

# Zwischenbericht

## Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 01.07.2021**

### Autoren:

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

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

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

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

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

## Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold<sup>1</sup>, Franziska Claus, M.Sc.<sup>2</sup>, Dipl.-Math. Nils Kossack<sup>2</sup>, Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.<sup>1</sup>, Prof. Dr. Stefanie March<sup>3,4</sup>, Dr. rer. medic. Thomas Petzold<sup>1</sup>, Dr. Olaf Schoffer<sup>1</sup>, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold<sup>2</sup>, Dr. med. Jessika Weiß<sup>5</sup>.

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

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

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

<sup>4</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

<sup>5</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	29
2. Hintergrund .....	40
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	40
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten .....	40
5. Methoden .....	40
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	41
6.1 Patientenmatching .....	42
7. Darstellung Modellvorhaben Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH .....	48
8. Ergebnisse: Effektivität .....	49
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	50
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter .....	66
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer .....	68
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	97
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	126
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem .....	170
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	172
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten.....	182
8.2.7 Wiederaufnahmeraten.....	194
8.2.8 Komorbidität .....	200
8.2.9 Mortalität .....	204
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung.....	211
8.2.11 Leitlinienadhärenz .....	226
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	234
9.1 Patientenmix .....	234
9.2 Leistungserbringung.....	247
10. Ergebnisse: Kosten.....	263
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten .....	263
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	276
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	287
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	298

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 309	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	320
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	331
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung .....	341
11.	Ergebnisse: Effizienz .....	352
12.	Diskussion .....	355
12.1	Hauptergebnisse .....	355
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich).....	363
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	366
13.	Literatur .....	368
14.	Anhang.....	369
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	369
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	409
14.3	Ergebnisse Modellierung.....	438
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 507	
14.5	Ergebnisse Kosten .....	508
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	509
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ...	518
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	526
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	540
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) .....	550
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 552	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 554	

## Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Abkürzungsverzeichnis

APN	- Abrechnungspositionsnummer
ATC	- anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AU	- Arbeitsunfähigkeit
BPfIV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, 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 - Erwachsene ..... 72

Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 80

Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 87

Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 94

Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 101

Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 108

Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 115

Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 123

Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 139

Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 150

Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 159

Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 167

Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 170

Abbildung 14: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 171

Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 175

Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene ..... 176

Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 179

Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche ..... 180

Abbildung 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .... 185

Abbildung 20: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 191

Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 194

Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 196

Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 199

Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	201
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	203
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	205
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	206
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche .....	209
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	210
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	214
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	218
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	221
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	225
Abbildung 34: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	226
Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	232
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Erwachsene .....	235
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Erwachsene.....	237
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Erwachsene ...	239
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Kinder und Jugendliche .....	242
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Kinder und Jugendliche .....	244
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Kinder und Jugendliche .....	245
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	264
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	265
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	267
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	271
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	272
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	274

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	277
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	278
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	280
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	282
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	283
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	285
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	288
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	289
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	291
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	293
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	294
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	296
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	299
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	300
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	302
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	304
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	305
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	307

Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	310
Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	311
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	313
Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	315
Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	316
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	318
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	321
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	322
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	324
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	326
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	327
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	329
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	331
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	332
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	334
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	336
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	337
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	339

Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	342
Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	343
Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	345
Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	347
Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	348
Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	350
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	353
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	354
Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	409
Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	413
Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	415
Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	418
Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	420
Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	423
Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	426
Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	428
Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	428
Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	429
Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	430
Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	431
Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	432
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene .....	433
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche .....	433

Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	434
Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	435
Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	436
Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene .....	550
Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Kinder und Jugendliche .....	551

**Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching; Erwachsene ..... 43

Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Erwachsene..... 43

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching; Erwachsene ..... 44

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching; Kinder und Jugendliche ..... 45

Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche..... 45

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching; Kinder und Jugendliche ..... 46

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene ..... 50

Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche ..... 52

Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene..... 54

Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche..... 60

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 69

Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene ..... 79

Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 84

Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 93

Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 98

Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .. 107

Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 112

Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 122

Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 127

Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 146

Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 153

Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 165

Tabelle 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene..... 170

Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene ..... 171

Tabelle 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene ..... 173

Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 176

Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 177

Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche ..... 180

Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 183

Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 190

Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 194

Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene ..... 195

Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche .....	198
Tabelle 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	200
Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene .....	202
Tabelle 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	204
Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	206
Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche ...	208
Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	210
Tabelle 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	212
Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	217
Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche	219
Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche .....	224
Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	227
Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	228
Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ...	229
Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	231
Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Erwachsene .....	235
Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Erwachsene .....	236
Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Erwachsene .....	239
Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Kinder und Jugendliche .....	241
Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Kinder und Jugendliche .....	243
Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Kinder und Jugendliche .....	245
Tabelle 54: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	248
Tabelle 55: 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); Erwachsene .....	249
Tabelle 56: 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) .....	250
Tabelle 57: 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); Erwachsene .....	250
Tabelle 58: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	251
Tabelle 59: 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); Erwachsene.....	252

Tabelle 60: 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); Erwachsene..... 253

Tabelle 61: 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); Erwachsene..... 254

Tabelle 62: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche ..... 256

Tabelle 63: 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); Kinder und Jugendliche ..... 257

Tabelle 64: 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) ..... 258

Tabelle 65: 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); Kinder und Jugendliche ..... 258

Tabelle 66: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche ..... 259

Tabelle 67: 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); Kinder und Jugendliche ..... 260

Tabelle 68: 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); Kinder und Jugendliche..... 261

Tabelle 69: 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); Kinder und Jugendliche..... 261

Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene ..... 264

Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene ..... 265

Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene ..... 267

Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene ..... 269

Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche ..... 271

Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche ..... 272

Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 274

Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche 275

Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	277
Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	278
Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	280
Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	281
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	282
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	285
Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	288
Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	289
Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	291
Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	293
Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	294
Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche.....	296
Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	299
Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	300
Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	302
Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	304
Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	305
Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	307

Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	310
Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	311
Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	313
Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	315
Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	316
Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	318
Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	321
Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	322
Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	324
Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	326
Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	327
Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	329
Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	331
Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	332
Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	334
Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	336
Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	337
Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	339

Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene .....	342
Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene.....	343
Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	345
Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche .....	347
Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche.....	348
Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	350
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene.....	352
Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	352
Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	354
Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	369
Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	371
Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .	373
Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	375
Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	377
Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	385
Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	388
Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	394
Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	395
Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	396
Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	398
Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	400
Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	401
Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	403
Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	404
Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	405
Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	406

Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	407
Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	439
Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	441
Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	443
Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	445
Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	447
Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	448
Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	449
Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	450
Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	452
Tabelle 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	454
Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	456
Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	458
Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	459
Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	460
Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	461
Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	463
Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	465
Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	467
Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	468
Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	469
Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	470
Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	471
Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	472

Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	473
Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	474
Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	475
Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	476
Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	477
Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	478
Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	479
Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	480
Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	481
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	482
Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	484
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	485
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	486
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	487
Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	488
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	489
Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	490
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	491
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	492
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	493
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	494
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	495
Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	496
Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	497

Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	498
Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	499
Tabelle 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	500
Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene .....	501
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	502
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	503
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	504
Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	505
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	506
Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	507
Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	509
Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	509
Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	509
Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	509
Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	510
Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	510
Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	510
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	510
Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	510
Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	511
Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	511
Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	511
Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	511
Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	512
Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	514

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	514
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	514
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	514
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	514
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	515
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	515
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	515
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	515
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	516
Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	516
Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	516
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	516
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	517
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	519
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	519
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	519
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	519
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	520
Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	520
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene .....	520
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	523
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	523
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	523
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	523

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 524

Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 524

Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 524

Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 527

Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 527

Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 527

Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 527

Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 528

Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 528

Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 528

Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 529

Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 529

Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 529

Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 530

Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 530

Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 530

Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 531

Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 531

Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene ..... 531

Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 534

Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 534

Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 534

Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 535

Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche ..... 535

Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	535
Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	536
Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	536
Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	536
Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	537
Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	537
Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	538
Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	538
Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	538
Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	538
Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	539
Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	540
Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	540
Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	540
Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	541
Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	541
Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	541
Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	541
Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	542
Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	542
Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	542
Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	543
Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	543

Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	543
Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene.....	544
Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	545
Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	545
Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	545
Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	545
Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	546
Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	546
Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	546
Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	547
Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	547
Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	547
Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	548
Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	548
Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	548
Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche.....	549
Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene .....	550
Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Kinder und Jugendliche .....	550
Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr; Erwachsene .....	552
Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene .....	552
Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene .....	552
Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene .....	552
Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche .....	553
Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche .....	553
Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche .....	553

Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche .....	553
Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene .....	554
Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene.....	554
Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche .....	554

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH. Das Netzwerk, bestehend aus neun Standorten, startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Das Vivantes Netzwerk hatte keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur vor 2016. 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 Vivantes Netzwerk für Gesundheit 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 zwei Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

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

nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

#### *Matching auf Klinik- und Patientenebene*

Für die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH wurden anhand der Daten des Strukturierten Qualitätsberichtes gemäß §137 SGB V (Berichtsjahr 2013) sowie durch eine Verlinkung von fünf Indikatoren des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (INKAR-Daten) die zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenlientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein. Darauf aufbauend wurde auf Patientenebene ein zweistufiges, gemischtes Propensity-Score-Matching ohne Zurücklegen durchgeführt, um vergleichbare Untersuchungsgruppen herzustellen. Berücksichtigt wurden insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

#### *Analyse*

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

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

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

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

## **Ergebnisse**

Die Studienpopulation für die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 2.088 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 110 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden

Gruppen jeweils vergleichbar. Bei den Kindern und Jugendlichen wurden nur die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr betrachtet, da hier die Fallzahlen für die mit Referenzfall im ersten Modelljahr zu gering waren.

### Effektivität

#### Erwachsene

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer (Seite 68 ff.) von *linikneuen* erwachsenen 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 ausfiel. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dabei wies die IG stets etwas weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Der unterschiedlich starke Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant.

Interessant ist hier auch der Vergleich zwischen den *linikneuen* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Sowohl bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Behandlungstage als die KG auf. Dieser Unterschied wurde für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sogar noch größer. Ein Trend hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen im Modellvorhaben scheint sich somit über die Modelllaufzeit abzuzeichnen.

Bei der Betrachtung der teilstationären Behandlungstage *linikneuer* Patienten war ein Muster ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr ersichtlich. Auch hier wies die IG stets etwas weniger teilstationäre Behandlungstage, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, auf. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG stets etwas geringer als in der KG. Das Modellvorhaben scheint somit hin zu einer Verringerung von voll- und teilstationären Aufenthalten zu wirken.

