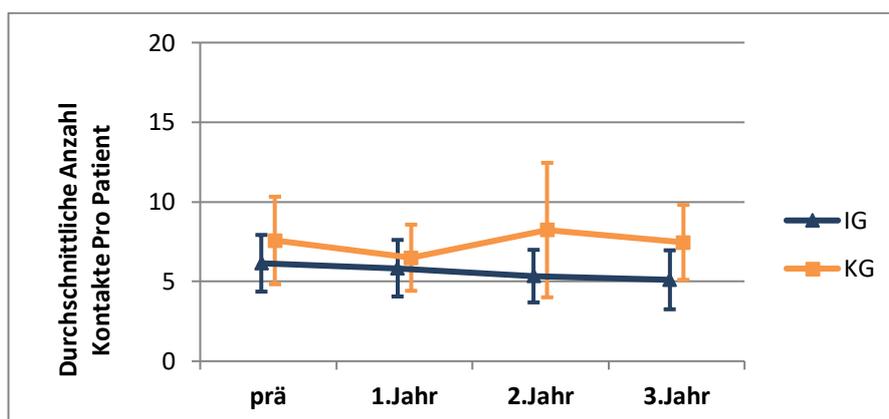


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=570, KG=569;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=471, KG=472). 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 linikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer leicht rückläufigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 1 PIA-Kontakt weniger.

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) fast identisch. *Bei anderen Vertragsärzten* kommt die IG über die gesamte Beobachtungszeit im Schnitt auf etwa 3 Kontakte mehr als die KG. In beiden Verläufen gibt es dabei einen Peak hinsichtlich der Kontaktanzahl im ersten Jahr nach Modellstart.

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

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich ein fast deckungsgleiches Muster über die Zeit zwischen IG und KG. *Bei anderen Vertragsärzten* liegt die IG hinsichtlich der Anzahl die gesamte Beobachtungszeit mit etwa 2 Kontakten über der KG. Dabei bleibt die Inanspruchnahme in der IG über den gesamten Beobachtungszeitraum stabil während sie in der KG leicht rückläufig ist.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>473</b>	<b>473</b>	<b>473</b>	<b>473</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>462</b>	<b>467</b>	<b>458</b>	<b>457</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,1	0,1	3,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,7	4,7	3,1	5,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	11,9	14,9	11,2	13,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,1
• 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	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,5	1,2	1,0	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,0	0,6	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,0	7,2	6,7	7,9

<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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

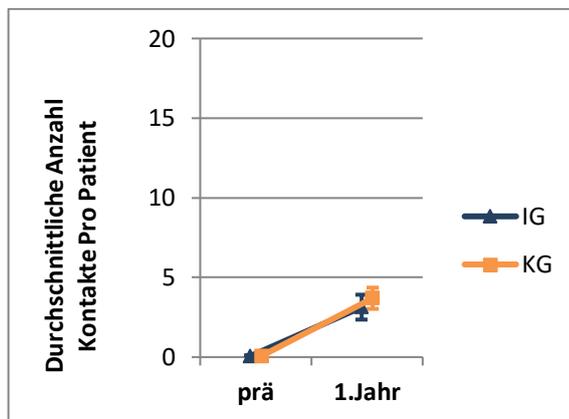
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

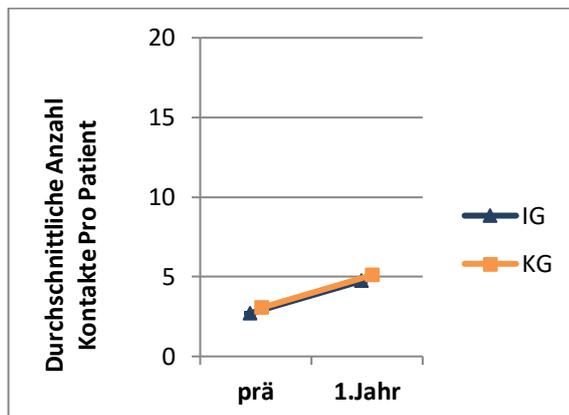
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

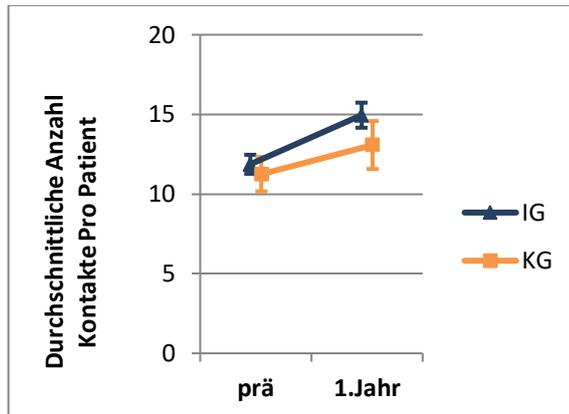
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

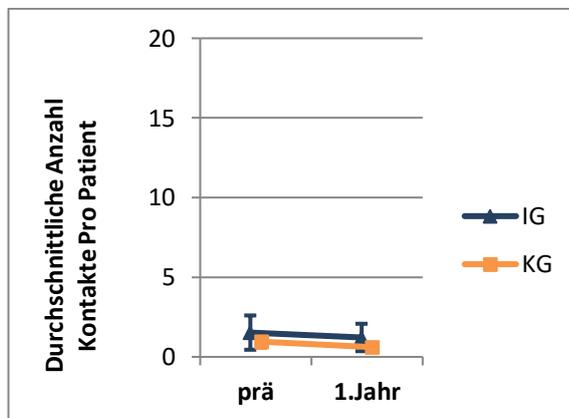
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

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)**

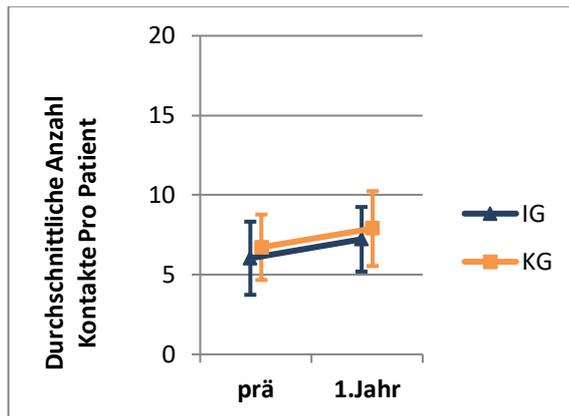


Abbildung 3 zeigt die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 4 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n= 321 und 331) zeigte sich ein identischer Verlauf hinsichtlich der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in beiden Gruppen (IG: von 0,1 auf 3,1 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0,1 auf 3,7 Kontakte im 1. Jahr).

Auch bezüglich der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war der Verlauf von Präzeitraum zum ersten Jahr in beiden Gruppen nahezu identisch (IG: von 11,9 auf 14,9 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 11,2 auf 13,1 Kontakte im 1. Jahr).

Hinsichtlich der Kontakthäufigkeit bei anderen Vertragsärzten gab es in der IG einen stärkeren Anstieg über die Zeit als in der KG (IG: von 2,7 auf 4,7 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 3,1 auf 5,1 Kontakte im 1. Jahr). Der entsprechende DiD-Schätzer wurde in der Modellierung signifikant.

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>41</b>	<b>656</b>	<b>103</b>	<b>92</b>	<b>84</b>	<b>579</b>	<b>120</b>	<b>105</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	9,0 %	10,7 %	8,7 %	—	7,8 %	11,7 %	8,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	7,0 %	8,7 %	15,2 %	—	10,5 %	15,8 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	54,0 %	47,6 %	47,8 %	—	43,5 %	44,2 %	38,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	12,8 %	7,8 %	12,0 %	—	12,4 %	7,5 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,1 %	1,9 %	3,3 %	—	1,4 %	0,0 %	1,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,4 %	1,0 %	0,0 %	—	1,7 %	1,7 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	17,5 %	21,4 %	27,2 %	—	19,2 %	25,8 %	22,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	34,1 %	36,9 %	34,8 %	—	39,6 %	36,7 %	43,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>30</b>	<b>337</b>	<b>63</b>	<b>52</b>	<b>67</b>	<b>291</b>	<b>73</b>	<b>66</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	8,6 %	12,7 %	7,7 %	—	10,3 %	16,4 %	10,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,4 %	14,3 %	21,2 %	—	16,5 %	21,9 %	21,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	52,2 %	46,0 %	46,2 %	—	48,5 %	42,5 %	42,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	15,1 %	7,9 %	13,5 %	—	14,8 %	9,6 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,7 %	1,6 %	3,8 %	—	0,7 %	0,0 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,5 %	0,0 %	0,0 %	—	1,7 %	1,4 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	21,4 %	28,6 %	32,7 %	—	26,8 %	35,6 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	32,9 %	34,9 %	28,8 %	—	29,2 %	32,9 %	33,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>12</b>	<b>135</b>	<b>33</b>	<b>21</b>	<b>39</b>	<b>134</b>	<b>42</b>	<b>45</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	7,4 %	12,1 %	0,0 %	—	6,7 %	11,9 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	12,6 %	18,2 %	28,6 %	—	22,4 %	21,4 %	24,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	54,8 %	30,3 %	38,1 %	—	46,3 %	45,2 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	15,6 %	6,1 %	9,5 %	—	15,7 %	14,3 %	6,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	0,7 %	0,0 %	0,0 %	—	0,0 %	0,0 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,7 %	0,0 %	0,0 %	—	1,5 %	0,0 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,0 %	30,3 %	28,6 %	—	29,1 %	33,3 %	35,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	31,1 %	45,5 %	33,3 %	—	31,3 %	28,6 %	35,6 %

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

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>32</b>	<b>591</b>	<b>92</b>	<b>81</b>	<b>63</b>	<b>515</b>	<b>111</b>	<b>87</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	20,3 %	20,7 %	23,5 %	—	14,6 %	23,4 %	19,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	14,6 %	18,5 %	27,2 %	—	19,6 %	22,5 %	21,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	78,5 %	73,9 %	76,5 %	—	67,8 %	64,0 %	59,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	27,9 %	26,1 %	33,3 %	—	29,5 %	20,7 %	19,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,0 %	5,4 %	6,2 %	—	3,9 %	1,8 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,0 %	5,4 %	2,5 %	—	4,3 %	5,4 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	36,4 %	40,2 %	49,4 %	—	35,3 %	44,1 %	42,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	11,8 %	7,6 %	6,2 %	—	18,8 %	13,5 %	23,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>296</b>	<b>57</b>	<b>48</b>	<b>49</b>	<b>255</b>	<b>67</b>	<b>52</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	22,3 %	26,3 %	20,8 %	—	16,1 %	31,3 %	23,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	20,9 %	24,6 %	39,6 %	—	30,2 %	29,9 %	32,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	79,4 %	68,4 %	77,1 %	—	72,5 %	68,7 %	69,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	32,1 %	22,8 %	39,6 %	—	34,1 %	20,9 %	19,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,4 %	5,3 %	4,2 %	—	5,9 %	3,0 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,7 %	3,5 %	0,0 %	—	3,5 %	6,0 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,3 %	50,9 %	56,3 %	—	47,5 %	58,2 %	57,7 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	—	8,8 %	8,8 %	2,1 %	—	11,4 %	6,0 %	9,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>117</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>26</b>	<b>119</b>	<b>38</b>	<b>33</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	19,7 %	25,0 %	5,0 %	—	11,8 %	26,3 %	21,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	23,1 %	28,6 %	55,0 %	—	39,5 %	31,6 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	86,3 %	60,7 %	70,0 %	—	69,7 %	68,4 %	69,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	34,2 %	21,4 %	20,0 %	—	33,6 %	26,3 %	15,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,1 %	0,0 %	0,0 %	—	5,0 %	2,6 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,7 %	0,0 %	0,0 %	—	2,5 %	2,6 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,0 %	50,0 %	55,0 %	—	52,1 %	57,9 %	54,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	4,3 %	10,7 %	0,0 %	—	11,8 %	5,3 %	9,1 %

<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.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>536</b>	<b>71</b>	<b>73</b>	<b>45</b>	<b>461</b>	<b>87</b>	<b>66</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	25,4 %	22,5 %	27,4 %	—	21,0 %	32,2 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	25,0 %	32,4 %	35,6 %	—	28,9 %	24,1 %	31,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	88,1 %	85,9 %	86,3 %	—	83,3 %	82,8 %	74,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	51,9 %	46,5 %	50,7 %	—	49,9 %	47,1 %	36,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	11,4 %	9,9 %	8,2 %	—	6,5 %	4,6 %	3,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,4 %	4,2 %	2,7 %	—	8,0 %	11,5 %	10,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	49,3 %	53,5 %	57,5 %	—	49,2 %	50,6 %	54,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,2 %	0,0 %	2,7 %	—	8,2 %	3,4 %	6,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>18</b>	<b>273</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>34</b>	<b>233</b>	<b>47</b>	<b>36</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	29,3 %	26,7 %	26,7 %	—	24,0 %	46,8 %	36,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	33,3 %	44,4 %	44,4 %	—	41,2 %	29,8 %	44,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	89,0 %	80,0 %	86,7 %	—	88,0 %	85,1 %	80,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	59,3 %	44,4 %	60,0 %	—	56,7 %	51,1 %	41,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	12,8 %	11,1 %	6,7 %	—	11,2 %	8,5 %	5,6 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 90 Tagen</li> </ul>	—	7,3 %	4,4 %	0,0 %	—	8,2 %	10,6 %	11,1 %
	—	59,7 %	66,7 %	62,2 %	—	64,4 %	68,1 %	75,0 %
	—	3,7 %	0,0 %	2,2 %	—	3,0 %	0,0 %	2,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>113</b>	<b>26</b>	<b>18</b>	<b>16</b>	<b>108</b>	<b>27</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	—	27,4 %	26,9 %	11,1 %	—	21,3 %	40,7 %	33,3 %
	—	35,4 %	50,0 %	50,0 %	—	53,7 %	29,6 %	38,9 %
	—	92,9 %	69,2 %	83,3 %	—	85,2 %	77,8 %	72,2 %
	—	60,2 %	42,3 %	50,0 %	—	59,3 %	55,6 %	44,4 %
	—	8,0 %	0,0 %	0,0 %	—	10,2 %	7,4 %	0,0 %
	—	6,2 %	3,8 %	0,0 %	—	8,3 %	7,4 %	5,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	57,5 %	65,4 %	55,6 %	—	73,1 %	66,7 %	61,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	—	0,0 %	0,0 %	5,6 %

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

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

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

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

\* 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>388</b>	<b>530</b>	<b>289</b>	<b>213</b>	<b>427</b>	<b>513</b>	<b>291</b>	<b>247</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	15,1 %	21,1 %	17,4 %	—	11,5 %	17,5 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	8,5 %	6,2 %	2,8 %	—	8,0 %	4,1 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	41,3 %	47,1 %	39,0 %	—	40,5 %	38,1 %	34,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	12,5 %	9,3 %	11,3 %	—	11,1 %	6,2 %	4,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	1,5 %	0,7 %	0,9 %	—	1,4 %	0,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,5 %	5,2 %	4,7 %	—	0,8 %	1,7 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	24,3 %	27,3 %	20,7 %	—	19,9 %	21,6 %	22,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	38,3 %	34,9 %	42,7 %	—	45,0 %	46,4 %	50,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>319</b>	<b>389</b>	<b>227</b>	<b>177</b>	<b>336</b>	<b>354</b>	<b>226</b>	<b>181</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	15,4 %	19,8 %	18,1 %	—	15,5 %	20,8 %	22,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,8 %	7,9 %	3,4 %	—	9,9 %	4,9 %	7,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	41,9 %	45,8 %	34,5 %	—	41,2 %	39,8 %	40,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	14,1 %	11,0 %	13,0 %	—	11,9 %	6,6 %	5,0 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	—	2,1 %	0,9 %	1,1 %	—	1,7 %	0,4 %	0,0 %
	—	5,4 %	6,2 %	5,6 %	—	0,8 %	1,8 %	4,4 %
	—	27,2 %	27,8 %	22,0 %	—	26,0 %	26,1 %	28,7 %
	—	34,2 %	34,4 %	44,1 %	—	39,8 %	42,5 %	43,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>214</b>	<b>259</b>	<b>173</b>	<b>130</b>	<b>215</b>	<b>228</b>	<b>131</b>	<b>105</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	—	17,0 %	19,7 %	15,4 %	—	17,5 %	24,4 %	29,5 %
	—	14,3 %	10,4 %	4,6 %	—	12,7 %	6,9 %	11,4 %
	—	36,7 %	45,1 %	36,2 %	—	40,8 %	42,0 %	42,9 %
	—	16,6 %	12,1 %	14,6 %	—	12,3 %	6,9 %	4,8 %
	—	0,8 %	0,6 %	0,8 %	—	2,2 %	0,8 %	0,0 %
	—	6,6 %	7,5 %	7,7 %	—	1,3 %	1,5 %	4,8 %
	—	30,9 %	29,5 %	20,8 %	—	30,7 %	32,1 %	39,0 %
	—	33,6 %	31,2 %	41,5 %	—	38,6 %	37,4 %	39,0 %

<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.

**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>316</b>	<b>431</b>	<b>210</b>	<b>169</b>	<b>329</b>	<b>424</b>	<b>224</b>	<b>188</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	27,6 %	36,7 %	39,1 %	—	22,4 %	33,0 %	30,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	17,9 %	17,6 %	8,9 %	—	17,5 %	11,6 %	13,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	69,8 %	67,1 %	67,5 %	—	66,0 %	59,4 %	56,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	31,1 %	25,7 %	26,0 %	—	28,1 %	24,1 %	20,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	3,7 %	4,8 %	4,1 %	—	3,8 %	0,4 %	2,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,5 %	3,3 %	5,9 %	—	3,3 %	3,1 %	11,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,8 %	55,2 %	49,1 %	—	38,7 %	42,4 %	42,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	13,7 %	14,3 %	13,6 %	—	19,3 %	22,8 %	24,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>255</b>	<b>315</b>	<b>165</b>	<b>136</b>	<b>256</b>	<b>295</b>	<b>171</b>	<b>140</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	29,5 %	37,0 %	41,9 %	—	30,2 %	39,2 %	39,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	22,2 %	21,2 %	10,3 %	—	20,7 %	14,0 %	17,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	67,6 %	64,2 %	64,7 %	—	69,8 %	59,6 %	61,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	35,6 %	29,1 %	27,9 %	—	30,8 %	27,5 %	22,1 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	—	4,8 %	6,1 %	5,1 %	—	4,7 %	0,6 %	2,9 %
	—	7,6 %	3,6 %	7,4 %	—	3,7 %	3,5 %	12,1 %
	—	50,8 %	59,4 %	54,4 %	—	49,2 %	50,9 %	53,6 %
	—	11,4 %	13,3 %	14,0 %	—	13,2 %	18,1 %	17,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>161</b>	<b>217</b>	<b>126</b>	<b>105</b>	<b>161</b>	<b>182</b>	<b>100</b>	<b>85</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	—	30,4 %	38,1 %	39,0 %	—	33,5 %	44,0 %	49,4 %
	—	27,2 %	26,2 %	10,5 %	—	26,4 %	19,0 %	16,5 %
	—	64,1 %	61,9 %	69,5 %	—	72,5 %	61,0 %	58,8 %
	—	37,8 %	29,4 %	33,3 %	—	32,4 %	27,0 %	28,2 %
	—	3,7 %	4,8 %	4,8 %	—	5,5 %	1,0 %	4,7 %
	—	8,3 %	4,8 %	9,5 %	—	2,7 %	3,0 %	14,1 %
	—	54,4 %	63,5 %	53,3 %	—	56,6 %	59,0 %	63,5 %
	—	9,7 %	11,1 %	10,5 %	—	11,5 %	15,0 %	16,5 %

<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

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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä*	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>217</b>	<b>320</b>	<b>145</b>	<b>122</b>	<b>223</b>	<b>327</b>	<b>162</b>	<b>123</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	37,5 %	37,9 %	49,2 %	—	27,5 %	43,8 %	39,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	26,9 %	25,5 %	17,2 %	—	25,4 %	16,7 %	15,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	84,7 %	81,4 %	88,5 %	—	80,1 %	76,5 %	77,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	51,9 %	44,1 %	45,9 %	—	48,9 %	41,4 %	42,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,2 %	6,2 %	8,2 %	—	4,6 %	0,6 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,1 %	9,7 %	11,5 %	—	8,6 %	6,8 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	61,6 %	62,1 %	64,8 %	—	51,4 %	57,4 %	52,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	5,0 %	9,0 %	3,3 %	—	10,4 %	10,5 %	3,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>172</b>	<b>232</b>	<b>116</b>	<b>97</b>	<b>173</b>	<b>226</b>	<b>130</b>	<b>95</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	40,5 %	38,8 %	52,6 %	—	36,7 %	50,0 %	50,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	31,0 %	29,3 %	19,6 %	—	31,9 %	18,5 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	83,6 %	80,2 %	87,6 %	—	84,1 %	76,2 %	77,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	57,8 %	49,1 %	48,5 %	—	51,3 %	44,6 %	43,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	9,1 %	7,8 %	10,3 %	—	5,8 %	0,8 %	4,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 90 Tagen</li> </ul>	—	9,1 %	10,3 %	13,4 %	—	9,3 %	7,7 %	17,9 %
	—	68,1 %	67,2 %	71,1 %	—	66,4 %	65,4 %	65,3 %
	—	3,9 %	7,8 %	3,1 %	—	7,1 %	10,0 %	1,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>112</b>	<b>157</b>	<b>88</b>	<b>71</b>	<b>106</b>	<b>141</b>	<b>77</b>	<b>57</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	—	40,8 %	42,0 %	47,9 %	—	38,3 %	53,2 %	63,2 %
	—	38,9 %	33,0 %	22,5 %	—	38,3 %	24,7 %	17,5 %
	—	80,3 %	77,3 %	88,7 %	—	84,4 %	80,5 %	77,2 %
	—	63,1 %	43,2 %	53,5 %	—	54,6 %	45,5 %	49,1 %
	—	7,0 %	4,5 %	9,9 %	—	6,4 %	1,3 %	7,0 %
	—	9,6 %	12,5 %	15,5 %	—	9,2 %	5,2 %	19,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	72,6 %	72,7 %	70,4 %	—	71,6 %	72,7 %	77,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,2 %	6,8 %	1,4 %	—	5,0 %	6,5 %	0,0 %

<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.

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

**Klinikneue Patienten**

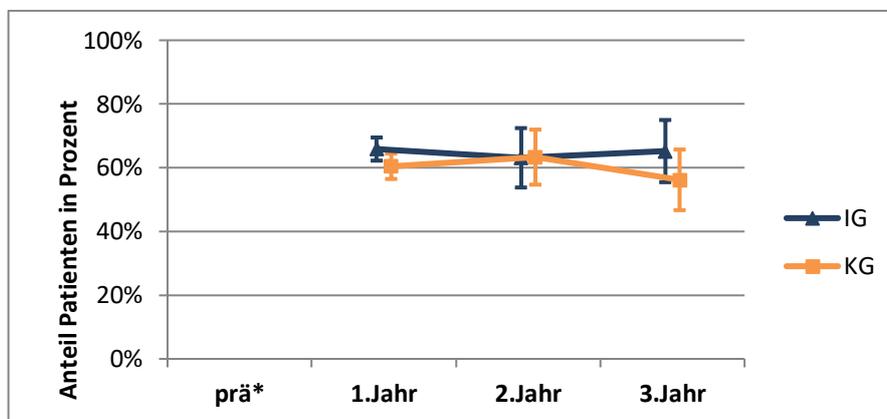
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

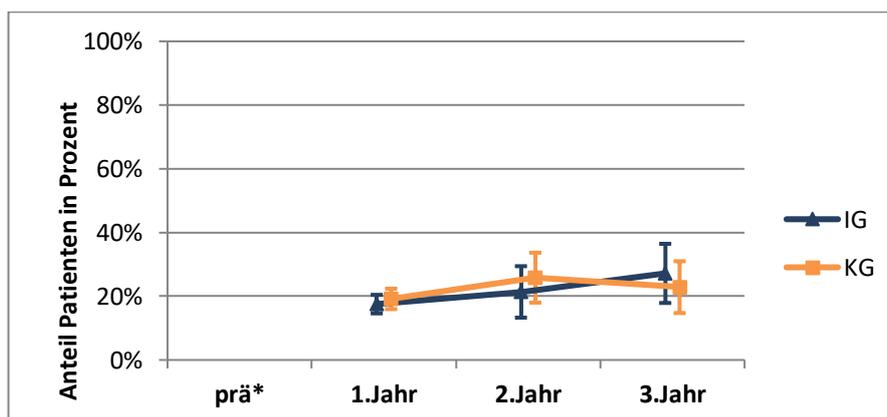
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle\*



- Alle (psychiatrischer Sektor)\*

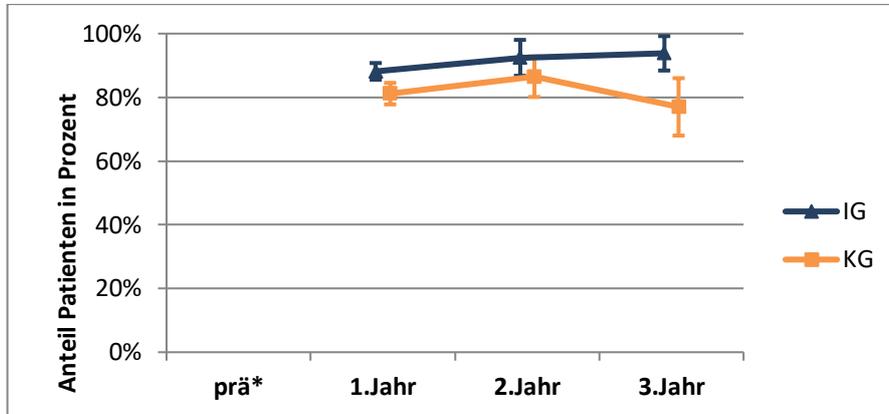


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

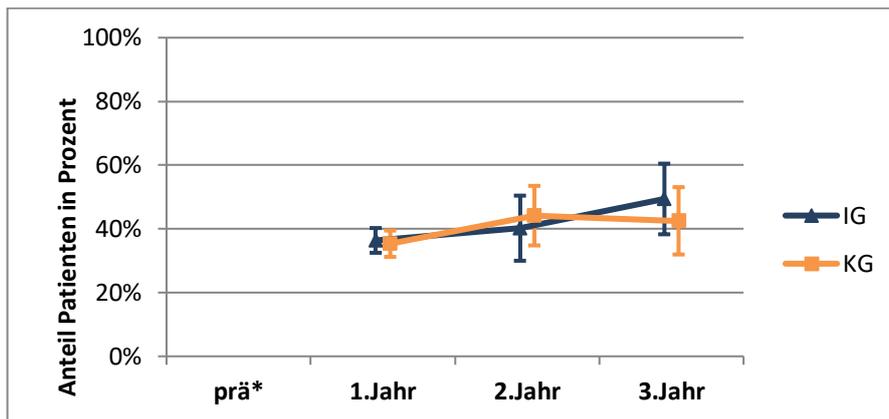
**Klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle\*



- Alle (psychiatrischer Sektor)\*

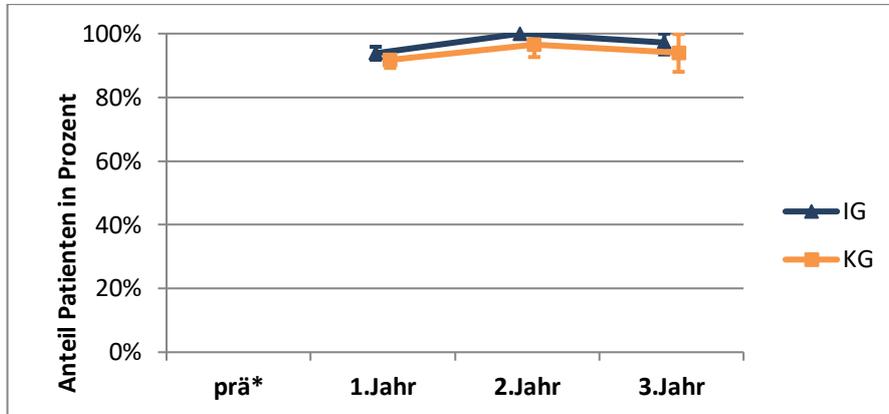


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

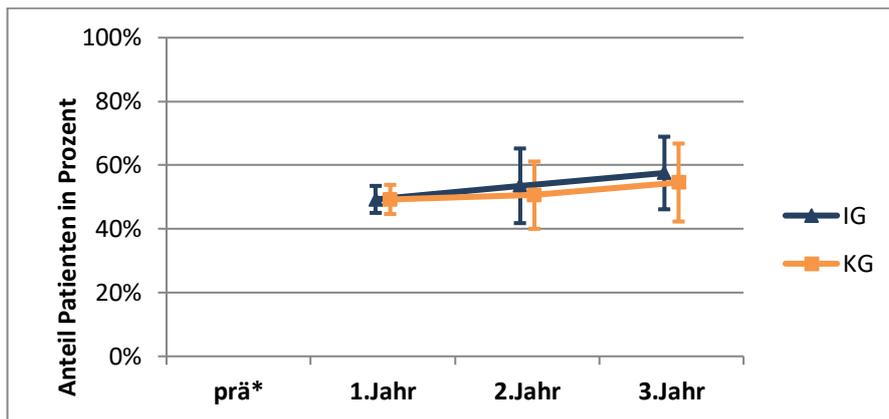
**Klinikneue Patienten**

**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.

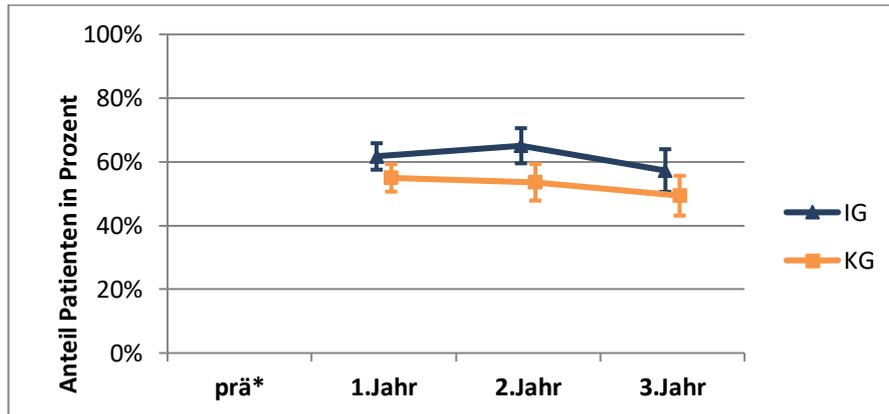
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

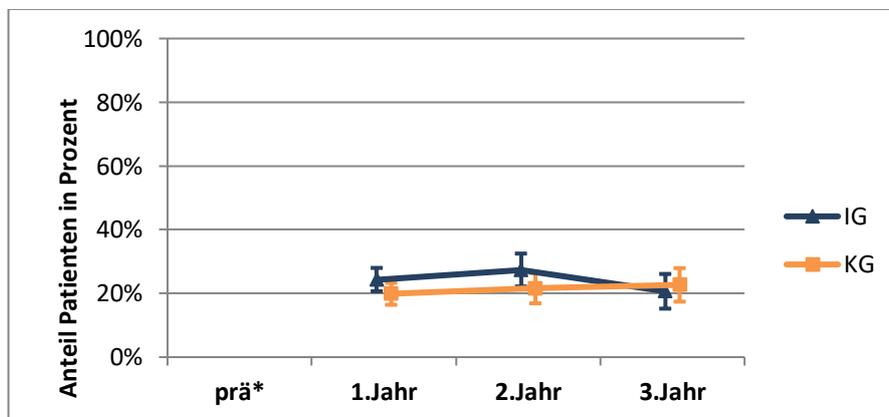
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle\*



- Alle (psychiatrischer Sektor)\*

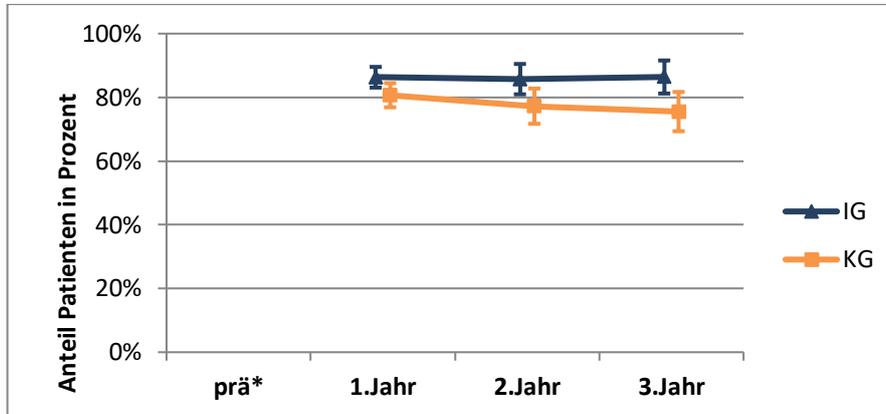


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

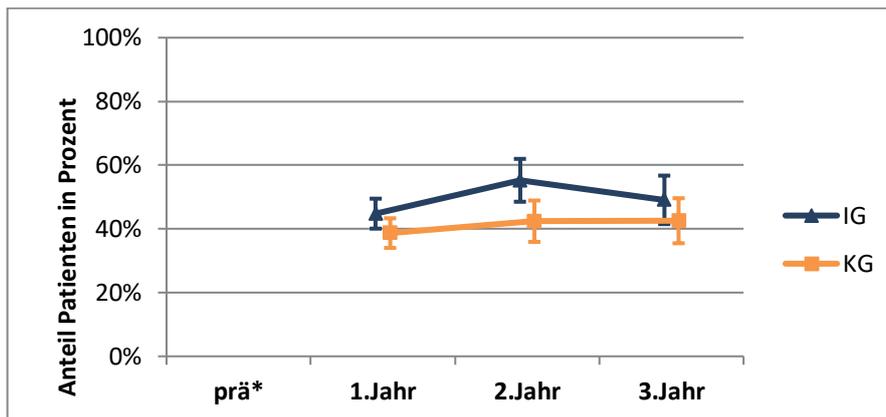
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle\***



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

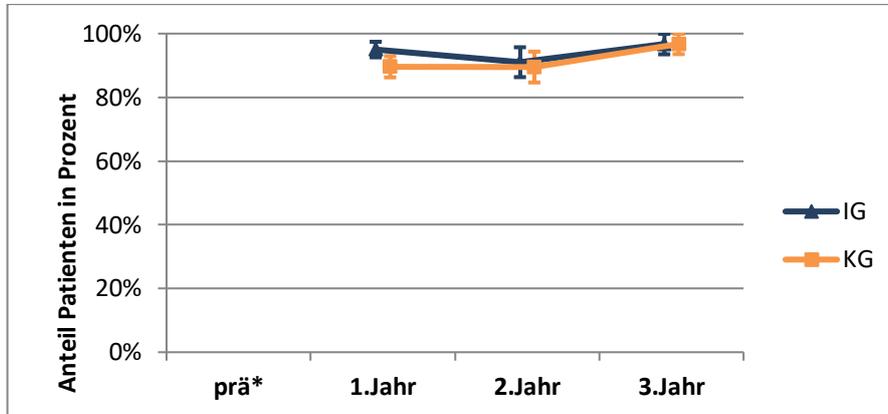


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

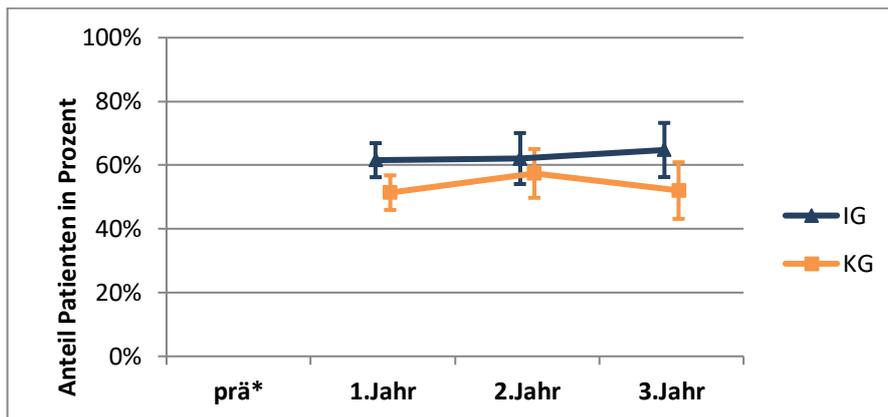
**Klinikbekannte Patienten**

**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=636, KG=636;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=547, KG=550). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulanten Kontakten im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<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>34</b>	<b>468</b>	<b>36</b>	<b>395</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	11,1 %	5,6 %	8,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,5 %	8,8 %	11,1 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	51,5 %	30,6 %	43,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	2,9 %	9,6 %	2,8 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,9 %	4,9 %	0,0 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	0,4 %	19,4 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,5 %	23,5 %	16,7 %	22,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	36,8 %	38,9 %	37,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>225</b>	<b>26</b>	<b>192</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,0 %	7,7 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	34,8 %	14,7 %	15,4 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	56,5 %	50,2 %	30,8 %	47,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,3 %	14,7 %	3,8 %	11,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	7,1 %	0,0 %	6,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	0,4 %	26,9 %	3,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,8 %	31,1 %	23,1 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	21,7 %	31,6 %	26,9 %	27,6 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	13	114	<10	71
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	12,3 %	20,0 %	8,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	46,2 %	19,3 %	20,0 %	31,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	53,8 %	44,7 %	40,0 %	50,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	7,7 %	15,8 %	0,0 %	12,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,7 %	5,3 %	0,0 %	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	0,9 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,2 %	33,3 %	40,0 %	39,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	15,4 %	29,8 %	40,0 %	25,4 %

<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

#### 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>26</b>	<b>441</b>	<b>23</b>	<b>352</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,7 %	20,6 %	21,7 %	14,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	42,3 %	17,5 %	34,8 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,2 %	71,7 %	60,9 %	66,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,1 %	23,6 %	30,4 %	29,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,7 %	10,0 %	4,3 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	3,4 %	4,3 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	43,5 %	52,2 %	33,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,5 %	14,7 %	13,0 %	19,6 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>18</b>	<b>209</b>	<b>15</b>	<b>165</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,6 %	23,4 %	33,3 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	50,0 %	26,8 %	46,7 %	27,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	77,8 %	75,1 %	60,0 %	72,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,8 %	30,1 %	33,3 %	30,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,1 %	12,4 %	6,7 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	2,9 %	0,0 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,6 %	56,0 %	73,3 %	49,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	8,1 %	6,7 %	11,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>106</b>	<b>&lt;10</b>	<b>63</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	23,6 %	40,0 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	60,0 %	33,0 %	60,0 %	36,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	67,0 %	60,0 %	68,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,0 %	30,2 %	60,0 %	25,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	10,4 %	20,0 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	5,7 %	0,0 %	1,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	59,4 %	100,0 %	50,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	7,5 %	0,0 %	7,9 %

<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

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

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>16</b>	<b>405</b>	<b>16</b>	<b>311</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,5 %	25,4 %	25,0 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	50,0 %	24,4 %	50,0 %	28,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,8 %	85,9 %	68,8 %	85,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	37,5 %	46,2 %	37,5 %	51,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,8 %	16,0 %	0,0 %	11,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	4,9 %	12,5 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,5 %	54,1 %	62,5 %	48,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	5,7 %	6,3 %	7,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>190</b>	<b>10</b>	<b>146</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	28,9 %	30,0 %	20,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	54,5 %	33,7 %	70,0 %	39,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	81,8 %	90,0 %	60,0 %	89,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,5 %	56,8 %	40,0 %	55,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	27,3 %	22,1 %	0,0 %	17,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,3 %	10,0 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,6 %	66,8 %	80,0 %	62,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,1 %	10,0 %	3,4 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>91</b>	<b>&lt;10</b>	<b>49</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	29,7 %	50,0 %	10,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	80,0 %	40,7 %	50,0 %	51,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	86,8 %	100,0 %	93,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,0 %	50,5 %	50,0 %	46,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	60,0 %	23,1 %	0,0 %	10,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	7,7 %	0,0 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,0 %	70,3 %	100,0 %	63,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %

<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

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

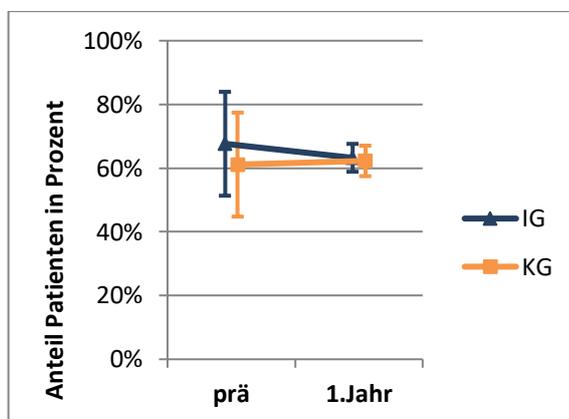
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

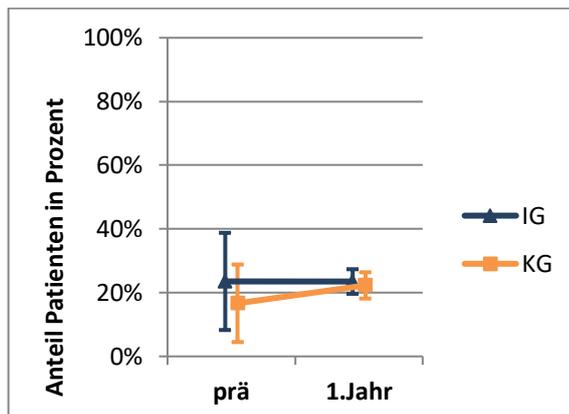
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

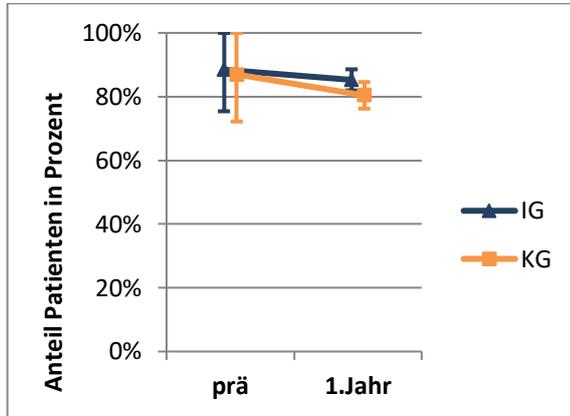


- Alle (psychiatrischer Sektor)

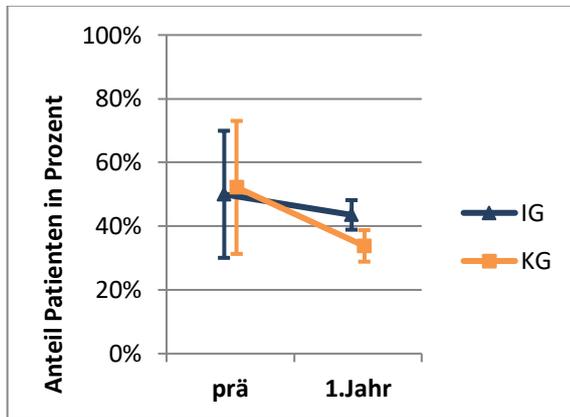


**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



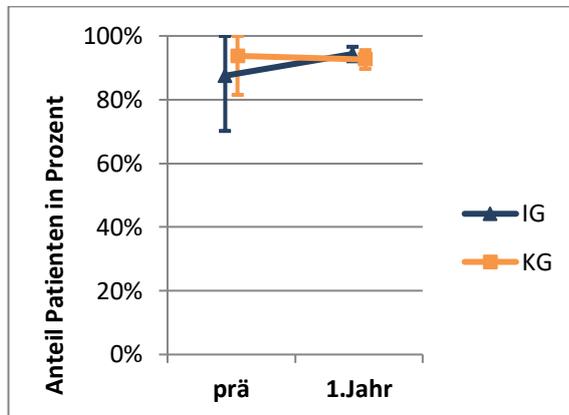
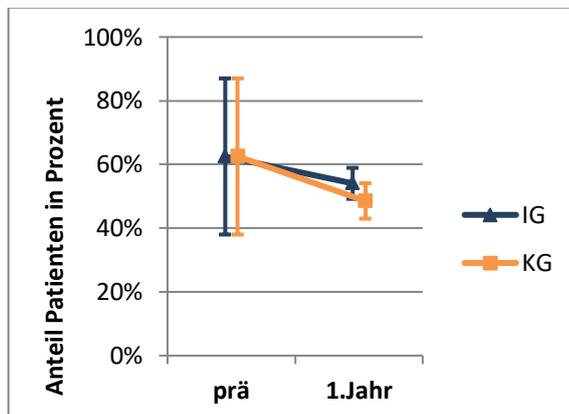
**Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

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 238ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG), unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage).