Die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnosen waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten sank die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im patientenindividuellen Zeitverlauf in der IG stetig ab, während diese in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst zunahm und dann auch weiter absank. Bis auf das erste Jahr nach Referenzfall, bei dem die IG weniger vollstationäre Behandlungstage als in der KG aufwies, war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied der Entwicklung vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war für die Patienten mit Referenzfall im ersten

Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die von den Erwartungen abweichende Entwicklung im ersten Jahr nach Referenzfall lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht erklären und wird im Abschlussbericht erneut beleuchtet werden.

Das Muster der teilstationären Behandlungsdauer ähnelte dem der vollstationären Behandlungstage mit Abnahme über die Zeit bei der IG und kleinem Peak in der KG. Die Höhe der teilstationären Behandlungstage waren im Prä-Zeitraum in der IG etwas größer und in den Jahren nach Referenzfall etwas geringer als in der KG.

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

Beim zweiten primären Zielkriterium Arbeitsunfähigkeit (Seite 182 ff.) zeigte sich für die *klinikneuen* erwachsene Patienten ein Peak im ersten Jahr nach Referenzfall, welcher zwischen beiden Gruppen für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst vergleichbar war. Dabei war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Vergleicht man hierzu die AU-Tage der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist erkennbar, dass diese hier in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG stiegen. Im Laufe des Modellvorhabens wurden somit weniger AU-Tage im Modellvorhaben benötigt als in der Regelversorgung. Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten hingegen wies die IG stets mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied verringerte sich über den patientenindividuellen Zeitverlauf. Diese stärkere Verringerung der AU-Tage in der IG im Vergleich zum Ausgangsniveau und im Vergleich zur KG war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Somit war auch bei den klinikbekannten Patienten eine Entwicklung hin zu weniger AU-Tagen ersichtlich.

Bei den sekundären Zielkriterien zeigte sich für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Seite 97 ff.) *klinikneuer Patienten* in der IG ein stärkerer Anstieg der PIA-Inanspruchnahme aufgrund Indexdiagnose ab dem Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG. Dieser stärkere Anstieg war sowohl für die Patienten im ersten als auch im dritten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die Ergebnisse legen den Schluss nah, dass es hier zu einer stärkeren Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer Patienten gekommen ist.

Auf der anderen Seite war die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei den *klinikneuen* Patienten in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG geringer im Vergleich zur KG. Diese geringere Zunahme der Inanspruchnahme war sowohl für die Patienten im ersten als auch im dritten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Während somit die PIA vermehrt aufgesucht wurde, verringerte sich die Inanspruchnahme der Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich die beschriebenen Muster. Nach geringerer durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte im Jahr vor Referenzfall, wiesen die Patienten der IG stets mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war hingegen, analog zu den klinik-

neuen Patienten, in der IG stets geringer als in der KG, wobei sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Zeitverlauf noch etwas vergrößerte. Dieser stärkere Anstieg in der PIA und der weniger starke Anstieg bei den Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Die Behandlungskontinuität (Seite 126 ff.) zum psychiatrischen Sektor war für die *linikneuen* Patienten in der dreijährigen Verlaufsbeobachtung im Jahr vor Referenzfall bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen Nachbeobachtung in der IG geringer im Vergleich zur KG. In allen restlichen Untersuchungen bezogen auf den psychiatrischen Sektor war die Behandlungskontinuität in der IG jedoch größer als in der KG. Daher nahm die Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in allen untersuchten Nachbeobachtungszeiträumen in der IG stärker zu als in der KG und blieb in der IG auf einem höheren Niveau in den folgenden zwei Jahren. Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets eine größere Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Auch wenn diese deskriptiven Ergebnisse mit der Inferenzstatistik (noch) nicht untermauert werden können (voraussichtlich durch die geringe Anzahl an Patienten, die in den Nenner in der Prä-Zeit eingehen), weist diese Tendenz darauf hin, dass voraussichtlich die Behandlungskontinuität im Modellvorhaben gestärkt werden konnte. Auch bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG vor Referenzfall zunächst geringer als in der KG. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war jedoch auch hier in der IG stets größer als in der KG, so dass hier die IG stets eine größere Behandlungskontinuität aufwies als die KG. In den folgenden Jahren sank jedoch die Behandlungskontinuität der IG meist erneut unter die der KG bzw. war zwischen IG und KG vergleichbar. Eine kontinuierliche Erhöhung der Behandlungskontinuität klinikbekannter Patienten kann somit hier noch nicht nachgewiesen werden.

Bezüglich der vollstationären Wiederaufnahme (Seite 194 ff.) für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war hingegen in der IG etwas, aber statistisch signifikant, größer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG gleich häufig, aber weniger schnell wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG.

Bezüglich der Untersuchung einer Erkrankungsprogression (Seite 217 ff.) zeigten sich sowohl bei den *linikneuen* als auch bei den *linikbekannten* Patienten stets größere Anteile mit einer Entwicklung zu einer schweren depressiven Störung (Progression A) und einer Suchterkrankung (Progression C). Die Entwicklung hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) war zwischen IG und KG jeweils vergleichbar. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der größere Anteil mit Progression C in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant.

Die Parameter *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 172 ff.), *Komorbidität* (Seite 200 ff.), *Mortalität* (Seite 204 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 226 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

## Kinder und Jugendliche

Die Fallzahlen für die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war in der Modellklinik sehr gering, so dass hier nur sehr wenige Aussagen abgeleitet werden konnten. Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, da hier eine etwas höhere Fallzahl zu verzeichnen war. Hier zeigte sich bei der Betrachtung der Behandlungsdauer eine statistisch signifikant geringere Zunahme vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG. Auf der anderen Seite nahm die Inanspruchnahme teilstationärer Tage in der IG stärker zu als in der KG. Zudem zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Unter Vorbehalt der kleinen Fallzahlen ist in der KJP eine Veränderung der Behandlung hin zu kürzeren vollstationären und längeren teilstationären Behandlungsdauern sowie vermehrten PIA-Kontakten ersichtlich. Weitere Aussagen für die KJP können aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht getroffen werden.

### *Kosten*

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 3.106,00 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten der IG in den Bereichen der voll- und teilstationären sowie PIA-Versorgung zurückzuführen: in der vollstationären Versorgung war die IG im ersten Jahr um 2.138,24 € teurer als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 347 von 547; KG: 394 von 569). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je Patient ebenfalls um 727,22 € signifikant teurer, wobei in der IG weniger Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 123 von 577; KG: 159 von 569). Im ersten bis dritten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 420,23 €, im zweiten Jahr um 180,95 € je Patient und im dritten Jahr um 132,62 €. Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: So wurden jeweils mehr Patienten der IG in der PIA behandelt (Jahr 1: 54 % vs. 34 %; Jahr 2: 28 % vs. 17 %; Jahr 3: 23 % vs. 15 %).

Die IG der klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten etwas teurer als die KG (IG = 7.279,23 €; KG = 6.144,07 €). Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 439,32 € höher, statistisch jedoch nicht signifikant voneinander verschieden. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten der PIA-Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 401,07 € je Patient teurer als die KG, wobei der Patientenanteil in der IG mit 83 % gegenüber 76 % auch höher war. Das stärkere Absinken der KG in den gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im zweiten und dritten Jahr lässt sich auf einen stärkeren Rückgang der Kosten in der voll- und teilstationären Versorgung zurückführen.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 1.047,37 € nicht signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich größeren Anstieg der durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen sowie PIA-Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.008,39 € bzw. 310,05 € signifikant teurer als die KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und -bekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr sowie im dritten Modelljahr nicht signifikant voneinander, waren in der IG jedoch in allen Perioden geringer als in der KG.

### Kinder und Jugendliche

Zu den Kosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen können in diesem Zwischenbericht aufgrund der geringen Gruppengrößen von 22 klinikneuen bzw. 30 klinikbekannten Patienten in Kohorte 1 sowie 56 Patienten in Kohorte 3 keine validen Aussagen zu den psychiatrischen Versorgungskosten getroffen werden, da einzelne Ausreißer die Mittelwerte zu sehr verzerren. Die Ergebnisbeschreibung befindet sich in den entsprechenden Abschnitten.

### *Kosten-Effektivität*

#### *Erwachsene*

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.047,37 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 9,4 vollstationäre Behandlungstage vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -110,10 € pro vermiedenem vollstationärem Tag. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 110,10 € an psychiatrischen Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 713,96 € je Patient signifikant teurer. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 15,9 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -44,85 € pro vermiedenem AU-Tag. Das heißt, für jeden zusätzlich vermiedenen AU-Tag mussten zusätzlich 44,85 € psychiatrische Versorgungskosten je Patient aufgewendet werden. Da bei beiden Varianten ein positives Outcome im Sinne vermiedener Tage bei gleichzeitig höheren, wenn auch statistisch betrachtet nicht signifikant höheren Kosten, ist die Fortführung von der Zahlungsbereitschaft der Kostenträger abhängig.

#### *Kinder und Jugendliche*

Bei den Kindern und Jugendlichen mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 8.998,72 € je Patient nicht

signifikant teurer als die KG, wobei diese Differenz hauptsächlich auf einem Kostenausreißer in der IG beruht. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 8,0 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosten-effektivitätsverhältnis von -1.127,36 € je vermiedenen vollstationären Behandlungstag. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Behandlungstag wurden 1.127,36 € an psychiatrischen Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Da vor allem die Kostenkomponente durch einen Ausreißer stark verzerrt ist, lässt sich hier keine abschließende Aussage über die Effizienz treffen.

## Diskussion

Dieser Zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 7 (PSY) bzw. 3 (KJP) Kontrollkliniken (KG). Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

In diesem Bericht lassen sich drei Haupterkennnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. 1) Unterschiede in der voll- und teilstationären Behandlungsdauer erwachsener Patienten (Allgemeine Psychiatrie) im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. Sowohl die voll- als auch die teilstationäre Behandlungsdauer war im Modellvorhaben bei den Erwachsenen geringer als in der Regelversorgung. Bei den jungen Patienten (KJP) scheint sich auch eine Verringerung der vollstationären Tage, jedoch auch eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage, abzuzeichnen. 2) Eine Reduktion an AU-Tagen klinikneuer Patienten ist im Verlauf des Modellvorhabens bei den Erwachsenen erkennbar. Auch bei den klinikbekannten Patienten ist eine stärkere Abnahme von AU-Tagen im Modellvorhaben ersichtlich. 3). Bei den klinikneuen und klinikbekannten erwachsenen Patienten ist eine stärkere Inanspruchnahme der PIA ersichtlich. Auf der anderen Seite wurden Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei klinikneuen und klinikbekannten erwachsenen Patienten weniger stark in Anspruch genommen. Bei den jungen Patienten der KJP scheint sich auch eine stärkere Inanspruchnahme der in der PIA abzuzeichnen.