Kein geschätzter DiD-Parameter für mindestens einen Kontakt im psychiatrischen Sektor nach stationärer Entlassung war statistisch signifikant.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

##### **Abbildung 8: Graphische Darstellung für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

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

Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff.).

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

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

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

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>570</b>	<b>570</b>	<b>570</b>	<b>570</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>558</b>	<b>563</b>	<b>536</b>	<b>524</b>	<b>546</b>	<b>552</b>	<b>521</b>	<b>506</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)	0,5%	0,9%	0,9%	1,1%	1,6%	2,6%	0,7%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>471</b>	<b>471</b>	<b>471</b>	<b>471</b>	<b>472</b>	<b>472</b>	<b>472</b>	<b>472</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>464</b>	<b>464</b>	<b>448</b>	<b>437</b>	<b>461</b>	<b>464</b>	<b>436</b>	<b>437</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	1,5%	2,3%	0,8%	0,8%	2,5%	3,2%	0,6%	2,1%
• Vier (B)	0,6%	0,0%	0,2%	0,0%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%

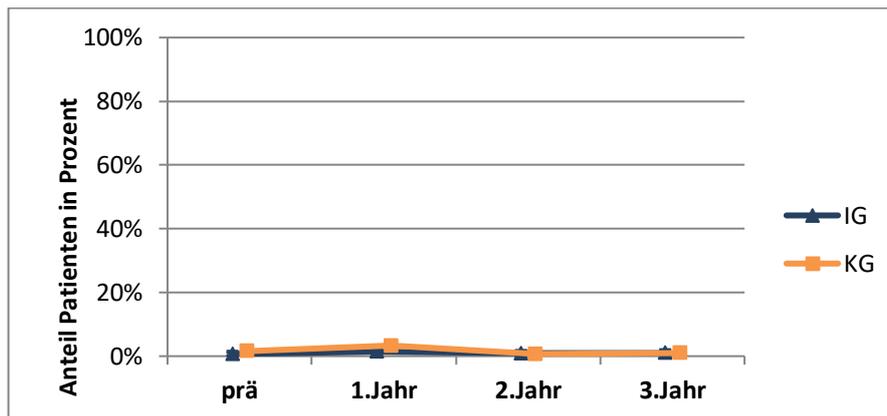
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

### Klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

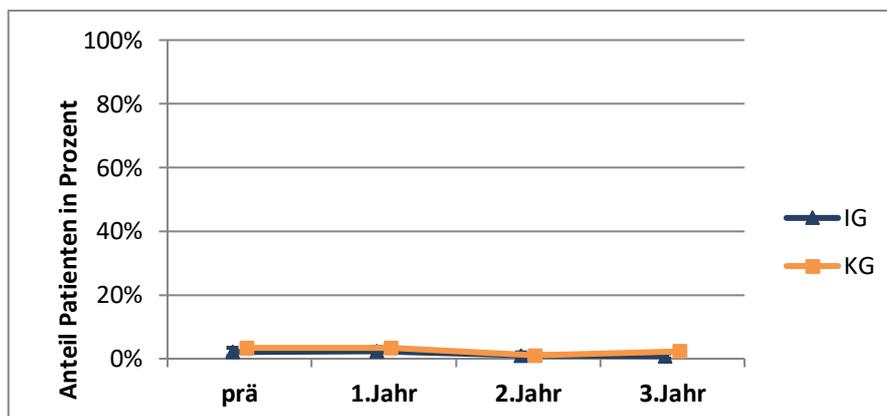
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaushopping ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=570, KG=569;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=471, KG=472) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>473</b>	<b>473</b>	<b>473</b>	<b>473</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>462</b>	<b>467</b>	<b>458</b>	<b>457</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,1%	1,3%	0,8%	1,9%
• Vier (B)	0,0%	0,6%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,0%	0,0%	0,2%

<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: Graphische Darstellung 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 238ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

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

### 8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

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

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>338</b>	<b>338</b>	<b>335</b>	<b>334</b>	<b>325</b>	<b>325</b>	<b>324</b>	<b>323</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	140	301	93	75	124	262	98	83
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,6	1,5	1,5	1,8	1,6	1,6	1,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	23,4	72,5	15,1	11,8	21,0	62,4	19,1	14,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,3%	14,5%	4,2%	1,5%	15,7%	11,4%	6,8%	2,5%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	17	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,2	1,7	1,0	1,0	1,2	1,3	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	1,1	0,4	0,1	0,5	0,6	0,6	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%

<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	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>245</b>	<b>245</b>	<b>245</b>	<b>245</b>	<b>237</b>	<b>237</b>	<b>236</b>	<b>234</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	137	156	89	76	153	157	95	80
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,4	2,2	2,7	2,6	1,9	2,3	2,4	2,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	31,4	39,1	18,5	15,9	36,4	46,5	23,7	18,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	11,8%	3,7%	2,0%	2,9%	11,0%	5,5%	3,0%	2,1%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	28	15	11	<10	15	<10	<10	10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,9	1,3	1,6	2,1	1,1	1,4	1,1	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	2,5	1,1	0,9	1,2	0,8	0,7	1,0	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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

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

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

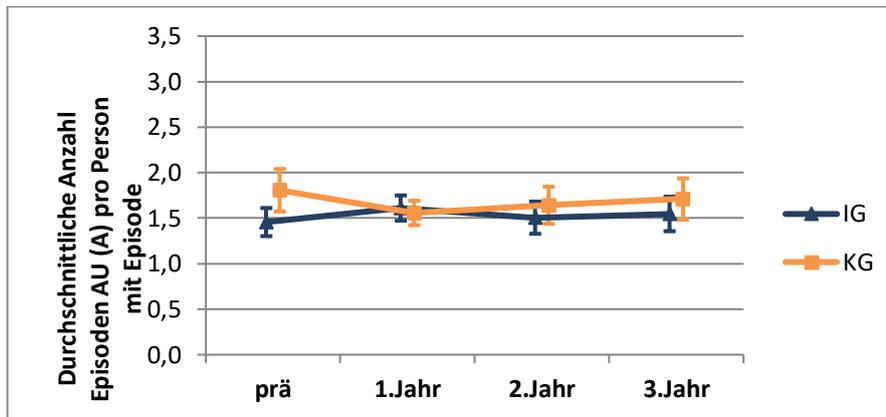
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

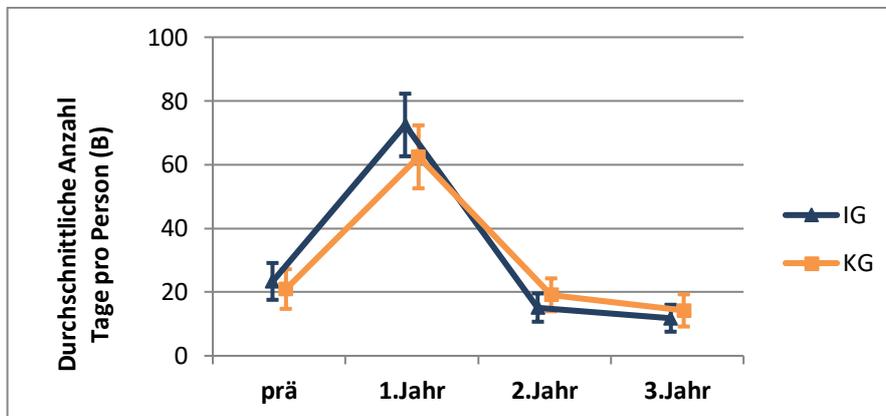
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

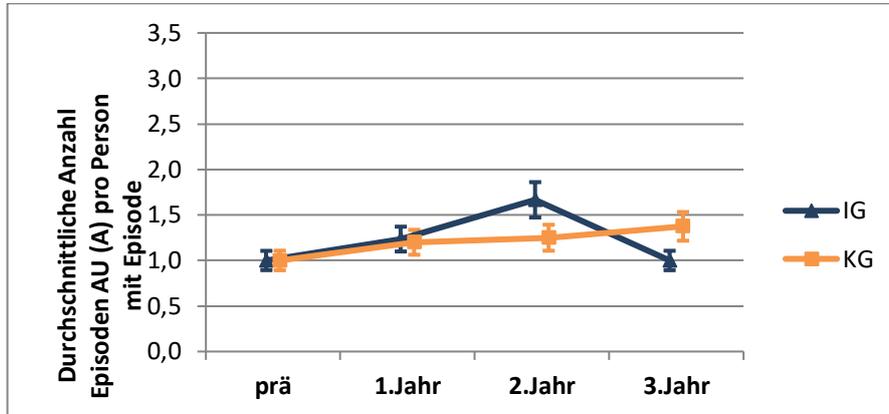


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

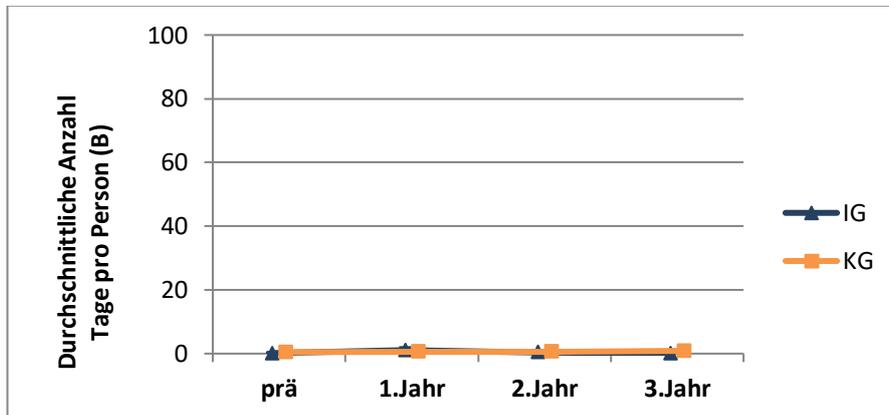


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



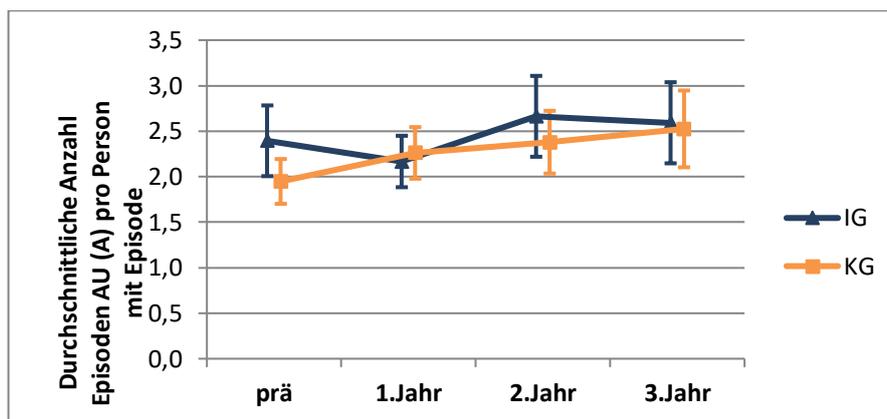
### Klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

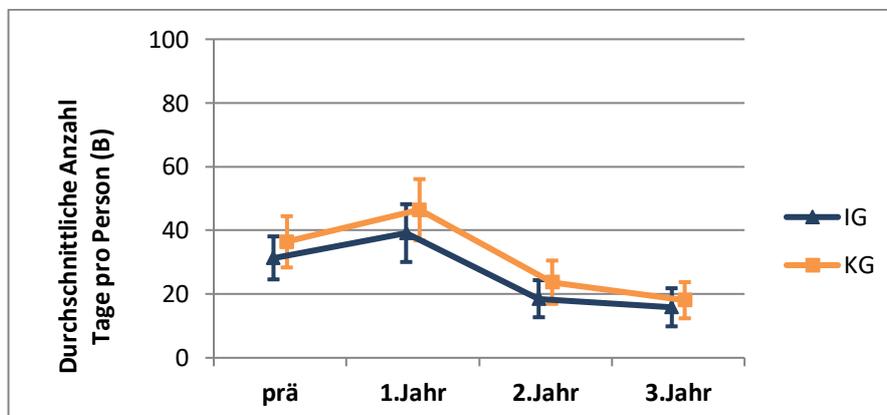
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

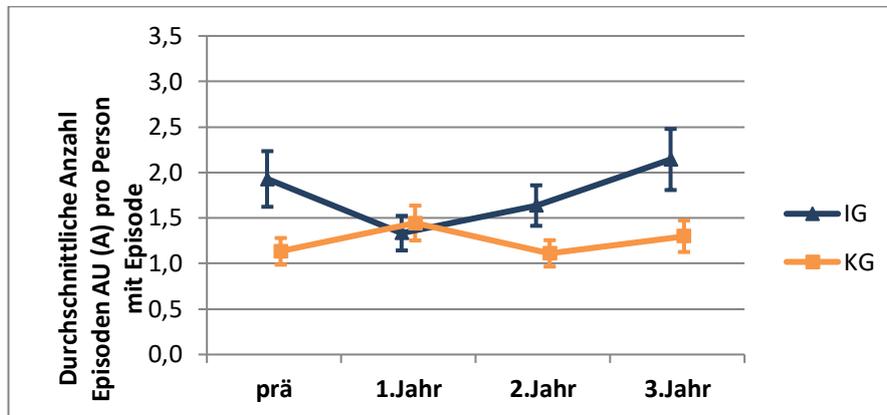


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

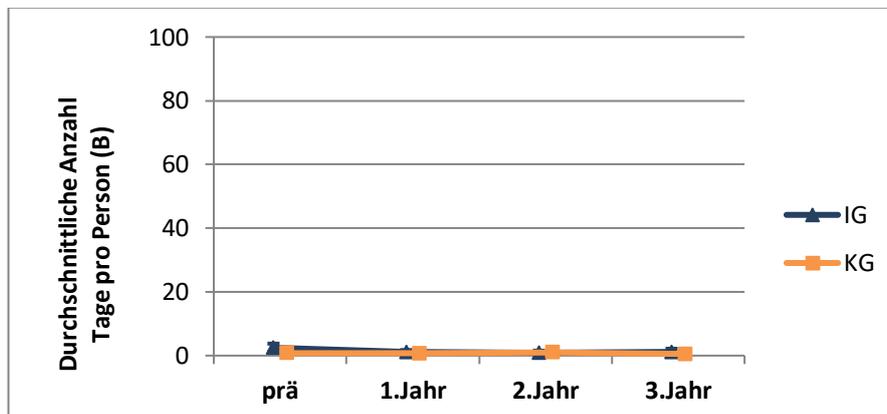


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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=338, KG=325;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=245, KG=237). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klirikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,5-1,8). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar, mit niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert, Peak im patientenindividuellen ersten Jahr und Stabilisierung auf einem Wert im Bereich des Ausgangsniveaus ab dem zweiten Jahr. Der Peak im patientenindividuellen ersten Jahr war in der IG um ca. 10 AU-Tage größer im Vergleich zur KG (IG: 72,5 AU-Tage, KG: 62,4 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr war die AU-Dauer in der IG jedoch geringer als in der KG.

Bei den klirikbekannten Patienten waren die Verläufe ebenso vergleichbar. Patienten in der IG wiesen jedoch im Vergleich zu KG ca. 5 weniger AU-Tage im ersten Modelljahr auf.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>326</b>	<b>326</b>	<b>353</b>	<b>353</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	170 1,5 28,4 29,1%	286 1,4 82,5 13,8%	140 1,7 27,4 20,1%	256 1,6 74,4 10,2%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	13 1,4 0,7 0,3%	16 1,4 2,4 0,3%	13 1,3 0,7 0,3%	12 1,1 0,7 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: Graphische Darstellung für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

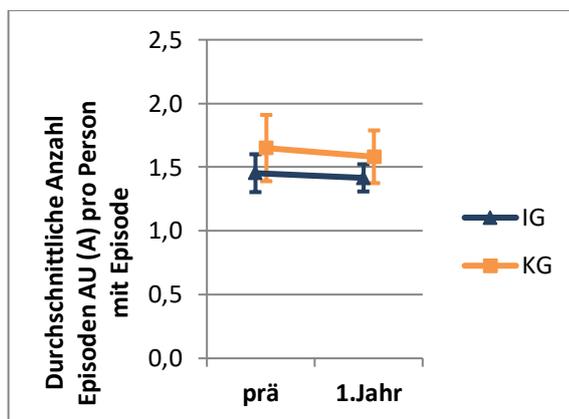
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

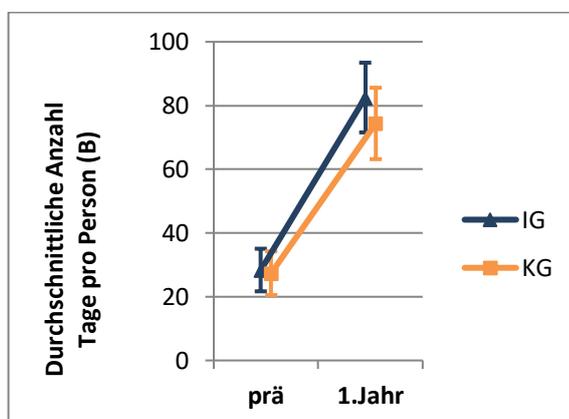
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### 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

Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 300ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=326 und 353) gab es bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen gleiche Entwicklungen in beiden Gruppen. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 22,1 Tage; 1. Jahr: 64,0 Tage) stärker an als in der KG (prä: 28,9 Tage; 1. Jahr: 79,1 Tage).

Der geschätzte DiD-Parameter für die durchschnittliche Anzahl an AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen war dabei statistisch signifikant.

In der *Gesamtregression* aller klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit Indexdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Anstieg war in allen Subkohorten in der IG signifikant stärker 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 affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 300 ff.).

### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

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

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

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

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

Da Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr überwiegend klinikneue Patienten waren, gab es sehr wenige Krankenhausfälle mit einem mindestens 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Bei einem Prä-Post-Vergleich wären maximal 13 Patienten in der Modellklinik und 23 Patienten aus der Kontrollgruppe untersucht worden. Es ließe sich praktisch keine Aussage ableiten. Aus diesem Grunde wurde bei diesem Parameter lediglich ein Post-Vergleich gerechnet.

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>401</b>	<b>301</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>	29,2%	32,6%
	91,2	105,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>191</b>	<b>148</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>	16,5%	14,3%
	74,7	75,0
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>90</b>	<b>56</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>	9,2%	7,3%
	95,1	69,4

<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)

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

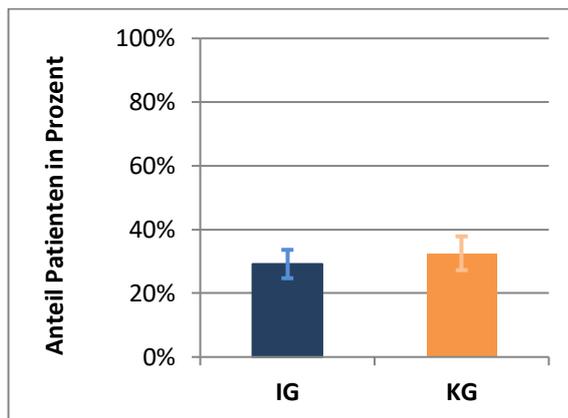
**(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Legende für die folgenden Abbildungen:

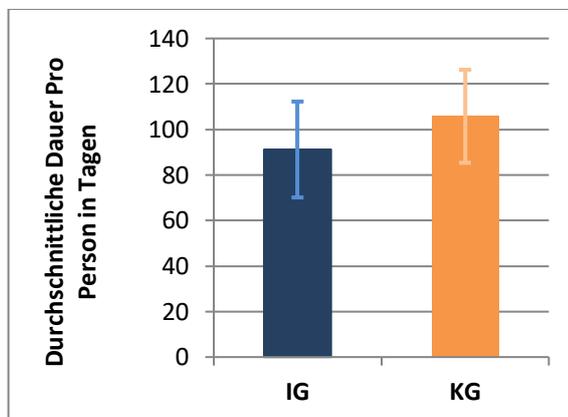
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



Die Diagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des Gruppeneffektschätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=401 und 301) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 29,2%; KG: 32,6%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 91,2 Tage; KG: 105,8 Tage).

Die geschätzten Parameter für den Treatmenteffekt (Haupteffekt *Gruppe*) waren dabei statistisch nicht signifikant.

### 8.2.8 Komorbidität

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

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

**Tabelle 20: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	636	636	616	601	636	636	610	597
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,8	3,3	3,0	3,0	2,8	3,5	3,0	2,9

#### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	547	547	529	518	550	550	536	525
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,2	3,4	3,3	3,4	3,4	3,6	3,5	3,4

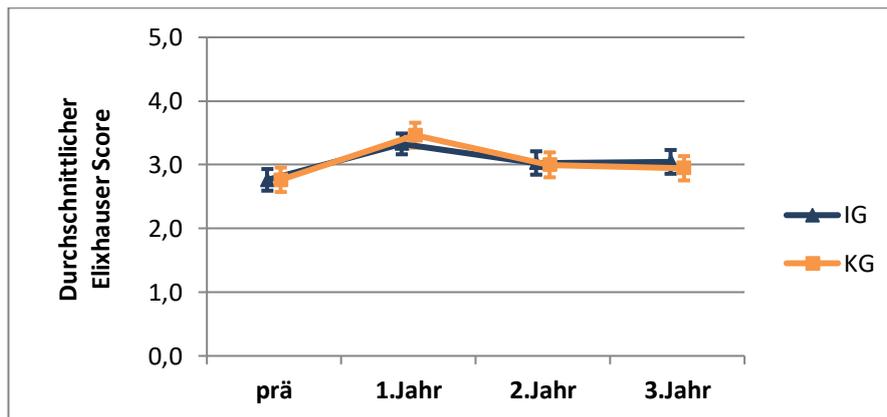
**Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**

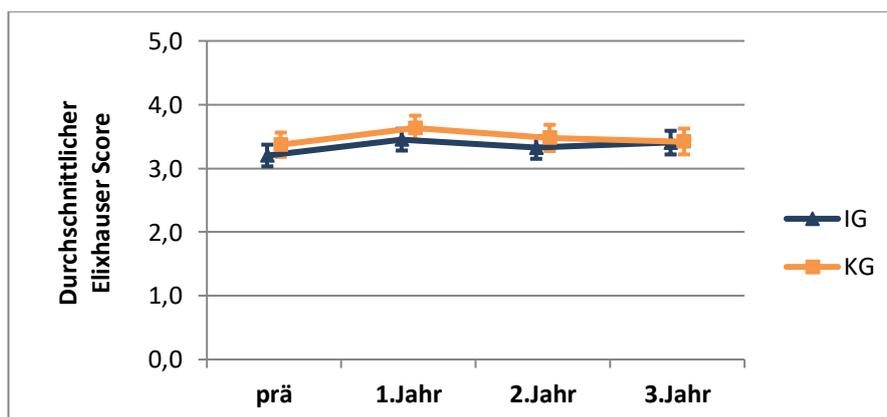


**Klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=636, KG=636;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=547, KG=550) 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 patientenindividuellen ersten Jahr (IG: 3,3; KG: 3,4) im Vergleich zur Prä-Zeit (IG: 2,8; KG: 3,2) einen leicht erhöhten Komorbiditäts-Score auf, welcher dann im zweiten und dritten Jahr bei circa 3 lag. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,2-3,6), jedoch kaum relevante Veränderungen über die Zeit.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>567</b>	<b>567</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>	3,3 3 2 - 4	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	2,3 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>	1,1 1 0 - 1	1,1 1 0 - 2

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

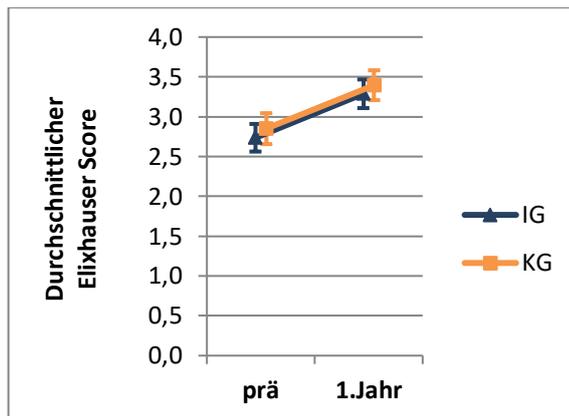
**Mittlerer Elixhauser Score**

Abbildung 15 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 die Interaktionsdiagramme für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

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

### 8.2.9 Mortalität

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

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

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

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	3,1 %	5,5 %	7,4 %	4,1 %	6,1 %	8,5 %

#### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>547</b>	<b>547</b>	<b>547</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>550</b>
Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)	3,3 %	5,3 %	7,1 %	2,5 %	4,5 %	6,7 %

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

**Klinikneue Patienten**

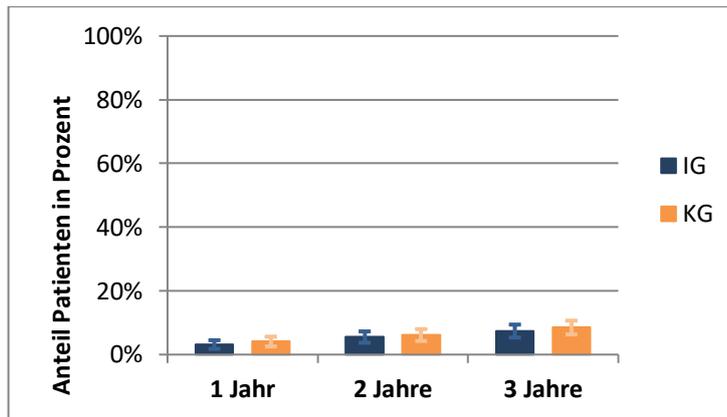
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



**Klinikbekannte Patienten**

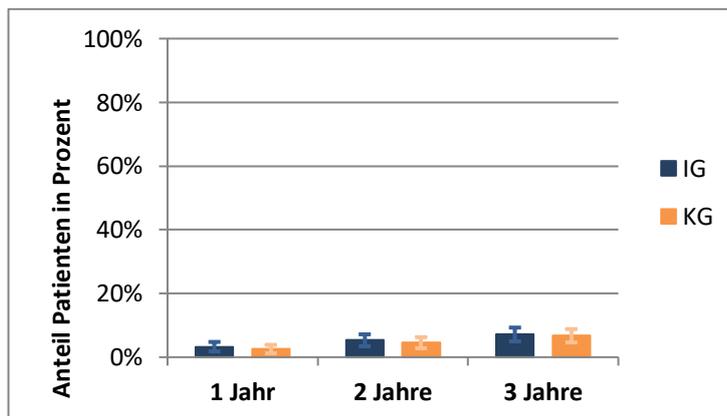
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=636, KG=636;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=547, KG=550) zeigten sich bei linikneuen Patienten leicht geringere Anteile an Verstorbenen in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich leicht höhere Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zur KG. Die absoluten Werte waren jedoch sehr gering.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	567	567
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	5,3 %	3,7 %

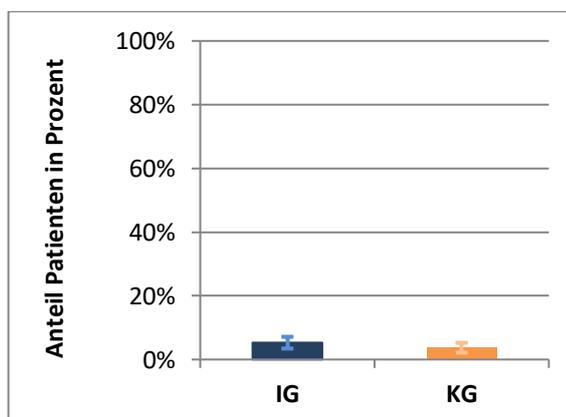
**Abbildung 18: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

(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 238ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

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

### **8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung**

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

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

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>616</b>	<b>601</b>	<b>589</b>	<b>610</b>	<b>597</b>	<b>582</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	164	173	179	145	150	153
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	344	334	333	302	302	304
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	409	402	392	415	407	398
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	21,3 %	24,9 %	25,7 %	23,4 %	24,7 %	25,5 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	6,1 %	11,7 %	14,4 %	7,0 %	9,3 %	10,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	27,1 %	31,3 %	33,4 %	21,0 %	24,6 %	27,4 %

<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

**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>529</b>	<b>518</b>	<b>508</b>	<b>536</b>	<b>525</b>	<b>513</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	62	63	63	73	78	81
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	188	187	182	176	177	170
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	267	264	258	255	252	248
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	12,9 %	19,0 %	23,8 %	13,7 %	11,5 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	5,9 %	10,7 %	14,8 %	2,8 %	5,6 %	6,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	10,5 %	15,5 %	18,6 %	7,8 %	11,5 %	13,3 %

<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

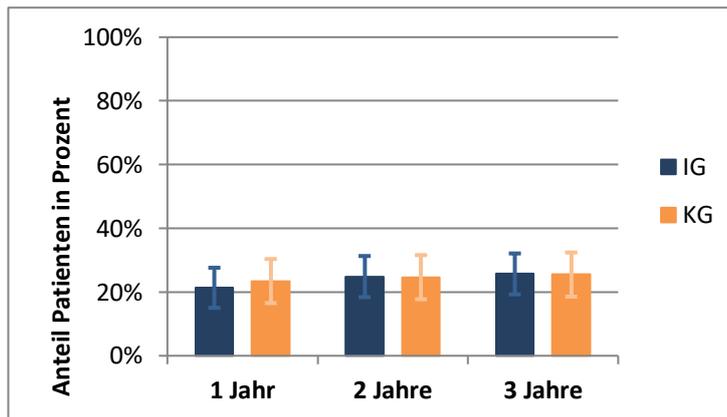
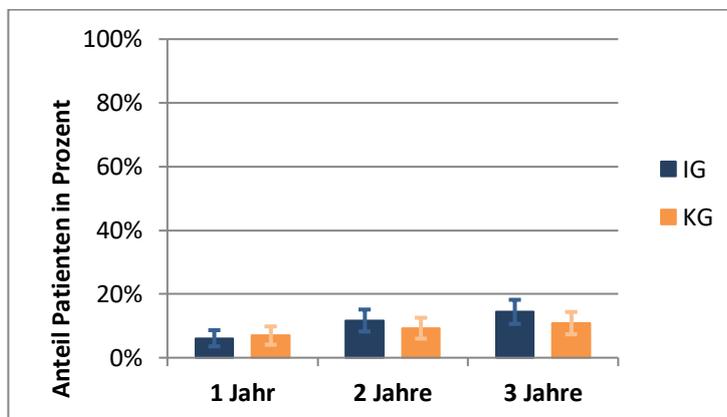
**Klinikneue Patienten**

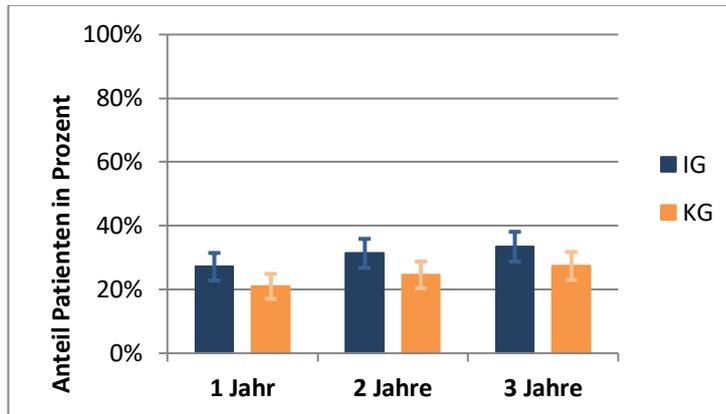
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

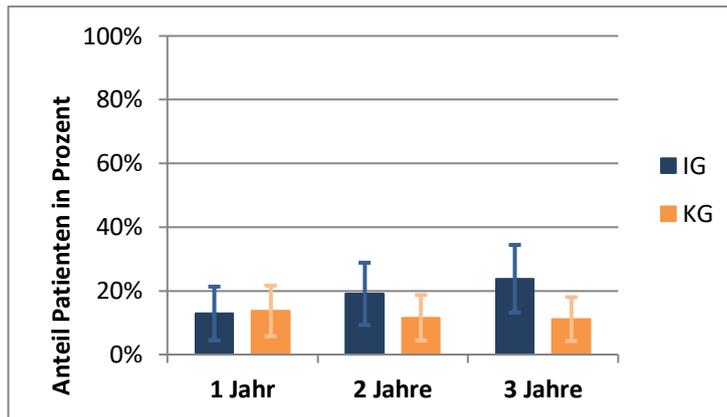
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

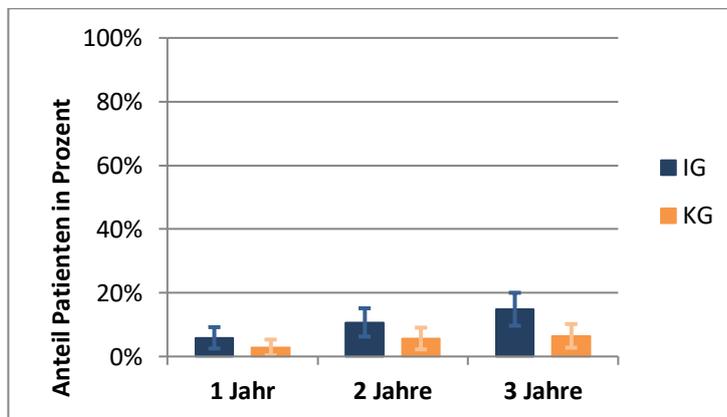
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

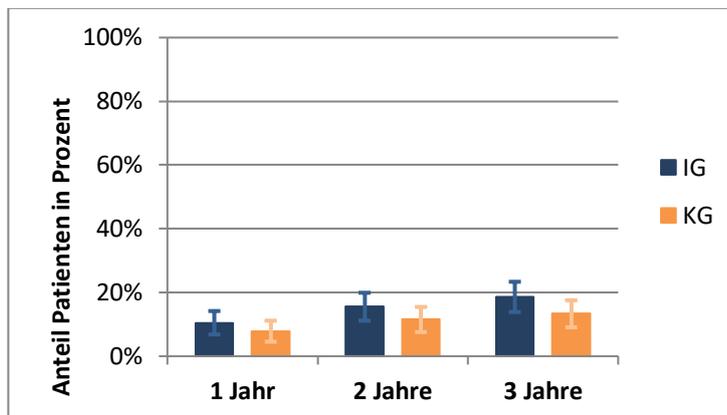
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG=616, KG=610;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG=529, KG=536) 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.