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

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren höher als die der KG, was wiederum auf höhere voll-

und teilstationäre sowie PIA-Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten nicht bestätigt werden. Die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten muss ebenso verworfen werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten linikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren ebenso hoch wie die der KG. Die vollstationären Kosten lagen ebenfalls in IG und KG gleichauf. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt werden, nicht bestätigt werden. Ebenso ergibt sich kein Anhaltspunkt für ein Sinken der Gesamtkosten.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren ebenso hoch wie die der KG. Die vollstationären Kosten lagen ebenfalls in IG und KG gleichauf. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt werden, nicht bestätigt werden. Ebenso ergibt sich kein Anhaltspunkt für ein Sinken der Gesamtkosten.

Die Hypothese der Verschiebung von Kosten hin zum vertragsärztlichen Bereich kann an dieser Stelle verworfen werden, da sich die Kostenverläufe zwischen IG und KG hier statistisch betrachtet nicht unterschieden, in der IG sogar leicht unter denen der KG lagen.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

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

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

**Fazit**

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

## **2. Hintergrund**

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## **3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes**

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

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

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

## **5. Methoden**

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

Wegen der Kontrahierung des Modells allein mit der DAK-Gesundheit erfolgt die Analyse der Modell- und Kontrollpatienten ausschließlich auf deren Abrechnungsdaten (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016).

## 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.

Erwachsene

Insgesamt kamen 2.677 Individuen der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 2.677 Individuen verfügten über 2.105 Patienten (78,6 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 2.105 Individuen der Modellklinik konnte wiederum für 2.088 Patienten (99,2 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten bei sowohl klinikneuen und -bekannten Patienten signifikant höher als in der KG. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war insgesamt in der IG bei klinikneuen und -bekannten Patienten geringer als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum in Kohorte 1 und 3.

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

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	1.684	7.506	1.409 (83,7%)	4.788 (63,8%)	1.398 (83,0%; 99,2%)	1.398 (18,6%; 29,2%)
	Kohorte 2	1.074	3.983	708 (65,9%)	2.539 (63,7%)	701 (65,3%; 99,0%)	701 (17,6%; 27,6%)
	Kohorte 3	993	3.479	696 (70,1%)	2.171 (62,4%)	690 (69,5%; 99,1%)	690 (19,8%; 31,8%)
	Gesamt	3.751	14.968	2.813 (75,0%)	9.498 (63,5%)	2.789 (74,4%; 99,1%)	2.789 (18,6%; 29,4%)
Klinikneu	Kohorte 1	800	3.778	597 (74,6%)	2.426 (64,2%)	591 (73,9%; 99,0%)	591 (15,6%; 24,4%)
	Kohorte 2	911	3.615	621 (68,2%)	2.336 (64,6%)	619 (67,9%; 99,7%)	619 (17,1%; 26,5%)
	Kohorte 3	863	3.281	612 (70,9%)	2.077 (63,3%)	612 (70,9%; 100,0%)	612 (18,7%; 29,5%)
	Gesamt	2.574	10.674	1.830 (71,1%)	6.839 (64,1%)	1.822 (70,8%; 99,6%)	1.822 (17,1%; 26,6%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	884	3.728	812 (91,9%)	2.362 (63,4%)	807 (91,3%; 99,4%)	807 (21,6%; 34,2%)
	Kohorte 2	163	368	87 (53,4%)	203 (55,2%)	82 (50,3%; 94,3%)	82 (22,3%; 40,4%)
	Kohorte 3	130	198	84 (64,6%)	94 (47,5%)	78 (60,0%; 92,9%)	78 (39,4%; 83,0%)
	Gesamt	1.177	4.294	983 (83,5%)	2.659 (61,9%)	967 (82,2%; 98,4%)	967 (22,5%; 36,4%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	16,5	599
2	18,4	570
3	19,2	0 *
4	21,5	261
5	24,1	667
6	26,2	244
7	26,3	799
8	27,9	114

\* Diese Kontrollklinik wurde nicht berücksichtigt, da sie ein § 64b SGB V Modell aufwies.

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

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. 3			
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG	
Anzahl Patienten	gesamt	2.789	2.789		1.398	1.398		701	701		690	690					
	klinikneu	1.822	1.822		591	591		619	619		612	612					
	klimbekannt	967	967		807	807		82	82		78	78					
Mittleres Alter	gesamt	49,9	50,3	1	51,2	51,5	1	47,9	48,1	1	49,5	50,0	1	1			
	klinikneu	48,4	48,5	0,878	48,4	48,9	1	47,4	47,2	1	49,3	49,4	1	1	0,921	1	
	klimbekannt	52,9	53,7	1	53,3	53,4	1	51,1	54,7	1	50,6	55,1	1	1			
Anteil Frauen	gesamt	58,4%	59,2%	1	61,2%	60,4%	1	54,9%	55,6%	1	56,1%	60,3%	0,809	1			
	klinikneu	57,8%	58,9%	0,483	62,1%	60,7%	1	55,3%	56,7%	1	56,4%	59,3%	1	1	0,169	1	
	klimbekannt	59,4%	59,8%	1	60,6%	60,2%	1	52,4%	47,6%	1	53,8%	67,9%	1	1			
Anteil klinikbe- kannter Patienten	gesamt	34,7%	34,7%	1	57,7%	57,7%	1	11,7%	11,7%	1	11,3%	11,3%	1	1			
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			<0,001	<0,001	
	klimbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	48,8%	36,8%	<0,001	58,2%	49,3%	<0,001	38,7%	23,5%	<0,001	40,0%	24,9%	<0,001	<0,001			
	klinikneu	37,2%	21,6%	<0,001	37,1%	21,7%	<0,001	36,3%	21,3%	<0,001	38,2%	21,9%	<0,001	<0,001	0,921	1	
	klimbekannt	70,5%	65,4%	0,078	73,6%	69,5%	0,775	56,1%	40,2%	0,486	53,8%	48,7%	1	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	43,9%	48,2%	0,002	36,8%	40,2%	0,591	53,5%	57,5%	1	48,3%	55,1%	0,119	0,918			
	klinikneu	54,1%	59,2%	0,005	55,2%	60,1%	0,596	55,4%	59,6%	0,753	51,8%	58,0%	0,268	1	0,113	0,647	
	klimbekannt	24,5%	27,5%	0,745	23,4%	25,7%	1	39,0%	41,5%	1	20,5%	32,1%	1	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	7,4%	10,6%	<0,001	5,0%	7,7%	0,037	7,8%	14,0%	0,003	11,7%	13,0%	1	<0,001			
	klinikneu	8,7%	12,6%	<0,001	7,8%	11,8%	0,193	8,2%	13,4%	0,032	10,0%	12,4%	1	<0,001	0,140	1	
	klimbekannt	5,0%	6,9%	0,745	3,0%	4,7%	0,830	4,9%	18,3%	0,132	25,6%	17,9%	1	1			
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	4,4%	<0,001	0,0%	2,8%	<0,001	0,0%	5,0%	<0,001	0,0%	7,0%	<0,001	<0,001			
	klinikneu	0,0%	6,6%	<0,001	0,0%	6,4%	<0,001	0,0%	5,7%	<0,001	0,0%	7,7%	<0,001	<0,001			1
	klimbekannt	0,0%	0,2%	1	0,0%	0,1%	1	0,0%	0,0%		0,0%	1,3%	1				
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	13,7%	15,2%	0,647	22,5%	23,6%	1	3,9%	5,3%	1	5,7%	8,1%	0,711	1			
	klinikneu	1,7%	4,2%	<0,001	2,5%	5,2%	0,193	0,8%	3,6%	0,015	1,8%	3,9%	0,277	1	0,069	0,489	
	klimbekannt	36,2%	35,8%	1	37,2%	37,1%	1	26,8%	18,3%	1	35,9%	41,0%	1	1			
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,6%	2,7%	1	4,5%	4,3%	1	0,4%	0,7%	1	1,0%	1,4%	1	1			
	klinikneu	0,1%	0,5%	0,483	0,0%	0,5%	1	0,2%	0,6%	1	0,2%	0,5%	1	1	0,169	1	
	klimbekannt	7,3%	6,7%	1	7,8%	7,1%	1	2,4%	1,2%	1	7,7%	9,0%	1	1			
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	23,4%	23,4%	1	41,1%	40,3%	1	3,4%	5,6%	0,569	8,0%	7,2%	1	1			
	klinikneu	1,0%	2,0%	0,041	1,0%	1,5%	1	1,3%	3,1%	0,310	0,8%	1,3%	1	1	<0,001	<0,001	
	klimbekannt	65,7%	63,7%	1	70,5%	68,6%	1	19,5%	24,4%	1	64,1%	53,8%	1	1			
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	52,4%	53,8%	1	50,5%	50,6%	1	54,6%	55,6%	1	54,1%	58,4%	0,809	1			
	klinikneu	54,7%	56,4%	0,483	55,8%	55,7%	1	54,3%	55,9%	1	53,9%	57,5%	1	1	0,921	1	
	klimbekannt	48,2%	48,9%	1	46,6%	46,8%	1	57,3%	53,7%	1	55,1%	65,4%	1	1			

(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)

## Kinder und Jugendliche

Insgesamt kamen 136 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 136 Patienten verfügten über 110 Individuen (80,1 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 110 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 110 Patienten (100,0 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 4).

Dabei wurden Kontrollpatienten nur Patienten aus den drei zur im Bundesland zur Verfügung stehenden Kliniken sortiert nach dem niedrigsten Score (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) herangezogen (vgl. Tabelle 5).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergaben (vgl. Tabelle 6). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergaben.

Für die übrigen Parameter, die Bestandteil des Matchings waren, ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG.

**Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching; Kinder und Jugendliche**

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	68	909	54 (79,4%)	757 (83,3%)	54 (79,4%; 100,0%)	54 (5,9%; 7,1%)
	Kohorte 2	38	545	31 (81,6%)	444 (81,5%)	31 (81,6%; 100,0%)	31 (5,7%; 7,0%)
	Kohorte 3	68	529	56 (82,4%)	452 (85,4%)	56 (82,4%; 100,0%)	56 (10,6%; 12,4%)
	Gesamt	174	1.983	141 (81,0%)	1.653 (83,4%)	141 (81,0%; 100,0%)	141 (7,1%; 8,5%)
Klinikneu	Kohorte 1	32	554	24 (75,0%)	449 (81,0%)	24 (75,0%; 100,0%)	24 (4,3%; 5,3%)
	Kohorte 2	30	503	23 (76,7%)	408 (81,1%)	23 (76,7%; 100,0%)	23 (4,6%; 5,6%)
	Kohorte 3	45	467	38 (84,4%)	396 (84,8%)	38 (84,4%; 100,0%)	38 (8,1%; 9,6%)
	Gesamt	107	1.524	85 (79,4%)	1.253 (82,2%)	85 (79,4%; 100,0%)	85 (5,6%; 6,8%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	36	355	30 (83,3%)	308 (86,8%)	30 (83,3%; 100,0%)	30 (8,5%; 9,7%)
	Kohorte 2	8	42	8 (100,0%)	36 (85,7%)	8 (100,0%; 100,0%)	8 (19,0%; 22,2%)
	Kohorte 3	23	62	18 (78,3%)	56 (90,3%)	18 (78,3%; 100,0%)	18 (29,0%; 32,1%)
	Gesamt	67	459	56 (83,6%)	400 (87,1%)	56 (83,6%; 100,0%)	56 (12,2%; 14,0%)

(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 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche**

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	14,7	77
2	22,2	57
3	22,5	47

**Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching; Kinder und Jugendliche**

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. 3			
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG	
Anzahl Patienten	gesamt	141	141		54	54		31	31		56	56					
	klinikneu	85	85		24	24		23	23		38	38					
	klimbekannt	56	56		30	30		8	8		18	18					
Mittleres Alter	gesamt	13,1	12,9	1	13,7	14,0	1	13,5	12,9	1	12,2	11,7	1	1			
	klinikneu	13,2	12,9	1	14,1	14,0	1	14,2	12,9	1	11,9	12,2	1	1	0,042	0,021	
	klimbekannt	12,9	12,8	1	13,5	14,0	1	11,2	13,1	1	12,7	10,5	0,516	1			
Anteil Frauen	gesamt	46,1%	48,2%	1	44,4%	51,9%	1	48,4%	41,9%	1	46,4%	48,2%	1	1			
	klinikneu	48,2%	49,4%	1	37,5%	62,5%	0,745	56,5%	47,8%	1	50,0%	42,1%	1	0,586	1	1	
	klimbekannt	42,9%	46,4%	1	50,0%	43,3%	1	25,0%	25,0%	1	38,9%	61,1%	1	1			
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	39,7%	39,7%	1	55,6%	55,6%	1	25,8%	25,8%	1	32,1%	32,1%	1	1			
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			0,034	0,029	
	klimbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	85,8%	75,2%	0,184	83,3%	77,8%	1	90,3%	80,6%	1	85,7%	69,6%	0,625	1			
	klinikneu	84,7%	78,8%	1	79,2%	66,7%	1	87,0%	91,3%	1	86,8%	78,9%	1	1	1	1	
	klimbekannt	87,5%	69,6%	0,409	86,7%	86,7%	1	100,0%	50,0%	0,666	83,3%	50,0%	0,463	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	10,6%	20,6%	0,390	13,0%	20,4%	1	6,5%	12,9%	1	10,7%	25,0%	0,673	1			
	klinikneu	14,1%	18,8%	1	20,8%	33,3%	1	8,7%	8,7%	1	13,2%	15,8%	1	1	1	1	
	klimbekannt	5,4%	23,2%	0,461	6,7%	10,0%	1	0,0%	25,0%	1	5,6%	44,4%	0,146	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,5%	4,3%	1	3,7%	1,9%	1	3,2%	6,5%	1	3,6%	5,4%	1	1			
	klinikneu	1,2%	2,4%	1	0,0%	0,0%		4,3%	0,0%	1	0,0%	5,3%	1	1	1	1	
	klimbekannt	7,1%	7,1%	1	6,7%	3,3%	1	0,0%	25,0%	1	11,1%	5,6%	1	1			
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%					
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%					
	klimbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	11,3%	6,4%	0,613	24,1%	9,3%	0,707	3,2%	6,5%	1	3,6%	3,6%	1	1			
	klinikneu	3,5%	1,2%	1	0,0%	0,0%		4,3%	0,0%	1	5,3%	2,6%	1		1	1	
	klimbekannt	23,2%	14,3%	0,808	43,3%	16,7%	0,437	0,0%	25,0%	1	0,0%	5,6%	1	1			
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,4%	0,0%	1	3,7%	0,0%	1	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%					
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%					

## 2. Zwischenbericht – Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. 3		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG
	linikbekannt	3,6%	0,0%	1	6,7%	0,0%	1	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%				
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	38,3%	36,9%	1	50,0%	48,1%	1	25,8%	16,1%	1	33,9%	37,5%	1	1		
	linikneue	1,2%	4,7%	1	0,0%	0,0%		0,0%	4,3%	1	2,6%	7,9%	1		0,026	0,012
	linikbekannt	94,6%	85,7%	1	90,0%	86,7%	1	100,0%	50,0%	0,666	100,0%	100,0%				
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	50,4%	51,8%	1	57,4%	53,7%	1	45,2%	41,9%	1	46,4%	55,4%	1	1		
	linikneue	54,1%	52,9%	1	70,8%	50,0%	0,951	47,8%	34,8%	1	47,4%	65,8%	1	1	0,469	1
	linikbekannt	44,6%	50,0%	1	46,7%	56,7%	1	37,5%	62,5%	1	44,4%	33,3%	1	1		

(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 Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH**

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Klinikum Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH begann zum 01.01.2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren. Das Netzwerk umschließt 9 Standorte in Berlin. Über die Umsetzung des Modellvorhabens in allen Standorten liegen den Evaluatoren keine Informationen vor.

Am Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 938 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 321 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kommen 60 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 60 in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Allgemeine Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V.

Die Leistungsbereiche des Modellvertrags umschließen vollstationäre und teilstationäre Behandlung (Tagesklinik/Nachtklinik), institutsambulante Versorgung (PIA), Home-Treatment sowie Krisenmanagement und Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +/- 6%).

Ein Standort des Netzwerkes hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Laut der Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik keinen § 64b-SGB-V-ähnlichen Vor-Vertrag.

Wie bei allen Modellverträgen nach § 64b SGB V wird ein gemeinsames Budget für den voll- und teilstationären Bereich sowie die PIA festgelegt, das im Rahmen des Vertrages zwischen der DAK und Vivantes zu beiden Seiten vollständig ausgeglichen wird.

## 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.

Ca. 70% der eingeschlossenen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7).

Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in IG wie auch KG und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10),
- depressive Episoden (F32),
- rezidivierende depressive Störungen (F33),
- phobische Störungen (F40),
- andere Angststörungen (F41) und
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene**

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	66,3 %	72,1 %
• Zwei Diagnosen	28,3 %	22,0 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	5,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	0,5 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	18	19
2. IG: F10 & F43 / KG: F10 & F32	17	17
3. IG: F33 & F40 / KG: F32 & F41	10	12

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

#### **Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	63,6 %	68,2 %
• Zwei Diagnosen	28,7 %	23,7 %
• Drei Diagnosen	6,2 %	6,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,5 %	1,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F33	26	32
2. F33 & F41	21	15
3. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F43	14	13

<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) - Erwachsene**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>690</b>	<b>690</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	65,2 %	67,0 %
• Zwei Diagnosen	29,4 %	24,8 %
• Drei Diagnosen	4,8 %	7,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,6 %	1,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	22	20
2. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F40	13	13
3. IG: F33 & F40 / KG: F32 & F41	12	12

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

Über 80% der eingeschlossenen jungen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7).

Aufgrund der geringen Fallzahlen können keine häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen beschrieben werden (Tabelle 7).

**Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche**

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	87,5 %	83,3 %
• Zwei Diagnosen	8,3 %	12,5 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	4,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F91 / KG: F32 & F93	1	1
2. IG: F43 & F84 & F90 / KG: F32 & F92	1	1
3. IG: F32 & F40 / KG: F32 & F45 & F90	1	1

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	63,3 %	80,0 %
• Zwei Diagnosen	30,0 %	20,0 %
• Drei Diagnosen	6,7 %	0,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 & F98 / KG: F90 & F93	1	2
2. IG: F91 & F93 / KG: F84 & F93	1	1
3. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F93	1	1

<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) - Kinder und Jugendliche**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>56</b>	<b>56</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	80,4 %	78,6 %
• Zwei Diagnosen	17,9 %	16,1 %
• Drei Diagnosen	1,8 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F98 / KG: F91 & F93	1	2
2. F90 & F93	1	2
3. IG: F42 & F93 / KG: F70 & F90 & F91 & F98	1	1

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

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

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

**Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene**

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	392	426	591	591
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,5 %	2,6 %	2,7 %	3,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,6 %	2,8 %	2,4 %	2,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,5 %	0,0 %	0,7 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,8 %	1,4 %	1,7 %	1,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,9 %	1,0 %	0,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	20,9 %	21,6 %	25,5 %	25,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	10,2 %	8,7 %	8,8 %	8,1 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,6 %	30,8 %	40,6 %	40,9 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,3 %	15,5 %	19,1 %	18,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,8 %	1,4 %	3,0 %	3,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	11,7 %	12,0 %	19,1 %	20,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,7 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,3 %	2,1 %	5,2 %	4,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,3 %	0,2 %	0,8 %	0,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,5 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	49,2	49,7	48,4	48,9
• Median	48	50	47	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 60)	(34 - 62)	(34 - 60)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	60,7 %	61,3 %	62,1 %	60,9 %