Bei den klinikneuen Patienten sind die Anteile an Patienten, die eine schwere depressive Störung entwickeln (Progression A), in beiden Gruppen vergleichbar. Bei den anderen beiden Parametern Progression B und Progression C ergeben sich hier höhere Raten in der IG im Vergleich zur KG.

Bei den klinikbekannten Patienten gab es hinsichtlich aller Progressionsparameter einen höheren Anteil an Patienten mit Krankheitsprogression in der IG als in der KG.

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

(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>537</b>	<b>546</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>	167 298 335	176 297 361
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>	31,1 % 8,4 % 19,4 %	15,3 % 4,4 % 18,8 %

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

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

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

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

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

**Abbildung 20: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****(ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**Legende für die folgenden Abbildungen:IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.**Progression A (→ schwere depressive Störung)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

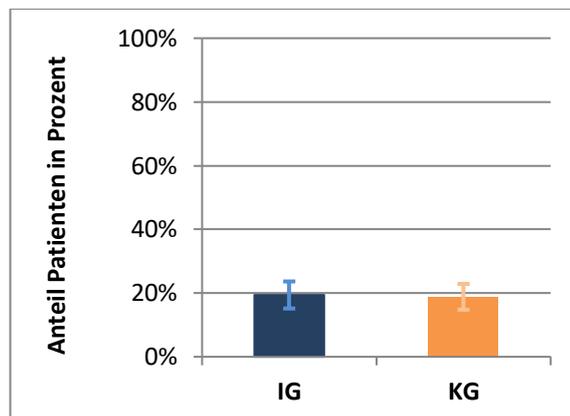
**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Abbildung 19 zeigt den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 238ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

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

In der IG wies ein leicht höherer Anteil an Patienten eine Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) auf im Vergleich zur KG.

Der geschätzte Effektparameter von Progression C 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.

### 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 hat. (B)

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> </ul>	<b>45</b>	<b>35</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	4,4 %	0,0 %
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> </ul>	<b>57</b>	<b>56</b>
<ul style="list-style-type: none"> <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>	0,0 %	0,0 %

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

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

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

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

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

<sup>8</sup> ATC-Code: N07BB01

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

Demenz

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

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

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

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

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><b>43</b> 4,7 %</p>	<p><b>39</b> 10,3 %</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>&lt;10</b> 44,4 %</p>	<p><b>&lt;10</b> 66,7 %</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>23</b> 39,1 %</p>	<p><b>19</b> 63,2 %</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

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

Depression

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

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

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

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>164</b> 47,0 %</p>	<p><b>193</b> 42,5 %</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>188</b> 21,8 %</p>	<p><b>179</b> 15,1 %</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 numerisch in der Modellklinik (IG) höher als in der Kontrollgruppe (KG) (IG: 47,0%; KG: 42,5%).

Die geschätzten Effektparameter beider Untersuchungen zeigten jedoch, dass die Unterschiede nicht statistisch signifikant sind.

Schizophrenie

Erstens wurde bezüglich der pharmakologischen Langzeitbehandlung untersucht, welcher Anteil der Patienten im Alter von mindestens 18 Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie innerhalb eines Jahres eine antipsychotische Medikation erhalten hat. Personen mit stationärem Aufenthalt von ins-

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

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>37</b> 89,2 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>39</b> 69,2 %</p>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>22</b> 90,9 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>24</b> 70,8 %</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>10</b> 20,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>12</b> 33,3 %</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

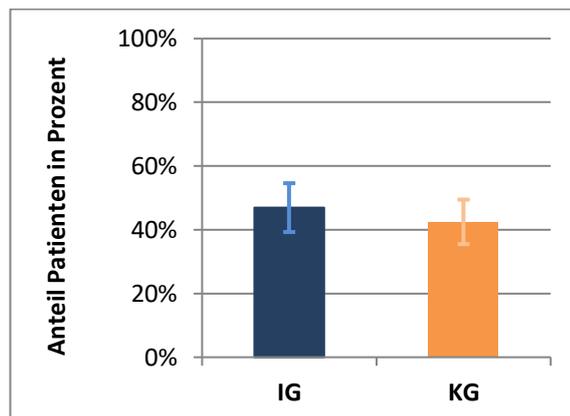
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**

Fallzahl zu klein

### **Schizophrenie K**

Fallzahl zu klein

### **Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

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 238ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 252ff.).

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

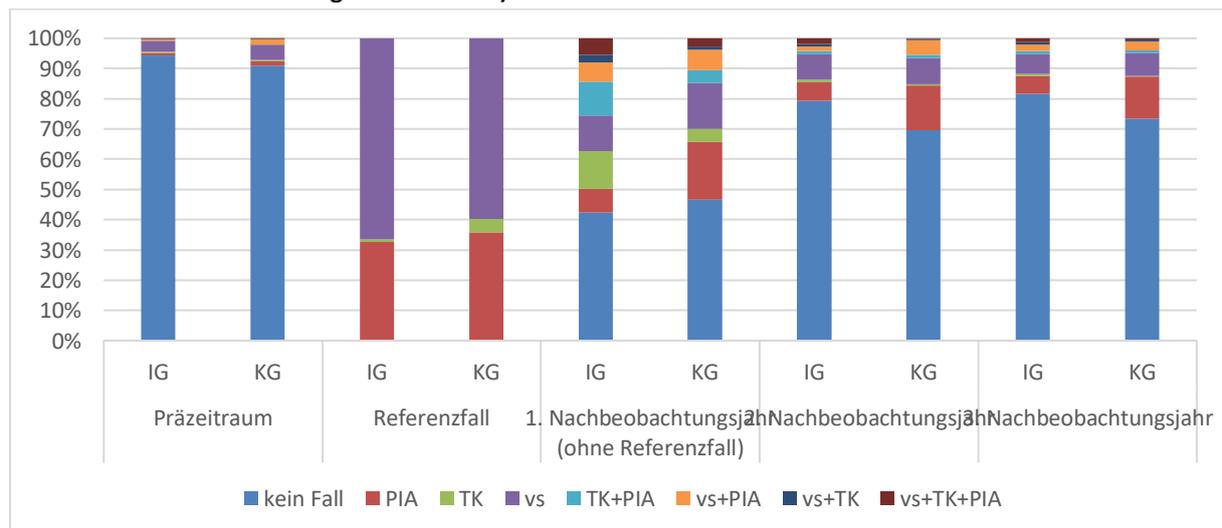
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Home-treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr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

#### Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. 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	1	1	1,000				35	17	0,081	11	1	0,049	7	2	1,000
vs+TK	1	2	1,000				16	7	0,399	6	3	1,000	5	4	1,000
vs+PIA	3	10	0,720				40	43	0,558	9	30	0,009	13	18	1,000
TK+PIA		1	1,000				71	27	<0,001	7	6	1,000	7	5	1,000
vs	23	32	1,000	423	380	0,047	75	97	0,304	52	53	1,000	39	45	1,000
TK	3	2	1,000	5	28	<0,001	80	26	<0,001	5	2	1,000	4	1	1,000
PIA	5	9	1,000	208	228	0,357	49	123	<0,001	38	91	<0,001	35	84	<0,001
kein Fall	600	579	0,351				270	296	0,430	488	424	0,002	491	438	0,005
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>1,000</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>616</b>	<b>610</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>601</b>	<b>597</b>	<b>&lt;0,001</b>

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

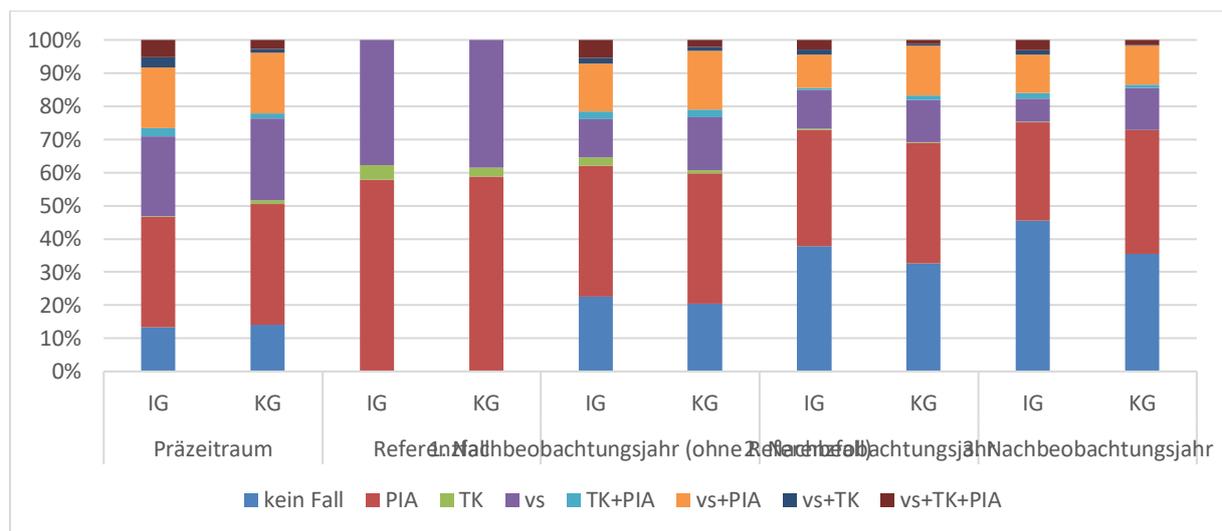


### Klinikbekannte Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. 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	29	15	0,337				30	12	0,138	15	6	0,519	16	8	0,557
vs+TK	16	6	0,763				9	6	1,000	8	3	1,000	7	1	0,364
vs+PIA	100	101	1,000				79	98	0,648	53	81	0,251	60	62	1,000
TK+PIA	14	8	1,000				13	12	1,000	4	7	1,000	9	5	1,000
vs	132	136	1,000	206	212	1,000	63	88	0,648	62	68	1,000	36	67	0,016
TK	1	6	1,000	25	15	0,580	14	5	0,444	2	1	1,000	1		1,000
PIA	182	200	1,000	316	323	1,000	216	216	1,000	185	195	1,000	153	196	0,056
kein Fall	73	78	1,000				123	113	1,000	200	175	0,519	236	186	0,009
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>547</b>	<b>550</b>	<b>0,524</b>	<b>547</b>	<b>550</b>	<b>0,798</b>	<b>547</b>	<b>550</b>	<b>0,166</b>	<b>529</b>	<b>536</b>	<b>0,319</b>	<b>518</b>	<b>525</b>	<b>&lt;0,001</b>

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigen sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ( $p = 1$ ) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1). Bei der Betrachtung der Referenzfälle wird jedoch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ( $p < 0,001$ ). So wies die IG einen signifikant höheren Anteil an Patienten mit vollstationärem Referenzfall und im Gegenzug dazu einen deutlich geringeren Anteil an tagesklinischen Fällen gegenüber der KG auf. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) zeigte sich ebenfalls eine signifikant voneinander verschiedene Verteilung der IG und KG. Hier unterschied sich die IG durch einen höheren Anteil an ausschließlich tagesklinischen sowie tagesklinisch und in der PIA behandelten Patienten bei gleichzeitig geringerem Anteil an rein in der PIA behandelten Patienten von der KG.

Auch im zweiten und dritten Jahr unterschieden sich IG und KG signifikant voneinander. So war in beiden Jahren der Anteil der Patienten ohne Krankenhausbehandlung (einschl. PIA) in der IG signifikant geringer. Im zweiten und dritten Jahr ebenfalls geringer waren die Anteile an ausschließlich in der PIA behandelten Patienten in der IG. Im zweiten Jahr geringer in der IG war ebenfalls der Anteil vollstationär und PIA-behandelter Patienten. Demgegenüber war im zweiten Jahr der Anteil an vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelten Patienten in der IG höher.

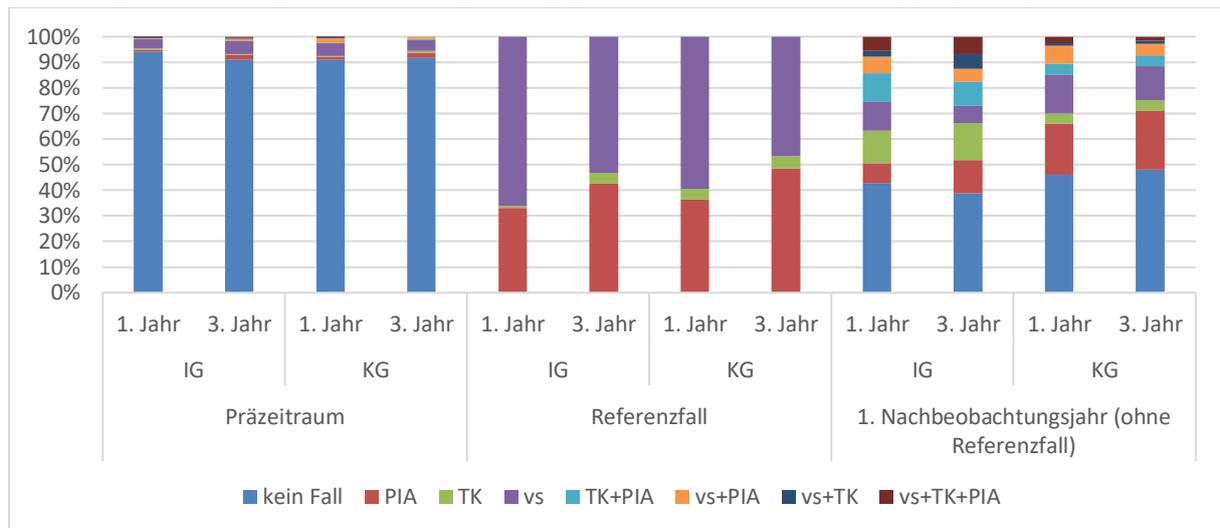
Bei den klambekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich weder im Prä-Zeitraum noch im Referenzfall sowie im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr Unterschiede in den Settingverteilungen von IG und KG (vgl. Tabelle 2 und Abbildung 2). Ein signifikanter Unterschied ergab sich erst im dritten Nachbeobachtungsjahr, wobei hier ein signifikant höherer Anteil von Patienten ohne Krankenhausbehandlung und ein signifikant geringerer Teil an vollstationär behandelten Patienten in der IG zu verzeichnen war.

### Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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

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

Behandlungssetting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3						
vs+TK+PIA	1	1	1						36	39	17	9
vs+TK	2	4	2						16	32	7	7
vs+PIA	3	4	12	5					42	28	45	25
TK+PIA			1	2					73	54	28	25
vs	24	30	33	25	435	302	391	265	75	38	101	75
TK	3	1	2	3	6	23	28	27	83	82	26	24
PIA	5	11	9	12	217	242	239	275	52	74	131	130
kein Fall	620	516	598	520					281	220	303	272
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>658</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>567</b>	<b>658</b>	<b>567</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 3 und Abbildung 3).

Für den Referenzfall ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede der Verteilungen zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 der IG sowie der KG. In der IG zeigte sich ein Anstieg der Anteile der Patienten mit tagesklinischem oder PIA-Referenzfall und eine Verringerung des Anteils mit vollstationärem Referenzfall von Kohorte 1 zu Kohorte 3. In der KG war ebenfalls ein Anstieg von PIA-Referenzfällen bei einer Reduktion der vollstationären Referenzfälle zu verzeichnen. Beim Vergleich von Kohorte 1 der IG mit Kohorte 1 der KG zeigte sich ein geringerer Anteil von PIA-Referenzfällen in der IG, denen ein höherer Anteil an vollstationären Referenzfällen gegenüberstand. Der Vergleich von IG Kohorte 3 und KG Kohorte 3 ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigte sich beim Vergleich von Kohorte 1 und 3 der IG eine Verringerung des Anteils vollstationär behandelter und ein Anstieg des Anteils in der PIA versorgter Patienten. In der KG ergaben sich keine Unterschiede im Kohortenvergleich. Beim Vergleich von Kohorte 1 der IG mit Kohorte 1 der KG zeigte sich ein signifikant geringerer Anteil an PIA-Patienten und ein höherer Anteil an TK-Patienten in der IG. Der Vergleich von Kohorte 3 der IG mit Kohorte 3 der KG ergab einen geringeren Anteil von Patienten ohne Fall, von PIA-Patienten sowie von vollstationären Patienten und einen höheren Anteil an TK-Patienten in der IG.

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

## 9.2 Leistungserbringung

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

### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

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

### Klinikneue Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	400	414	400	414
N mit mind. einem Fall	28	45	5	6	423	380	5	28	166	164	202	77	78	87	29	12
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	0,1	0,1	2,6	1,4	0,1	0,3	1,9	1,0	2,3	1,2	1,0	0,8	0,6	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	1,0	0,2	0,2	7,0	3,9	0,1	0,6	4,4	2,4	6,4	2,2	2,0	2,0	1,5	0,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1	-	-	0,3	0,2	-	-	0,2	0,2	-	-	0,2	0,2	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3	-	-	1,7	0,8	-	-	1,1	1,1	-	-	0,7	0,6	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	-	0,1	-	0,3	0,0	-	0,1	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	-	0,0	-	0,3	0,0	-	0,1	0,3	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,3	-	-	-	0,1	-	0,0	0,2	0,5	-	0,0	0,3	0,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Thera- peut/Pflege	0,1	0,3	-	-	-	0,1	-	0,0	0,1	0,3	-	0,0	0,3	0,1	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>1,0</b>	<b>2,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>12,2</b>	<b>6,6</b>	<b>0,2</b>	<b>1,2</b>	<b>8,6</b>	<b>5,6</b>	<b>9,1</b>	<b>3,5</b>	<b>4,5</b>	<b>3,9</b>	<b>2,0</b>	<b>1,1</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 34: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr				
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	
N Gesamt	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636	636
N mit mind. einem Fall	28	45	5	6	423	380	5	28	166	164	202	77	78	87	29	12	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3	5	7	9	4	2	10	7	7	4	7	10	5	4	8	12	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	12	14	29	20	11	7	12	14	17	9	20	18	10	10	20	26	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1	1	-	-	0	0	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2	4	-	-	3	1	-	-	4	4	-	-	4	3	-	-	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0	-	9	-	0	0	-	2	2	0	1	0	0	0	0	1	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2	-	6	-	0	0	-	2	1	0	1	0	0	0	0	1	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	3	4	-	-	-	0	-	0	1	2	-	0	2	0	-	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1	5	-	-	-	0	-	1	0	1	-	0	1	0	-	-	
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>51</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>11</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>33</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>40</b>	

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	558	554	558	554	558	554	540	532	529	519
N mit mind. einem Fall	5	18	176	198	167	185	54	111	56	98
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,0	0,4	0,8	1,1	2,8	0,6	2,1	0,7	1,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,0	0,0	0,1	0,8	0,8	0,3	1,0	0,3	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>	<b>0,9</b>	<b>1,9</b>	<b>3,7</b>	<b>0,9</b>	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>	<b>2,5</b>

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

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	558	554	558	554	558	554	540	532	529	519
N mit mind. einem Fall	5	18	176	198	167	185	54	111	56	98
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,8	1,2	2,2	3,5	8,5	6,2	10,1	6,4	8,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,1	0,0	0,2	2,7	2,4	2,7	4,6	2,7	4,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
<b>Gesamt</b>	-	0,8	1,3	2,5	6,3	11,1	9,1	15,1	9,5	13,2

### Klinikbekannte Patienten

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	547	550	547	550	206	212	547	550	547	550	547	550	529	536	529	536
N mit mind. einem Fall	277	258	60	35	60	132	25	15	181	204	66	35	138	158	29	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,9	2,1	0,5	0,5	3,0	1,5	0,3	0,3	1,7	1,4	0,7	0,5	1,3	1,5	0,3	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,7	6,4	1,8	0,9	10,8	5,1	0,7	0,4	9,0	4,3	1,9	1,5	5,9	4,3	0,6	1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,3	-	-	-	0,4	-	-	0,0	0,4	-	-	0,1	0,4	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	1,7	-	-	2,1	1,9	-	0,0	2,0	1,5	-	-	2,2	2,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,5	0,2	-	0,0	0,4	-	-	0,0	0,1	-	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	0,1	-	0,0	0,5	-	-	0,0	0,2	-	0,0	0,0	0,1	0,1	-	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,4	-	0,1	-	-	-	0,0	0,1	0,2	-	0,0	0,2	0,3	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,3	-	0,0	-	-	-	0,0	0,1	0,1	-	0,0	0,1	0,2	-	-
<b>Gesamt</b>	17,5	11,5	2,3	1,5	16,9	9,0	1,0	0,8	13,3	7,7	2,6	2,0	9,9	9,1	0,9	1,3

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

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	547	550	547	550	206	212	547	550	547	550	547	550	529	536	529	536
N mit mind. einem Fall	277	258	60	35	60	132	25	15	181	204	66	35	138	158	29	17

Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	5,7	4,5	4,4	7,6	10,2	2,4	5,7	9,9	5,1	3,7	5,5	7,9	4,9	5,0	4,7	8,9
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	23,0	13,6	16,3	14,8	37,2	8,2	16,1	16,0	27,2	11,5	15,7	23,2	22,7	14,5	11,6	30,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,7	-	-	-	0,7	-	-	0,1	1,0	-	-	0,4	1,3	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,3	3,6	-	-	7,4	3,1	-	0,6	6,2	3,9	-	-	8,3	7,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	0,5	-	0,3	1,5	-	-	0,3	0,4	-	0,2	0,1	0,3	0,8	0,1	1,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,3	0,2	-	0,3	1,7	-	-	0,1	0,5	-	0,1	0,1	0,5	0,2	-	1,6
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,9	-	0,8	-	-	-	0,6	0,3	0,5	-	0,3	0,6	1,1	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,7	-	0,1	-	-	-	0,1	0,4	0,2	-	0,1	0,3	0,7	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>34,5</b>	<b>24,5</b>	<b>20,7</b>	<b>24,1</b>	<b>57,9</b>	<b>14,4</b>	<b>21,8</b>	<b>27,7</b>	<b>40,3</b>	<b>20,8</b>	<b>21,4</b>	<b>31,7</b>	<b>37,9</b>	<b>30,7</b>	<b>16,4</b>	<b>42,1</b>

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

	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Nachbeobach- tungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobach- tungsjahr		3. Nachbeobach- tungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	466	468	466	468	466	468	454	455	444	447
N mit mind. einem Fall	276	275	268	278	287	285	222	244	200	228
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,1	1,5	3,4	4,6	3,1	4,6	3,1	3,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,7	0,3	4,1	2,4	4,9	2,0	2,8	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,2	0,1	0,1	0,3	0,0	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>0,0</b>	<b>0,1</b>	<b>1,8</b>	<b>1,9</b>	<b>7,7</b>	<b>7,4</b>	<b>8,1</b>	<b>7,2</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>

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

	Präzeit- raum		Referenz- fall		1. Nachbeobach- tungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobach- tungsjahr		3. Nachbeobach- tungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	466	468	466	468	466	468	454	455	444	447
N mit mind. einem Fall	276	275	268	278	287	285	222	244	200	228
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,9	2,5	5,5	7,6	6,4	8,5	6,9	7,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,2	0,6	6,7	3,9	10,0	3,7	6,1	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	0,1	0,1	0,5	0,1	0,7	0,2	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,2	0,2	0,1	0,5	0,0	0,7
<b>Gesamt</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>12,5</b>	<b>12,1</b>	<b>16,6</b>	<b>13,3</b>	<b>13,3</b>	<b>11,7</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der stationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die linikneuen Patienten zwischen IG und KG. Im Rahmen der stationären Referenzbehandlung zeigten sich in der IG signifikant mehr Therapieeinheiten im vollstationären Bereich, sowohl in Bezug auf die Gesamtgruppe (vgl. Tabelle 33) als auch auf diejenigen Patienten eingeschränkt, die vollstationär behandelt wurden (vgl. Tabelle 34). Umgekehrt wurden signifikant mehr TEs in der Tagesklinik der KG erbracht. Allerdings trifft dies nur auf die Gesamtgruppe zu: bei der Betrachtung derjenigen Patienten, die einen teilstationären Fall hatten, war die Höhe der TEs in beiden Gruppen gleich. Im Jahr nach Referenzfall zeigten sich in der Gesamtgruppe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Gesamtzahl vollstationärer TEs, es gab allerdings Variation hinsichtlich Regel-/Intensivbehandlung und Behandlergruppe. In der tatsächlich behandelten Patientengruppe zeigten sich signifikant mehr TEs in der IG. Tagesklinisch wurden in der IG signifikant mehr TEs erbracht, wobei sich hier die deutlich höhere Patientenzahl widerspiegelt. Bei den tatsächlich behandelten Patienten ergaben sich keine Unterschiede. Im zweiten Jahr waren keine Unterschiede zwischen IG und KG feststellbar (sowohl vollstationär als auch teilstationär).

In der PIA ergaben sich für die klinikneuen Patienten im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede bezogen auf die Zahl der Kontakte. Im Referenzfall zeigten sich jedoch signifikant mehr Kontakte in der KG, sowohl für die Gesamtgruppe (vgl. Tabelle 35) als auch für die Gruppe mit Behandlungsfall (vgl. Tabelle 36). Dieses Muster setzt sich über die weiteren Nachbeobachtungsjahre fort, wobei sich im dritten Jahr keine Unterschiede in der Gruppe der tatsächlich behandelten Patienten ergaben.

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede in der teilstationären Behandlung. Vollstationär waren allerdings mehr TEs in der IG zu verzeichnen; sowohl gesamt (vgl. Tabelle 37) als auch bedingt für Fall (vgl. Tabelle 38). Auch im Referenzfall ergaben sich keine Unterschiede im tagesklinischen Bereich. Vollstationär waren hingegen signifikant mehr TEs in der IG zu verzeichnen. Auch im Jahr danach ergaben sich keine Unterschiede in der TK. Vollstationär zeigten sich in der Gesamtgruppe keine Unterschiede, in der Gruppe der Behandelten waren es mehr TEs in der IG. Im zweiten Jahr ließen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen.

In der PIA gab es keine Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug auf die Kontakthäufigkeit. Auch im Referenzfall ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Gesamtkontakte, allerdings zeigten sich in der KG (bedingt für Fall) mehr Arzt- und in der IG mehr Therapeutenkontakte (vgl. Tabelle 40). Im zweiten Jahr zeigte sich das gleiche Muster wie im ersten Jahr. Im dritten Jahr ergaben sich keine Unterschiede hinsichtlich der Gesamtzahl der Kontakte, allerdings waren in der KG mehr aufsuchende Behandlungen feststellbar.

## 10. Ergebnisse: Kosten

### 10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

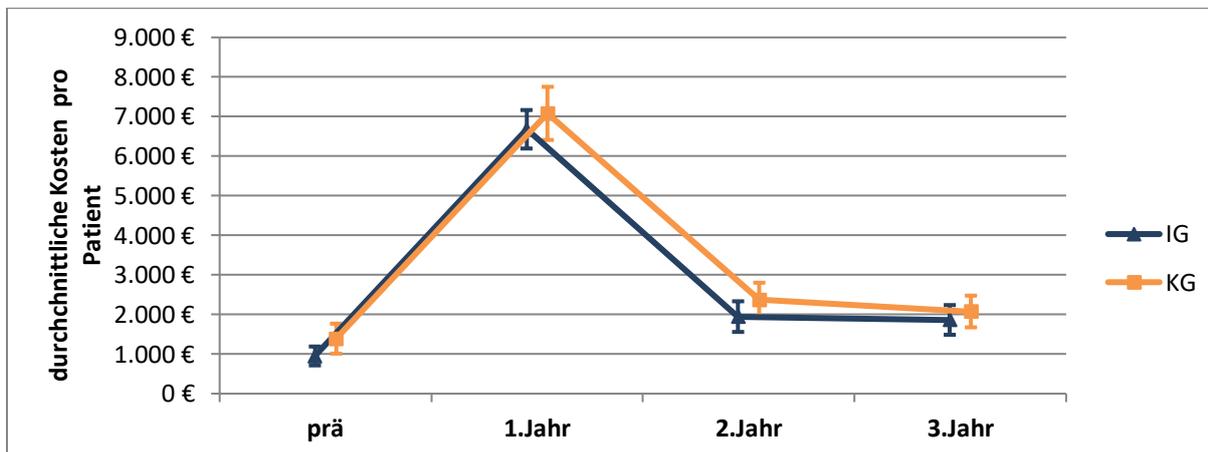
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	575	636	553	531	564	636	533	503
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	952,58 €	6.679,05 €	1.946,39 €	1.862,78 €	1.390,38 €	7.080,45 €	2.375,21 €	2.075,99 €
Standardabweichung	3.069,10 €	6.259,24 €	4.904,00 €	4.690,50 €	4.874,95 €	8.642,15 €	5.391,40 €	4.986,61 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	22,34 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	27,93 €	2.264,13 €	63,98 €	45,75 €	21,17 €	1.117,39 €	46,07 €	32,14 €
Median	139,54 €	5.080,22 €	466,98 €	321,49 €	142,66 €	4.259,15 €	530,30 €	369,31 €
75%-Perzentil	606,41 €	9.193,24 €	1.614,28 €	1.365,67 €	753,45 €	9.326,25 €	1.886,79 €	1.546,66 €
Maximum	48.950,37 €	41.928,61 €	50.234,71 €	47.802,65 €	59.500,86 €	66.979,57 €	57.553,77 €	47.068,20 €

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



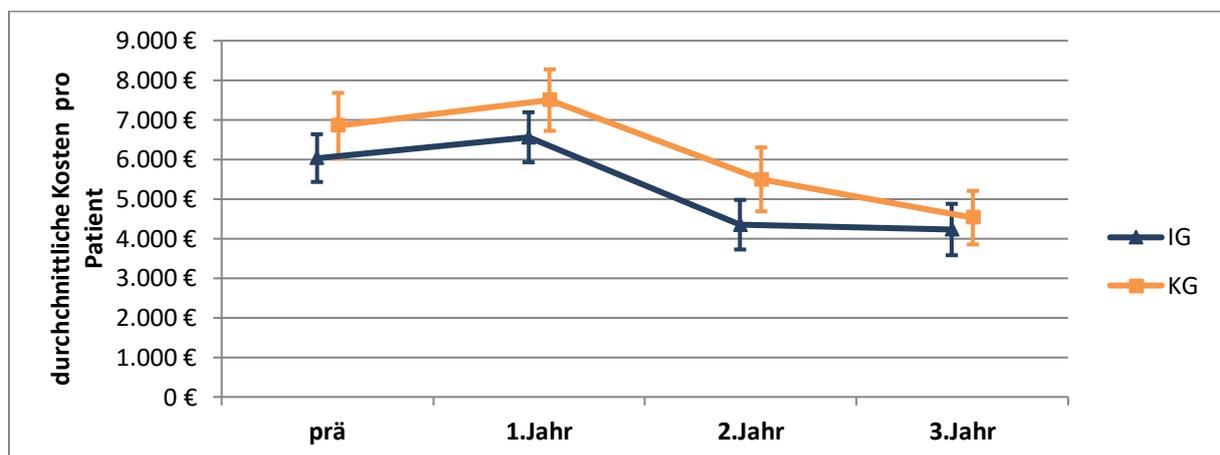
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 41)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	543	547	512	498	546	550	510	505
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	6.033,99 €	6.559,82 €	4.351,68 €	4.229,96 €	6.853,08 €	7.500,63 €	5.495,54 €	4.529,66 €
Standardabweichung	7.196,70 €	7.554,99 €	7.353,68 €	7.537,99 €	9.916,47 €	9.288,84 €	9.538,94 €	7.905,40 €
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	202,44 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	1.017,68 €	1.424,09 €	531,63 €	384,58 €	980,53 €	1.695,30 €	564,24 €	570,48 €
Median	3.610,29 €	4.115,99 €	1.521,48 €	1.369,77 €	2.637,17 €	3.708,57 €	1.859,72 €	1.590,17 €
75%-Perzentil	7.966,00 €	8.847,01 €	4.981,30 €	4.784,23 €	8.486,50 €	9.277,57 €	5.449,70 €	4.055,05 €
Maximum	45.166,65 €	67.719,75 €	79.687,22 €	71.494,42 €	79.074,03 €	49.260,25 €	90.238,57 €	62.780,17 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 42)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich in keinem der vier Beobachtungsjahre ein signifikanter Unterschied in den gesamten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG. Beide Gruppen lagen im Prä-Zeitraum auf einem Niveau von 953 € (IG) bzw. 1390 € (KG; vgl. Tabelle 41). Die Kosten des Prä-Zeitraums setzten sich dabei hauptsächlich durch die vollstationären Behandlungskosten der ca. zehn Prozent der Patienten, die bereits im Prä-Zeitraum einen vollstationären Fall aufwiesen und den Kosten für vertragsärztlich psychiatrische Leistungen sowie Psychopharmakaverordnungen zusammen. Die Kosten steigen in beiden Gruppen im ersten Nachbeobachtungsjahr in beiden Gruppen um das ca. 6-fache an und fielen im zweiten und dritten Jahr auf den doppelten Wert des Prä-Zeitraums.

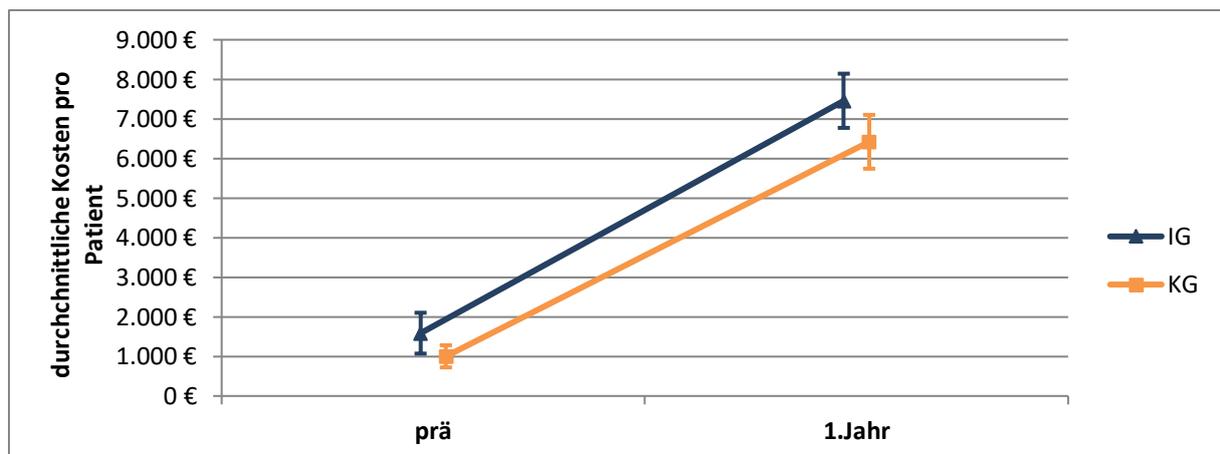
Bei den klinikbekannten Patienten lagen die gesamten Versorgungskosten der IG in allen vier Zeiträumen unter den Kosten der KG (vgl. Tabelle 42). Ein signifikanter Unterschied ließ sich jedoch nur im zweiten Jahr feststellen ( $p_{\text{Prä}} = 0,12$ ;  $p_{1. \text{Jahr}} = 0,07$ ;  $p_{2. \text{Jahr}} = 0,03$ ;  $p_{3. \text{Jahr}} = 0,53$ )

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	534	567	511	567						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen	1.586,53 €	7.458,28 €	1.002,40 €	6.422,58 €	584,13 €	0,052	1.035,70 €	0,036	451,57 €	0,322
Standardabweichung	6.274,68 €	8.315,85 €	3.402,20 €	8.262,56 €						
Minimum	0,00 €	201,29 €	0,00 €	23,74 €						
25%-Perzentil	52,99 €	2.135,94 €	51,27 €	947,23 €						
Median	201,39 €	5.459,55 €	185,95 €	3.554,37 €						
75%-Perzentil	745,85 €	10.030,91 €	601,67 €	8.916,98 €						
Maximum	88.538,98 €	82.469,72 €	57.960,57 €	71.042,60 €						

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



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten bereits im Prä-Zeitraum geringere Versorgungskosten auf, wobei dieser Unterschied nur auf 10%-Niveau signifikant war (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 1035,70 € je Patient signifikant über den Kosten der KG ( $p = 0,03$ ). Da die Anstiege parallel verliefen, ergab sich kein signifikanter DiD-Effekt ( $p = 0,322$ ).

### Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

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

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.586,50 €	288,20 €	< 0,001	-489,53 €	762,86 €	0,52	702,40 €	279,90 €	0,01
Differenz KG-IG	-584,10 €	407,60 €	0,15	-381,29 €	384,53 €	0,32	-398,80 €	383,40 €	0,30
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	5.871,80 €	407,60 €	< 0,001	6.286,69 €	961,70 €	0,00	5.467,10 €	496,50 €	< 0,001
<b>Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der KG im Vergleich zur IG)</b>	<b>-451,60 €</b>	<b>576,40 €</b>	<b>0,43</b>	<b>-666,15 €</b>	<b>543,61 €</b>	<b>0,22</b>	<b>-602,10 €</b>	<b>542,00 €</b>	<b>0,27</b>
Alter bis 29 J.				228,43 €	476,08 €	0,63			
30 J. bis 47 J.				367,73 €	430,57 €	0,39			
48 J. bis 64 J.				695,88 €	417,50 €	0,10			
Weiblich				10,03 €	287,63 €	0,97			
Erwerbstätig				-687,46 €	426,16 €	0,11			
Tod im									
Nachbeobachtungsjahr				-1.608,21 €	988,00 €	0,10			
Referenzdiagnose F00				-410,61 €	1.750,59 €	0,81			
Referenzdiagnose F01				917,86 €	1.274,55 €	0,47			
Referenzdiagnose F02				1.829,22 €	2.881,74 €	0,53			
Referenzdiagnose F03				20,55 €	1.712,18 €	0,99			
Referenzdiagnose F07				-696,25 €	2.837,05 €	0,81			
Referenzdiagnose F10				562,94 €	628,64 €	0,37			
Referenzdiagnose F2x				6.422,39 €	862,86 €	< 0,001	6.382,20 €	778,30 €	< 0,001
Referenzdiagnose F3x				2.463,27 €	548,23 €	< 0,001	2.109,50 €	428,50 €	< 0,001
Referenzdiagnose F4x				1.373,73 €	615,10 €	0,03	1.141,50 €	541,60 €	0,04
Referenzdiagnose F43				-1.992,73 €	615,62 €	0,001	-2.319,40 €	525,00 €	< 0,001
Referenzdiagnose F45				345,16 €	1.275,41 €	0,79			
Referenzdiagnose F50				-1.009,32 €	2.095,17 €	0,63			
Referenzdiagnose F60.31				2.885,16 €	1.089,53 €	0,01	2.555,60 €	1.048,40 €	0,01
Referenzdiagnose F7x				1.875,80 €	1.357,65 €	0,17			
Referenzdiagnose F84				-1.876,70 €	3.332,26 €	0,57			
Referenzdiagnose F9x				6.555,92 €	1.783,85 €	< 0,001	6.092,00 €	1.742,40 €	< 0,001
vollstat. Fall in Prä				7.838,61 €	657,19 €	< 0,001	8.085,20 €	645,00 €	< 0,001
teilstat. Fall in Prä				2.944,96 €	1.899,29 €	0,12			
PIA-Fall in Prä				1.634,28 €	1.143,00 €	0,15			
vertragsärztl. Fall in Prä				825,14 €	670,49 €	0,22			
R <sup>2</sup>			0,15			0,25			0,25

Im Grundmodell ergibt sich eine um 451,60 € höhere Kostensteigerung der IG gegenüber der KG, wobei sich keine Signifikanz feststellen ließ ( $p = 0,43$ ).

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell vergleichbare Muster. In dem erweiterten Modell konnte vor allem die Variation im Prä-Zeitraum reduziert werden. Der Modelleffekt (in diesem Fall im Sinne eines um 602,10 € geringeren Anstiegs der KG) steigt in den adjustierten Modellen stärker an als im Grundmodell, wobei der Unterschied weiterhin statistisch nicht 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.

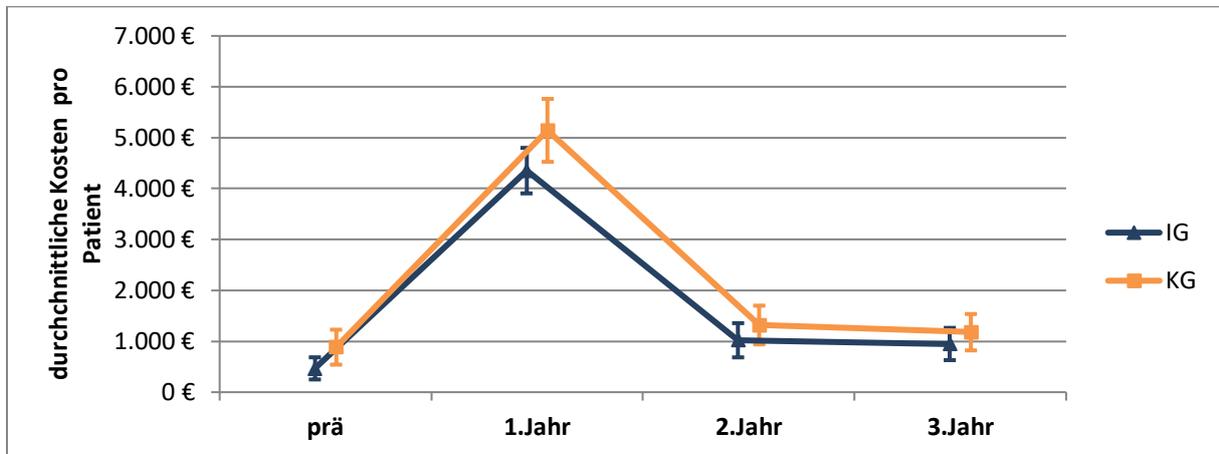
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	56	468	79	68	71	418	94	77
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen</b>	<b>467,32 €</b>	<b>4.353,19 €</b>	<b>1.019,94 €</b>	<b>946,68 €</b>	<b>884,38 €</b>	<b>5.144,87 €</b>	<b>1.319,57 €</b>	<b>1.177,91 €</b>
Standardabweichung	2.800,29 €	5.752,55 €	4.259,53 €	3.966,06 €	4.420,52 €	7.957,06 €	4.800,07 €	4.453,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.636,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.532,27 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.107,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.382,12 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	48.221,43 €	40.613,85 €	45.329,09 €	46.971,70 €	59.341,04 €	66.979,57 €	55.381,39 €	44.665,07 €

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



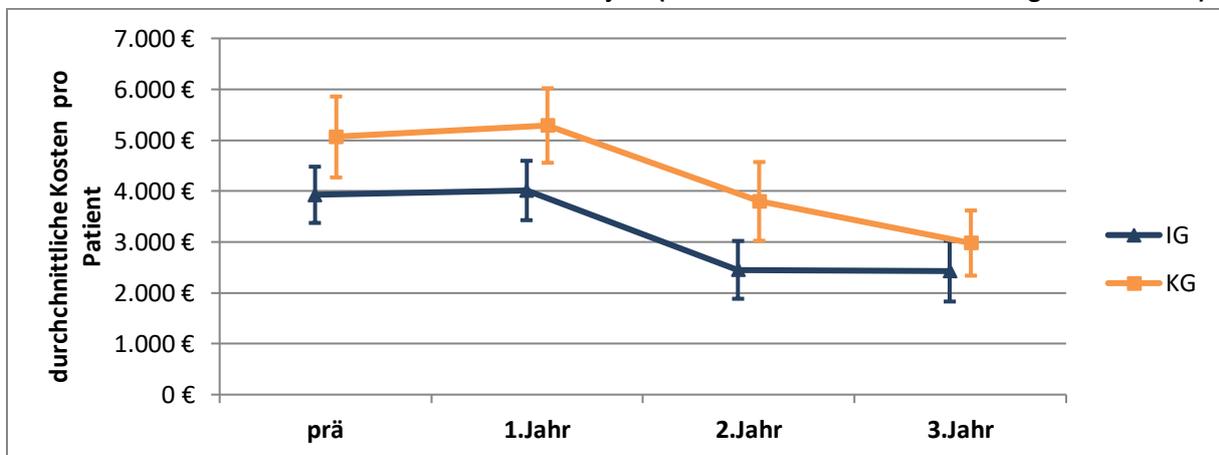
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 45)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	273	275	139	121	267	294	165	142
durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen	3.926,11 €	4.011,14 €	2.451,57 €	2.427,09 €	5.062,98 €	5.287,75 €	3.797,27 €	2.977,63 €
Standardabweichung	6.594,47 €	6.959,94 €	6.669,87 €	6.946,24 €	9.512,76 €	8.766,89 €	9.141,42 €	7.483,54 €
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 €	312,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	751,62 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	5.434,93 €	5.406,97 €	743,74 €	0,00 €	6.365,88 €	6.953,58 €	2.224,33 €	687,13 €
Maximum	40.193,98 €	67.366,36 €	78.003,55 €	69.424,96 €	78.351,06 €	48.558,72 €	90.215,71 €	62.248,04 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 46)

Bei den linikneuen Patienten zeigte sich hinsichtlich der Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen ein ähnliches Bild wie für die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten (vgl. Tabelle 45). Die Kosten lagen dabei in der IG sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Jahr signifikant ( $p$  jeweils = 0,04) unter denen der KG. Im zweiten und dritten Jahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Der Unterschied des Prä-Zeitraumes kann durch die geringere Zahl versorgter Patienten in der IG (56 vs KG=71) zurückgeführt werden. Im ersten Jahr ist von einer Verweildauerreduktion auszugehen, da bei ungefähr gleich hohem Pflegesatz mehr Patienten in der IG (468 vs. KG = 418) bei geringeren Kosten versorgt wurden.

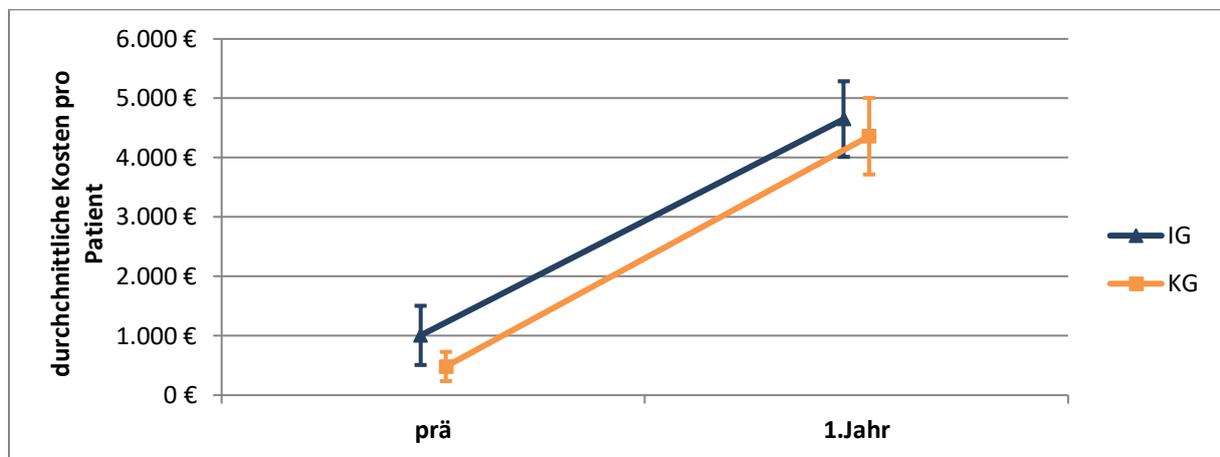
Bei den linikbekannten Patienten der IG lagen die Versorgungskosten mit Ausnahme des dritten Jahres in allen Beobachtungszeiträumen signifikant unter denen der KG (vgl. Tabelle 46). Der Abfall vom ersten zum zweiten bzw. dritten Jahr ist dabei auf die deutlich geringere Zahl versorgter Patienten in diesen Zeiträumen zurückzuführen. Die Zahl der Patienten der IG lag in allen drei Nachbeobachtungsjahren leicht unter der Zahl der KG.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		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	567	567	567	567						
N mit Fall	62	367	49	299						
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen</b>	1.006,90 €	4.650,47 €	483,37 €	4.361,89 €	523,52 €	0,065	288,57 €	0,533	-234,95 €	0,584
Standardabweichung	6.057,14 €	7.741,45 €	2.993,04 €	7.829,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.376,94 €	0,00 €	336,41 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.019,13 €	0,00 €	5.963,05 €						
Maximum	88.333,02 €	81.950,78 €	57.642,13 €	69.290,25 €						

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



Für vollstationär psychiatrische Leistungen waren im Prä-Zeitraum etwas, jedoch nur auf 10%-Niveau signifikant höhere Kosten in der IG auszumachen (vgl. Tabelle 47). Die Zahl der versorgten Patienten in der IG war dabei im Prä- und im Nachbeobachtungszeitraum um etwa den gleichen Faktor höher als in der KG. Dennoch war ein um 234,95 € geringerer Kostenanstieg in der IG ( $p = 0,584$ ) zu verzeichnen.

### 10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

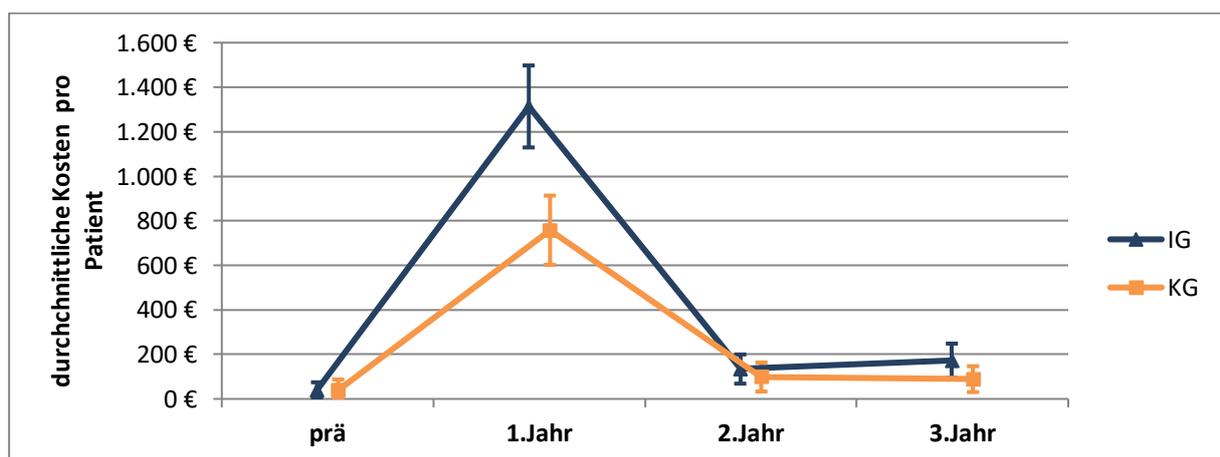
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	6	205	29	23	6	106	12	12
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	40,04 €	1.313,49 €	134,14 €	171,49 €	38,89 €	757,70 €	98,48 €	88,80 €
Standardabweichung	445,51 €	2.370,44 €	828,90 €	964,05 €	625,15 €	2.001,70 €	822,27 €	723,05 €
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 €	1.618,09 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	5.956,56 €	12.147,51 €	10.397,62 €	9.261,73 €	14.842,09 €	11.944,22 €	10.590,24 €	10.654,61 €

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



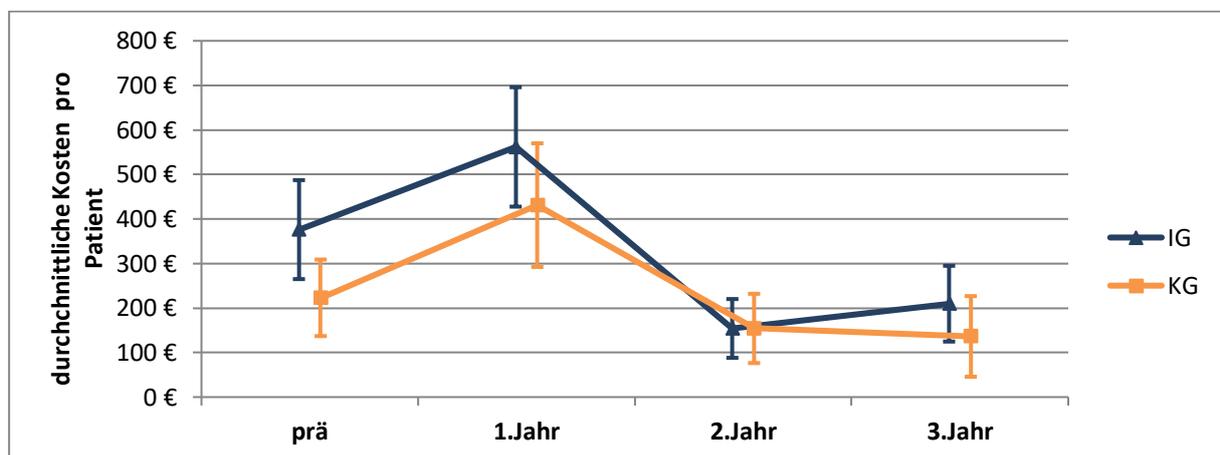
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 48)

## Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	60	89	29	33	36	49	18	14
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	376,10 €	561,78 €	154,14 €	209,74 €	222,96 €	431,00 €	154,17 €	136,23 €
Standardabweichung	1.326,21 €	1.600,62 €	775,02 €	987,96 €	1.028,71 €	1.660,67 €	918,79 €	1.058,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	11.289,90 €	11.493,97 €	6.698,19 €	9.554,93 €	9.472,34 €	15.659,06 €	9.706,62 €	15.010,97 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 49)

Bei den klinikneuen Patienten 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 48). 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 (205) gegenüber der KG (106) zurückzuführen.

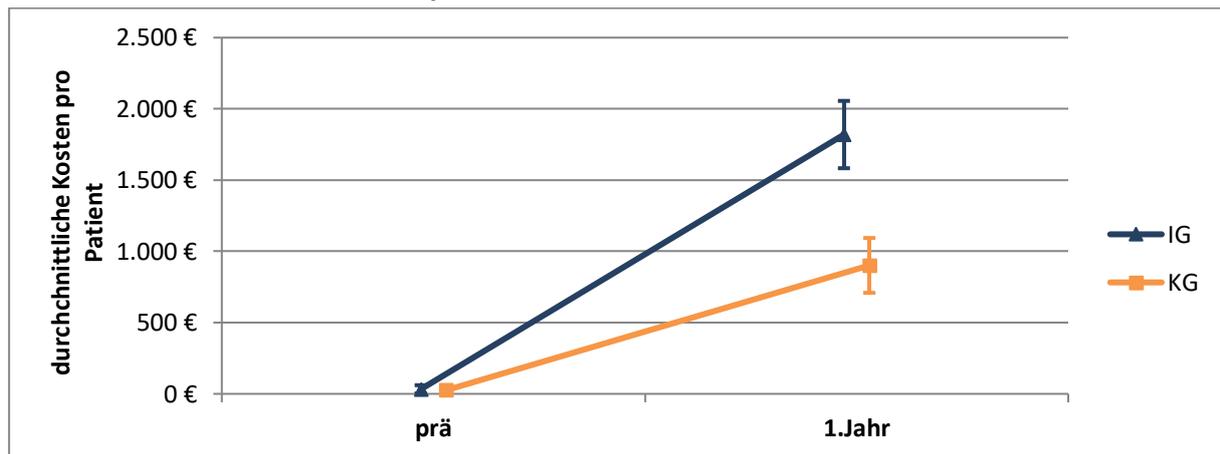
Bei den klinikbekannten Patienten der IG lagen die Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen im Prä-Zeitraum über denen der KG ( $p = 0,03$ ; vgl. Tabelle 49). Im weiteren Verlauf zeigte sich das gleiche Muster in der IG und der KG eines Gipfels im ersten Jahr und einem deutlichen Abfall im zweiten und dritten Jahr, wobei sich jeweils kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen IG und KG ergab. Die Zahl der versorgten Patienten der IG lag in allen Zeiträumen über der der KG.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	7	225	5	88						
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	32,17 €	1.819,77 €	25,38 €	901,59 €	6,79 €	0,726	918,19 €	<0,001	911,40 €	<0,001
Standardabweichung	347,07 €	2.868,72 €	303,51 €	2.337,56 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.147,37 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	6.281,49 €	17.941,93 €	5.003,11 €	13.084,10 €						

**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 50). Durch die deutlich höhere Zahl versorgter Patienten in der IG (255 vs. 88 in der KG) ergab sich ein signifikant höherer Kostenanstieg von 911,40 € je Patient der IG ( $p < 0,001$ ).

## 10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

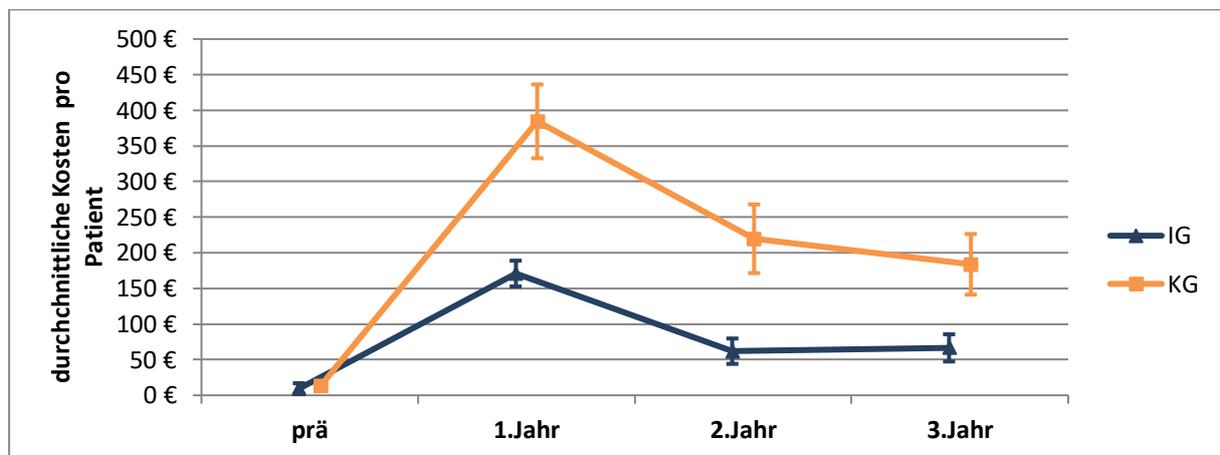
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	9	327	67	62	19	305	131	109
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	9,22 €	170,83 €	61,88 €	66,51 €	13,34 €	384,49 €	219,74 €	183,84 €
Standardabweichung	98,40 €	232,85 €	225,86 €	238,49 €	89,92 €	666,90 €	607,49 €	530,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	472,66 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.755,35 €	1.679,18 €	2.407,51 €	1.994,45 €	1.143,65 €	4.143,68 €	5.488,74 €	6.084,27 €

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



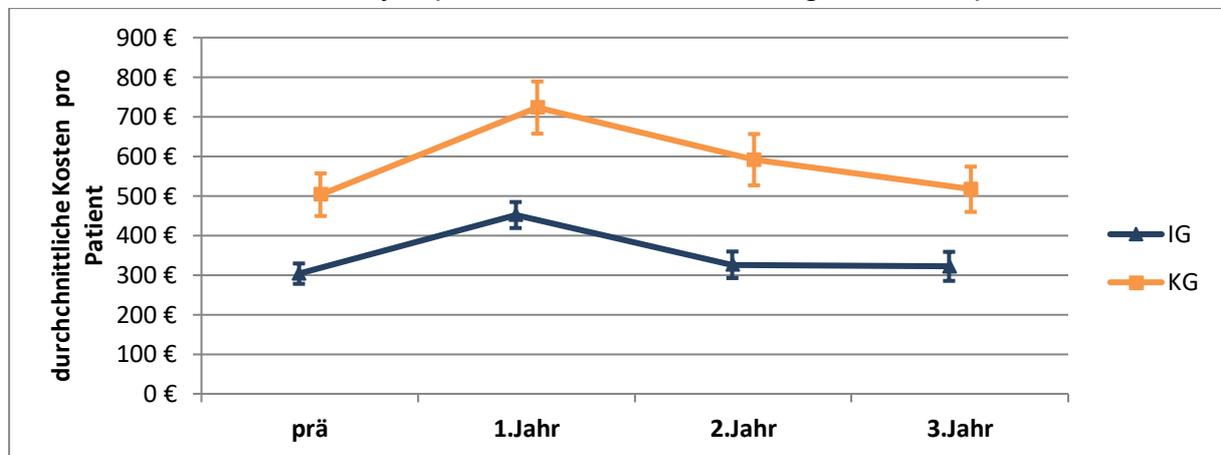
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 51)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	325	398	258	238	324	384	293	273
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	303,57 €	451,66 €	325,92 €	322,02 €	503,04 €	723,26 €	591,57 €	516,72 €
Standardabweichung	306,82 €	392,52 €	394,09 €	425,63 €	644,76 €	788,92 €	765,78 €	668,47 €
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	190,29 €	380,58 €	0,00 €	0,00 €	277,66 €	568,60 €	271,26 €	183,29 €
75%-Perzentil	563,81 €	761,16 €	771,14 €	820,44 €	813,00 €	1.093,80 €	972,50 €	924,62 €
Maximum	1.293,74 €	3.016,71 €	2.074,78 €	2.315,11 €	3.548,98 €	4.199,03 €	4.643,47 €	4.674,14 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 52)

Bei den klinikneuen Patienten lassen sich im Rahmen der PIA-Versorgung gegenläufige Mengen- und Kosteneffekte ausmachen. Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei in der KG bei ungefähr gleich vielen (305 vs. IG = 327) versorgten Patienten doppelt so hohe Kosten anfielen ( $p < 0,001$ ; vgl. Tabelle 51). Im zweiten und dritten Jahr lagen die Kosten der KG zwar weiterhin signifikant über den Kosten der IG, allerdings wurde in der KG ungefähr die doppelte Menge von Patienten versorgt.

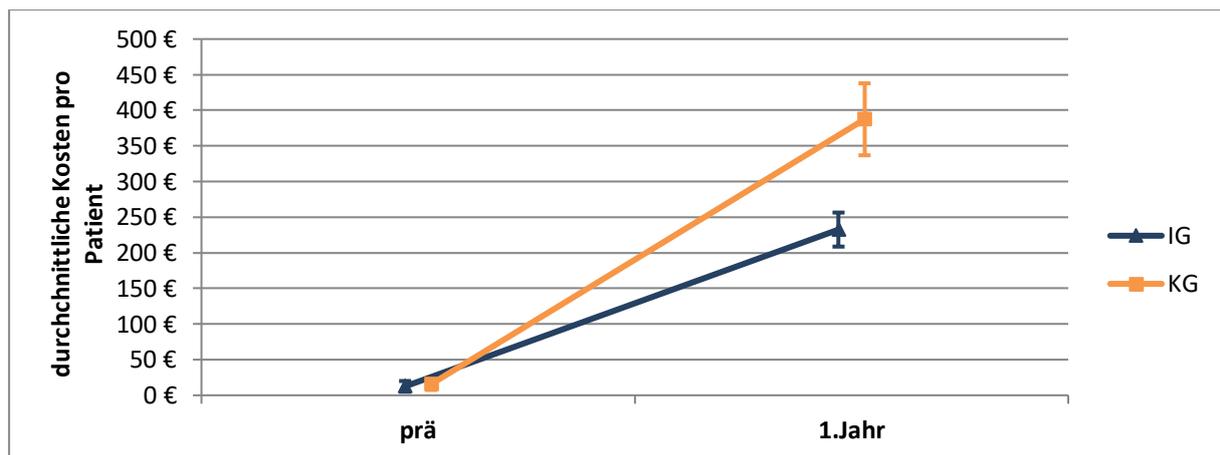
Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich im Prä-Zeitraum trotz der gleichen Anzahl versorgter Patienten signifikant höhere Kosten (vgl. Tabelle 52). Die Kosten verlaufen über die Zeit in beiden Gruppen parallel, wobei im ersten Jahr ein Anstieg aufgrund der gestiegenen Patientenzahlen und im zweiten und dritten Jahr eine Stabilisierung zu verzeichnen war. Die Patientenzahlen lagen in der IG trotz der höheren Kosten jeweils unter denen der KG.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	15	351	19	323						
durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen	12,49 €	232,57 €	15,61 €	387,36 €	-3,12 €	0,581	-154,79 €	<0,001	-151,67 €	<0,001
Standardabweichung	91,44 €	290,21 €	98,89 €	613,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	201,29 €	0,00 €	191,64 €						
75%-Perzentil	0,00 €	208,93 €	0,00 €	505,80 €						
Maximum	1.007,99 €	1.982,38 €	1.009,99 €	4.571,12 €						

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



Lagen die Zahl der in der PIA behandelten Patienten und die Höhe der durchschnittlichen Kosten von IG und KG im Prä-Zeitraum noch gleichauf, war ein deutlich höherer Kostenanstieg in der KG zu verzeichnen, wobei in der KG insgesamt weniger Patienten versorgt wurden als in der IG (vgl. Tabelle 53). Der Kostenanstieg der IG im Vergleich zur KG war dabei um 151,67€ signifikant geringer ( $p = 0,001$ ).

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

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

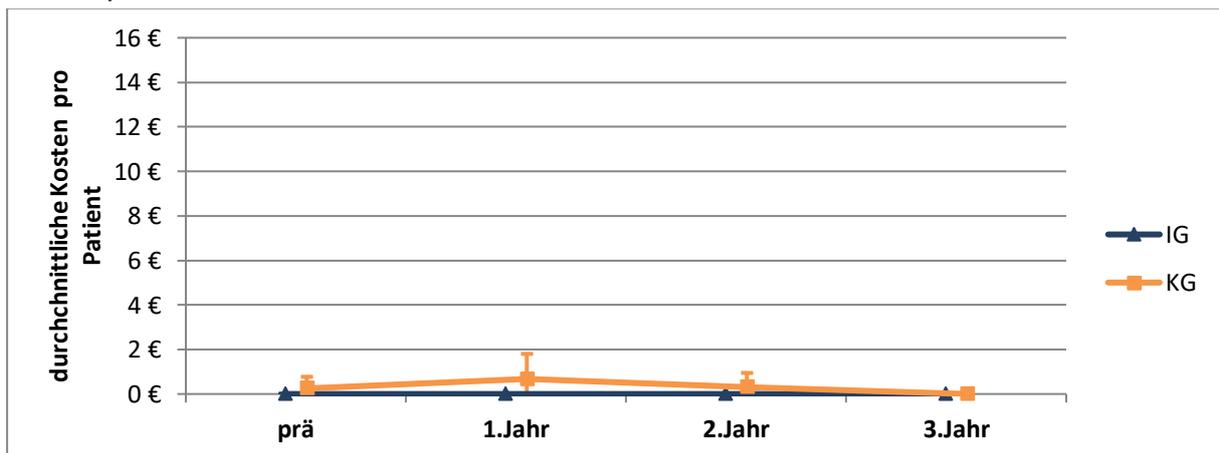
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

##### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	0	0	0	0	1	2	1	0
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,26 €	0,68 €	0,32 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6,58 €	14,48 €	7,90 €	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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	166,00 €	358,04 €	195,00 €	0,00 €

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



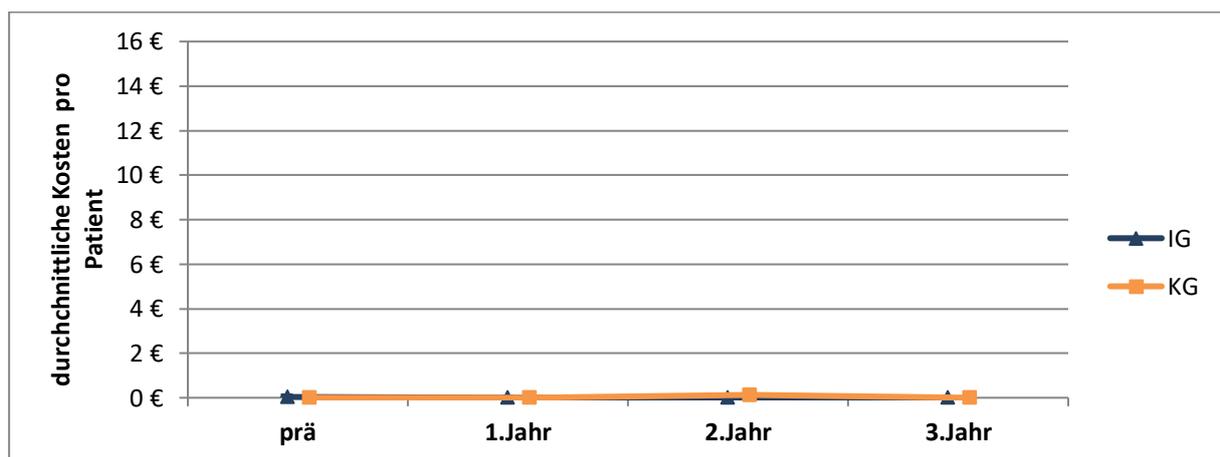
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 54)

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	1	1	0	0	0	0	1	0
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,04 €	0,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,13 €	0,00 €
Standardabweichung	0,86 €	0,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,99 €	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	20,00 €	6,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	69,18 €	0,00 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 55)

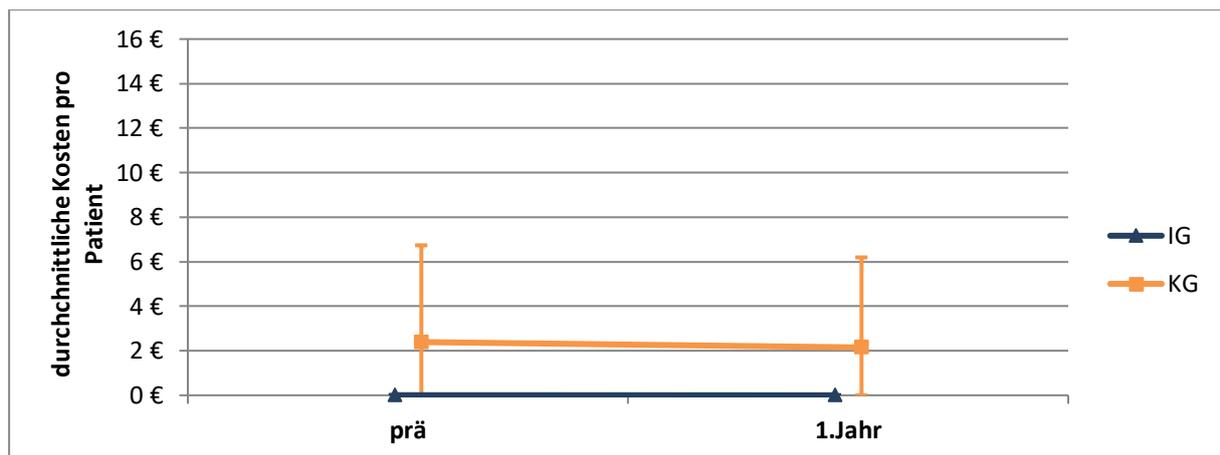
Die Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachte psychiatrische Leistungen sind sowohl für die klinikneuen als auch die klinikbekannten Patienten in jedem Zeitraum verschwindend gering und zwischen den Gruppen nicht voneinander verschieden (vgl. Tabelle 54 und Tabelle 55).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	1	0	2	2						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	0,00 €	0,00 €	2,39 €	2,15 €	-2,39 €	0,282	-2,15 €	0,298	0,24 €	0,338
Standardabweichung	0,08 €	0,00 €	52,81 €	49,14 €						
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	2,00 €	0,00 €	1.253,54 €	1.169,08 €						

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



Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sind (abgesehen von einem Patienten der IG und zwei Patienten in der KG) weder Kosten für psychiatrische Versorgung in Hochschulambulanzen noch in sozialpädiatrischen Zentren entstanden (vgl. Tabelle 56).

### 10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

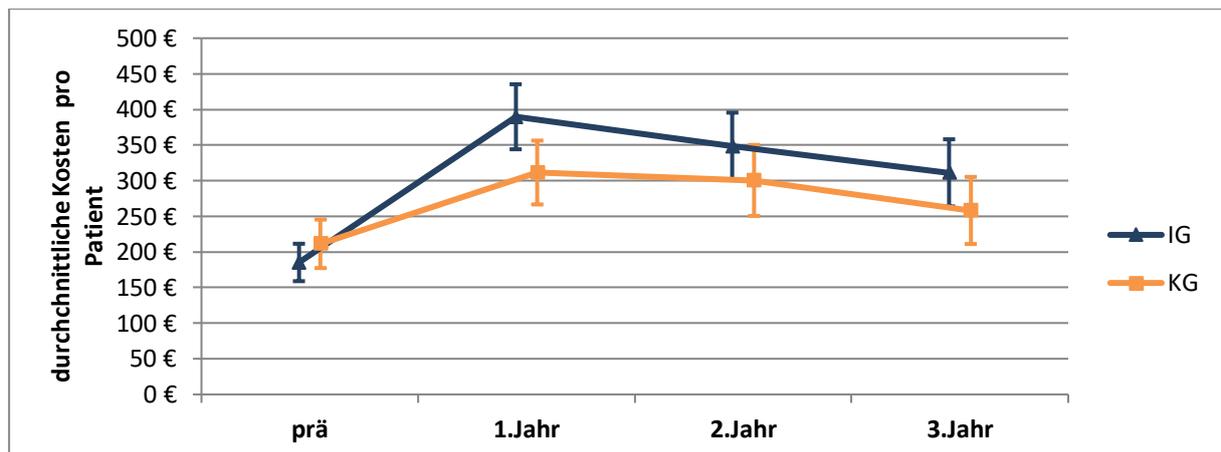
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	570	605	543	517	545	578	504	481
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	185,24 €	389,72 €	348,43 €	310,97 €	211,40 €	311,49 €	300,38 €	258,24 €
Standardabweichung	337,94 €	587,21 €	596,54 €	589,27 €	438,03 €	576,80 €	627,73 €	587,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	8,99 €	44,05 €	32,34 €	23,63 €	6,28 €	27,96 €	16,30 €	13,17 €
Median	61,65 €	160,55 €	115,36 €	87,43 €	63,00 €	104,66 €	85,63 €	68,34 €
75%-Perzentil	208,26 €	437,90 €	403,93 €	372,70 €	218,89 €	352,77 €	311,40 €	256,31 €
Maximum	2.270,61 €	3.376,09 €	6.038,80 €	4.286,47 €	3.698,90 €	5.873,29 €	5.470,82 €	4.828,67 €

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



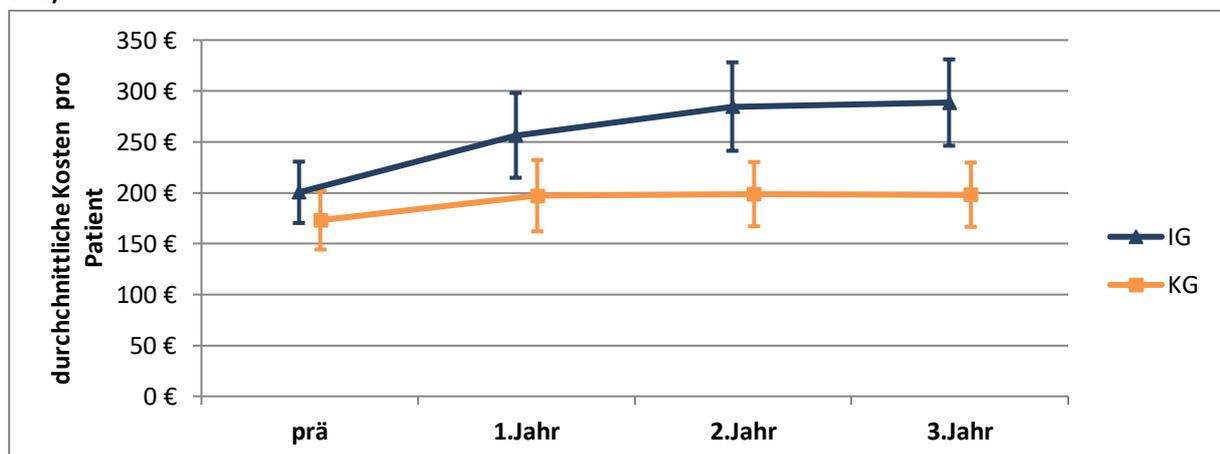
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 57)

### linikbekannte Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	529	523	498	482	506	508	463	466
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	200,42 €	256,38 €	284,67 €	288,62 €	173,05 €	197,15 €	198,63 €	198,09 €
Standardabweichung	359,78 €	497,87 €	510,00 €	492,65 €	344,60 €	419,58 €	372,67 €	369,41 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	3,64 €	23,40 €	43,11 €	40,99 €	4,99 €	20,15 €	27,64 €	29,17 €
Median	53,47 €	69,21 €	100,45 €	97,06 €	59,51 €	57,62 €	76,93 €	85,04 €
75%-Perzentil	250,84 €	301,86 €	322,71 €	342,48 €	196,77 €	192,15 €	207,27 €	217,71 €
Maximum	2.839,87 €	4.332,67 €	3.795,72 €	3.283,72 €	3.493,23 €	3.263,01 €	3.194,25 €	3.718,12 €

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



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

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 57). Im ersten Jahr lagen die Kosten der KG bei vergleichbarer Anzahl versorgter Patienten in der IG signifikant über den Kosten der KG ( $p = 0,02$ ). Im zweiten und dritten Jahr zeigten sich keine Unterschiede in der Höhe der Kosten zwischen IG und KG.

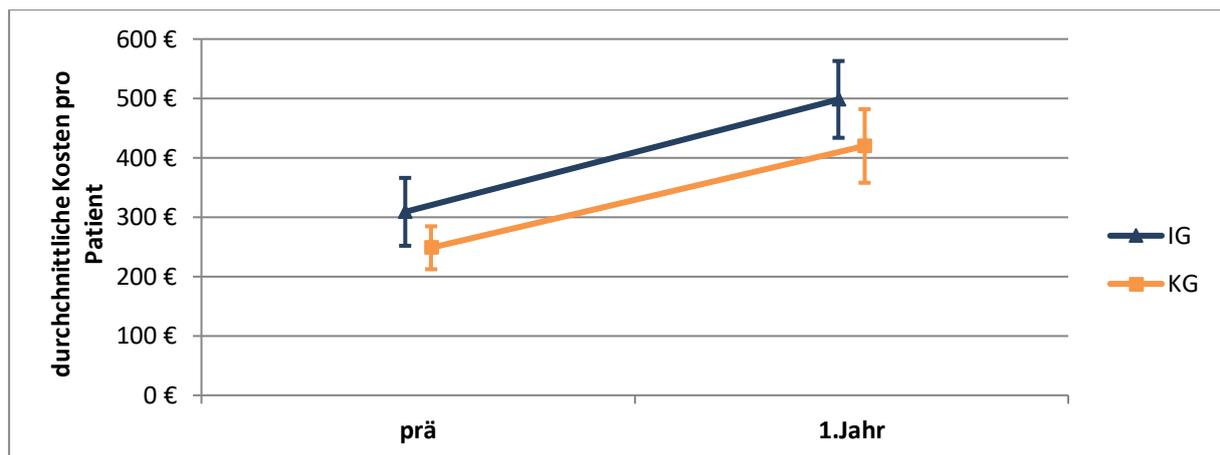
Bei den klinikbekannten Patienten war in beiden Gruppen eine über die Zeit fallende Zahl vertragsärztlich versorgter Patienten zu verzeichnen, wobei die Kosten in der KG stabil blieben und in der IG stiegen (vgl. Tabelle 58). In allen drei Nachbeobachtungsjahren lagen die Kosten der IG signifikant über denen der KG.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	526	532	505	508						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	308,94 €	498,34 €	248,48 €	419,90 €	60,46 €	0,08	78,44 €	0,087	17,98 €	0,695
Standardabweichung	694,36 €	785,84 €	439,13 €	753,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	34,10 €	56,83 €	34,09 €	40,87 €						
Median	101,94 €	177,49 €	105,18 €	114,09 €						
75%-Perzentil	311,40 €	507,94 €	278,67 €	374,14 €						
Maximum	9.824,62 €	5.675,28 €	4.134,59 €	4.913,43 €						

**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- und im Nachbeobachtungsjahr numerisch höhere Kosten in der IG. Aufgrund des parallelen Verlaufs ergab sich kein signifikanter DiD-Effekt ( $p = 0,695$ ; vgl. Tabelle 59).