• Männer	39,3 %	38,7 %	37,9 %	39,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	63,3 %	76,3 %	62,9 %	78,3 %
• PIA	36,7 %	23,7 %	37,1 %	21,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	2,0 %	0,9 %	1,7 %	0,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,9 %	3,1 %	4,7 %	3,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,9 %	11,0 %	9,0 %	9,8 %
• Abitur/Fachabitur	8,7 %	11,0 %	8,3 %	10,2 %
• Abschluss unbekannt	10,5 %	12,0 %	10,0 %	12,5 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	62,0 %	66,3 %	63,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,6 %	5,9 %	5,8 %	5,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,3 %	15,3 %	15,9 %	15,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,7 %	0,3 %	0,5 %
• Bachelor	0,5 %	0,9 %	0,5 %	0,7 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,1 %	4,9 %	3,0 %	4,2 %
• Promotion	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	7,9 %	10,1 %	7,8 %	10,3 %
• Fehlende Angabe	64,0 %	62,0 %	66,3 %	63,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	15,6 %	14,6 %	14,0 %	12,4 %
• Nein	0,0 %	52,6 %	0,0 %	53,0 %
• Fehlende Angabe	84,4 %	32,9 %	86,0 %	34,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	26,8 %	31,2 %	28,9 %	33,8 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	25,3 %	18,5 %	25,4 %	21,8 %
• Weder A noch B	48,0 %	50,2 %	45,7 %	44,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	64,8 %	60,3 %	64,6 %	61,4 %
• Familienversicherter	3,3 %	3,3 %	3,9 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	31,9 %	30,3 %	31,5 %	29,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	6,1 %	0,0 %	5,6 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	513	550	807	807
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	4,9 %	5,9 %	5,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,7 %	2,9 %	3,2 %	2,6 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,4 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,2 %	0,2 %	0,5 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	16,2 %	17,6 %	23,7 %	24,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	32,0 %	30,4 %	24,7 %	24,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,8 %	30,4 %	40,6 %	41,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,7 %	1,8 %	5,8 %	6,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,0 %	4,8 %	2,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	7,4 %	7,8 %	17,8 %	18,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,0 %	0,9 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	3,1 %	2,9 %	5,1 %	6,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,2 %	0,0 %	0,7 %	0,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 %	0,2 %	1,2 %	2,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,7	54,1	53,3	53,4
• Median	51	53	53	53
• (Interquartilsabstand)	(37 - 65)	(39 - 68)	(39 - 66)	(38 - 67)
Geschlecht (%)				
• Frauen	59,1 %	59,5 %	60,6 %	60,2 %
• Männer	40,9 %	40,5 %	39,4 %	39,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	27,5 %	28,7 %	26,4 %	30,5 %
• PIA	72,5 %	71,3 %	73,6 %	69,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,2 %	0,1 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,7 %	1,3 %	3,3 %	1,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	6,2 %	7,1 %	6,3 %
• Abitur/Fachabitur	5,3 %	5,8 %	4,7 %	5,9 %
• Abschluss unbekannt	9,4 %	6,5 %	8,7 %	5,9 %

• Fehlende Angabe	74,7 %	80,0 %	76,1 %	79,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,5 %	2,0 %	3,7 %	2,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	10,3 %	8,5 %	9,7 %	8,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
• Bachelor	0,4 %	0,5 %	0,2 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,9 %	2,5 %	2,0 %	2,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	9,0 %	6,0 %	7,9 %	5,8 %
• Fehlende Angabe	74,7 %	80,0 %	76,1 %	79,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	21,4 %	19,3 %	22,6 %	18,2 %
• Nein	0,0 %	46,5 %	0,0 %	46,5 %
• Fehlende Angabe	78,6 %	34,2 %	77,4 %	35,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	30,0 %	26,9 %	28,5 %	25,3 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	51,3 %	51,8 %	53,0 %	56,5 %
• Weder A noch B	18,7 %	21,3 %	18,5 %	18,2 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	48,1 %	48,2 %	46,1 %	46,7 %
• Familienversicherter	3,1 %	2,4 %	3,6 %	2,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	48,7 %	44,7 %	50,3 %	46,8 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	4,7 %	0,0 %	4,0 %

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

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	450	462	690	690
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	3,1 %	4,1 %	2,6 %	4,1 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,7 %	2,4 %	2,2 %	2,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,6 %	1,3 %	2,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	18,0 %	19,5 %	23,0 %	21,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	11,8 %	11,3 %	11,0 %	10,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	34,4 %	35,3 %	43,3 %	44,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,0 %	12,1 %	18,7 %	17,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	0,9 %	5,7 %	5,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	9,1 %	10,0 %	19,6 %	20,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,7 %	0,4 %	2,8 %	2,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,0 %	1,0 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 %	0,2 %	1,7 %	1,7 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,7	51,4	49,5	50,0
• Median	51	51	49	50
• (Interquartilsabstand)	(35 - 68)	(35 - 66)	(33 - 64)	(34 - 63)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,0 %	56,9 %	56,1 %	60,3 %
• Männer	45,8 %	43,1 %	43,8 %	39,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	54,7 %	69,5 %	60,0 %	75,1 %
• PIA	45,3 %	30,5 %	40,0 %	24,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,1 %	0,2 %	0,9 %	0,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,4 %	1,5 %	2,9 %	2,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	3,7 %	9,1 %	4,3 %
• Abitur/Fachabitur	5,6 %	4,5 %	5,4 %	4,2 %
• Abschluss unbekannt	6,4 %	5,0 %	7,0 %	5,4 %

• Fehlende Angabe	76,4 %	85,1 %	74,8 %	83,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,6 %	1,3 %	3,5 %	1,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	11,6 %	6,7 %	13,2 %	7,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
• Bachelor	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,1 %	1,7 %	1,4 %	1,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	6,7 %	4,8 %	6,5 %	4,5 %
• Fehlende Angabe	76,4 %	85,1 %	74,8 %	83,8 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	17,3 %	16,2 %	14,9 %	16,7 %
• Nein	0,0 %	51,5 %	0,0 %	50,7 %
• Fehlende Angabe	82,7 %	32,3 %	85,1 %	32,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	26,7 %	31,0 %	29,0 %	31,7 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	18,7 %	19,7 %	21,6 %	24,3 %
• Weder A noch B	54,7 %	49,4 %	49,4 %	43,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	61,3 %	61,3 %	66,1 %	61,9 %
• Familienversicherter	4,2 %	5,0 %	4,1 %	5,4 %
• Rentner und deren Familienangehörige	34,4 %	30,5 %	29,9 %	30,0 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	3,2 %	0,0 %	2,8 %

<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

Auch das patientenindividuelle Matching (siehe Kapitel 6.1) in der KJP konnte, soweit es die Fallzahlen zulassen, die weitgehende Vergleichbarkeit zwischen IG und KG herstellen. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechend Kapitel zu finden.

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

**Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche**

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	21	20	24	24
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	28,6 %	40,0 %	29,2 %	50,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,5 %	10,0 %	12,5 %	8,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	4,2 %	4,2 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	4,8 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	4,8 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	52,4 %	50,0 %	54,2 %	54,2 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	14,3	14,0	14,1	14,0
• Median	15	14	14	14
• (Interquartilsabstand)	(13 - 16)	(12 - 15)	(12 - 15)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	38,1 %	60,0 %	37,5 %	62,5 %

• Männer	61,9 %	40,0 %	62,5 %	37,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	23,8 %	20,0 %	20,8 %	33,3 %
• PIA	76,2 %	80,0 %	79,2 %	66,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	0,0 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %
• Nein	0,0 %	55,0 %	0,0 %	54,2 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	45,0 %	95,8 %	45,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	14,3 %	10,0 %	16,7 %	12,5 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	4,8 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %
• Weder A noch B	81,0 %	90,0 %	79,2 %	87,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	19,0 %	10,0 %	16,7 %	12,5 %
• Familienversicherter	61,9 %	70,0 %	66,7 %	70,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	19,0 %	5,0 %	16,7 %	4,2 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	15,0 %	0,0 %	12,5 %

<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 – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	19	24	30	30
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	21,1 %	16,7 %	30,0 %	20,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 %	0,0 %	3,3 %	3,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	4,2 %	3,3 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	5,3 %	4,2 %	3,3 %	3,3 %
• F 50 (Essstörungen)	5,3 %	0,0 %	6,7 %	3,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	4,2 %	3,3 %	3,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	4,2 %	6,7 %	6,7 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	68,4 %	66,7 %	66,7 %	70,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	13,9	14,1	13,5	14,0
• Median	13	15	13	14
• (Interquartilsabstand)	(11 - 17)	(12 - 16)	(11 - 17)	(12 - 16)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,6 %	41,7 %	50,0 %	43,3 %
• Männer	47,4 %	58,3 %	50,0 %	56,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	10,5 %	12,5 %	13,3 %	13,3 %
• PIA	89,5 %	87,5 %	86,7 %	86,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,3 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	4,2 %	0,0 %	3,3 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	5,3 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %

• Fehlende Angabe	89,5 %	95,8 %	93,3 %	96,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	4,2 %	0,0 %	3,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	10,5 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	89,5 %	95,8 %	93,3 %	96,7 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	0,0 %	8,3 %	6,7 %	10,0 %
• Nein	0,0 %	37,5 %	0,0 %	36,7 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	54,2 %	93,3 %	53,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	26,3 %	16,7 %	26,7 %	13,3 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	5,3 %	8,3 %	10,0 %	10,0 %
• Weder A noch B	68,4 %	75,0 %	63,3 %	76,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	31,6 %	12,5 %	20,0 %	10,0 %
• Familienversicherter	68,4 %	75,0 %	80,0 %	80,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	12,5 %	0,0 %	10,0 %