## 10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

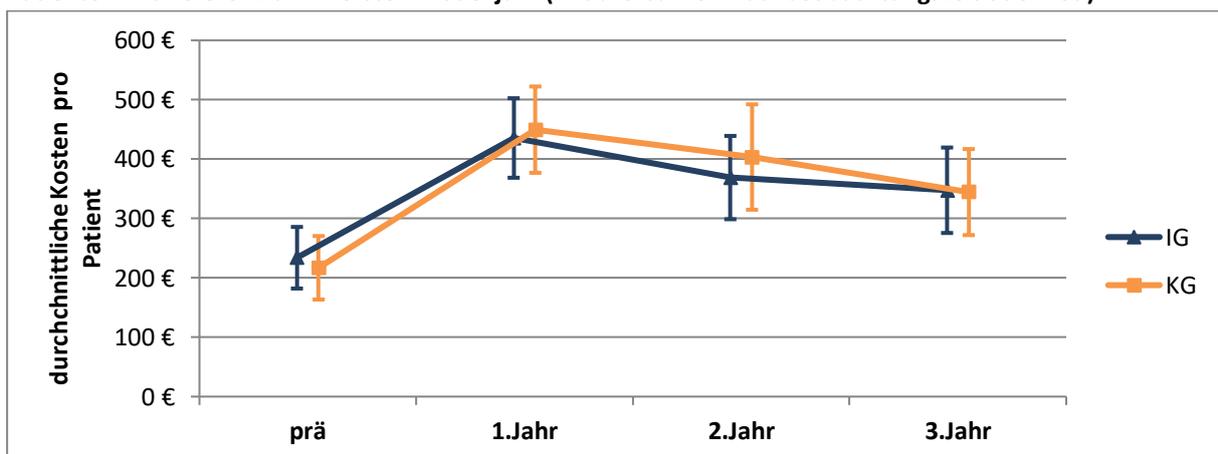
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	387	474	397	359	346	439	356	339
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	233,92 €	435,58 €	368,92 €	347,55 €	216,98 €	449,60 €	403,53 €	344,48 €
Standardabweichung	667,28 €	861,79 €	888,34 €	900,14 €	687,81 €	935,38 €	1.117,95 €	902,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	24,80 €	130,38 €	81,17 €	52,60 €	13,45 €	91,26 €	50,17 €	36,17 €
75%-Perzentil	155,21 €	437,85 €	326,77 €	283,33 €	128,85 €	464,25 €	293,59 €	293,36 €
Maximum	5.552,46 €	9.266,63 €	9.199,87 €	8.452,12 €	8.793,96 €	9.936,37 €	12.613,68 €	9.451,53 €

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

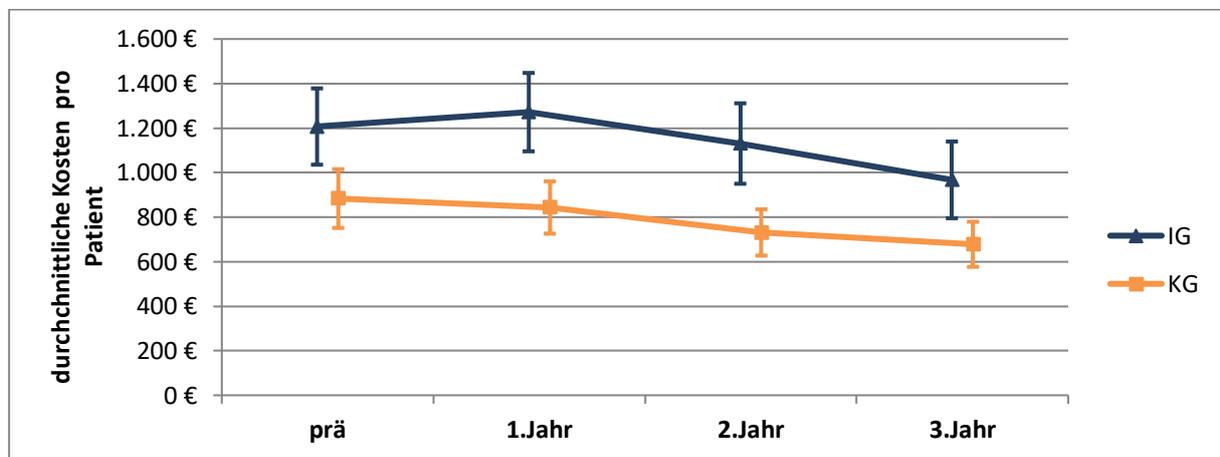


(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 60)

#### Klinikbekannte Patienten

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

	IG				KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525	525
N mit Fall	462	467	425	400	428	430	392	397	397
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	1.206,99 €	1.271,73 €	1.130,58 €	967,36 €	883,44 €	843,19 €	731,27 €	678,09 €	678,09 €
Standardabweichung	2.044,51 €	2.100,97 €	2.120,60 €	1.999,64 €	1.579,13 €	1.404,54 €	1.230,78 €	1.183,39 €	1.183,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	60,78 €	76,26 €	48,79 €	25,66 €	15,01 €	30,39 €	0,00 €	13,21 €	13,21 €
Median	349,43 €	439,56 €	325,45 €	265,51 €	232,26 €	263,01 €	213,48 €	223,92 €	223,92 €
75%-Perzentil	1.397,02 €	1.321,12 €	1.105,27 €	879,28 €	937,55 €	1.036,00 €	849,42 €	824,05 €	824,05 €
Maximum	14.780,61 €	14.428,67 €	14.986,35 €	19.860,31 €	12.000,65 €	10.517,52 €	8.056,81 €	10.122,74 €	10.122,74 €

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


(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 61)

Bei den klinikneuen Patienten ließ sich für keines der vier Beobachtungsjahre ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG feststellen (vgl. Tabelle 60).

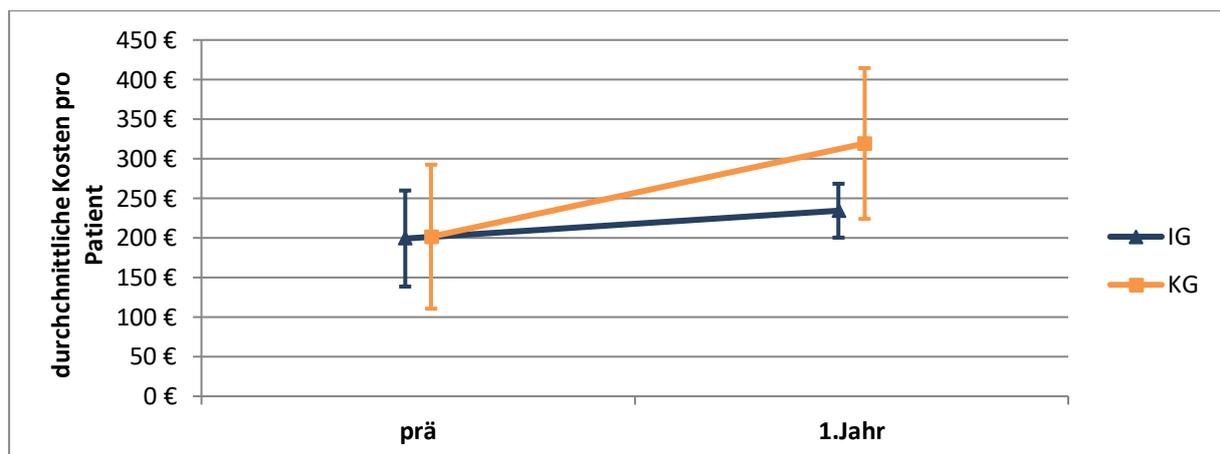
Bei den klinikbekannten Patienten fielen die Kosten der Psychopharmakaversorgung in der IG über die Zeit; in der KG war ein leichter Anstieg zum ersten Jahr und ein darauffolgender Abfall zu verzeichnen (vgl. Tabelle 61). Die Kosten der IG lagen dabei in jedem Jahr signifikant über denen der KG.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	335	382	323	376						
durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka	199,21 €	234,40 €	201,56 €	319,26 €	-2,35 €	0,966	-84,86 €	0,101	-82,50 €	0,019
Standardabweichung	736,72 €	413,55 €	1.104,68 €	1.157,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	23,18 €	75,84 €	17,83 €	69,55 €						
75%-Perzentil	110,80 €	262,43 €	109,88 €	242,89 €						
Maximum	13.462,32 €	3.003,26 €	18.798,80 €	19.961,41 €						

**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 und KG auf gleichem Niveau (vgl. Tabelle 62). Die Kosten steigen in beiden Gruppen im ersten Jahr an, wobei sich ein signifikant höherer Kostenanstieg der KG zeigte ( $p = 0,019$ ).

## 10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

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

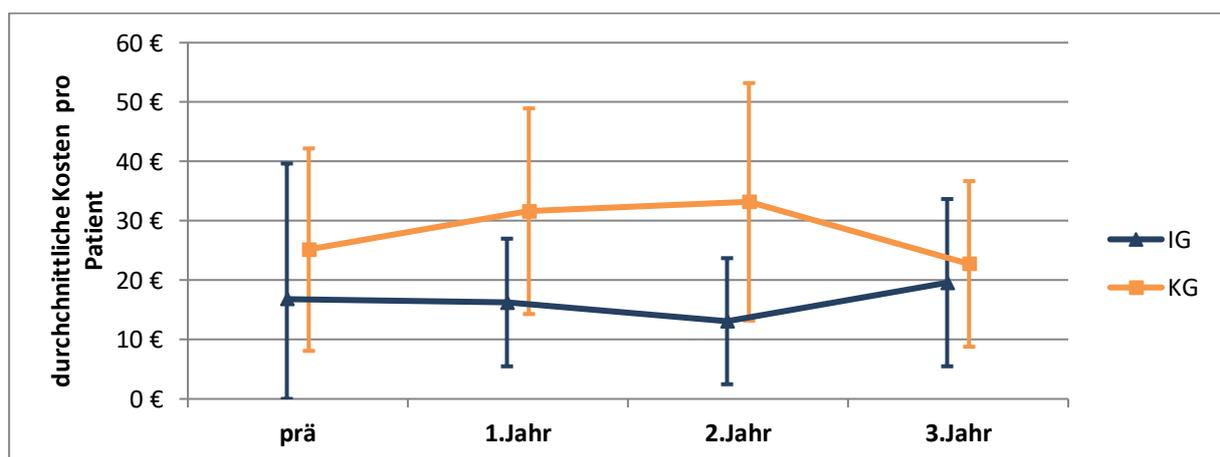
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	7	11	9	11	18	22	19	19
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	16,83 €	16,24 €	13,09 €	19,58 €	25,14 €	31,62 €	33,20 €	22,73 €
Standardabweichung	293,56 €	138,34 €	134,49 €	176,19 €	219,39 €	222,82 €	251,99 €	173,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	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	7.247,28 €	1.790,77 €	2.137,52 €	2.844,36 €	4.044,61 €	2.858,68 €	3.606,84 €	2.350,12 €

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



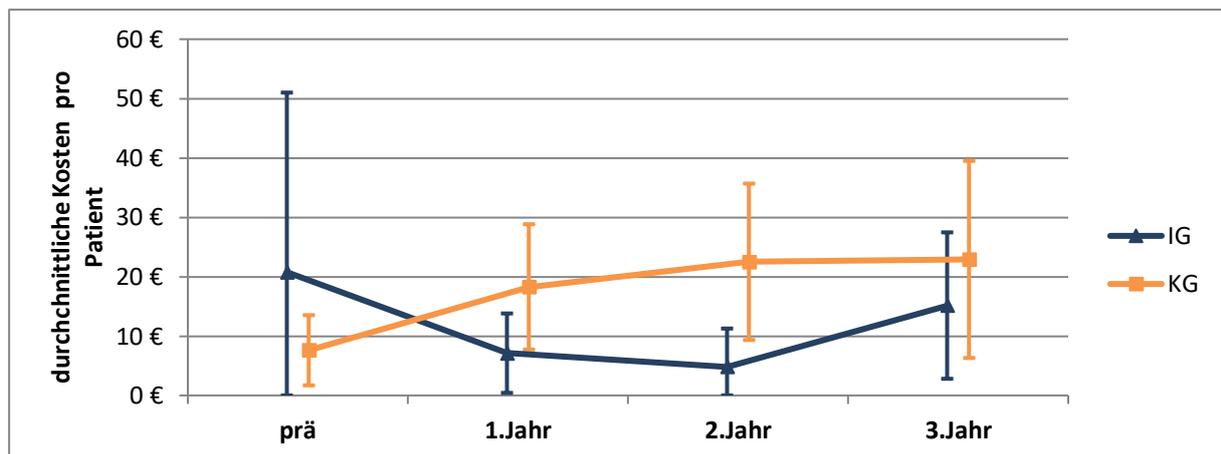
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 63)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	8	5	3	9	9	15	16	17
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	20,76 €	7,12 €	4,80 €	15,14 €	7,61 €	18,28 €	22,51 €	22,91 €
Standardabweichung	360,87 €	79,86 €	75,97 €	143,20 €	70,75 €	126,29 €	155,60 €	194,08 €
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	8.339,52 €	1.208,56 €	1.281,82 €	2.357,11 €	1.093,68 €	1.338,18 €	2.137,39 €	3.267,35 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 64)

Im Rahmen der Heilmittelversorgung ließen sich für klinikneue Patienten der IG in den Nachbeobachtungsjahren keine signifikant von der KG verschiedenen Kosten feststellen.

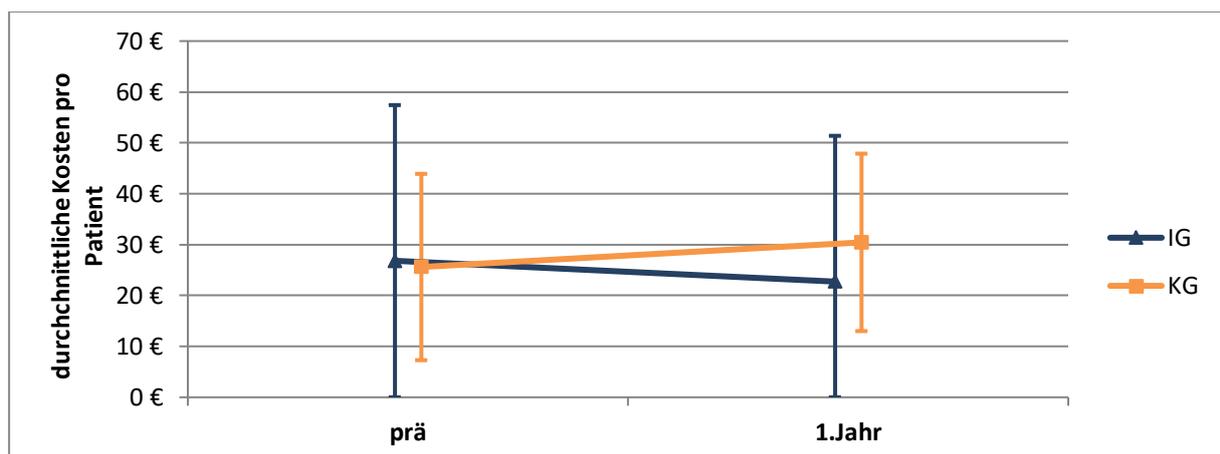
Die Kostenentwicklung der klinikbekannten Patienten verlief numerisch zwischen IG und KG voneinander verschieden, es ließ sich jedoch für keinen Zeitraum ein signifikanter Unterschied ausmachen.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	8	8	13	16						
durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel	26,82 €	22,73 €	25,60 €	30,44 €	1,22 €	0,946	-7,71 €	0,652	-8,93 €	0,442
Standardabweichung	371,67 €	347,99 €	222,40 €	211,81 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	8.051,85 €	8.045,70 €	3.409,26 €	2.400,45 €						

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



Im Rahmen der psychiatrischen Heilmittel zeigten sich weder im Prä- noch im Nachbeobachtungszeitraum signifikante Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 65).

## 11. Ergebnisse: Effizienz

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

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

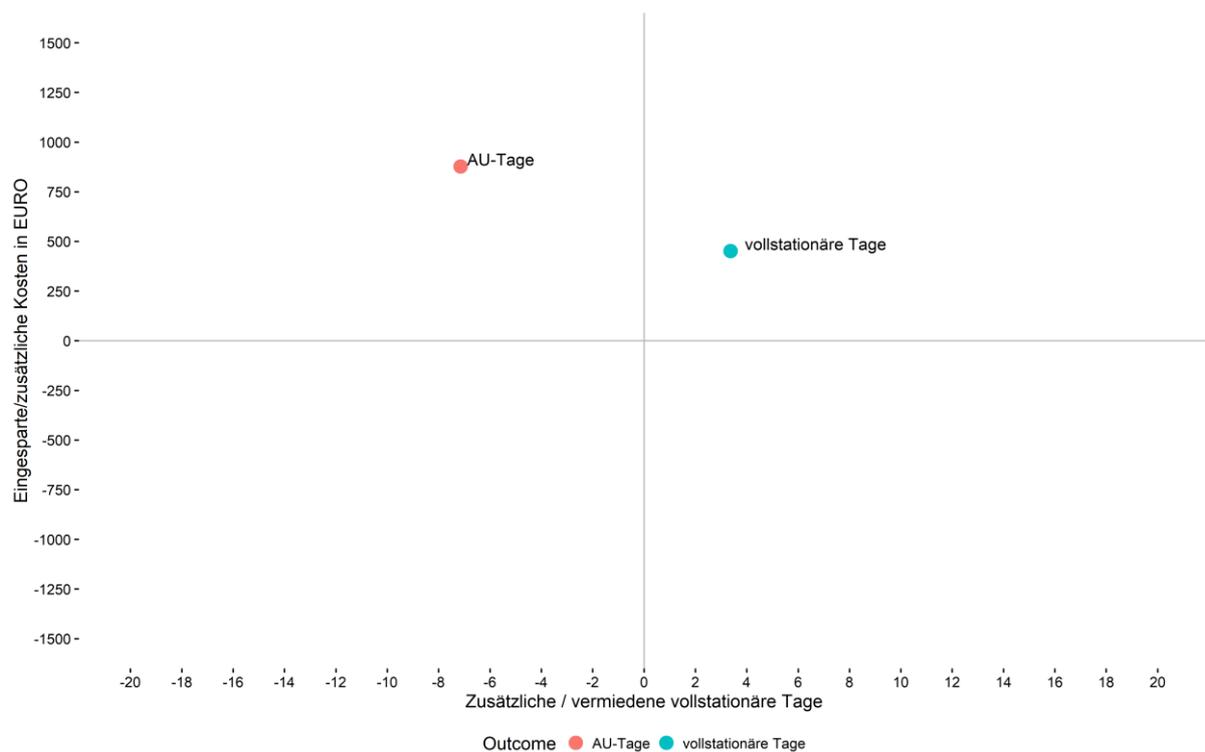
**Tabelle 66: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	567	1.586,53 €	567	7.458,28 €	5.871,76 €
	KG	567	1.002,40 €	567	6.422,58 €	5.420,19 €
	Differenz IG-KG		584,13 €		1.035,70 €	451,57 €
	p-Wert		0,052		0,04	0,11
(vermiedene) KH-Tage	IG	567	2,4	567	14,8	12,4
	KG	567	1,5	567	17,2	15,8
	Differenz IG-KG		1,0		-2,4	-3,4
	p-Wert		0,24		0,14	0,06
	ICER (Diff in Diff)					133,98 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum
		N		N		
(eingesparte) Kosten	IG	326	953,75 €	326	7.073,19 €	6.119,44 €
	KG	353	1.138,37 €	353	6.380,56 €	5.242,18 €
	Differenz IG-KG		-184,62 €		692,64 €	877,26 €
	p-Wert		0,5		0,23	0,17
(vermiedene) AU-Tage	IG	326	28,4	326	82,5	54,1
	KG	353	27,4	353	74,4	47,0
	Differenz IG-KG		1,0		8,1	7,1
	p-Wert		0,84		0,31	0,45
	ICER					-122,80 €

**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 sowie die AU-Tage zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 66 und Tabelle 67). In der IG war jedoch ein um 3,4 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage, jedoch ein um 7,1 Tage höherer Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage steigen in der IG um 451,57 € stärker als in der KG an. Für die AU-Betrachtung ein um 877,26 € höherer Anstieg der IG. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass bei beiden Betrachtungen weder die Anstiege der Tage noch die Anstiege der Kosten zwischen IG und KG signifikant (5%-Niveau) voneinander verschieden waren.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis liegt bezogen auf die vollstationären Tage bei 133,98 € und bezogen auf die AU-Tage bei -122,80 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag waren demzufolge 133,98 € zusätzlich aufzubringen. Jeder zusätzliche AU-Tag je Patient der IG war mit weiteren Kosten von 122,80 € verbunden.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik imland Klinik Rendsburg 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 für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

#### *Effektivität*

In diesem Bericht lassen sich drei Haupterkennnisse 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 ersten patientenindividuellen Jahr weniger Tage vollstationär behandelt.

(2) Die Inanspruchnahme ambulanter Kontakte erklären die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht. Vielmehr scheint es hier in der Modellklinik eine Umsteuerung vom vollstationären auf den teilstationären 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 für klinikneue Patienten die hypothesen-konträre Beobachtung einer höheren AU – Dauer im patientenindividuellen ersten Jahr im Vergleich zur Kontrollgruppe. Ab dem zweiten Jahr für klinikneue Patienten sowie über den gesamten Beobachtungszeitraum für klinikbekannte Patienten ist die AU – Dauer in der Modellklinik jedoch geringer als in der Kontrollgruppe.

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

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 19,0 vollstationäre Tage; KG: 22,7 vollstationäre Tage). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier gab es im ersten Jahr einen erheblich höheren Anteil an Patienten mit vollstationärem Aufenthalt in der IG im Vergleich zur KG (IG: 52,5%; KG: 38,4%). Dies bedeutet, dass klinikneue Patienten im ersten Jahr insgesamt häufiger stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben als in der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich auch vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in beiden Gruppen über die Beobachtungszeit. Im Vergleich zu den klinikneuen Patienten gab es bei den klinikbekannten Patienten keinen deutlichen Peak im Verlauf der stationären Behandlungsdauer über den Beobachtungszeitraum. Der Unterschied zwischen IG und KG ist dennoch relevant für Patienten und Sozialversicherungsträger. Über den gesamten Verlauf wies die IG geringere vollstationäre Tage pro Patient im Vergleich zur KG auf (prä: -5,3; 1. Jahr: -6,3; 2. Jahr: -7; 3. Jahr: -3,8 vollstationäre Tage). Ein solcher Unterschied ist für die Inanspruchnahme der teilstationären Tage nicht ableitbar. Dies weist darauf hin, dass Patienten, die bereits länger in der Modellklinik betreut wurden, eine geringe vollstationäre Aufenthaltsdauer auf-

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

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten ist in der Langzeitbetrachtung ab dem zweiten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau vollstationärer Behandlungstage erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist. Dabei war das Plateau bei klinikneuen Patienten in beiden Gruppen bei 5 Tagen sowie bei klinikbekannten Patienten in der IG bei 8 Tagen und in der KG bei 12 Tagen. Ob sich diese unterschiedlichen Plateaus im weiteren Verlauf stabilisieren, wird der folgende Bericht mit einem Jahr längerer Nachbeobachtung zeigen.

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine geringere Steigung der vollstationären Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Bei den teilstationären Tagen war der Anstieg in der IG im Vergleich zur KG hingegen stärker. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an. Vergleicht man damit die Entwicklung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (siehe Anhang Kapitel 14.1 und 14.2), ist ein vergleichbares Bild ersichtlich. Auch der erhöhte Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in der IG im Vergleich zur KG lässt sich in beiden Kohorten beobachten.

Zu beachten ist, 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 können. Als Beispiele sind hier die allgemeine Ökonomisierung, Prozessoptimierung sowie die Implementierungsschritte Richtung des neuen Vergütungssystems (PEPP) zu nennen. Ebenfalls nicht auszuschließen sind Effekte von Selektivverträgen auf die IG und KG, deren Auswirkungen mit den vorhandenen Sekundärdaten der Krankenkassen nicht abbildbar sind.

Der beobachtete Unterschied beim zweiten primären Outcome mit höheren Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr steht dazu im Gegensatz mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von stationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit wäre zu erwarten gewesen, dass die in der IG eingesparten 4 vollstationären Tage im ersten Jahr sich auch in den AU-Tagen widerspiegeln. Dies ist hier nicht der Fall, hier kommt die IG auf rund 10 AU-Tage mehr als die KG. Ab dem zweiten Jahr ist die AU – Dauer für klinikneue Patienten in der Modellklinik jedoch geringer als in der Kontrollgruppe. Dies passt zur Beobachtung, dass sich im zweiten Jahr auch die Dauern teilstationärer Aufenthalte in beiden Gruppen wieder angleichen. Jedoch scheint dies auch hier keine vollständige Erklärung zu sein, da der absolute Rückgang an AU – Tagen in der IG hier größer ist als der Rückgang teilstationärer Tage.

Ähnlich sieht auch das Muster im ersten patientenindividuellen Jahr für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr aus. Hier stehen 3 eingesparte vollstationäre Tage in der IG gegenüber der KG 12 zusätzlichen AU-Tagen.

Dies deutet darauf hin, dass es bezüglich Arbeitsunfähigkeitsdauer und Reduzierung der vollstationären Behandlungsdauer keine 1:1 Passung gibt und hier noch weitere Faktoren eine Rolle spielen, die in den vorhandenen Sekundärdaten nicht abgebildet werden konnten. Über die Natur dieser Effekte lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Antworten können hier möglicherweise durch das ergänzende Projekt PsychCare gefunden werden, welches weitere Datenquellen untersucht, besonders Primärdaten mittels Fragebogen und Befragungen.

Die über den gesamten Beobachtungszeitraum für klinikbekannte Patienten festgestellte geringere AU – Dauer in der IG im Vergleich zur KG scheint dabei eine direkte Folge der vermiedenen stationären Aufenthaltstage zu sein. Somit ist auch dieser Unterschied möglicherweise auf bereits im Vorvertrag vorweggenommene Effekte zurückzuführen.

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 klinikneuer Patienten in der PIA zeigten sich vergleichbare Muster zwischen der IG und der der KG. Hier hatten jedoch klinikneue Patienten in der IG über alle Jahre in der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) aufgrund Indexdiagnose etwa 1,5 Kontakte weniger als Patienten der KG. Es ist bei der Betrachtung der absoluten Häufigkeiten zu beachten, dass bei den klinikneuen Patienten nicht alle Patienten einen ambulanten Kontakt in der PIA (siehe auch Tabelle 36) 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 die Inanspruchnahme in beiden Gruppen auf einem vergleichbaren Niveau (sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten).

Über die Gründe der geringeren Inanspruchnahme in der PIA kann zu diesem Zeitpunkt nur spekuliert werden. Die Daten legen in diesem Fall nahe, dass das Modellvorhaben hier stärker den teilstationären Bereich als den ambulanten Bereich ausgebaut hat. Hier ergibt sich für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG ein höherer Peak mit +4 teilstationären Tagen und für klinikbekannte Patienten mit +0,5 teilstationären Tagen im Vergleich zur KG. Ein weiteres mögliches Szenario wäre, dass in Krankenhäusern keine Termine für Behandlungen in der PIA verfügbar waren und es so einen Deckeneffekt für die Inanspruchnahme gab. Es zeigt sich hier auch eine erhöhte Inanspruchnahme bei anderen Vertragsärzten in der IG im Vergleich zur KG.

Auch für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Sowohl bei der IG als auch bei der KG stieg erwartungsgemäß die Inanspruchnahme der PIA vom patientenindividuellen Jahr vor zu dem Jahr nach Referenzfall, ein numerischer Unter-

schied in der Anzahl der Kontakte zwischen IG und KG bestand hier nicht. Diese Aussagen treffen darüber hinaus auch für die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zu. Auch hier sind die Verläufe über die Zeit in beiden Gruppen identisch. Die Inanspruchnahme anderer Vertragsärzte in allen untersuchten Kohorten war dagegen in der IG höher als in der KG. Hier lässt sich vermuten, dass neben den Vertragsärzten im psychiatrischen Bereich möglicherweise weitere Vertragsärzte (z.B. Hausärzte) die geringere Dauer vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zu KG auffangen. Ebenso findet auch hier der Effekt einer erhöhten Aufenthaltsdauer im teilstationären Bereich. Im dritten Modelljahr ergibt sich für die IG ein Plus von 3,6 teilstationären Tagen im Vergleich zur KG.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass entgegengesetzt der gestellten Hypothese insgesamt über alle Teilbereiche betrachtet zunächst kein relevanter Unterschied in der Häufigkeit ambulanter Kontakte, trotz Unterschiede in der stationären Behandlungsdauer, zu beobachten ist. Eine mögliche Erklärung könnte hier in den Unterschieden hinsichtlich der Dauer teilstationärer Klinikaufenthalte liegen. Möglicherweise werden in diesem Modellvorhaben vollstationärer Fälle vermieden, indem sie nicht primär in den ambulanten Bereich, sondern vielmehr in den teilstationären Bereich umgesteuert werden.

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 keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist.

Einschränkend ist anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad, die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht untersuchbar. 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 klunikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gleiche Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So lagen im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang – die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende – stationäre Behandlungen vor. Durch

den Eintritt in ein einen Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 5.726,47 € und in der KG um 5.690,07 €. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen auf vergleichbare Niveaus, das in etwas dem Doppelten des Ausgangslevels entsprach. In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 5.871,75 € und in der KG derselben Kohorte um 5.420,18 €. Die Anstiege von IG und KG unterscheiden bei Kohorte 1 sich dabei nicht statistisch signifikant voneinander. Allerdings waren deutliche Unterschiede des Entstehungsortes feststellbar. Die Kosten für vollstationäre und PIA-Leistungen lagen in der IG unter den Kosten der KG, die Kosten für tagesklinische Behandlungen waren im Schnitt jedoch in der IG deutlich höher. Für Kohorte 3 lagen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG über den Kosten der KG. Auch hier fielen geringere Kosten für PIA-Behandlung und gleichzeitig höhere Kosten für tagesklinische Behandlungen an. Zusätzlich dazu entstanden allerdings auch höhere Kosten für vollstationäre Leistungen. Hier ist aber zukünftig auf mögliche Preiseffekte zu prüfen, da der durchschnittliche Pflegesatz in der Modellklinik in den Jahren 2014 und 2015 über den Pflegesätzen der Kontrollkliniken lagen.

Bei den klinikbekanntem Patienten der Kohorte 1 zeigten sich sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG geringere Gesamtkosten, die auf geringere Kosten für vollstationäre und PIA-Behandlungen sowie höhere Kosten für teilstationäre Leistungen zurückzuführen sind. Die geringeren Kosten im Prä-Zeitraum deuten auf bereits stattgefunden habende Umsteuerungseffekte im Rahmen des Vorläufermodells hin.

### *Fazit*

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Es ist jedoch ersichtlich, dass vollstationäre Tage in diesem Modellprojekt vermieden wurden. Auch die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen ist in der Modellklinik geringer als in der Kontrollgruppe, mit Ausnahme des patientenindividuellen Prä-Zeitraums und ersten Jahres für klinikneue Patienten. Für ein kompletteres Bild sollten auch die Daten der anderen 17 Modellprojekte sondiert werden. Sollten hier eindeutigere Ergebnisse erzielt werden, dann wäre die Weiterführung der Modellvorhaben zu empfehlen.

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### Effektivität

Insgesamt gingen Daten von 15 verschiedenen Krankenkassen in die Analysen dieses Zwischenberichts ein. Diese decken einen Großteil der in den Modell- und Kontrollkliniken behandelten Patienten ab und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen 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 Jahr 2012 bei dem 1,03-fachen gegenüber dem durchschnittlichen Tagessatz aller zehn Kontrollkliniken. Im Jahr 2013 betrug der Tagessatz in der Modellklinik das 0,99-fache gegenüber dem der Kontrollkliniken. In den Jahren 2014 und 2015 sank der Faktor auf 1,20 bzw. 1,22. So ist hier nicht von periodenfremden Effekten im Sinne von Ausgleichszahlungen, die ihren Ursprung vor Modellbeginn haben, auszugehen; der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr ist an dieser Stelle jedoch verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen 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, auch retrospektiv, ist erst mit der Datenlieferung im Herbst 2018 zu erwarten.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für somatische Krankheiten operationalisiert wurden (7). Diese Ansätze wurden auf die hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich

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

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

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

### 13. Literatur

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

## 14. Anhang

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

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

**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>658</b>	<b>658</b>	<b>658</b>	<b>658</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	8,7 %	52,1 %	10,9 %	38,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	5,0 %	1,4 %	2,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	12,0 %	12,8 %	12,2 %	15,0 %
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)	2,1	18,8	4,1	22,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,3	9,9	0,2	5,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,4	28,7	4,3	28,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	1,3	0,2	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,8	0,2	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,3	1,6	2,1

<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>562</b>	<b>562</b>	<b>562</b>	<b>562</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>	48,2 %	37,0 %	47,7 %	41,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> </ul>	8,4 %	6,0 %	7,5 %	3,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	13,7 %	14,1 %	18,0 %	16,7 %
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> </ul>	15,5	17,4	20,6	23,5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> </ul>	2,9	4,2	1,9	3,7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> </ul>	18,4	21,6	22,5	27,2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> </ul>	1,8	1,1	1,8	0,6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> </ul>	1,6	0,9	1,7	0,5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	1,8	2,2	2,0	1,6

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

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

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

**Tabelle 69: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>580</b>	<b>580</b>	<b>585</b>	<b>585</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>567</b>	<b>573</b>	<b>561</b>	<b>567</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	2,6	—*	4,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,3	4,2	2,7	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	12,7	17,2	10,7	13,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	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	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,8	0,7	1,4	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,5	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,8	8,0	9,1	8,7

<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>481</b>	<b>481</b>	<b>480</b>	<b>480</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>474</b>	<b>474</b>	<b>469</b>	<b>472</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	—*	8,5	—*	8,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,5	2,9	2,4	2,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	17,7	17,8	16,8	15,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	—*	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	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,2	0,7	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,0	0,2	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	6,0	5,7	7,5	6,5

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

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<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>41</b>	<b>664</b>	<b>86</b>	<b>590</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	8,9 %	—	7,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	6,9 %	—	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	53,8 %	—	43,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	13,1 %	—	12,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,1 %	—	1,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,4 %	—	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	17,3 %	—	18,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	34,2 %	—	39,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>30</b>	<b>338</b>	<b>69</b>	<b>292</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	8,6 %	—	10,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,4 %	—	16,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	52,1 %	—	48,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	15,1 %	—	14,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,7 %	—	0,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,5 %	—	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	21,3 %	—	26,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	33,1 %	—	29,5 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>12</b>	<b>135</b>	<b>41</b>	<b>135</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	7,4 %	—	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	12,6 %	—	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	54,8 %	—	45,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	15,6 %	—	15,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	0,7 %	—	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	0,7 %	—	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	20,0 %	—	28,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	31,1 %	—	31,9 %

<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.

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>		<b>KG</b>	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>32</b>	<b>598</b>	<b>64</b>	<b>526</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	20,1 %	—	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	14,4 %	—	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	78,1 %	—	67,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	28,3 %	—	29,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,9 %	—	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,0 %	—	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	36,0 %	—	34,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	12,0 %	—	19,2 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>297</b>	<b>50</b>	<b>256</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	22,2 %	—	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	20,9 %	—	30,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	79,1 %	—	72,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	32,0 %	—	34,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,4 %	—	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	3,7 %	—	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,1 %	—	47,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	9,1 %	—	11,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>117</b>	<b>27</b>	<b>120</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	19,7 %	—	11,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	23,1 %	—	39,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	86,3 %	—	69,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	34,2 %	—	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	5,1 %	—	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,7 %	—	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	41,0 %	—	51,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	4,3 %	—	12,5 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä*	1. Jahr	prä*	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>24</b>	<b>543</b>	<b>45</b>	<b>472</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	25,4 %	—	21,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	24,7 %	—	28,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	87,7 %	—	82,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	52,1 %	—	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	11,2 %	—	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,3 %	—	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	49,0 %	—	48,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	6,3 %	—	8,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>18</b>	<b>274</b>	<b>34</b>	<b>234</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	29,2 %	—	24,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	33,2 %	—	41,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	88,7 %	—	87,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	59,1 %	—	56,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	12,8 %	—	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,3 %	—	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	59,5 %	—	64,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	4,0 %	—	3,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>113</b>	<b>16</b>	<b>109</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	27,4 %	—	22,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	35,4 %	—	53,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	92,9 %	—	84,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	60,2 %	—	58,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,0 %	—	10,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,2 %	—	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	57,5 %	—	73,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	0,0 %	—	0,0 %

<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.

### Klinikbekannte 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>406</b>	<b>542</b>	<b>431</b>	<b>521</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	14,8 %	—	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	8,5 %	—	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	41,3 %	—	40,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	12,7 %	—	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	1,5 %	—	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	4,4 %	—	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	24,0 %	—	20,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	38,4 %	—	44,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>337</b>	<b>398</b>	<b>339</b>	<b>359</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	15,1 %	—	15,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	10,8 %	—	10,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	42,0 %	—	40,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	14,6 %	—	12,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	2,0 %	—	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,3 %	—	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	26,9 %	—	26,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	34,2 %	—	39,6 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>224</b>	<b>264</b>	<b>217</b>	<b>233</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	16,7 %	—	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	14,4 %	—	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	36,4 %	—	39,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	16,7 %	—	12,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	0,8 %	—	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,4 %	—	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	30,7 %	—	31,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	33,7 %	—	38,2 %

<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>Merkmal</b>	<b>IG</b>		<b>KG</b>	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>328</b>	<b>441</b>	<b>333</b>	<b>430</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	27,0 %	—	22,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	17,9 %	—	18,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	70,1 %	—	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	32,0 %	—	28,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	3,6 %	—	4,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	6,3 %	—	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	44,2 %	—	39,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	13,6 %	—	19,1 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>267</b>	<b>322</b>	<b>259</b>	<b>299</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	28,9 %	—	29,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	22,4 %	—	21,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	68,3 %	—	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	36,3 %	—	31,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	4,7 %	—	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,5 %	—	4,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	50,3 %	—	49,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	11,2 %	—	13,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>166</b>	<b>220</b>	<b>163</b>	<b>186</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	30,0 %	—	32,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	27,7 %	—	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	64,5 %	—	72,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	38,6 %	—	32,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	3,6 %	—	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,2 %	—	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	54,5 %	—	57,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	9,5 %	—	11,3 %

<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.