<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) – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	45	44	56	56
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	4,4 %	2,3 %	3,6 %	3,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	17,8 %	20,5 %	26,8 %	26,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	6,7 %	6,8 %	5,4 %	7,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	2,2 %	2,3 %	7,1 %	7,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	6,7 %	0,0 %	7,1 %	1,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	2,3 %	1,8 %	3,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	62,2 %	65,9 %	60,7 %	66,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	11,6	11,3	12,2	11,7
• Median	11	12	12	12
• (Interquartilsabstand)	(9 - 14)	(8 - 15)	(9 - 15)	(8 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	37,8 %	43,2 %	46,4 %	46,4 %
• Männer	62,2 %	56,8 %	53,6 %	53,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	13,3 %	20,5 %	14,3 %	30,4 %
• PIA	86,7 %	79,5 %	85,7 %	69,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	2,3 %	1,8 %	1,8 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	0,0 %	2,3 %	0,0 %	1,8 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• Fehlende Angabe	100,0 %	95,5 %	96,4 %	96,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,0 %	2,3 %	3,6 %	1,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	2,3 %	0,0 %	1,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	100,0 %	95,5 %	96,4 %	96,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,9 %	2,3 %	7,1 %	1,8 %
• Nein	0,0 %	38,6 %	0,0 %	35,7 %
• Fehlende Angabe	91,1 %	59,1 %	92,9 %	62,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	4,4 %	6,8 %	8,9 %	8,9 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	4,4 %	0,0 %	3,6 %	1,8 %
• Weder A noch B	91,1 %	93,2 %	87,5 %	89,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	6,7 %	13,6 %	12,5 %	12,5 %
• Familienversicherter	84,4 %	84,1 %	80,4 %	85,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	8,9 %	2,3 %	7,1 %	1,8 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<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

## 8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

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

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

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

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

- In der jeweils ersten Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomeparameter der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr von IG und KG über die Zeit (Prä-Zeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr) dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung von Zeitreihendiagrammen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr sowie von Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit visualisieren (Prä-Zeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr). Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert.
- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.
- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).
- Zunächst werden die Ergebnisse der Erwachsenen und dann der Kinder und Jugendlichen pro Outcomeparameter dargestellt. Die Outcomes Kontaktabbruch, Arbeitsunfähigkeit, Komorbidität und Leitlinienadhärenz sind für die Kinder und Jugendlichen nicht dargestellt.

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

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

**Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>577</b>	<b>577</b>	<b>551</b>	<b>536</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>547</b>	<b>537</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)	5,9 %	33,4 %	15,2 %	15,5 %	7,7 %	34,4 %	17,4 %	14,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	3,5 %	1,3 %	2,1 %	2,6 %	3,2 %	2,6 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,7 %	10,4 %	9,1 %	8,6 %	13,4 %	14,2 %	10,4 %	9,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	1,9	21,7	4,6	3,7	2,1	24,4	7,3	5,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	9,7	1,0	1,2	0,1	11,4	2,2	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	1,9	31,4	5,6	4,9	2,2	35,8	9,5	6,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	1,0	0,6	0,7	1,0	1,0	0,6	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,9	0,6	0,6	1,0	0,9	0,5	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	1,7	0,9	1,2	1,7	2,8	1,7	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)

### Erwachsene, 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>781</b>	<b>781</b>	<b>746</b>	<b>722</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>761</b>	<b>729</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>	34,8 %	27,1 %	22,9 %	20,5 %	38,2 %	30,6 %	27,5 %	20,6 %
	7,9 %	5,0 %	2,1 %	2,6 %	6,4 %	3,4 %	3,5 %	3,7 %
	16,0 %	15,0 %	13,8 %	15,2 %	14,9 %	14,5 %	15,9 %	14,4 %
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>	16,5	15,8	12,6	10,1	16,9	20,4	12,0	9,2
	3,3	3,0	1,0	1,0	2,6	4,6	2,5	1,8
	19,8	18,8	13,6	11,1	19,6	25,0	14,4	10,9
	2,4	1,3	0,7	0,5	1,9	1,0	0,7	1,1
	2,0	1,1	0,7	0,5	1,9	0,9	0,6	1,1
	2,6	2,0	1,8	1,9	1,9	2,1	2,2	2,3

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

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

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

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

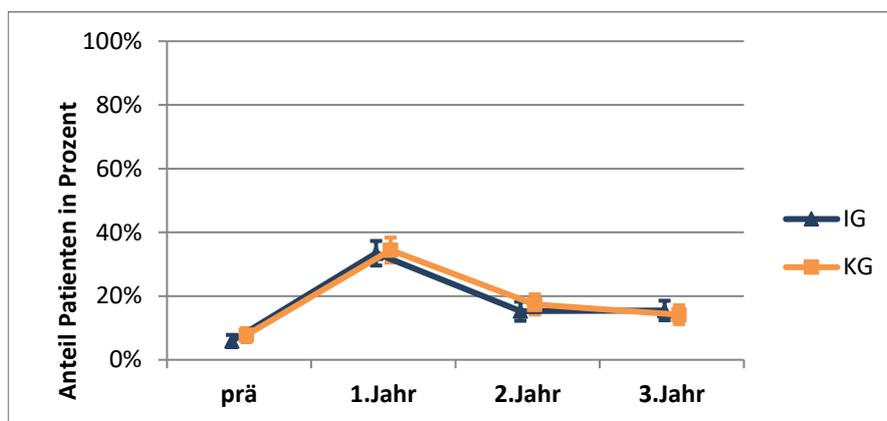
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

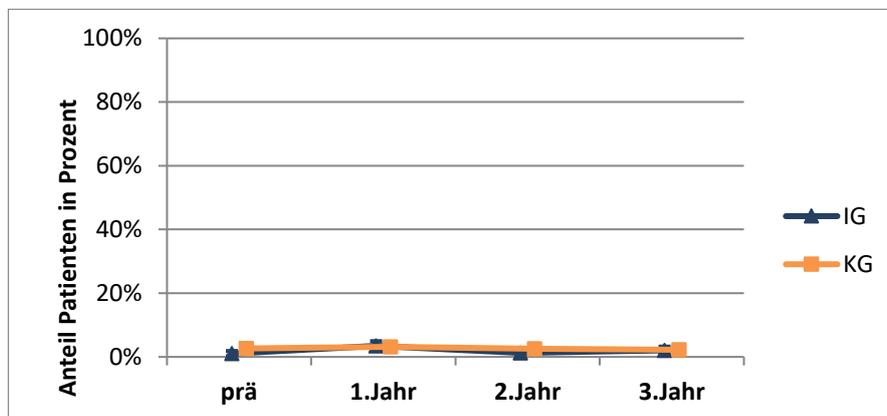
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

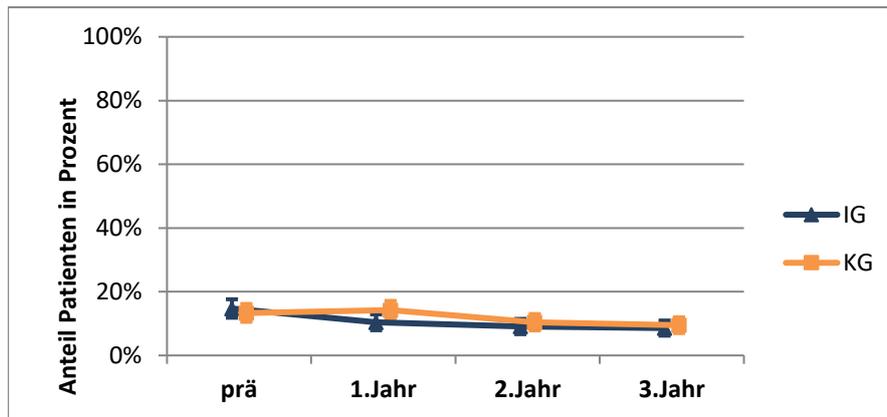
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

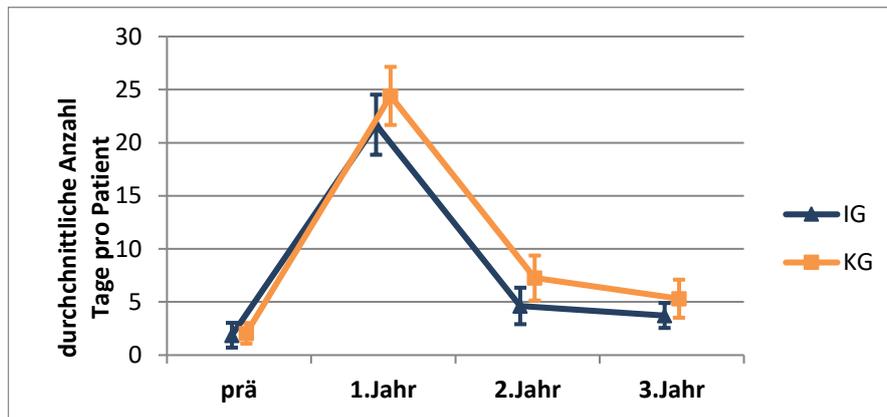


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

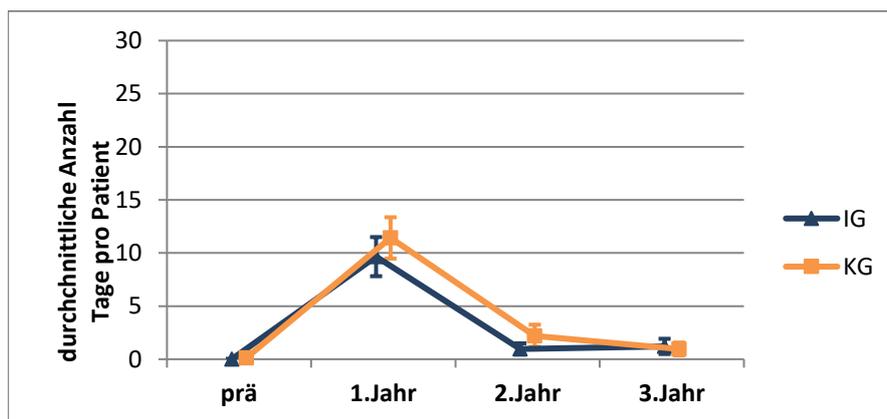


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

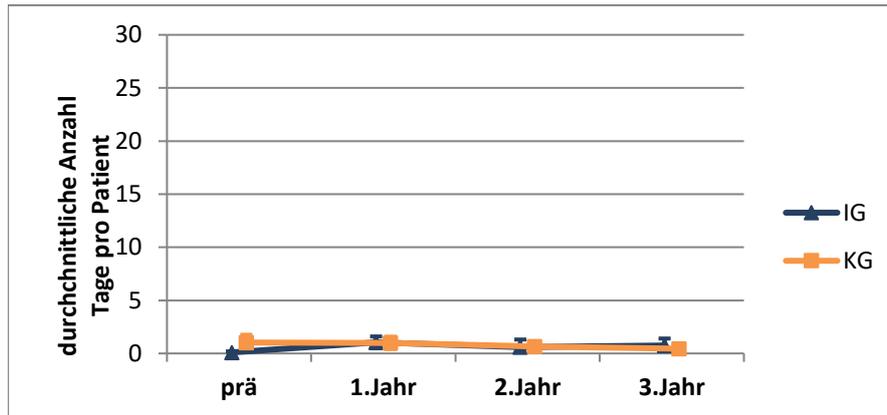
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



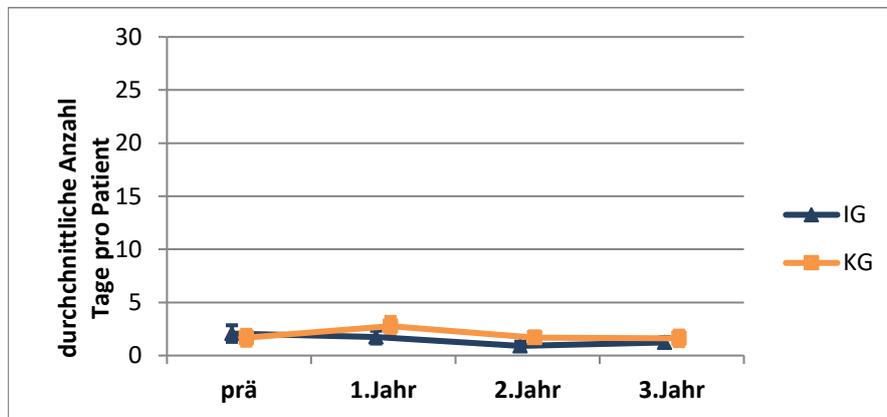
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



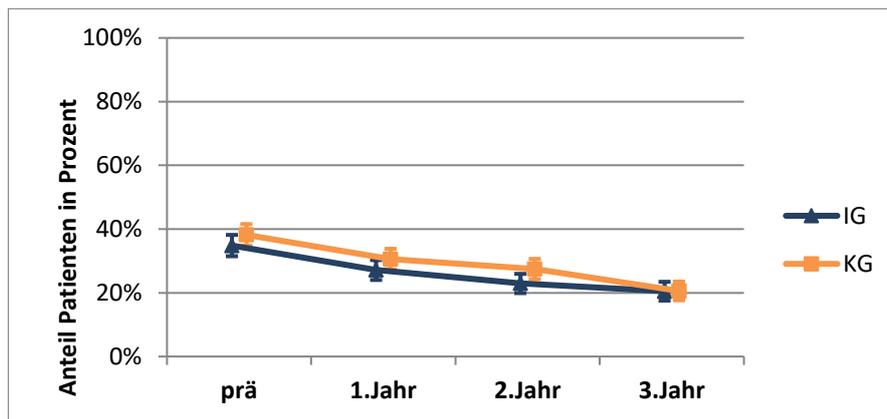
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

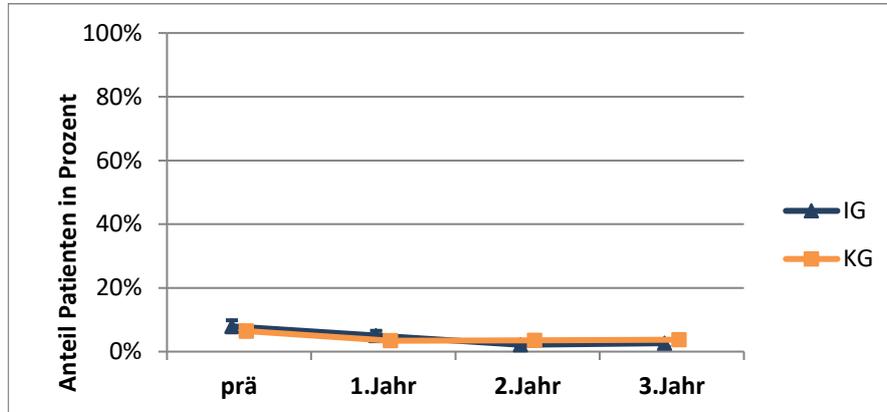
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

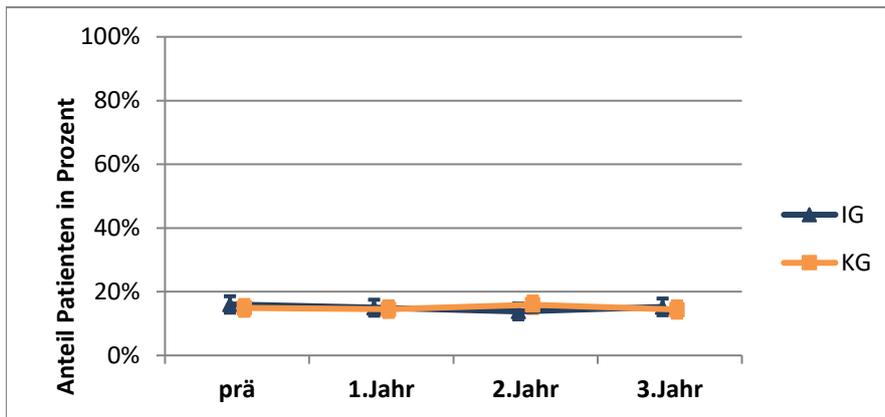
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

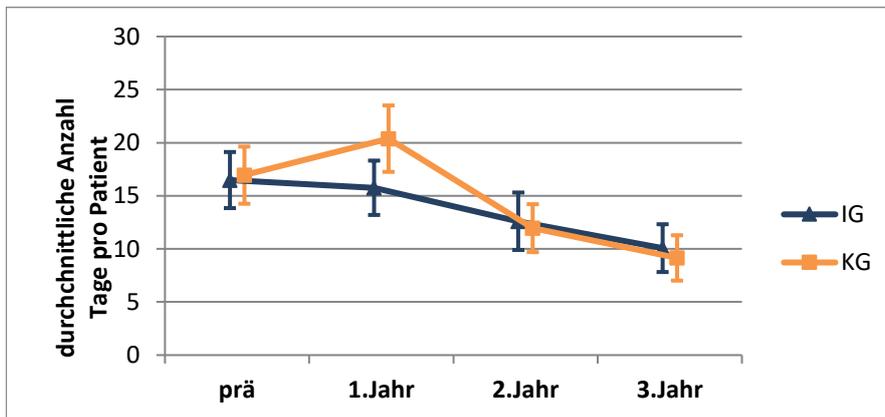


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

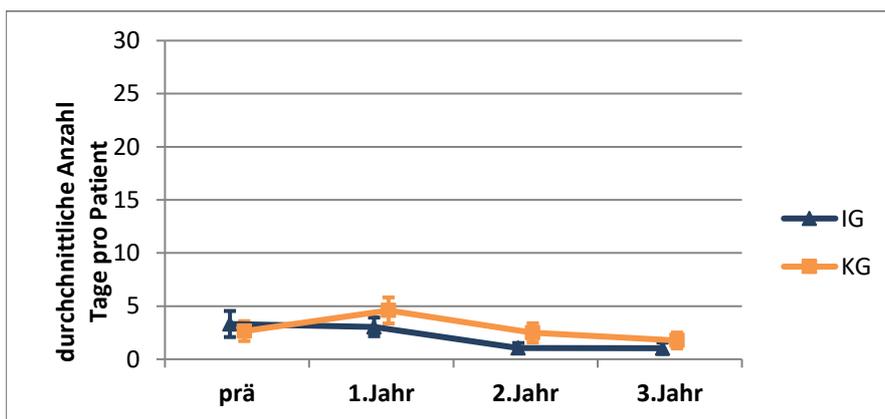


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

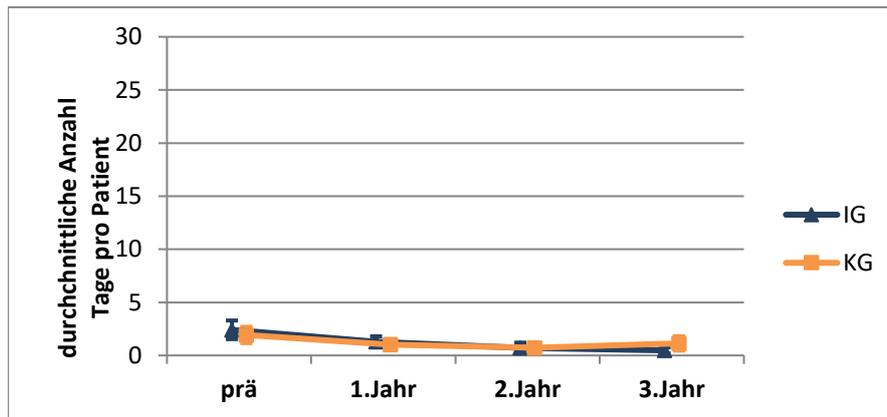
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



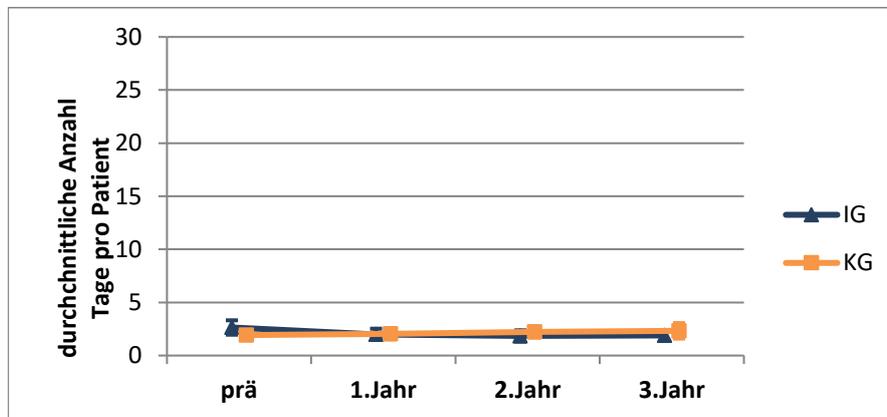
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



- 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 = 577, KG = 569;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 781, KG = 791).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den kl<sub>in</sub>ikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 1,9; KG: 2,1 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 21,7; KG: 24,4 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,6 und 3,7 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 7,3 und 5,3 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Dabei wies die IG stets etwas weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 2,5 vollstationäre Tage geringer als in der KG. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier wies die IG stets etwas weniger teilstationäre Behandlungstage, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, auf. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 1,6 teilstationäre Tage geringer als in der KG.