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä*</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>221</b>	<b>328</b>	<b>227</b>	<b>332</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	36,9 %	—	27,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	26,5 %	—	26,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	84,5 %	—	80,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	52,1 %	—	48,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,0 %	—	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	7,9 %	—	8,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	60,7 %	—	52,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	5,2 %	—	10,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>176</b>	<b>237</b>	<b>176</b>	<b>229</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	40,1 %	—	36,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	30,8 %	—	32,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	84,0 %	—	83,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	57,8 %	—	51,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	8,9 %	—	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	8,9 %	—	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	67,5 %	—	66,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,8 %	—	7,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>112</b>	<b>158</b>	<b>108</b>	<b>144</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	40,5 %	—	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	39,2 %	—	39,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	80,4 %	—	84,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	63,3 %	—	54,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,0 %	—	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	9,5 %	—	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	72,8 %	—	72,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	3,2 %	—	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.

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

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>546</b>							
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	56	398	96	343	56	398	96	343
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	14	148	41	139	14	148	41	139
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	41	16	42	<10	41	16	42
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	25	166	54	160	25	166	54	160
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	62	23	71	<10	62	23	71
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	16	10	23	<10	16	10	23

\* 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>	—	22,6 %	—	19,0 %	—	21,9 %	—	16,9 %
	—	21,7 %	—	12,5 %	—	23,5 %	—	12,5 %
	—	10,8 %	—	8,6 %	—	5,4 %	—	5,8 %
	—	14,5 %	—	8,5 %	—	8,1 %	—	5,6 %
	—	0,0 %	—	2,4 %	—	0,0 %	—	0,0 %
	—	0,0 %	—	4,3 %	—	0,0 %	—	0,0 %

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA1)	—	885,7	—	847,7	—	961,6	—	945,1
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB1)	—	963,0	—	828,2	—	947,5	—	849,7
<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)	—	427,1	—	419,4	—	448,1	—	532,4
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	—	401,0	—	459,2	—	428,4	—	583,0
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	—	0,0	—	147,3	—	0,0	—	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	—	0,0	—	147,3	—	0,0	—	0,0

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

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

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

<sup>4</sup> Diagnostikkriterium und Dauerkriterium erfüllt: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>454</b>	<b>454</b>	<b>455</b>	<b>455</b>	<b>454</b>	<b>454</b>	<b>455</b>	<b>455</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	461	403	478	431	461	403	478	431
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	222	199	244	219	222	199	244	219
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	85	83	97	89	85	83	97	89
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	317	278	301	268	317	278	301	268
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	163	145	162	143	163	145	162	143
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	64	62	68	58	64	62	68	58

\* 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>	—	15,4 %	—	11,4 %	—	11,4 %	—	11,1 %
	—	12,9 %	—	11,6 %	—	7,2 %	—	10,8 %
	—	6,0 %	—	7,3 %	—	3,0 %	—	3,2 %
	—	4,8 %	—	4,9 %	—	2,8 %	—	1,4 %
	—	9,6 %	—	13,5 %	—	2,4 %	—	4,5 %
	—	8,1 %	—	8,6 %	—	3,2 %	—	3,4 %

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA1)	—	576,7	—	516,5	—	801,9	—	592,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB1)	—	425,9	—	553,7	—	735,9	—	611,3
<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)	—	334,9	—	277,5	—	497,1	—	393,9
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	—	290,7	—	234,4	—	478,5	—	437,5
<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)	—	262,6	—	265,8	—	301,0	—	383,1
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	—	300,5	—	236,8	—	301,0	—	322,0

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

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

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

<sup>4</sup> Diagnostikkriterium und Dauerkriterium erfüllt: Die Diagnosen/Diagnosegruppen des Diagnostischen Kriteriums wurden in den vergangenen zwei Jahren pro Jahr in mindestens zwei Quartalen kodiert (mindestens 2-mal im Jahr), unabhängig davon, ob ambulant oder stationär behandelt wurde.

**Tabelle 72: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>580</b>	<b>580</b>	<b>585</b>	<b>585</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>567</b>	<b>573</b>	<b>561</b>	<b>567</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)	0,5%	1,0%	1,5%	2,7%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,2%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,3%

<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>481</b>	<b>481</b>	<b>480</b>	<b>480</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>474</b>	<b>474</b>	<b>469</b>	<b>472</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,7%	2,3%	2,7%	3,1%
• Vier (B)	0,6%	0,0%	0,6%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

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

**Tabelle 73: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>348</b>	<b>348</b>	<b>337</b>	<b>337</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	145 1,4 23,1 24,4%	311 1,6 72,7 14,4%	129 1,8 21,9 16,0%	273 1,6 63,8 11,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	<10 1,0 0,1 0,0%	17 1,2 1,1 0,0%	<10 1,0 0,5 0,3%	<10 1,2 0,5 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>252</b>	<b>252</b>	<b>242</b>	<b>242</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	141 2,4 32,1 12,7%	161 2,2 39,7 4,0%	157 2,0 36,7 11,6%	161 2,3 46,6 5,4%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	29 1,9 2,5 0,0%	15 1,3 1,0 0,0%	15 1,1 0,8 0,0%	<10 1,4 0,7 0,4%

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>574</b>	<b>476</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>	33,6% 70,6	35,7% 85,2
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>297</b>	<b>244</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>	19,5% 80,8	20,2% 77,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>131</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>	8,4% 76,1	9,9% 97,7

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>335</b>	<b>344</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>	51,3%	57,6%
	110,1	105,9
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>253</b>	<b>260</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>	39,7%	43,3%
	104,2	108,1
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>159</b>	<b>159</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>	28,1%	29,4%
	115,2	100,8

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

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

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

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>658</b>	<b>658</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>	3,3 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	2,2 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>	1,1 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>562</b>	<b>562</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>	3,4 3 2 - 5	3,6 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,7 2 1 - 4	2,8 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	0,8 0 0 - 1	0,9 0 0 - 1

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

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>658</b>	<b>658</b>
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,0 %	4,0 %

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>562</b>	<b>562</b>
Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	3,2 %	2,5 %

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

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>638</b>	<b>632</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>	172 358 422	147 313 430
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>	20,9 % 6,1 % 27,0 %	23,1 % 6,7 % 21,6 %

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

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>544</b>	<b>548</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>	62 196 277	77 182 260
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>	12,9 % 6,1 % 11,2 %	14,3 % 2,7 % 7,7 %

<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

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

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> </ul>	<b>84</b>	<b>101</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	4,8 %	5,9 %
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> </ul>	<b>145</b>	<b>134</b>
<ul style="list-style-type: none"> <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>	0,7 %	0,0 %

<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> </ul>	<b>77</b>	<b>66</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	2,6 %	10,6 %
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> </ul>	<b>20</b>	<b>11</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	50,0 %	27,3 %
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> </ul>	<b>46</b>	<b>28</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	28,3 %	53,6 %

<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>301</b> 57,1 %	<b>343</b> 51,3 %
<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>265</b> 16,6 %	<b>258</b> 8,9 %

<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>227</b> 92,1 %	<b>238</b> 87,0 %
<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>105</b> 93,3 %	<b>128</b> 86,7 %
<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>38</b> 18,4 %	<b>31</b> 32,3 %

<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 Graphische Darstellung für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

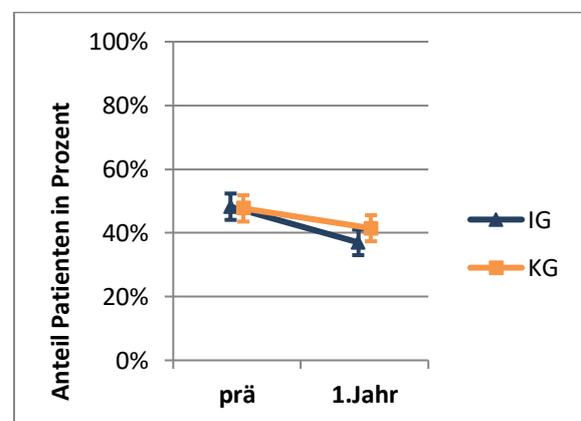
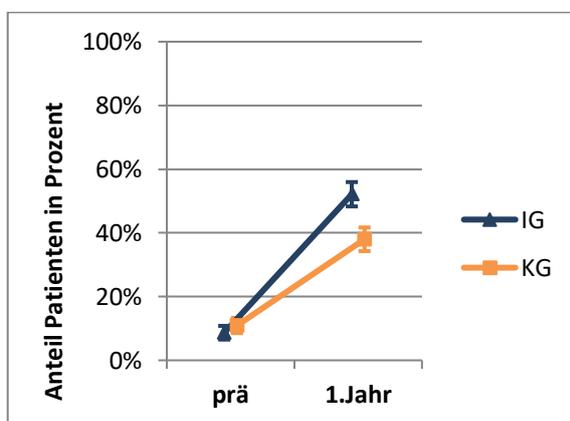
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### Klinikneue Patienten

### Klinikbekannte Patienten

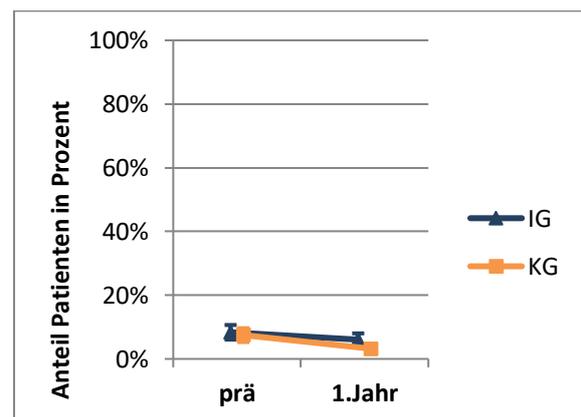
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

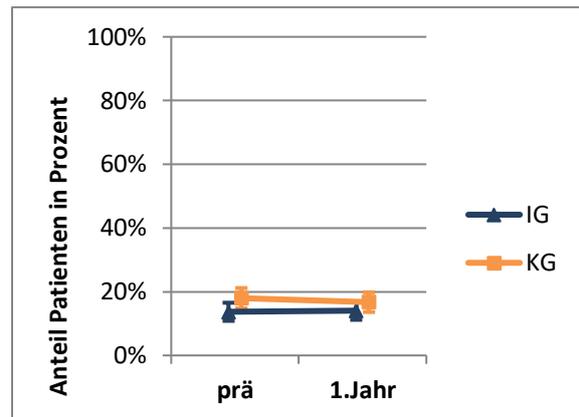
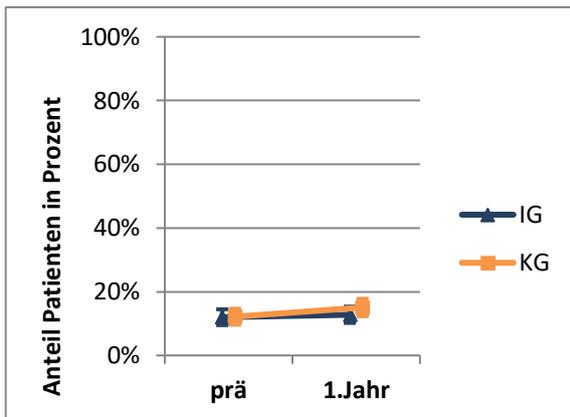


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

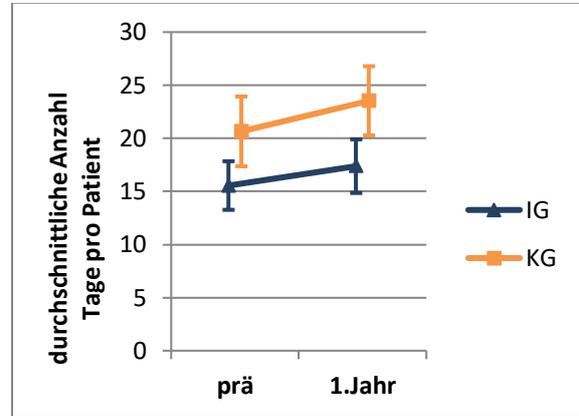
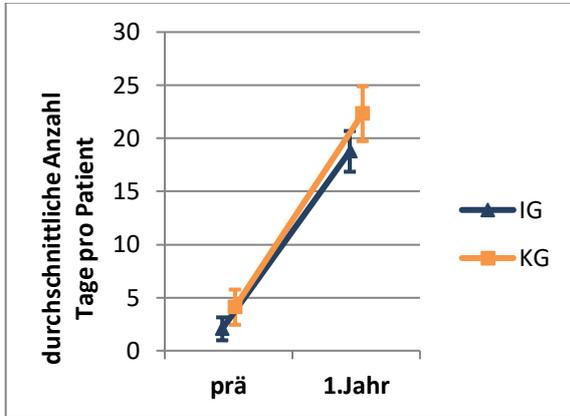


**Klinikneue Patienten**

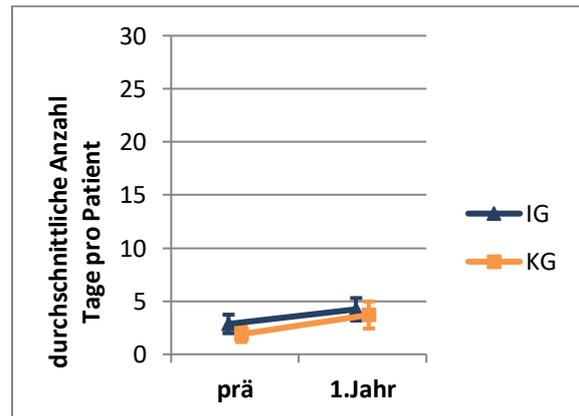
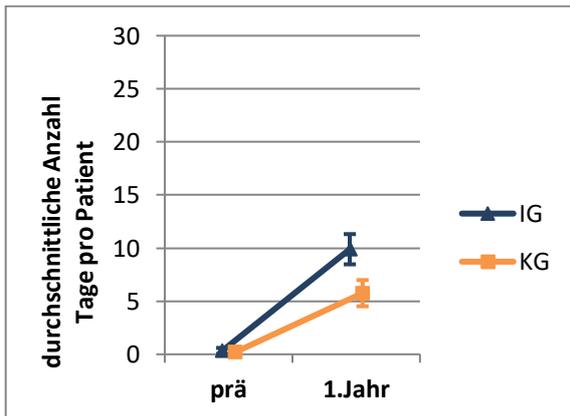
**Klinikbekannte Patienten**

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

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

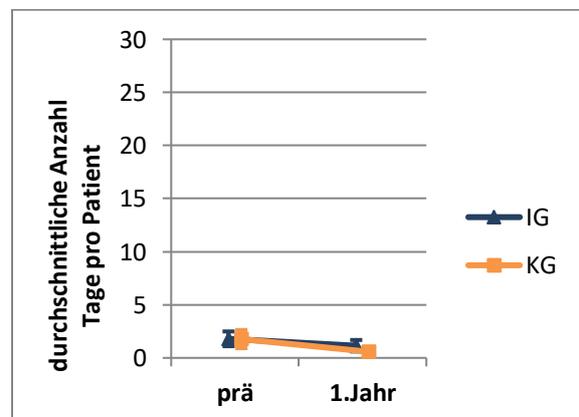


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**

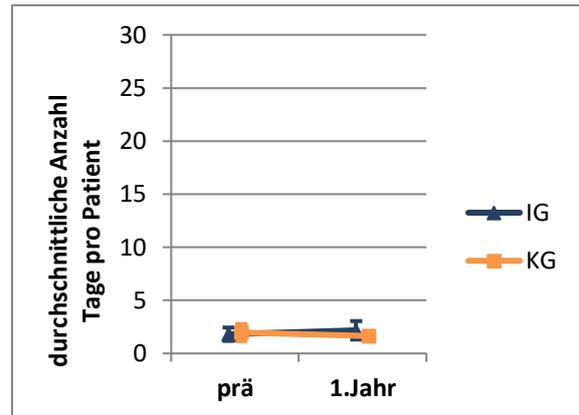
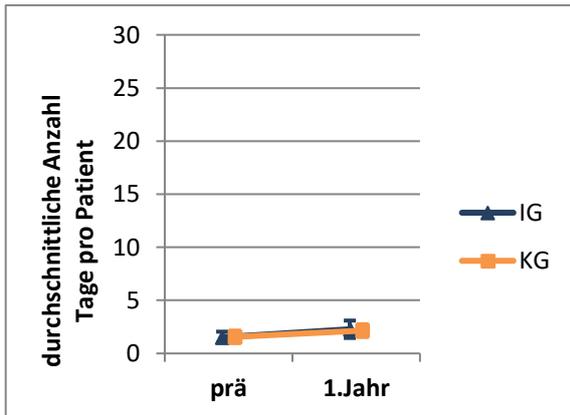


- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein



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



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

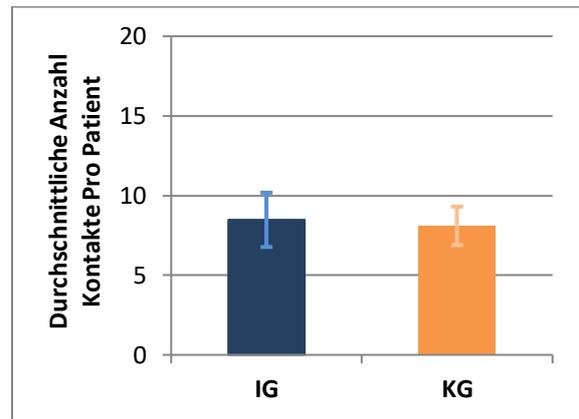
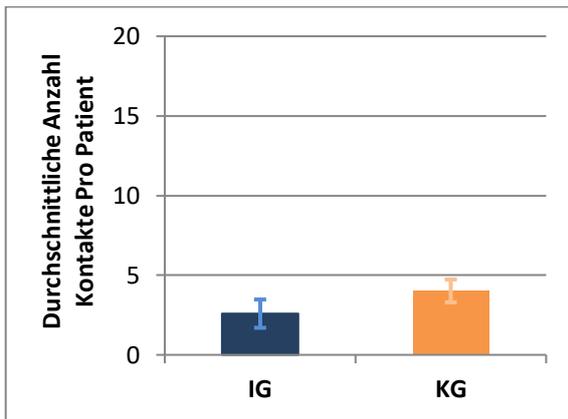
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

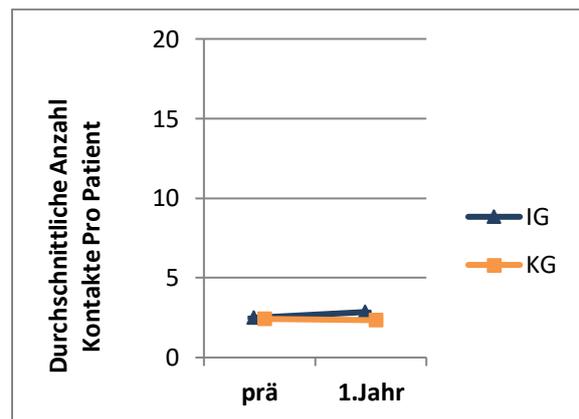
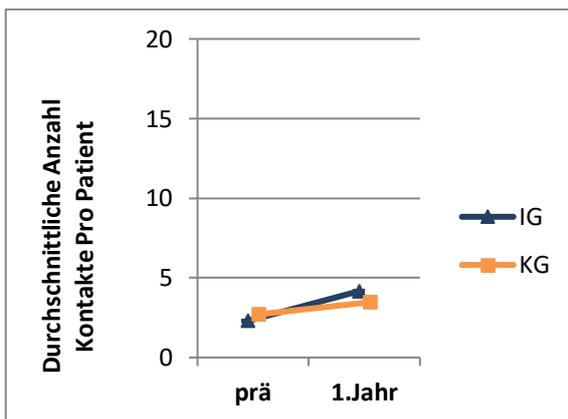
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

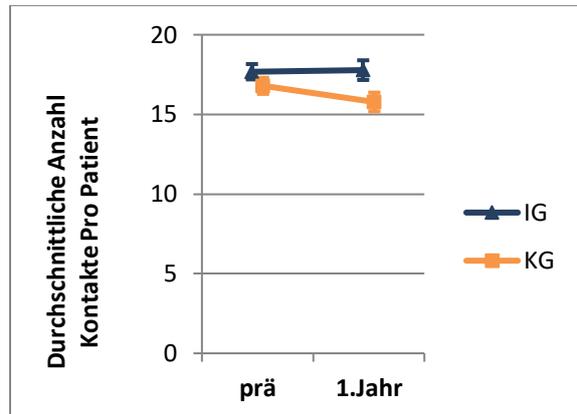
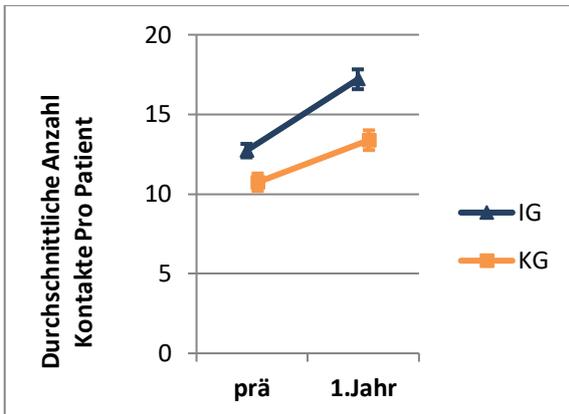


\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

- **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

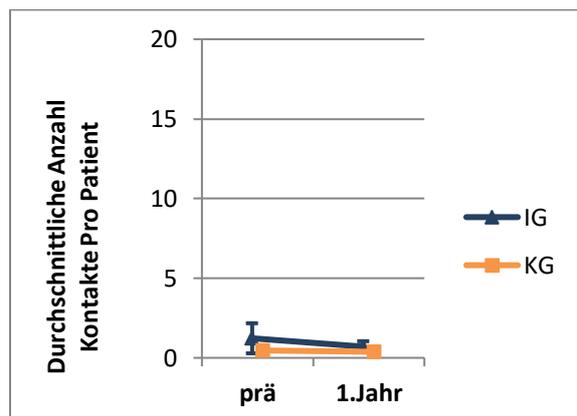
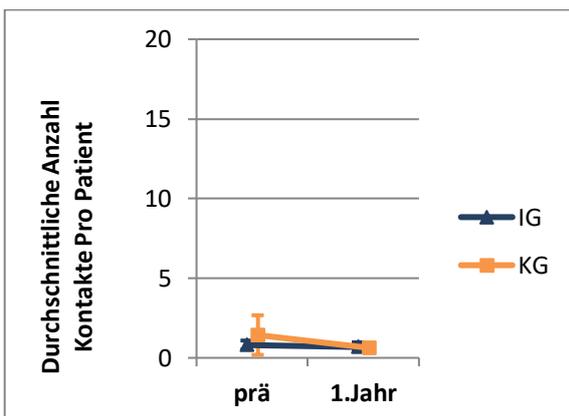
\* Da in der Prä-Zeit die Daten für die PIA nicht verfügbar waren, konnten diese hier nicht dargestellt bzw. berechnet werden.

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)



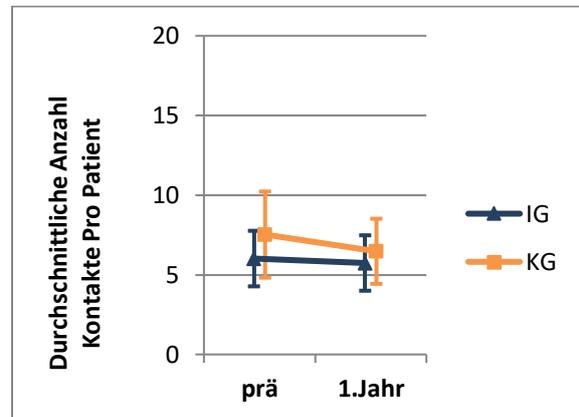
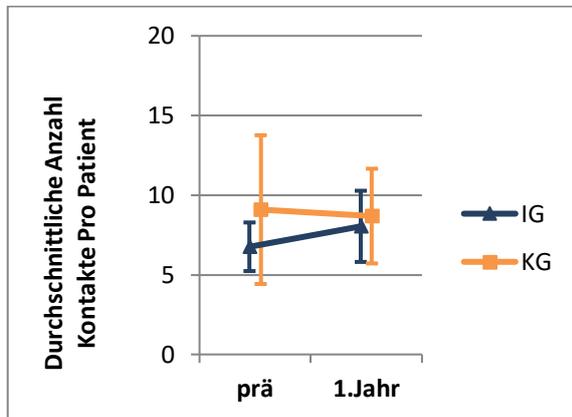
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

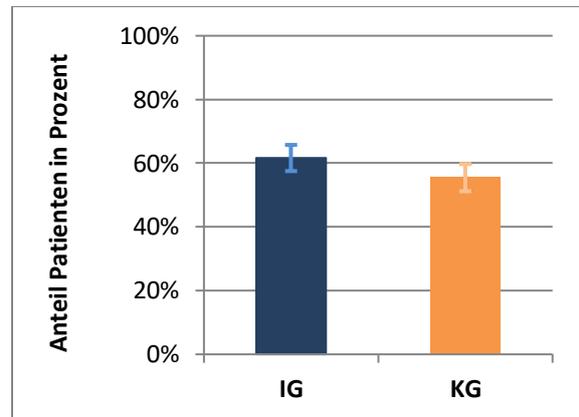
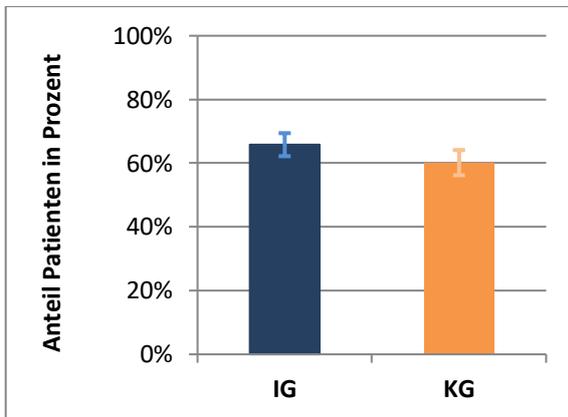
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

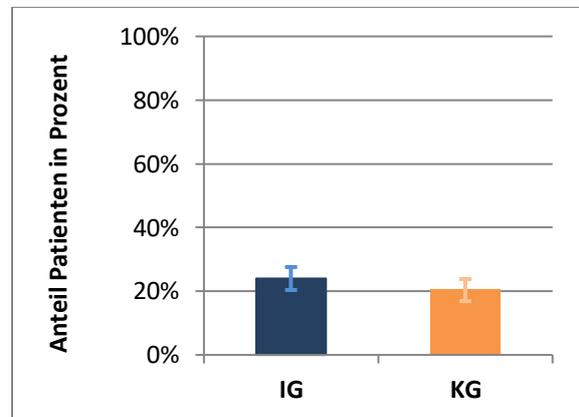
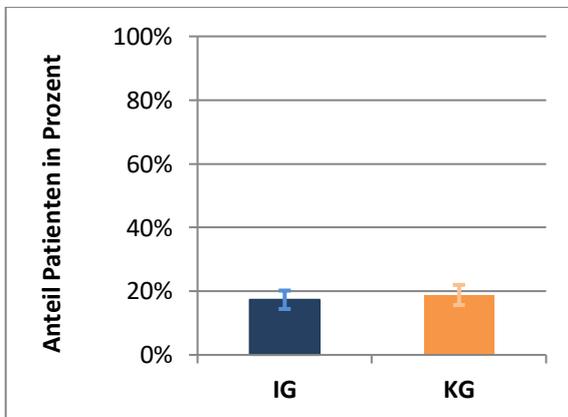
**Klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

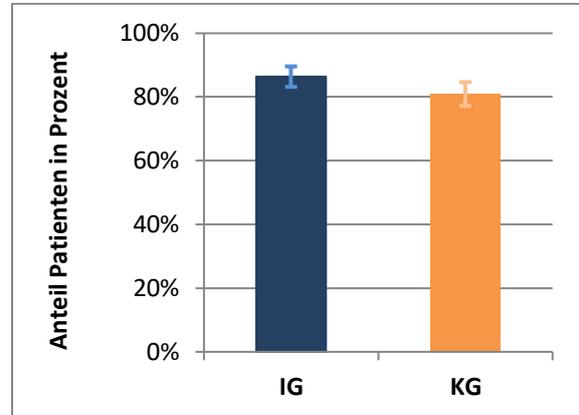
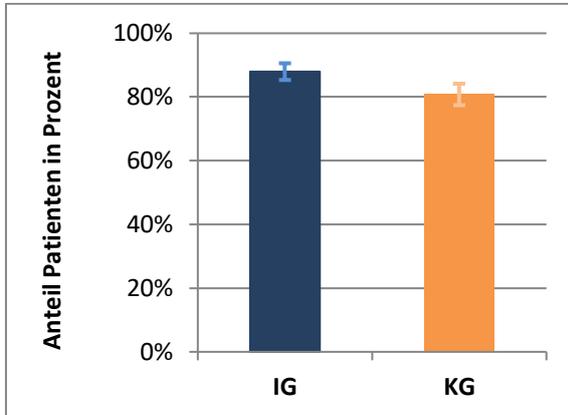


**Klinikneue Patienten**

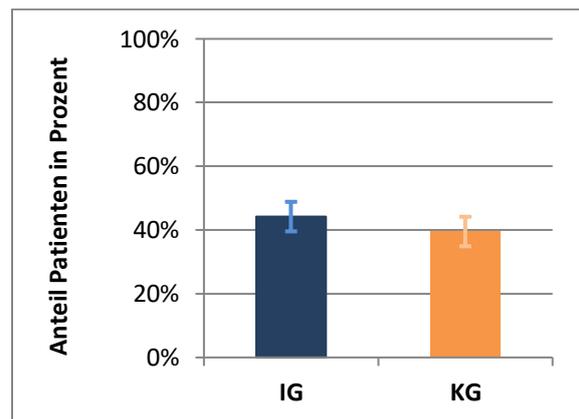
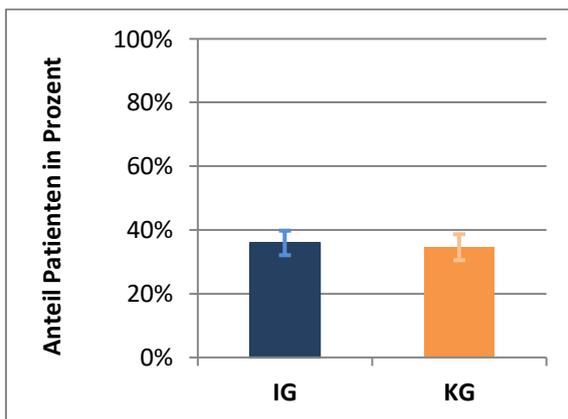
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

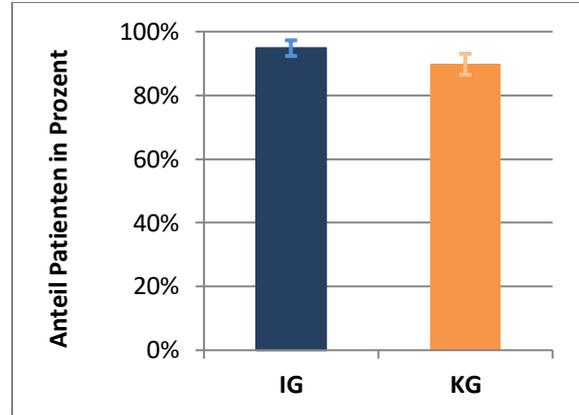
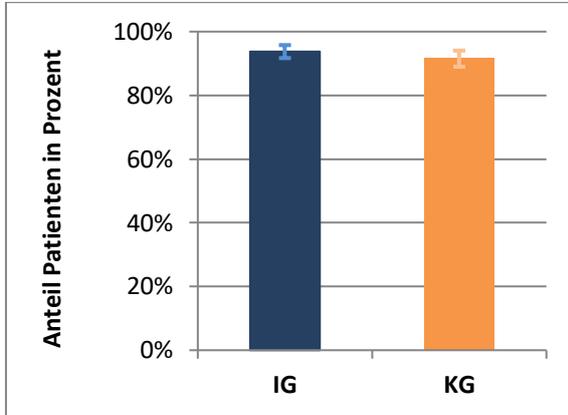


**Klinikneue Patienten**

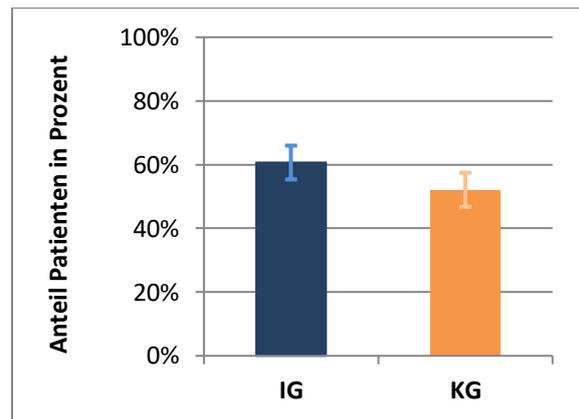
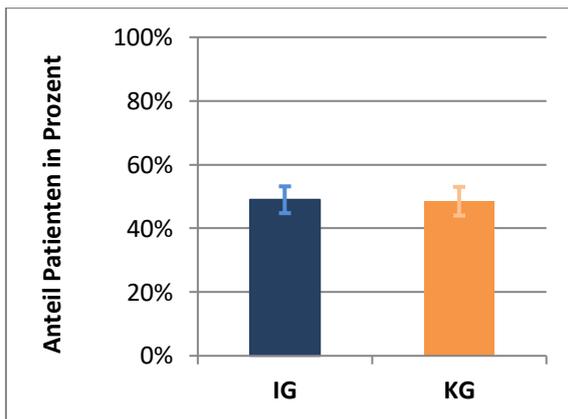
**Klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

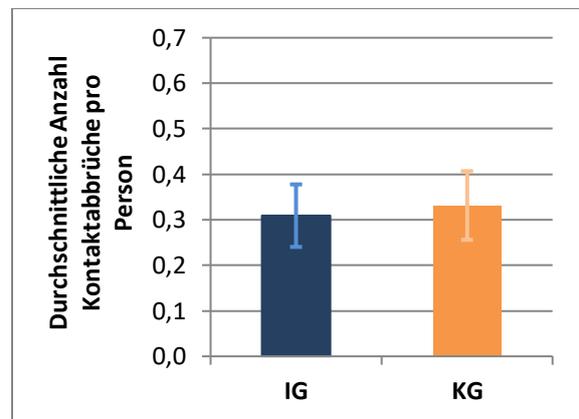
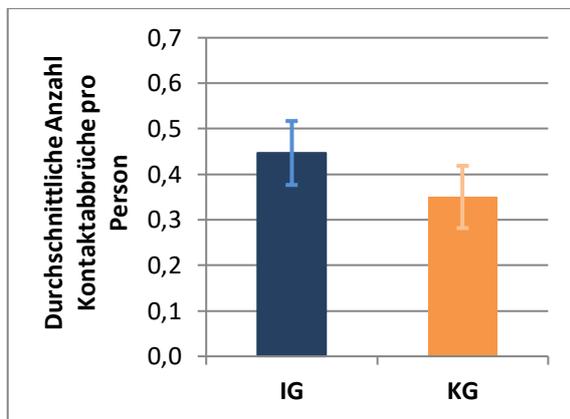
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

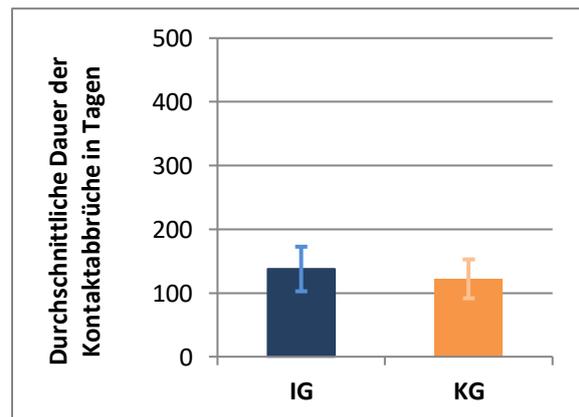
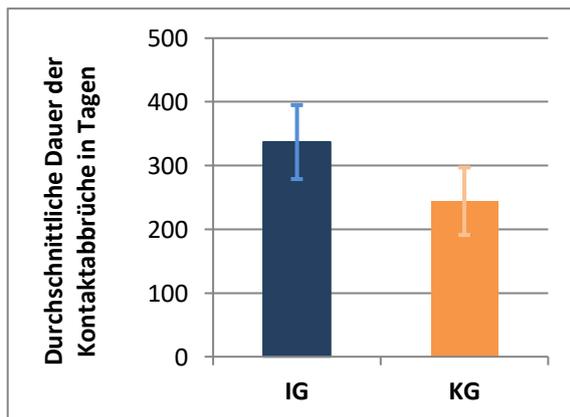


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

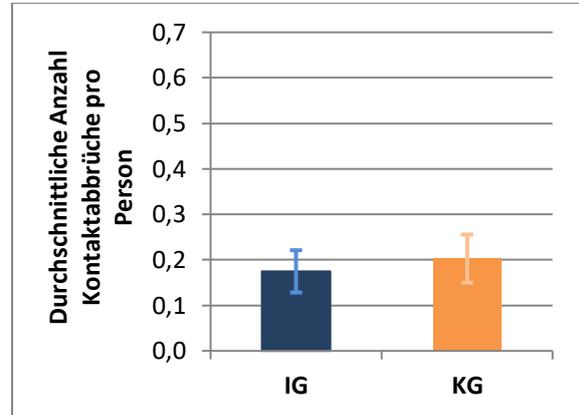
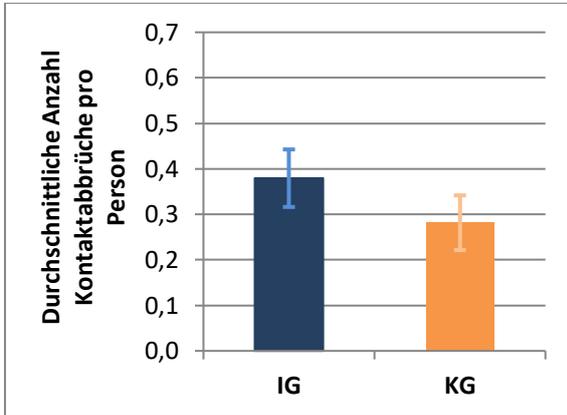


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

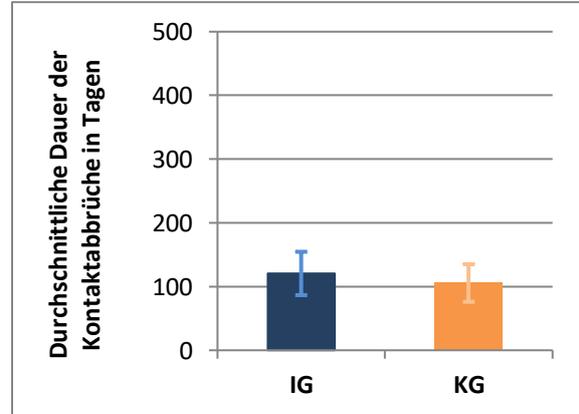
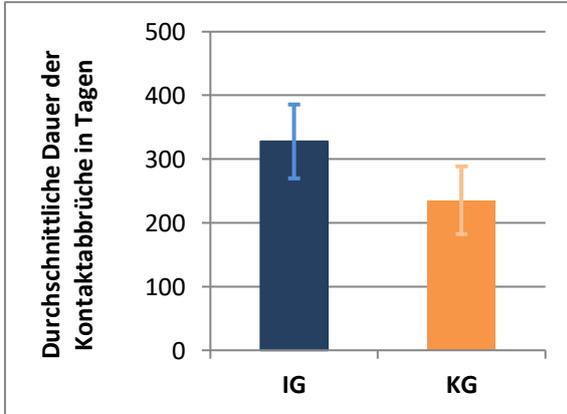


**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten****Klinikbekannte Patienten**

- **Anteil Patienten bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

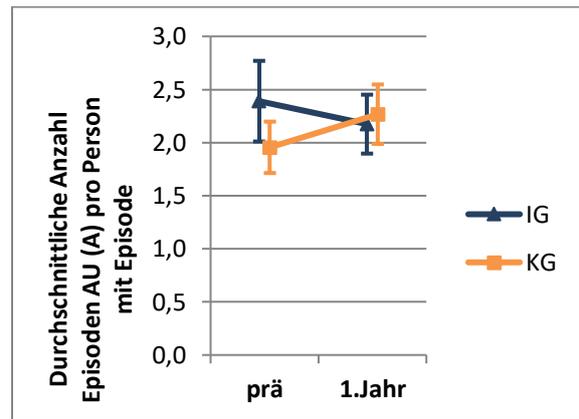
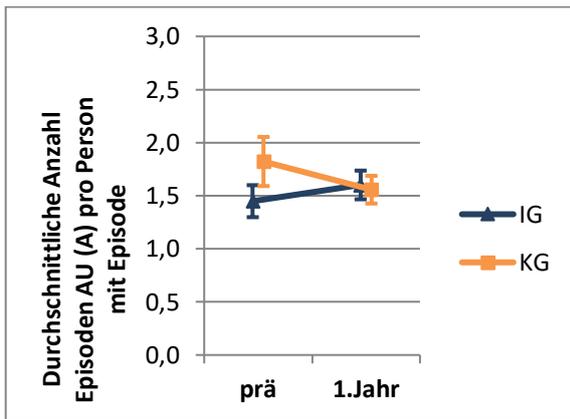
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Klinikneue Patienten**

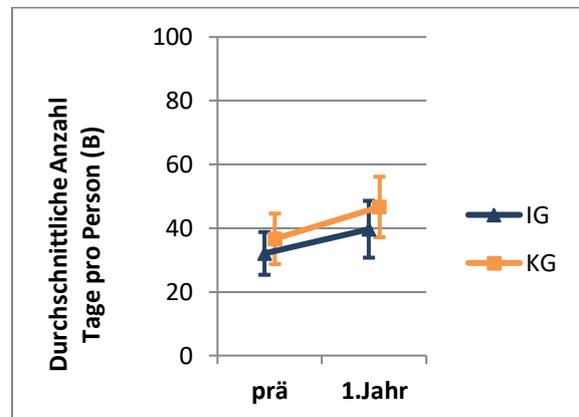
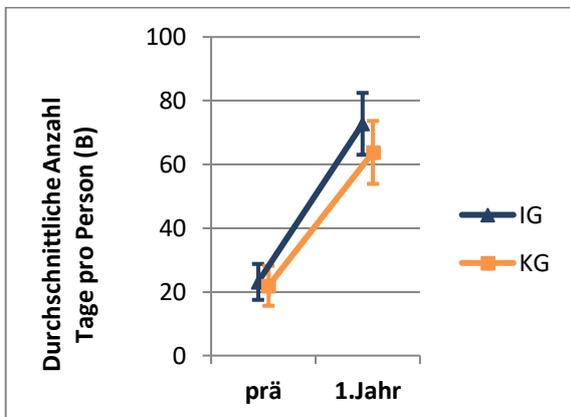
**Klinikbekannte Patienten**

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



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



**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

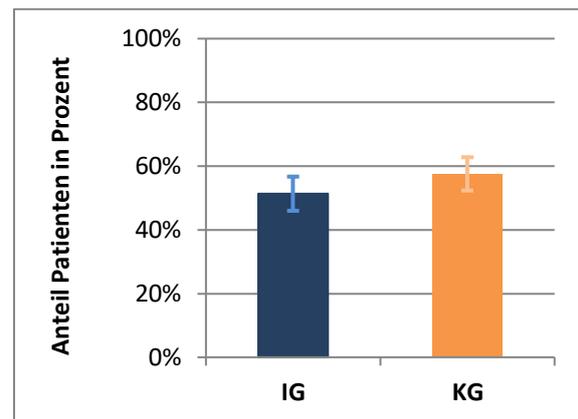
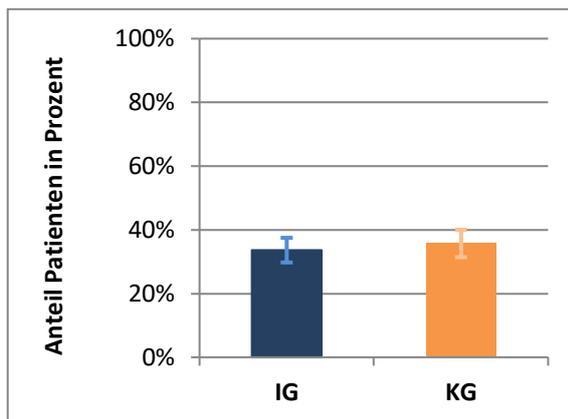
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

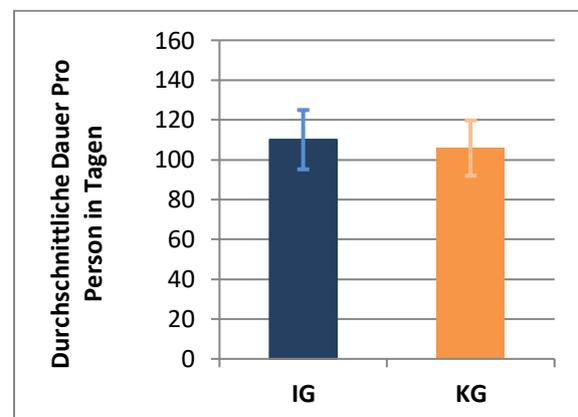
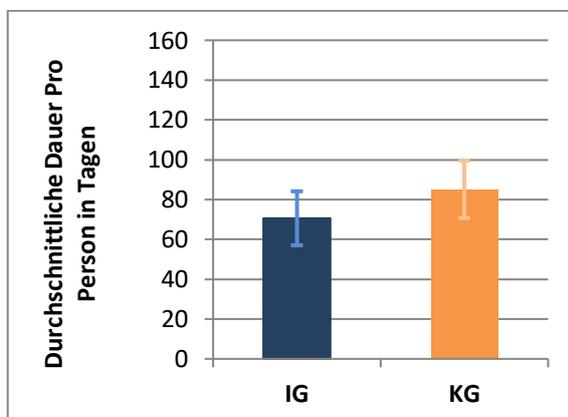
**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

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



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



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

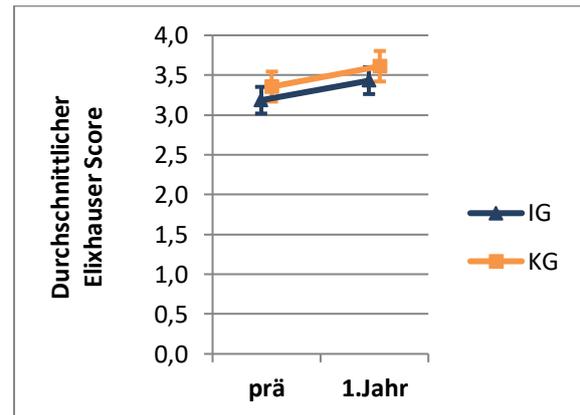
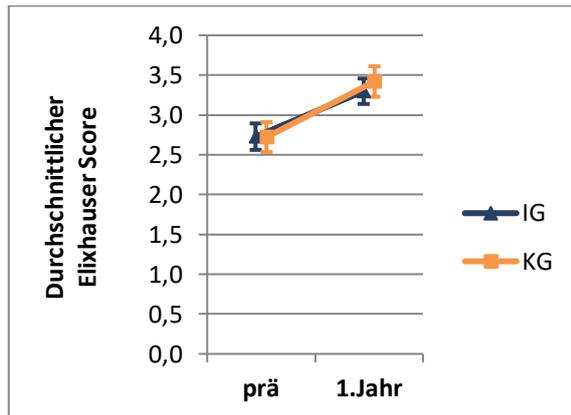
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### Klinikneue Patienten

### Klinikbekannte Patienten

#### Mittlerer Elixhauser Score



**Abbildung 59: Grafische Darstellung für Mortalität**

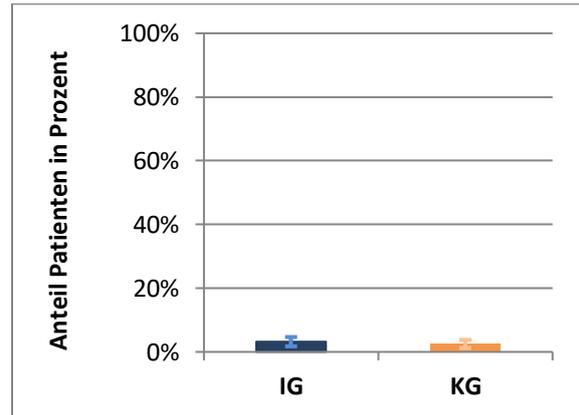
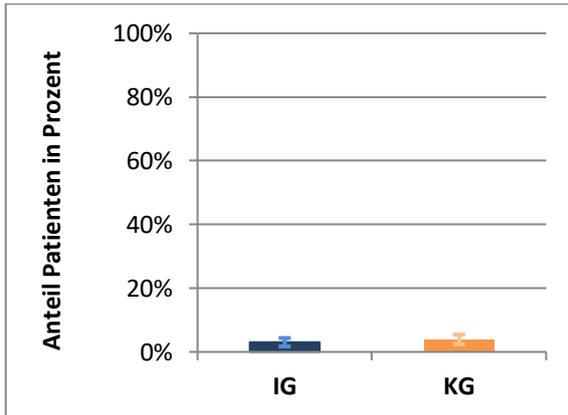
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**



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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Klinikneue Patienten**

**Klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

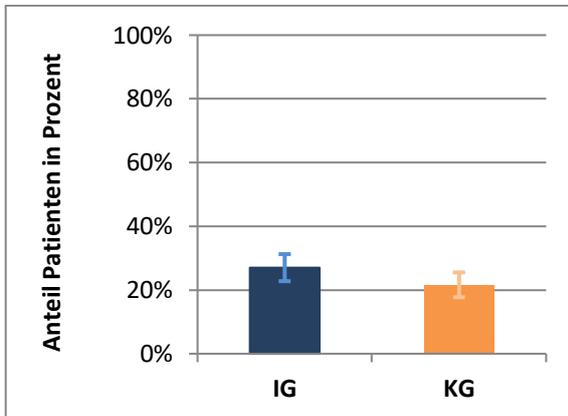
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



Fallzahl zu klein

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

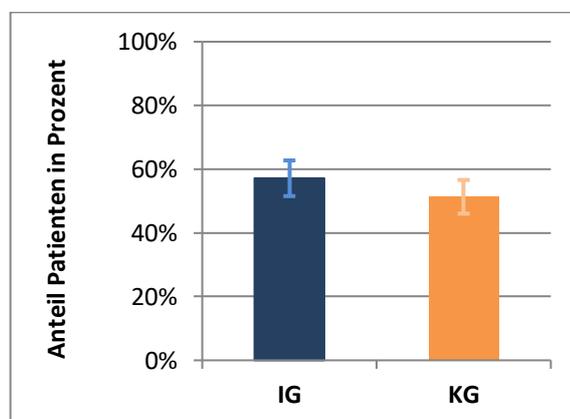
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

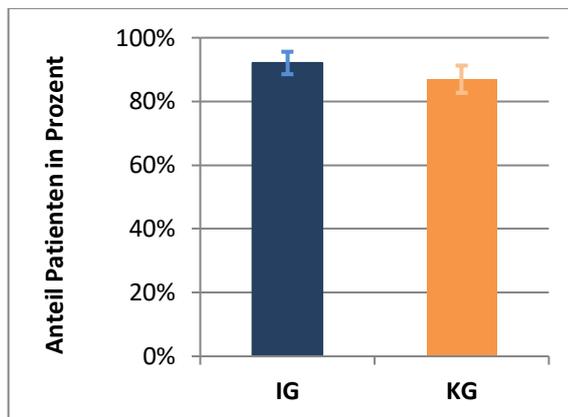
**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**



**Schizophrenie K**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

### 14.3 Ergebnisse Modellierung

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

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

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

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Index- diagnose als HD	Andere F- Diagnose als HD	Somatische HD	Index- diagnose als HD	Andere F- Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-1,51*** -2,03...-0,98	kf	0,17 -0,04...0,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,68*** 1,56...1,80	kf	1,09 0,97...1,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,34*** 1,48-3,70	kf	0,76 0,45-1,29	1,68*** 1,57-1,80	kf	1,17** 1,04-1,30
Gruppe	0,88 0,59-1,30	kf	1,02 0,67-1,53	0,73** 0,59-0,91	kf	0,76 0,43-1,34
Zeit	6,58*** 4,69-9,22	kf	1,41 0,98-2,05	5,45*** 5,24-5,68	kf	1,32*** 1,22-1,43
Indexgruppe 6 (F10)	1,41* 1,06-1,88	kf	1,53* 1,03-2,26	0,79 0,61-1,03	kf	0,91 0,43-1,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,29* 1,00-1,67	kf	0,98 0,68-1,40	1,55*** 1,21-1,97	kf	0,99 0,50-1,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,69* 0,51-0,94	kf	0,72 0,45-1,18	0,56*** 0,41-0,75	kf	1,20 0,53-2,76
Psy A <sup>1</sup>	1,13 0,87-1,46	kf	0,81 0,56-1,19	1,45** 1,13-1,86	kf	0,48* 0,23-0,98
Psy B <sup>2</sup>	1,24 0,92-1,69	kf	1,29 0,84-1,98	1,32 0,99-1,77	kf	1,38 0,61-3,13
Alter	0,99* 0,98-1,00	kf	1,02*** 1,01-1,03	1,00 0,99-1,01	kf	1,03** 1,01-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,73-1,16	kf	0,76 0,55-1,04	0,82 0,66-1,02	kf	0,39** 0,21-0,72
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,97-1,07	kf	1,29*** 1,20-1,38	1,00 0,95-1,05	kf	1,65*** 1,44-1,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,37 0,93-2,01	kf	2,19** 1,39-3,43	1,16 0,82-1,65	kf	3,21* 1,23-8,38
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	2,22*** 1,77-2,79	kf	1,90*** 1,38-2,62	1,60*** 1,29-1,98	kf	1,43 0,79-2,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,99 0,77-1,28	kf	0,58** 0,39-0,87	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,38** 0,19-0,76

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-1,05** -1,78...-0,33	0,54*** 0,35...0,73	0,69*** 0,46...0,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,98 0,94...1,02	1,96*** 1,67...2,30	1,44*** 1,27...1,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76 0,51-1,13	3,62 1,00-13,16	1,16 0,68-1,97	0,98 0,95-1,02	1,87*** 1,59-2,20	1,46*** 1,29-1,65
Gruppe	1,02 0,77-1,36	0,83 0,31-2,23	0,71 0,48-1,07	0,78 0,59-1,02	1,29 0,58-2,88	0,65 0,32-1,32
Zeit	0,70* 0,53-0,92	0,09*** 0,03-0,26	0,89 0,62-1,27	1,14*** 1,11-1,16	0,32*** 0,28-0,36	0,83*** 0,76-0,90
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,64-1,14	0,23* 0,06-0,85	0,49** 0,32-0,74	1,46 1,00-2,13	0,47 0,16-1,35	0,39 0,14-1,03
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,66** 0,50-0,88	0,21* 0,05-0,79	0,67 0,45-1,01	0,77 0,53-1,13	0,36 0,12-1,07	0,61 0,23-1,59
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,35 0,04-3,17	0,00** 0,00-0,00	kf	0,17 0,01-3,66	0,02 0,00-621,34	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,28 0,93-1,77	1,88 0,50-7,05	0,85 0,53-1,35	1,50 0,98-2,29	1,10 0,35-3,46	0,63 0,21-1,86
Psy B <sup>2</sup>	1,23 0,96-1,58	0,81 0,25-2,67	1,70** 1,16-2,48	1,40* 1,00-1,94	0,78 0,29-2,10	2,33 0,94-5,76
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,97 0,93-1,01	1,01* 1,00-1,03	1,00 0,99-1,01	0,97 0,94-1,01	1,03 1,00-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,70-1,08	0,90 0,34-2,43	0,96 0,70-1,33	0,73* 0,55-0,97	1,10 0,48-2,52	0,93 0,44-2,00
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,98-1,09	1,06 0,83-1,36	1,33*** 1,24-1,43	1,00 0,94-1,08	1,23* 1,01-1,50	1,64*** 1,40-1,93
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,36 0,97-1,90	0,45 0,06-3,33	1,81** 1,18-2,77	1,76* 1,14-2,71	0,80 0,20-3,32	3,30* 1,25-8,68
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	6,43*** 4,98-8,30	5,92** 1,57-22,34	2,55*** 1,78-3,66	14,05*** 10,34-19,11	4,54** 1,63-12,63	4,48*** 1,93-10,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,35*** 0,28-0,45	0,42 0,15-1,19	0,56** 0,41-0,78	0,08*** 0,06-0,11	0,78 0,33-1,81	0,45* 0,21-0,95

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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 81: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer stationärer Aufenthalte		
	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Indexdiagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-3,37*** -3,86...-2,88	kf	-0,24* -0,45...-0,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,52*** 0,48...0,57	kf	0,84* 0,74...0,97
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,86* 1,11-3,14	kf	0,57 0,32-1,03	0,53*** 0,48-0,58	kf	0,85* 0,74-0,97
Gruppe	1,14 0,72-1,79	kf	1,09 0,69-1,72	2,31*** 1,74-3,06	kf	0,91 0,49-1,69
Zeit	7,19*** 4,84-10,69	kf	1,32 0,87-1,99	11,61*** 10,82-12,45	kf	1,37*** 1,24-1,50
Indexgruppe 6 (F10)	2,10*** 1,53-2,89	kf	1,87* 1,16-3,01	1,53* 1,06-2,20	kf	2,88* 1,24-6,69
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,50** 1,15-1,94	kf	0,99 0,65-1,49	1,16 0,85-1,58	kf	0,95 0,47-1,94
Indexgruppe 9 (F43)	0,71* 0,51-0,98	kf	0,94 0,56-1,59	0,45*** 0,30-0,66	kf	0,86 0,35-2,10
Psy A <sup>1</sup>	0,93 0,71-1,21	kf	1,24 0,81-1,88	0,91 0,65-1,26	kf	1,71 0,82-3,53
Psy B <sup>2</sup>	1,23 0,89-1,71	kf	0,68 0,41-1,14	1,57* 1,06-2,33	kf	0,46 0,19-1,12
Alter	0,99** 0,98-1,00	kf	1,03*** 1,01-1,04	1,00 0,99-1,01	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,81-1,31	kf	0,82 0,56-1,20	1,09 0,81-1,45	kf	0,85 0,44-1,64
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 1,00-1,12	kf	1,29*** 1,18-1,42	1,04 0,97-1,12	kf	1,48*** 1,27-1,73
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,23 0,79-1,92	kf	2,72** 1,52-4,87	1,23 0,74-2,05	kf	8,14*** 2,66-24,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,68*** 1,34-2,12	kf	2,10*** 1,45-3,04	1,37* 1,04-1,80	kf	2,58** 1,36-4,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84 0,65-1,08	kf	0,49** 0,32-0,74	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,38** 0,19-0,76

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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 stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr**

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,51*** -2,03...-0,98
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-3,96*** -4,47...-3,46
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-2,83*** -3,33...-2,33
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,68*** 1,56...1,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,81*** 0,74...0,89
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,59*** 0,54...0,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,68*** 1,57-1,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,81*** 0,74-0,89
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,58*** 0,53-0,64

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,74* 0,59-0,93
Zeit	5,45*** 5,23-5,68
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,87-1,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19* 1,01-1,39
Indexgruppe 9 (F43)	0,54*** 0,44-0,65
Psy A <sup>1</sup>	1,13 0,96-1,33
Psy B <sup>2</sup>	1,59*** 1,31-1,93
Alter	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,94-1,25
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,97-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30* 1,03-1,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,54*** 1,34-1,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,02-0,03
2. vs. 1.Jahr	0,40*** 0,31-0,50
3. vs. 1.Jahr	0,41*** 0,32-0,52

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	1,10*** 0,82...1,39	1,84*** 1,24...2,44	—	kf	0,68*** 0,53...0,83	kf	1,69*** 1,23...2,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	1,42*** 1,29...1,56	1,09*** 1,04...1,13	—	kf	1,93*** 1,61...2,32	kf	1,25*** 1,18...1,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	1,42*** 1,29-1,56	1,09*** 1,04-1,13	—	kf	1,77*** 1,48-2,13	kf	1,26*** 1,19-1,33
Gruppe	0,69*** 0,64-0,73	0,97 0,71-1,32	1,28*** 1,14-1,43	kf	kf	0,69 0,39-1,22	kf	1,01 0,62-1,66
Zeit	—	1,28*** 1,20-1,37	1,25*** 1,21-1,29	—	kf	0,45*** 0,39-0,50	kf	0,95** 0,91-0,98
Indexgruppe 6 (F10)	0,80*** 0,72-0,89	0,14*** 0,09-0,22	0,86* 0,74-1,00	kf	kf	1,05 0,49-2,25	kf	0,35** 0,18-0,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09* 1,01-1,18	1,39 0,98-1,98	1,13 0,99-1,29	kf	kf	0,69 0,35-1,37	kf	1,90* 1,04-3,44
Indexgruppe 9 (F43)	0,88** 0,80-0,96	0,70 0,45-1,08	0,75** 0,64-0,88	kf	kf	1,11 0,51-2,42	kf	1,51 0,75-3,07
Psy A <sup>1</sup>	1,05 0,98-1,13	3,81*** 2,64-5,50	1,40*** 1,23-1,61	kf	kf	0,55 0,28-1,07	kf	1,79 0,99-3,24
Psy B <sup>2</sup>	0,74*** 0,67-0,82	2,09** 1,38-3,17	1,37*** 1,17-1,61	kf	kf	0,69 0,29-1,64	kf	0,28** 0,14-0,59
Alter	0,99*** 0,99-0,99	0,99* 0,98-1,00	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,96*** 0,94-0,98	kf	1,03*** 1,02-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,38*** 1,29-1,48	1,13 0,82-1,55	1,14* 1,01-1,28	kf	kf	0,87 0,48-1,58	kf	4,00*** 2,35-6,81
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,97-1,00	1,00 0,92-1,08	1,15*** 1,12-1,19	kf	kf	1,45*** 1,25-1,68	kf	1,35*** 1,19-1,52
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,73*** 0,63-0,85	0,63 0,36-1,11	1,55*** 1,27-1,90	kf	kf	1,13 0,38-3,38	kf	1,44 0,59-3,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,38*** 1,29-1,48	1,09 0,79-1,49	1,29*** 1,15-1,45	kf	kf	0,88 0,49-1,57	kf	2,11** 1,26-3,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,46*** 2,29-2,65	0,68* 0,48-0,97	1,00 0,88-1,14	kf	kf	1,74 0,91-3,32	kf	1,95* 1,09-3,48

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	0,44** 0,16...0,73	1,11** 0,38...1,85	—	kf	-0,44*** -0,59...-0,29	kf	0,77** 0,32...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	1,18** 1,06...1,33	1,07** 1,02...1,12	—	kf	0,70** 0,55...0,88	kf	1,11** 1,03...1,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	—	1,17** 1,04-1,31	1,07** 1,03-1,12	—	kf	0,70** 0,55-0,89	kf	1,12** 1,04-1,20
Gruppe	1,11*** 1,06-1,16	0,65 0,41-1,02	1,21** 1,08-1,36	kf	kf	2,13* 1,16-3,92	kf	1,03 0,37-2,86
Zeit	—	0,98 0,90-1,06	0,94*** 0,91-0,97	—	kf	0,81* 0,66-0,98	kf	0,85*** 0,81-0,90
Indexgruppe 6 (F10)	0,96 0,90-1,02	0,60 0,33-1,09	0,84* 0,72-0,98	kf	kf	0,65 0,29-1,48	kf	0,45 0,11-1,89
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,89*** 0,84-0,95	1,08 0,59-1,96	1,08 0,93-1,27	kf	kf	1,12 0,50-2,53	kf	2,12 0,57-7,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,65 0,89-3,09	kf	5,49** 1,66-18,19	kf	kf	67,09 0,17-INF	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,39*** 1,29-1,50	4,61*** 2,19-9,68	1,04 0,87-1,23	kf	kf	0,68 0,27-1,67	kf	1,47 0,31-6,96
Psy B <sup>2</sup>	1,03 0,98-1,09	3,43*** 1,99-5,91	1,56*** 1,36-1,79	kf	kf	1,49 0,71-3,09	kf	1,03 0,31-3,45
Alter	1,00*** 0,99-1,00	1,00 0,98-1,02	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,95*** 0,93-0,98	kf	1,02 0,98-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,93** 0,89-0,97	1,69* 1,05-2,71	1,16* 1,03-1,31	kf	kf	0,92 0,50-1,69	kf	3,03* 1,02-9,00
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02*** 1,01-1,03	1,00 0,89-1,12	1,20*** 1,17-1,24	kf	kf	1,15 0,98-1,34	kf	1,54*** 1,22-1,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88** 0,81-0,96	0,68 0,32-1,47	1,11 0,92-1,34	kf	kf	0,43 0,13-1,41	kf	3,53 0,80-15,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,95-1,05	2,86*** 1,72-4,76	1,20** 1,06-1,36	kf	kf	1,08 0,57-2,05	kf	1,80 0,59-5,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,91*** 3,68-4,16	0,12*** 0,08-0,20	1,01 0,89-1,14	kf	kf	0,80 0,42-1,53	kf	0,78 0,26-2,34

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,55*** -0,79...-0,31	-0,03 -0,39...0,33	1,25*** 0,61...1,90	kf	kf	0,04 -0,15...0,23	kf	0,02 -0,46...0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,60...1,69	1,04 0,95...1,15	1,08** 1,03...1,14	kf	kf	1,25* 1,04...1,50	kf	1,02 0,95...1,09
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,62-1,73	1,05 0,95-1,15	1,08** 1,03-1,14	kf	kf	1,24* 1,03-1,48	kf	1,02 0,95-1,09
Gruppe	0,83 0,47-1,45	1,05 0,74-1,49	1,22** 1,07-1,38	kf	kf	0,64 0,35-1,19	kf	0,98 0,55-1,75
Zeit	52,75*** 37,40-74,41	1,68*** 1,57-1,79	1,16*** 1,12-1,21	kf	kf	0,65*** 0,56-0,75	kf	1,17*** 1,12-1,23
Indexgruppe 6 (F10)	0,75 0,50-1,11	0,20*** 0,12-0,34	0,75** 0,62-0,89	kf	kf	0,89 0,36-2,20	kf	0,25** 0,11-0,60
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,24 0,94-1,65	1,61* 1,09-2,36	0,97 0,84-1,11	kf	kf	0,95 0,47-1,93	kf	1,07 0,55-2,09
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,69-1,34	1,08 0,68-1,72	0,83* 0,70-0,98	kf	kf	1,33 0,58-3,03	kf	0,88 0,40-1,93
Psy A <sup>1</sup>	1,46** 1,10-1,94	5,07*** 3,38-7,61	1,37*** 1,19-1,58	kf	kf	1,19 0,58-2,42	kf	1,13 0,57-2,21
Psy B <sup>2</sup>	1,10 0,76-1,59	2,29** 1,42-3,69	1,15 0,96-1,37	kf	kf	0,57 0,22-1,45	kf	0,74 0,31-1,76
Alter	0,99* 0,98-1,00	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,97** 0,95-0,99	kf	1,04*** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,80-1,36	0,95 0,66-1,37	1,20** 1,05-1,36	kf	kf	0,70 0,37-1,35	kf	5,29*** 2,82-9,91
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94 0,88-1,01	0,98 0,89-1,07	1,16*** 1,12-1,20	kf	kf	1,39*** 1,17-1,65	kf	1,17 1,00-1,36
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,57 0,30-1,10	0,49 0,22-1,09	1,39* 1,07-1,81	kf	kf	0,43 0,10-1,90	kf	6,75** 1,98-23,00
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,43** 1,11-1,83	1,58* 1,12-2,24	1,33*** 1,18-1,51	kf	kf	1,00 0,54-1,87	kf	6,03*** 3,32-10,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,82*** 4,35-7,80	0,69 0,48-1,01	0,90 0,79-1,03	kf	kf	0,93 0,47-1,83	kf	1,58 0,83-3,01

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,27** 1,10-1,46	1,27*** 1,11-1,44	1,18* 1,03-1,34
Indexgruppe 6 (F10)	0,88 0,73-1,06	0,93 0,78-1,10	0,99 0,84-1,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,92-1,28	1,04 0,89-1,22	1,06 0,90-1,24
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,70-1,08	0,91 0,75-1,10	0,95 0,78-1,16
Psy A <sup>1</sup>	1,16 0,98-1,38	1,07 0,91-1,25	1,08 0,92-1,27
Psy B <sup>2</sup>	0,97 0,80-1,18	1,02 0,85-1,22	1,11 0,92-1,33
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,89-1,21	1,02 0,89-1,17	1,00 0,87-1,14
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 1,00-1,07	1,01 0,98-1,05	1,00 0,97-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,84-1,34	1,02 0,82-1,27	1,03 0,82-1,28
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,20* 1,04-1,39	1,23** 1,07-1,40	1,11 0,97-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39*** 0,32-0,48	0,41*** 0,34-0,49	0,43*** 0,36-0,52

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,15 0,98-1,35	1,09 0,94-1,26	1,03 0,88-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	0,86 0,69-1,06	0,91 0,74-1,11	0,94 0,76-1,18
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,80* 0,64-1,00	0,81* 0,66-1,00	0,97 0,78-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,35-3,42	0,92 0,29-2,89	1,15 0,36-3,60
Psy A <sup>1</sup>	1,22 0,96-1,56	1,07 0,86-1,34	0,95 0,75-1,21
Psy B <sup>2</sup>	1,25* 1,01-1,53	1,23* 1,02-1,49	1,21 0,98-1,49
Alter	1,00 0,99-1,00	0,99 0,99-1,00	0,99 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,81* 0,69-0,95	0,89 0,77-1,04	0,94 0,80-1,11
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06** 1,02-1,10	1,03 1,00-1,07	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,93-1,53	1,17 0,93-1,48	1,06 0,81-1,38
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,56*** 1,28-1,90	1,46*** 1,22-1,75	1,27* 1,05-1,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,29*** 0,24-0,36	0,29*** 0,24-0,34	0,25*** 0,20-0,30

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

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,13 -0,67...0,40	-0,17 -0,79...0,44	0,07 -0,61...0,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,85 0,46...1,57	0,84 0,45...1,56	1,08 0,51...2,27
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,84 0,46-1,55	0,89 0,48-1,65	1,09 0,52-2,31
Gruppe	1,09 0,61-1,97	1,13 0,62-2,07	0,94 0,45-1,94
Zeit	1,24 0,79-1,95	1,32 0,83-2,10	1,65 0,98-2,81
Indexgruppe 6 (F10)	0,99 0,80-1,23	0,86 0,70-1,06	0,89 0,72-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,83-1,22	0,99 0,83-1,19	1,04 0,87-1,25
Indexgruppe 9 (F43)	1,07 0,84-1,35	0,99 0,79-1,23	0,98 0,79-1,23
Psy A <sup>1</sup>	1,19 0,97-1,45	0,99 0,83-1,20	0,99 0,83-1,19
Psy B <sup>2</sup>	1,16 0,93-1,45	1,26* 1,03-1,56	1,08 0,87-1,34
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,00	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,83-1,18	1,03 0,87-1,21	0,99 0,85-1,17
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05* 1,01-1,09	1,02 0,98-1,06	1,01 0,97-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,65-1,21	0,98 0,74-1,31	1,05 0,78-1,41
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,27** 1,07-1,52	1,15 0,98-1,35	0,98 0,84-1,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,78-1,19	0,92 0,76-1,11	1,00 0,83-1,20

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

kf=kleine Fallzahl

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)
Gruppe	1,19 0,91-1,57	1,27*** 1,25-1,28	1,22 0,91-1,65	1,27*** 1,26-1,28
Indexgruppe 6 (F10)	1,88*** 1,36-2,58	1,70*** 1,68-1,72	1,74** 1,22-2,49	1,68*** 1,66-1,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,77 0,56-1,06	0,80*** 0,79-0,81	0,75 0,53-1,06	0,80*** 0,79-0,81
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,61-1,47	0,71*** 0,70-0,73	0,77 0,46-1,29	0,68*** 0,67-0,69
Psy B <sup>2</sup>	0,99 0,75-1,31	0,91*** 0,90-0,92	1,07 0,79-1,45	0,92*** 0,91-0,93
Alter	1,01 1,00-1,01	1,01*** 1,01-1,01	1,01 1,00-1,02	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,77 0,58-1,01	0,86*** 0,85-0,87	0,80 0,59-1,08	0,88*** 0,87-0,89
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,98-1,12	0,99*** 0,99-0,99	1,02 0,95-1,10	0,98*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,01 0,65-1,56	1,02* 1,00-1,04	1,08 0,68-1,73	1,02** 1,01-1,04
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	0,91 0,69-1,20	0,85*** 0,84-0,86	0,92 0,68-1,24	0,85*** 0,84-0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54** 0,37-0,79	0,58*** 0,57-0,59	0,64* 0,43-0,94	0,59*** 0,58-0,60

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

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)
Gruppe	0,90 0,69-1,18	1,06*** 1,05-1,08	0,84 0,60-1,18	1,07*** 1,06-1,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,54*** 0,39-0,76	0,63*** 0,62-0,65	0,72 0,46-1,12	0,68*** 0,67-0,70
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,63** 0,44-0,88	0,97*** 0,95-0,98	0,87 0,56-1,34	1,10*** 1,08-1,12
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,06 0,28-15,08	0,61*** 0,51-0,73	0,00 0,00-INF	0,00 0,00-INF
Psy B <sup>2</sup>	0,85 0,64-1,12	0,74*** 0,73-0,75	0,76 0,53-1,10	0,72*** 0,71-0,73
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00 1,00-1,00	0,99 0,98-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,63-1,06	0,84*** 0,83-0,85	0,81 0,57-1,14	0,84*** 0,83-0,85
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,96-1,09	0,96*** 0,96-0,96	1,01 0,93-1,09	0,95*** 0,95-0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,96 0,62-1,47	0,89*** 0,87-0,91	0,91 0,52-1,59	0,89*** 0,87-0,91
Anzahl AU Präzeit- raum (Median split)	1,18 0,87-1,61	0,99 0,97-1,00	1,04 0,70-1,54	0,94*** 0,92-0,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,16*** 0,12-0,23	0,11*** 0,11-0,11	0,12*** 0,07-0,18	0,10*** 0,10-0,10

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 91: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)	Anzahl Kontakt- abbrüche	Dauer von Kon- taktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 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 Präzeit- raum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A <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 '\*\*\*' 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, 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 94: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 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 95: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>	<b>Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Andere F- Diagnose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,26* 0,05...0,48	7,74*** 6,31...9,17	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjus- tiert)	1,31* 1,05...1,64	1,08*** 1,04...1,12	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,31* 1,04-1,64	1,08*** 1,04-1,12	kf	kf
Gruppe	0,92 0,76-1,12	1,65** 1,23-2,22	kf	kf
Zeit	1,81*** 1,54-2,12	2,91*** 2,84-2,99	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,29** 1,11-1,52	0,73 0,49-1,08	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,99-1,34	2,88*** 1,99-4,16	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,83-1,15	0,79 0,54-1,16	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,21** 1,05-1,40	1,56* 1,10-2,20	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,16 0,98-1,38	1,02 0,65-1,62	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,00	1,02** 1,01-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,85-1,10	1,01 0,74-1,38	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04* 1,01-1,08	1,03 0,94-1,14	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,77-1,53	0,93 0,38-2,29	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80** 0,69-0,92	0,43*** 0,31-0,61	kf	kf

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>	<b>Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Andere F- Diagnose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,19 -0,48...0,10	-2,40** -3,96...-0,85	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,87 0,71...1,08	0,97 0,93...1,01	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,87 0,70-1,07	0,97 0,93-1,01	kf	kf
Gruppe	1,08 0,88-1,32	0,87 0,59-1,30	kf	kf
Zeit	1,19* 1,03-1,39	1,27*** 1,24-1,31	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,69** 0,54-0,88	0,51* 0,29-0,89	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,72** 0,57-0,92	1,33 0,76-2,30	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,66 0,18-2,43	0,37 0,02-8,76	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,34* 1,05-1,71	2,66** 1,49-4,73	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,25* 1,00-1,56	1,15 0,70-1,88	kf	kf
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,98* 0,96-1,00	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,76-1,08	0,90 0,59-1,35	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06* 1,01-1,12	1,04 0,92-1,17	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,73-1,51	1,19 0,50-2,83	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,40*** 0,33-0,48	0,14*** 0,09-0,22	kf	kf

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt)**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU-Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>	<b>Andere F-Diagnose, Anzahl AU-Episoden</b>	<b>Andere F-Diagnose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,22...0,20	7,14*** 5,59...8,70	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,94 0,75...1,17	1,07*** 1,04...1,11	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93 0,74-1,17	1,07*** 1,04-1,11	kf	kf
Gruppe	1,26* 1,04-1,53	1,99*** 1,44-2,75	kf	kf
Zeit	1,76*** 1,50-2,07	2,71*** 2,65-2,78	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,11 0,91-1,34	0,62 0,38-1,01	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17* 1,00-1,37	2,88*** 1,96-4,22	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,90 0,75-1,08	0,75 0,49-1,17	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,10 0,94-1,29	1,42 0,96-2,10	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,03 0,85-1,24	1,06 0,65-1,72	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,03*** 1,02-1,05	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,90-1,19	1,08 0,77-1,52	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,99-1,07	0,97 0,88-1,07	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,78 0,52-1,17	0,47 0,17-1,28	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73*** 0,63-0,85	0,32*** 0,22-0,45	kf	kf

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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 Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr**

	Indexdiagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	7,74*** 6,31...9,17
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	10,76*** 9,35...12,16
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	7,45*** 5,85...9,05
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,08*** 1,04...1,12
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,10*** 1,06...1,14
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,07*** 1,04...1,11
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,08*** 1,04-1,12
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,10*** 1,06-1,14
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,07*** 1,04-1,11

	Indexdiagnose, Tage AU
Gruppe	1,68** 1,23-2,30
Zeit	2,91*** 2,84-2,99
Indexgruppe 6 (F10)	0,71** 0,54-0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,69*** 2,16-3,36
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,65-1,04
Psy A <sup>1</sup>	1,61*** 1,30-2,00
Psy B <sup>2</sup>	0,97 0,73-1,28
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,97-1,43
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,95-1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58 0,33-1,03
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,34*** 0,27-0,41
2. vs. 1.Jahr	0,76 0,56-1,04
3. vs. 1.Jahr	1,03 0,75-1,41

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,08 0,82-1,42	0,78*** 0,76-0,80
Indexgruppe 6 (F10)	0,83 0,58-1,18	1,51*** 1,46-1,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,69-1,32	0,81*** 0,79-0,84
Indexgruppe 9 (F43)	1,11 0,75-1,63	0,98 0,94-1,01
Psy A <sup>1</sup>	1,35 0,97-1,88	1,23*** 1,20-1,27
Psy B <sup>2</sup>	1,08 0,74-1,58	1,08*** 1,05-1,11
Alter	0,98*** 0,97-0,99	1,00*** 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,70* 0,52-0,93	0,89*** 0,86-0,91
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,95-1,10	1,00 0,99-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,40 0,86-2,27	0,83*** 0,79-0,86
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,31 0,99-1,74	0,68*** 0,66-0,70
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,50*** 0,34-0,73	1,60*** 1,55-1,65

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,81 0,59-1,12	1,07*** 1,05-1,10
Indexgruppe 6 (F10)	0,73 0,47-1,15	1,13*** 1,10-1,17
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,57* 0,37-0,88	1,10*** 1,07-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1155392,41 0,00-INF	2,04*** 1,86-2,24
Psy A <sup>1</sup>	0,90 0,56-1,44	0,87*** 0,84-0,89
Psy B <sup>2</sup>	2,00** 1,33-3,01	1,01 0,98-1,03
Alter	0,98** 0,97-0,99	1,00** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,51-1,00	0,94*** 0,92-0,96
Komorbidität <sup>3</sup>	1,12* 1,03-1,23	1,05*** 1,04-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,29 0,77-2,14	1,04* 1,01-1,07
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,22 0,86-1,72	0,78*** 0,77-0,80
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,58-1,19	1,09*** 1,07-1,12

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,92 0,65-1,31	1,00 0,99-1,01
Indexgruppe 6 (F10)	1,21 0,77-1,90	0,99 0,98-1,01
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,20 0,80-1,81	0,95*** 0,94-0,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,67 0,39-1,15	1,06*** 1,04-1,07
Psy A <sup>1</sup>	0,75 0,49-1,16	1,01 1,00-1,02
Psy B <sup>2</sup>	2,04** 1,25-3,34	0,89*** 0,87-0,90
Alter	0,98*** 0,97-0,99	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,69-1,45	1,00 0,99-1,01
Komorbidität <sup>3</sup>	1,10* 1,01-1,20	0,98*** 0,98-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,47-1,78	1,04*** 1,02-1,05
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,85-1,72	0,96*** 0,95-0,97
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,54-1,28	1,03*** 1,02-1,04

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer	0,96 0,88-1,05
Gruppe	1,02 0,94-1,11
Zeit	1,25*** 1,18-1,33
Indexgruppe 6 (F10)	1,20*** 1,10-1,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,96-1,11
Indexgruppe 9 (F43)	1,01 0,92-1,10
Psy A <sup>1</sup>	1,18*** 1,09-1,27
Psy B <sup>2</sup>	1,13** 1,04-1,24
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,95-1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24*** 1,13-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21*** 1,14-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,90-1,04

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer	1,00 1,00-1,00
Gruppe	0,93*** 0,93-0,94
Zeit	1,08*** 1,08-1,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,91*** 0,91-0,92
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,92*** 0,92-0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,70*** 1,70-1,70
Psy A <sup>1</sup>	1,10*** 1,10-1,11
Psy B <sup>2</sup>	1,13*** 1,12-1,13
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,98*** 0,98-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10*** 1,09-1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16*** 1,16-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85*** 0,85-0,85

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	Komorbidität, mittlerer Score
DiD-Schätzer	1,01 0,92-1,11
Gruppe	0,95 0,87-1,03
Zeit	1,19*** 1,11-1,27
Indexgruppe 6 (F10)	1,20*** 1,09-1,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,92-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,88-1,05
Psy A <sup>1</sup>	1,15*** 1,07-1,24
Psy B <sup>2</sup>	1,10* 1,00-1,20
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,92-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,30*** 1,16-1,46
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16*** 1,08-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,92-1,06

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	0,74 0,41-1,36
Psy A <sup>1</sup>	0,56 0,25-1,24
Psy B <sup>2</sup>	0,82 0,28-2,37
Alter	1,09*** 1,06-1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,42-1,37
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06 0,95-1,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,32* 0,13-0,77
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,46 0,79-2,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,26 0,63-2,52

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,33 0,65-2,72
Psy A <sup>1</sup>	0,57 0,21-1,52
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,42-2,52
Alter	1,07*** 1,04-1,10
Geschlecht (m vs. w)	0,52 0,24-1,11
Komorbidität <sup>3</sup>	1,32*** 1,16-1,51
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26* 0,08-0,88
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,12 0,49-2,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,37-1,74

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,36 0,77-2,42
Psy A <sup>1</sup>	0,40* 0,18-0,91
Psy B <sup>2</sup>	1,61 0,60-4,34
Alter	1,07*** 1,04-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,48-1,57
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,94-1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58 0,27-1,23
Anzahl AU Prä- zeitraum (Medi- an split)	1,32 0,73-2,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,33** 0,15-0,76

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	kf	1,30 0,95-1,77
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	0,70 0,48-1,02
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,64 0,36-1,12
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,58** 0,42-0,80
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,73*** 0,66-0,81
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,98 0,53-1,81
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,91 0,66-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,45*** 0,31-0,65

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

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

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

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

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	kf	0,93 0,64-1,35
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	0,71 0,46-1,11
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,62 0,31-1,23
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,72 0,49-1,05
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,77*** 0,69-0,87
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	1,81 0,88-3,72
Anzahl AU Prä- zeitraum (Median split)	kf	kf	0,59** 0,40-0,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,70 0,47-1,03

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 111: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,76 0,55-1,04	kf	1,20 0,80-1,80	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	kf	1,00 0,98-1,01	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,68** 1,21-2,33	kf	0,68 0,45-1,02	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	0,91* 0,83-0,99	kf	1,03 0,93-1,14	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,50* 0,26-0,96	kf	1,70 0,90-3,22	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,53* 1,10-2,12	kf	0,57** 0,37-0,86	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,32 0,96-1,82	kf	1,14 0,75-1,73	kf	kf

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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 112: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,85 0,63-1,13	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,01* 1,00-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,49* 1,10-2,02	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,93-1,08	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,52* 0,29-0,92	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,25 0,93-1,68	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	1,19 0,88-1,60	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: 0 '\*\*\*' 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

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

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

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

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2015	2015
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.342</b>	<b>21.633</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>	70,2 %	48,4 %
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>	11,2	14,3
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>753</b>	<b>12.201</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>	601 66,4	7.498 54,0

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

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

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

<sup>4</sup> Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

## 14.5 Ergebnisse Kosten

### 14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	622	627	593	582	610	617	584	566
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.569,29 €	2.783,30 €	2.576,97 €	2.421,43 €	3.502,89 €	3.047,84 €	2.544,64 €	2.356,69 €
Standardabweichung	4.919,22 €	7.809,44 €	6.085,95 €	6.104,61 €	14.653,36 €	7.423,33 €	6.000,80 €	6.366,65 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	317,06 €	305,63 €	239,65 €	293,32 €	284,06 €	259,56 €	259,36 €	238,37 €
Median	867,93 €	792,02 €	780,71 €	826,72 €	830,61 €	812,94 €	730,44 €	706,99 €
75%-Perzentil	2.766,39 €	2.404,72 €	2.175,86 €	2.331,97 €	2.754,25 €	2.498,84 €	2.227,41 €	2.044,16 €
Maximum	45.742,41 €	111.125,84 €	101.560,60 €	72.119,87 €	329.229,93 €	74.229,03 €	58.716,11 €	90.538,21 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	539	540	519	505	543	540	515	514
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.187,64 €	2.661,42 €	2.476,65 €	2.375,84 €	2.533,59 €	2.411,83 €	2.321,43 €	2.776,52 €
Standardabweichung	4.334,74 €	12.085,31 €	6.875,15 €	6.168,34 €	7.824,11 €	5.700,64 €	5.762,19 €	7.127,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	311,16 €	286,31 €	269,16 €	287,91 €	288,31 €	269,82 €	241,91 €	256,17 €
Median	709,39 €	687,09 €	701,70 €	692,17 €	769,07 €	728,92 €	671,37 €	691,25 €
75%-Perzentil	1.961,32 €	1.971,27 €	2.040,06 €	1.921,71 €	2.101,09 €	2.321,65 €	2.187,87 €	1.889,70 €
Maximum	43.259,44 €	261.838,38 €	118.829,31 €	95.920,98 €	118.757,33 €	89.209,83 €	77.310,48 €	64.345,32 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	197	168	133	119	201	162	134	118
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.420,80 €	1.614,93 €	1.352,22 €	1.053,14 €	2.245,11 €	1.558,29 €	1.082,10 €	884,38 €
Standardabweichung	3.977,41 €	6.831,33 €	5.363,80 €	4.313,51 €	13.299,30 €	4.957,64 €	3.548,52 €	3.034,65 €
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	1.287,03 €	718,01 €	0,00 €	0,00 €	1.030,89 €	573,93 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	45.273,54 €	99.228,34 €	99.950,34 €	70.269,30 €	301.228,69 €	52.710,10 €	45.702,89 €	46.170,04 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	139	128	117	101	149	139	127	105
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.159,31 €	1.644,03 €	1.279,79 €	1.216,42 €	1.406,43 €	1.296,40 €	1.254,75 €	1.525,38 €
Standardabweichung	3.429,08 €	11.905,91 €	5.735,05 €	5.466,42 €	6.953,63 €	4.948,78 €	4.924,27 €	6.028,17 €
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	650,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	674,12 €	661,25 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	32.449,03 €	261.690,67 €	108.852,59 €	93.582,67 €	115.796,81 €	88.092,38 €	73.380,25 €	58.715,55 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	3	4	1	2	3	1	7	1
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	4,73 €	12,41 €	1,45 €	4,80 €	6,46 €	3,76 €	20,20 €	4,01 €
Standardabweichung	75,66 €	170,25 €	35,99 €	85,58 €	108,85 €	94,78 €	203,87 €	97,96 €
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	1.638,54 €	3.199,64 €	893,29 €	1.796,49 €	2.128,23 €	2.390,29 €	2.797,53 €	2.393,55 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	4	5	7	1	4	6	4	3
durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen	7,36 €	9,88 €	16,99 €	3,24 €	3,57 €	23,85 €	29,92 €	21,20 €
Standardabweichung	101,51 €	118,74 €	183,47 €	73,77 €	50,32 €	280,77 €	477,15 €	287,09 €
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	1.617,74 €	2.096,95 €	2.942,72 €	1.679,01 €	953,31 €	5.427,08 €	10.386,40 €	4.840,89 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	49	53	48	60	68	62	62	54
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	24,07 €	29,60 €	36,25 €	33,09 €	47,47 €	56,98 €	61,89 €	31,41 €
Standardabweichung	118,81 €	161,10 €	221,89 €	142,46 €	258,10 €	382,04 €	489,81 €	147,43 €
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	1.267,31 €	2.285,78 €	3.028,33 €	1.419,78 €	3.422,35 €	6.156,44 €	9.949,74 €	1.806,72 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	40	43	27	41	53	40	42	47
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	21,03 €	19,58 €	17,00 €	21,18 €	28,58 €	22,61 €	14,01 €	30,06 €
Standardabweichung	111,70 €	97,66 €	120,09 €	99,29 €	237,48 €	133,49 €	68,59 €	194,31 €
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	1.463,12 €	1.184,37 €	1.983,06 €	1.176,43 €	5.173,54 €	1.963,25 €	1.028,54 €	3.857,08 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	620	624	592	580	607	616	581	563
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	488,22 €	450,61 €	486,08 €	506,57 €	551,28 €	497,43 €	508,73 €	508,53 €
Standardabweichung	416,87 €	391,65 €	485,49 €	461,87 €	588,27 €	475,91 €	505,00 €	535,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	203,23 €	173,84 €	180,18 €	184,63 €	183,74 €	172,78 €	173,73 €	174,96 €
Median	391,65 €	346,52 €	366,13 €	361,05 €	388,85 €	365,89 €	357,84 €	367,81 €
75%-Perzentil	654,09 €	612,94 €	636,93 €	716,92 €	717,29 €	672,28 €	692,55 €	677,77 €
Maximum	3.987,45 €	2.910,34 €	4.318,68 €	3.100,21 €	6.396,26 €	3.691,49 €	4.109,24 €	6.083,21 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	538	538	515	502	536	536	511	510
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche somatische Leistungen	448,62 €	421,04 €	446,63 €	455,15 €	536,81 €	496,49 €	433,78 €	430,20 €
Standardabweichung	386,99 €	356,21 €	459,03 €	452,10 €	1.519,55 €	683,07 €	434,20 €	413,37 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	214,68 €	190,78 €	164,31 €	183,66 €	188,27 €	174,23 €	144,61 €	148,25 €
Median	333,97 €	322,06 €	325,69 €	324,05 €	356,94 €	347,18 €	319,87 €	299,79 €
75%-Perzentil	589,61 €	557,16 €	558,48 €	578,54 €	624,39 €	610,16 €	584,57 €	612,17 €
Maximum	3.163,57 €	3.363,49 €	4.532,84 €	3.610,52 €	32.207,91 €	8.681,12 €	3.959,54 €	2.707,59 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	531	532	513	510	528	527	493	477
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	533,65 €	568,59 €	542,84 €	683,75 €	557,93 €	832,42 €	759,81 €	832,51 €
Standardabweichung	1.884,56 €	1.933,16 €	1.706,46 €	3.206,59 €	1.740,01 €	3.736,76 €	3.586,94 €	4.816,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	24,67 €	29,17 €	20,90 €	30,62 €	23,13 €	17,51 €	17,05 €	18,33 €
Median	109,98 €	115,63 €	121,38 €	125,41 €	99,62 €	94,13 €	101,79 €	113,33 €
75%-Perzentil	366,93 €	405,14 €	434,55 €	489,17 €	367,78 €	426,71 €	396,84 €	409,34 €
Maximum	22.924,89 €	26.434,91 €	21.072,17 €	60.217,80 €	23.865,58 €	55.725,34 €	53.163,42 €	82.005,96 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	451	456	438	439	445	443	418	439
<b>durchschnittliche Kosten für Arzneimittel</b>	<b>486,97 €</b>	<b>483,21 €</b>	<b>636,17 €</b>	<b>604,90 €</b>	<b>468,26 €</b>	<b>468,70 €</b>	<b>472,05 €</b>	<b>653,77 €</b>
Standardabweichung	1.872,35 €	1.376,28 €	2.582,43 €	2.025,72 €	1.679,83 €	1.290,12 €	1.331,95 €	2.656,17 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	23,47 €	22,00 €	20,84 €	27,74 €	15,54 €	23,95 €	14,50 €	28,48 €
Median	119,53 €	121,99 €	105,75 €	135,95 €	89,60 €	119,20 €	121,74 €	140,06 €
75%-Perzentil	404,20 €	470,13 €	450,00 €	467,58 €	373,12 €	366,48 €	387,92 €	436,92 €
Maximum	33.617,96 €	17.866,59 €	45.544,30 €	27.785,64 €	29.008,39 €	18.682,12 €	18.953,30 €	45.013,49 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	636	636	616	601	636	636	610	597
N mit Fall	180	168	183	160	169	148	148	134
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel</b>	<b>97,83 €</b>	<b>107,16 €</b>	<b>158,14 €</b>	<b>140,08 €</b>	<b>94,64 €</b>	<b>98,97 €</b>	<b>111,91 €</b>	<b>95,85 €</b>
Standardabweichung	309,07 €	362,62 €	818,49 €	687,37 €	486,20 €	413,20 €	584,98 €	335,10 €
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	88,20 €	74,90 €	94,92 €	82,62 €	46,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.249,67 €	4.284,24 €	17.249,11 €	14.307,00 €	9.714,08 €	7.440,94 €	10.978,63 €	4.604,38 €

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	547	547	529	518	550	550	536	525
N mit Fall	119	111	123	98	114	121	116	112
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel</b>	<b>64,36 €</b>	<b>83,67 €</b>	<b>80,07 €</b>	<b>74,95 €</b>	<b>89,94 €</b>	<b>103,76 €</b>	<b>116,92 €</b>	<b>115,92 €</b>
Standardabweichung	230,32 €	296,86 €	295,05 €	274,37 €	388,80 €	537,51 €	721,56 €	644,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.990,07 €	4.160,49 €	3.772,32 €	2.493,78 €	5.736,50 €	9.507,04 €	14.037,38 €	12.265,16 €

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

**Tabelle 128: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	553	555	555	552						
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen</b>	3.053,85 €	2.714,91 €	2.922,43 €	3.037,40 €	131,43 €	0,753	-322,49 €	0,447	-453,92 €	0,305
Standardabweichung	8.129,56 €	6.800,12 €	5.747,43 €	7.472,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	301,66 €	266,50 €	322,12 €	273,53 €						
Median	893,69 €	628,16 €	885,32 €	796,33 €						
75%-Perzentil	2.985,93 €	2.142,51 €	2.944,22 €	2.611,99 €						
Maximum	132.469,37 €	84.424,18 €	59.574,12 €	101.338,83 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	172	122	158	142						
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen</b>	1.617,96 €	1.314,94 €	1.626,19 €	1.471,99 €	-8,23 €	0,981	-157,04 €	0,56	-148,81 €	0,684
Standardabweichung	6.491,99 €	4.368,68 €	4.729,82 €	4.701,11 €						
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	1.327,33 €	0,00 €	849,17 €	340,15 €						
Maximum	131.447,94 €	35.123,49 €	59.574,12 €	58.609,21 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1, Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	7	4	4	2						
<b>durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen</b>	54,58 €	23,23 €	11,41 €	2,75 €	43,17 €	0,131	20,48 €	0,225	-22,68 €	0,205
Standardabweichung	660,20 €	398,38 €	161,02 €	47,15 €						
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	13.356,18 €	9.090,05 €	3.075,45 €	937,16 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	51	46	47	57						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	45,51 €	30,60 €	33,70 €	51,42 €	11,80 €	0,49	-20,82 €	0,24	-32,63 €	0,080
Standardabweichung	357,21 €	173,07 €	195,31 €	384,04 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	7.138,76 €	2.337,55 €	3.053,46 €	6.539,03 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	550	553	550	546						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	577,65 €	493,14 €	571,63 €	526,64 €	6,03 €	0,881	-33,50 €	0,369	-39,53 €	0,314
Standardabweichung	781,07 €	609,57 €	549,01 €	644,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	188,88 €	166,89 €	215,97 €	171,26 €						
Median	390,50 €	321,30 €	416,67 €	357,22 €						
75%-Perzentil	730,45 €	617,91 €	770,93 €	714,64 €						
Maximum	11.973,17 €	8.951,43 €	4.258,32 €	9.562,22 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	480	479	485	473						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	658,30 €	728,52 €	590,62 €	883,03 €	67,68 €	0,693	-154,52 €	0,58	-222,20 €	0,297
Standardabweichung	3.536,98 €	4.488,24 €	2.032,16 €	4.910,32 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	26,04 €	26,26 €	28,27 €	24,63 €						
Median	111,35 €	109,78 €	121,44 €	108,08 €						
75%-Perzentil	384,54 €	408,82 €	409,88 €	410,68 €						
Maximum	68.614,95 €	78.045,62 €	32.433,54 €	80.735,87 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p- Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p- Wert	Differenz der Diffe- renzen (Effekt)	p- Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	567	567	567	567						
N mit Fall	163	160	146	135						
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel</b>	99,85 €	124,49 €	88,88 €	101,58 €	10,97 €	0,551	22,91 €	0,316	11,94 €	0,464
Standardabweichung	307,11 €	411,00 €	312,93 €	356,70 €						
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	92,58 €	94,92 €	55,26 €	0,00 €						
Maximum	3.635,98 €	4.710,52 €	5.274,40 €	5.750,14 €						

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

#### Klinikneue Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	595	658	581	658						
<b>durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen</b>	1.004,54 €	6.631,88 €	1.484,62 €	6.961,23 €	-480,08 €	0,059	-329,35 €	0,426	150,73 €	0,728
Standardabweichung	3.564,32 €	6.255,57 €	5.442,84 €	8.579,25 €						
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	22,34 €						
25%-Perzentil	26,20 €	2.180,10 €	18,53 €	1.041,67 €						
Median	138,39 €	5.036,74 €	137,53 €	4.062,42 €						
75%-Perzentil	599,46 €	9.129,70 €	750,47 €	9.296,56 €						
Maximum	49.450,04 €	41.928,61 €	64.956,77 €	66.979,57 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	59	481	74	430						
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen</b>	527,71 €	4.305,84 €	986,40 €	5.058,59 €	-458,70 €	0,052	-752,75 €	0,048	-294,05 €	0,472
Standardabweichung	3.340,79 €	5.759,02 €	5.046,82 €	7.883,70 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	2.541,36 €	0,00 €	1.488,97 €						
75%-Perzentil	0,00 €	5.954,01 €	0,00 €	7.346,44 €						
Maximum	48.958,86 €	40.613,85 €	64.192,13 €	66.979,57 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	7	212	6	108						
<b>durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen</b>	39,42 €	1.315,84 €	37,59 €	739,82 €	1,84 €	0,95	576,02 €	<0,001	574,18 €	<0,001
Standardabweichung	438,37 €	2.367,54 €	614,63 €	1.977,84 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.699,66 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	5.956,56 €	12.147,51 €	14.842,09 €	11.944,22 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	9	339	21	321						
<b>durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen</b>	8,92 €	174,41 €	14,43 €	389,16 €	-5,51 €	0,292	-214,75 €	<0,001	-209,23 €	<0,001
Standardabweichung	96,76 €	241,71 €	92,99 €	669,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	190,29 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	190,29 €	0,00 €	472,84 €						
Maximum	1.755,35 €	1.801,16 €	1.143,65 €	4.143,68 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	0	0	1	2						
<b>durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen</b>	0,00 €	0,00 €	0,25 €	0,66 €	-0,25 €	0,318	-0,66 €	0,238	-0,40 €	0,474
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	6,47 €	14,24 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	166,00 €	358,04 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	589	623	561	597						
<b>durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen</b>	181,71 €	391,59 €	210,66 €	306,39 €	-28,95 €	0,18	85,20 €	0,008	114,15 €	<0,001
Standardabweichung	333,28 €	595,27 €	442,33 €	569,72 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	8,20 €	41,58 €	6,03 €	27,96 €						
Median	61,28 €	159,84 €	61,65 €	102,47 €						
75%-Perzentil	204,39 €	437,23 €	215,02 €	346,02 €						
Maximum	2.270,61 €	3.376,09 €	3.698,90 €	5.873,29 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	394	486	352	448						
<b>durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka</b>	230,52 €	428,50 €	210,99 €	436,05 €	19,53 €	0,597	-7,56 €	0,878	-27,09 €	0,497
Standardabweichung	660,79 €	854,76 €	677,29 €	922,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	21,13 €	121,20 €	12,97 €	86,11 €						
75%-Perzentil	150,60 €	427,52 €	121,81 €	440,53 €						
Maximum	5.552,46 €	9.266,63 €	8.793,96 €	9.936,37 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	7	11	18	22						
<b>durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel</b>	16,26 €	15,70 €	24,30 €	30,56 €	-8,03 €	0,567	-14,86 €	0,14	-6,83 €	0,603
Standardabweichung	288,62 €	136,04 €	215,73 €	219,13 €						
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	7.247,28 €	1.790,77 €	4.044,61 €	2.858,68 €						

Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	558	562	558	562						
<b>durchschnittliche Kosten für psychiatrische Leistungen</b>	6.063,62 €	6.557,26 €	6.889,86 €	7.463,06 €	-826,25 €	0,113	-905,80 €	0,072	-79,55 €	0,894
Standardabweichung	7.214,66 €	7.547,50 €	10.007,24 €	9.220,75 €						
Minimum	0,00 €	190,29 €	0,00 €	202,44 €						
25%-Perzentil	1.016,59 €	1.382,28 €	977,24 €	1.695,30 €						
Median	3.612,27 €	4.100,28 €	2.620,21 €	3.708,57 €						
75%-Perzentil	8.044,82 €	8.871,06 €	8.486,50 €	9.277,57 €						
Maximum	45.166,65 €	67.719,75 €	79.074,03 €	49.260,25 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	283	284	271	300						
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär psychiatrische Leistungen</b>	3.956,34 €	4.022,89 €	5.102,19 €	5.252,86 €	-1.145,86 €	0,02	-1.229,97 €	0,009	-84,11 €	0,886
Standardabweichung	6.611,23 €	6.957,24 €	9.615,17 €	8.695,42 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	316,04 €	312,46 €	0,00 €	751,62 €						
75%-Perzentil	5.435,18 €	5.407,59 €	6.365,88 €	7.029,29 €						
Maximum	40.193,98 €	67.366,36 €	78.351,06 €	48.558,72 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	62	91	38	50						
<b>durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen</b>	388,97 €	561,80 €	227,36 €	429,69 €	161,61 €	0,025	132,11 €	0,174	-29,50 €	0,802
Standardabweichung	1.358,85 €	1.603,23 €	1.029,20 €	1.652,59 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	11.289,90 €	11.493,97 €	9.472,34 €	15.659,06 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	331	407	330	391						
<b>durchschnittliche Kosten für PIA-Leistungen</b>	300,14 €	445,77 €	503,36 €	727,48 €	-203,22 €	<0,001	-281,71 €	<0,001	-78,49 €	0,005
Standardabweichung	306,17 €	391,29 €	645,02 €	798,38 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	190,29 €	380,58 €	277,66 €	568,60 €						
75%-Perzentil	563,81 €	761,16 €	812,30 €	1.102,02 €						
Maximum	1.293,74 €	3.016,71 €	3.548,98 €	4.199,03 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	1	2	0	0						
<b>durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen</b>	0,04 €	0,21 €	0,00 €	0,00 €	0,04 €	0,318	0,21 €	0,294	0,18 €	0,384
Standardabweichung	0,84 €	4,82 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	20,00 €	114,00 €	0,00 €	0,00 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	544	537	518	520						
<b>durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen</b>	197,89 €	257,73 €	179,05 €	197,16 €	18,84 €	0,375	60,57 €	0,028	41,73 €	0,077
Standardabweichung	355,67 €	504,12 €	356,64 €	417,31 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	3,97 €	23,39 €	6,07 €	20,51 €						
Median	55,92 €	69,15 €	60,84 €	57,62 €						
75%-Perzentil	248,99 €	301,48 €	201,30 €	192,15 €						
Maximum	2.839,87 €	4.332,67 €	3.493,23 €	3.263,01 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	470	476	434	438						
<b>durchschnittliche Kosten für Psychopharmaka</b>	1.200,03 €	1.261,93 €	870,45 €	837,97 €	329,58 €	0,003	423,95 €	<0,001	94,37 €	0,168
Standardabweichung	2.049,03 €	2.095,89 €	1.565,62 €	1.395,82 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	53,11 €	73,40 €	14,18 €	27,95 €						
Median	342,12 €	434,61 €	228,49 €	261,02 €						
75%-Perzentil	1.383,60 €	1.313,53 €	936,06 €	1.032,02 €						
Maximum	14.780,61 €	14.428,67 €	12.000,65 €	10.517,52 €						

**Tabelle 150: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-bekannte 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 (Effekt)	p- Wert
	Prä- Zeitraum	1. Jahr	Prä- Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	8	5	9	15						
<b>durchschnittliche Kosten für psychiatrische Heilmittel</b>	20,21 €	6,93 €	7,45 €	17,89 €	12,77 €	0,405	-10,96 €	0,079	-23,73 €	0,105
Standardabweichung	356,03 €	78,79 €	69,99 €	124,96 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	8.339,52 €	1.208,56 €	1.093,68 €	1.338,18 €						

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

**Tabelle 151: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	643	648	629	639						
durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen	2.519,81 €	2.728,19 €	3.410,68 €	2.973,77 €	-890,87 €	0,133	-245,58 €	0,553	645,29 €	0,287
Standardabweichung	4.847,13 €	7.688,56 €	14.415,08 €	7.313,33 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	318,14 €	306,66 €	280,90 €	243,64 €						
Median	867,93 €	775,23 €	805,94 €	766,18 €						
75%-Perzentil	2.665,72 €	2.385,40 €	2.578,01 €	2.431,57 €						
Maximum	45.742,41 €	111.125,84 €	329.229,93 €	74.229,03 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	201	172	205	165						
durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen	1.384,90 €	1.574,64 €	2.177,09 €	1.519,22 €	-792,19 €	0,137	55,42 €	0,864	847,62 €	0,159
Standardabweichung	3.917,82 €	6.722,52 €	13.080,19 €	4.883,43 €						
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	1.179,71 €	712,66 €	930,69 €	388,63 €						
Maximum	45.273,54 €	99.228,34 €	301.228,69 €	52.710,10 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	3	4	3	1						
durchschnittliche Kosten für teilstationär somatische Leistungen	4,57 €	11,99 €	6,24 €	3,63 €	-1,67 €	0,742	8,36 €	0,263	10,03 €	0,250
Standardabweichung	74,38 €	167,39 €	107,02 €	93,18 €						
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	1.638,54 €	3.199,64 €	2.128,23 €	2.390,29 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	51	54	69	63						
durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen	23,72 €	29,53 €	45,98 €	55,17 €	-22,26 €	0,041	-25,64 €	0,108	-3,38 €	0,807
Standardabweichung	117,09 €	160,04 €	253,88 €	375,72 €						
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	1.267,31 €	2.285,78 €	3.422,35 €	6.156,44 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	641	645	626	638						
durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen	485,83 €	449,84 €	544,74 €	491,44 €	-58,91 €	0,035	-41,60 €	0,083	17,31 €	0,498
Standardabweichung	412,55 €	393,35 €	583,22 €	471,85 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	203,53 €	173,92 €	183,31 €	164,08 €						
Median	392,35 €	342,95 €	383,51 €	362,73 €						
75%-Perzentil	650,20 €	610,04 €	710,29 €	668,17 €						
Maximum	3.987,45 €	2.910,34 €	6.396,26 €	3.691,49 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	548	553	545	542						
durchschnittliche Kosten für Arzneimittel	525,43 €	557,95 €	543,81 €	807,50 €	-18,38 €	0,852	-249,55 €	0,122	-231,17 €	0,075
Standardabweichung	1.855,70 €	1.903,68 €	1.712,83 €	3.676,20 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	24,52 €	29,75 €	18,76 €	16,27 €						
Median	107,58 €	112,81 €	97,14 €	92,37 €						
75%-Perzentil	357,29 €	402,13 €	363,87 €	423,90 €						
Maximum	22.924,89 €	26.434,91 €	23.865,58 €	55.725,34 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	658	658	658	658						
N mit Fall	184	173	174	152						
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel</b>	95,35 €	104,23 €	92,80 €	96,81 €	2,54 €	0,908	7,42 €	0,725	4,88 €	0,762
Standardabweichung	304,31 €	356,90 €	478,39 €	406,68 €						
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	88,20 €	62,84 €	44,73 €	0,00 €						
Maximum	4.249,67 €	4.284,24 €	9.714,08 €	7.440,94 €						

### Klinikbekannte Patienten

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	554	555	555	552						
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Leistungen</b>	2.148,85 €	2.631,25 €	2.528,09 €	2.386,77 €	-379,24 €	0,31	244,47 €	0,661	623,71 €	0,309
Standardabweichung	4.284,77 €	11.930,32 €	7.747,54 €	5.645,53 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	310,04 €	275,11 €	290,47 €	269,82 €						
Median	688,74 €	681,61 €	771,71 €	723,05 €						
75%-Perzentil	1.950,25 €	1.963,01 €	2.137,05 €	2.297,62 €						
Maximum	43.259,44 €	261.838,38 €	118.757,33 €	89.209,83 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	140	131	155	141						
<b>durchschnittliche Kosten für vollstationär somatische Leistungen</b>	1.131,66 €	1.623,44 €	1.406,25 €	1.280,40 €	-274,60 €	0,396	343,04 €	0,523	617,64 €	0,306
Standardabweichung	3.387,89 €	11.750,54 €	6.883,94 €	4.900,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	688,78 €	473,81 €						
Maximum	32.449,03 €	261.690,67 €	115.796,81 €	88.092,38 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	4	5	4	6						
<b>durchschnittliche Kosten für teilstationär psychiatrische Leistungen</b>	7,16 €	9,62 €	3,49 €	23,35 €	3,67 €	0,437	-13,72 €	0,281	-17,39 €	0,187
Standardabweichung	100,15 €	117,15 €	49,78 €	277,78 €						
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 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.617,74 €	2.096,95 €	953,31 €	5.427,08 €						

**Tabelle 161: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	40	43	55	42						
<b>durchschnittliche Kosten für sonstige KH-Leistungen</b>	20,47 €	19,05 €	30,32 €	24,53 €	-9,85 €	0,373	-5,47 €	0,451	4,38 €	0,657
Standardabweichung	110,25 €	96,39 €	237,99 €	142,32 €						
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	1.463,12 €	1.184,37 €	5.173,54 €	1.963,25 €						

**Tabelle 162: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	553	553	548	548						
<b>durchschnittliche Kosten für vertragsärztliche psychiatrische Leistungen</b>	445,07 €	418,00 €	536,59 €	494,56 €	-91,52 €	0,163	-76,56 €	0,018	14,96 €	0,766
Standardabweichung	383,62 €	355,54 €	1.504,08 €	676,93 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	212,64 €	188,99 €	190,76 €	174,23 €						
Median	332,11 €	318,94 €	356,94 €	345,80 €						
75%-Perzentil	584,57 €	552,88 €	624,39 €	610,16 €						
Maximum	3.163,57 €	3.363,49 €	32.207,91 €	8.681,12 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	461	467	453	453						
<b>durchschnittliche Kosten für Arzneimittel</b>	481,85 €	479,22 €	462,25 €	460,63 €	19,61 €	0,852	18,59 €	0,814	-1,02 €	0,989
Standardabweichung	1.850,35 €	1.363,56 €	1.663,07 €	1.277,48 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	23,21 €	19,57 €	15,22 €	23,95 €						
Median	117,18 €	120,23 €	88,61 €	117,65 €						
75%-Perzentil	398,63 €	469,26 €	361,86 €	361,08 €						
Maximum	33.617,96 €	17.866,59 €	29.008,39 €	18.682,12 €						

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

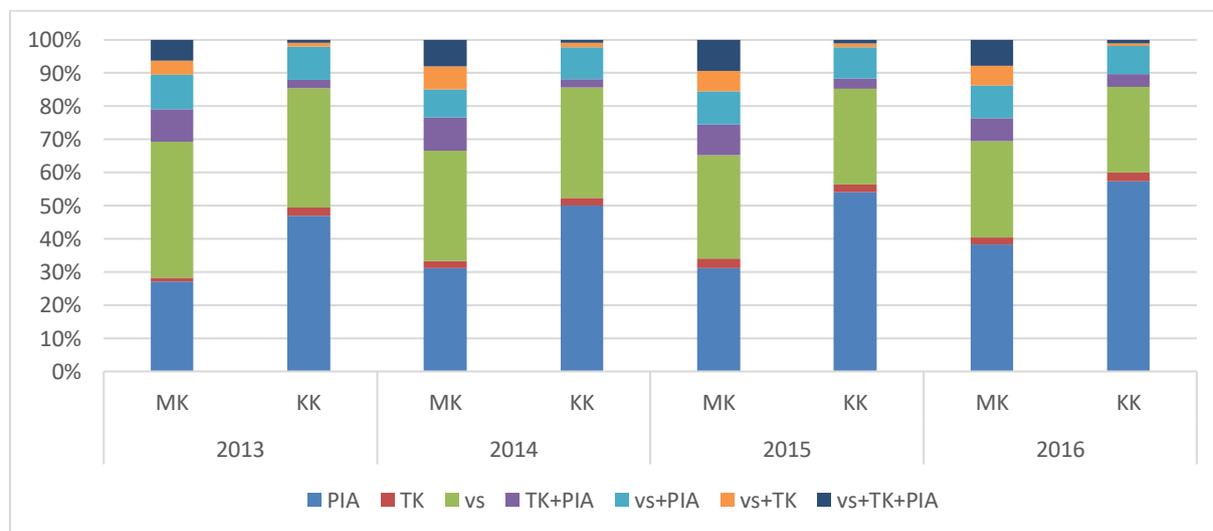
	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	562	562	562	562						
N mit Fall	119	113	117	124						
<b>durchschnittliche Kosten für somatische Heilmittel</b>	62,64 €	81,91 €	89,19 €	103,32 €	-26,55 €	0,16	-21,41 €	0,404	5,14 €	0,790
Standardabweichung	227,45 €	293,16 €	384,96 €	532,43 €						
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	2.990,07 €	4.160,49 €	5.736,50 €	9.507,04 €						

### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

**Tabelle 165: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting**

	2013		2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	93	179	118	193	124	234	108	217
vs+TK	61	202	99	251	80	252	83	192
vs+PIA	151	1.942	125	2.026	133	2.035	135	1.892
TK+PIA	144	508	145	532	124	687	96	824
vs	602	6.962	487	6.929	412	6.285	401	5.743
TK	17	483	31	499	37	491	30	593
PIA	398	9.075	455	10.421	413	11.755	528	12.726
Gesamtergebnis	1.466	19.351	1.460	20.851	1.323	21.739	1.381	22.187

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

**Abbildung 62: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting**


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

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1466	1935	1460	2085	1323	2174
Anzahl Fälle	3351	4585	3419	4958	3123	5305
Ausgaben	6.244.910 €	8.852.588 €	6.581.378 €	9.643.306 €	6.504.790 €	9.778.168 €
Ausgaben je Patient	4.260 €	4.575 €	4.508 €	4.625 €	4.917 €	4.498 €
Ausgaben je Fall	1.864 €	1.931 €	1.925 €	1.945 €	2.083 €	1.843 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	907	929	829	940	749	881
Anzahl Fälle	1379	1338	1272	1347	1068	1269
Ausgaben	4.737.220 €	7.301.910 €	4.905.974 €	7.831.356 €	4.658.074 €	7.740.109 €
Ausgaben je vs Patient	5.223 €	7.864 €	5.918 €	8.332 €	6.219 €	8.790 €
Ausgaben je Fall	3.435 €	5.456 €	3.857 €	5.816 €	4.361 €	6.097 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	315	172	393	164	365	185
Anzahl Fälle	351	196	449	185	412	220
Ausgaben	1.199.230 €	722.924 €	1.348.480 €	736.107 €	1.520.778 €	905.591 €
Ausgaben je TK-Patient	3.807 €	4.215 €	3.431 €	4.491 €	4.167 €	4.898 €
Ausgaben je Fall	3.417 €	3.693 €	3.003 €	3.979 €	3.691 €	4.114 €

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

	2013		2014		2015	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	786	1170	843	1317	794	1471
Anzahl Fälle	1621	3090	1698	3445	1643	3837
Ausgaben	308.460 €	972.340 €	326.924 €	1.149.454 €	325.939 €	1.223.028 €
Ausgaben je PIA-Patient	392 €	831 €	388 €	873 €	411 €	831 €
Ausgaben je Fall	190 €	315 €	193 €	334 €	198 €	319 €

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

**Tabelle 170: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	658	1.004,54 €	658	6.631,88 €	5.627,34 €	
	KG	658	1.484,62 €	658	6.961,23 €	5.476,61 €	
	Differenz IG-KG	-480,08 €		-329,35 €		150,73 €	
	p-Wert	0,06		0,43		0,39	
(eingesparte) KH-Tage	IG	658	2,1	658	18,8	16,7	
	KG	658	4,1	658	22,3	18,2	
	Differenz IG-KG	-2,0		-3,6		-1,5	
	p-Wert	0,04		0,03		0,44	
	ICER (Diff in Diff)						100,08 €

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

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	348	841,83 €	348	6.242,25 €	5.400,41 €	
	KG	337	1.662,26 €	337	6.400,53 €	4.738,27 €	
	Differenz IG-KG	-820,43 €		-158,29 €		662,14 €	
	p-Wert	0,03		0,76		0,29	
(eingesparte) AU-Tage	IG	348	23,1	348	72,7	49,6	
	KG	337	21,9	337	63,8	41,9	
	Differenz IG-KG	1,2		9,0		7,7	
	p-Wert	0,77		0,2		0,35	
	ICER						-85,55 €