Bei den kl<sub>in</sub>ikbekannt<sub>en</sub> Patienten sank die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im patientenindividuellen Zeitverlauf in der IG stetig ab, während die in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst zunahm und dann auch weiter absank. Bis auf das erste Jahr nach Referenzfall, bei dem die IG 4,6 vollstationäre Behandlungstage weniger als die KG aufwies, war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster der Verläufe der teilstationären Behandlungstage ähnelte dem der vollstationären Behandlungstage mit Abnahme über die Zeit bei der IG und kleinem Peak in der KG. Die Höhe der teilstationären Behandlungstage waren im Prä-Zeitraum in der IG etwas größer und in den Jahren nach Referenzfall etwas geringer als in der KG.

Für die Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund anderer F-Diagnosen als Hauptdiagnose ergab sich sowohl bei den kl<sub>in</sub>ikneuen als auch bei den kl<sub>in</sub>ikbekannt<sub>en</sub> 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 kl<sub>in</sub>ikneuen und den kl<sub>in</sub>ikbekannt<sub>en</sub> Patienten vergleichbar.

**Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</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>	5,1 %	28,8 %	8,4 %	35,8 %
	4,9 %	4,1 %	5,7 %	2,6 %
	13,6 %	12,3 %	10,7 %	13,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3,4</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>	0,9	17,3	1,7	27,5
	0,4	10,9	0,2	13,0
	1,3	28,2	1,9	40,5
	1,2	1,6	1,6	0,9
	1,2	1,0	1,3	0,8
	2,5	1,9	1,6	1,9

<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)

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

**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

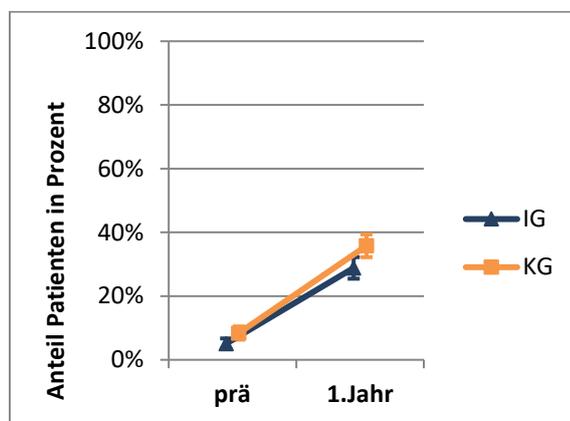
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

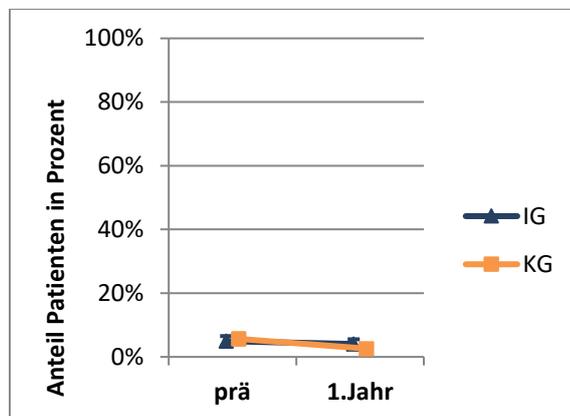
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

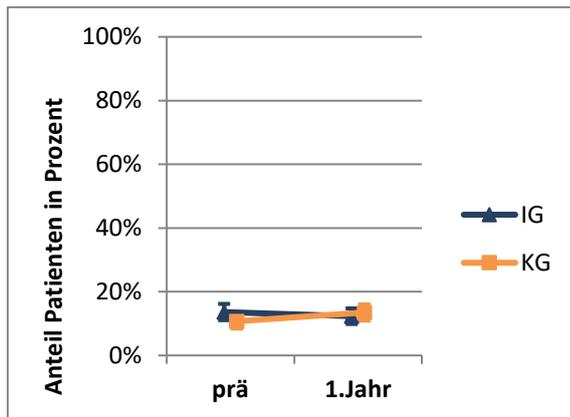
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

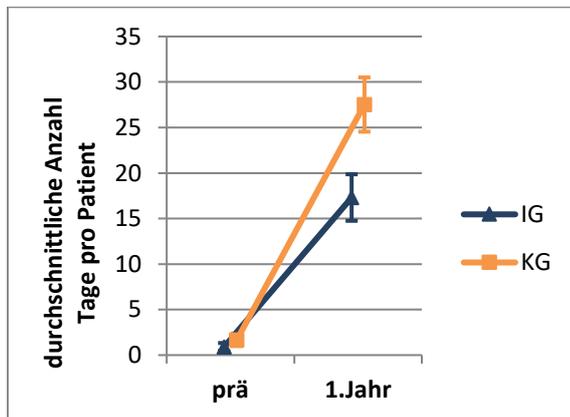


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

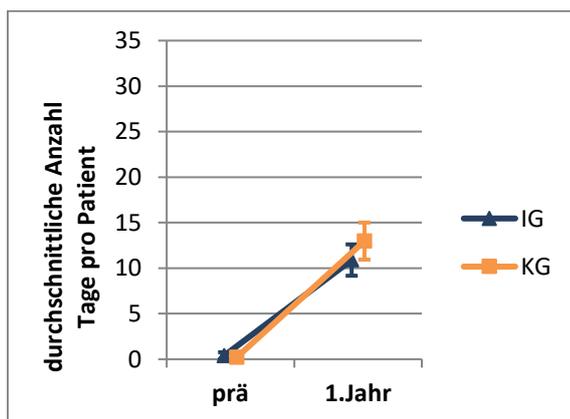


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

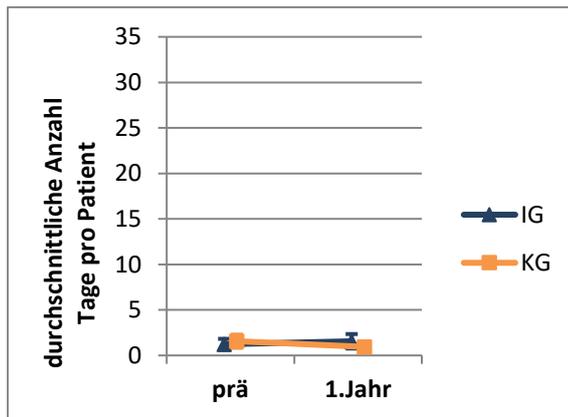
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



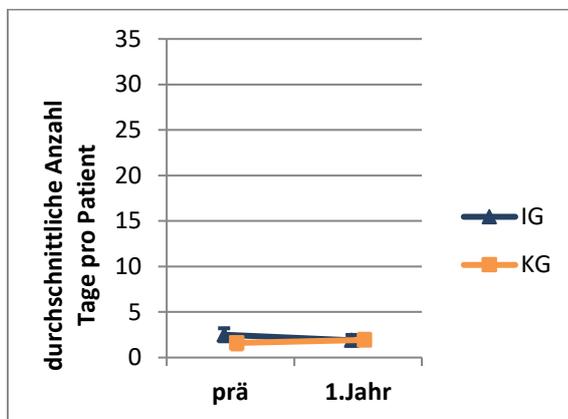
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 690 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen eine geringere Zunahme vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +16,4; KG: +25,8 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -9,4 vollstationäre Tage). Der Anstieg teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +10,5; KG: +12,8 teilstationäre Tage).

Dabei war die Zunahme von Behandlungstagen anderer F-Diagnosen in der IG im Vergleich zur Abnahme in der KG statistisch signifikant (DiD = 0,9 Tage), mit jedoch numerisch geringer Inanspruchnahme (0,9 – 1,6 Tage). Auf der anderen Seite sank die Inanspruchnahme von Behandlungstagen mit somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose in der IG und stieg leicht in der KG (DiD = +0,9 Tage), mit erneut geringer numerischer Inanspruchnahme (1,6 – 2,5 Tage).

Die Zunahme der Anteile an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +23,8; KG: +27,4 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

In der *Gesamtregression* aller linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten oder dritten Jahr nach Modellbeginn ergab sich ein signifikanter Anstieg (Haupteffekt *Modellzeit*) der Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose in beiden Gruppen. Dieser Unterschied (*DiD je Modelljahr*) war in den Kohorten der Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Jahr in der IG signifikant geringer als in der KG (1. Jahr: -4,7; 2. Jahr: -5,1; 3. Jahr: -8,8 vollstationäre Tage).

**Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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>22</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)	4,5 %	45,5 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	59,1 %	18,2 %	13,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,5 %	13,6 %	9,1 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,5 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	4,5 %	4,5 %	4,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	0,1	31,6	2,8	0,0	0,0	29,2	3,9	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	5,7	0,0	0,0	0,0	18,0	0,6	0,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,1	37,3	2,8	0,0	0,0	47,2	4,5	1,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	18,9	11,6	1,1	0,0	0,0	1,3	0,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	5,3	11,6	1,1	0,0	0,0	1,3	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,0	0,0	0,0	1,0	2,2	0,2	0,3

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

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

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

**Kinder, 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>30</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>	33,3 %	23,3 %	10,0 %	10,0 %	20,0 %	26,7 %	6,7 %	3,3 %
	10,0 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	6,7 %	3,3 %	3,3 %	0,0 %	0,0 %	3,3 %	3,3 %	0,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	22,0	12,6	9,3	4,6	4,7	2,0	0,0	3,1
	1,8	7,8	0,5	3,1	0,0	13,7	5,2	0,0
	23,9	20,4	9,7	7,7	4,7	15,7	5,2	3,1
	7,6	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	7,6	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0

<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>Angabe geht in die Kosteneffektivitätsberechnung ein.

**Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

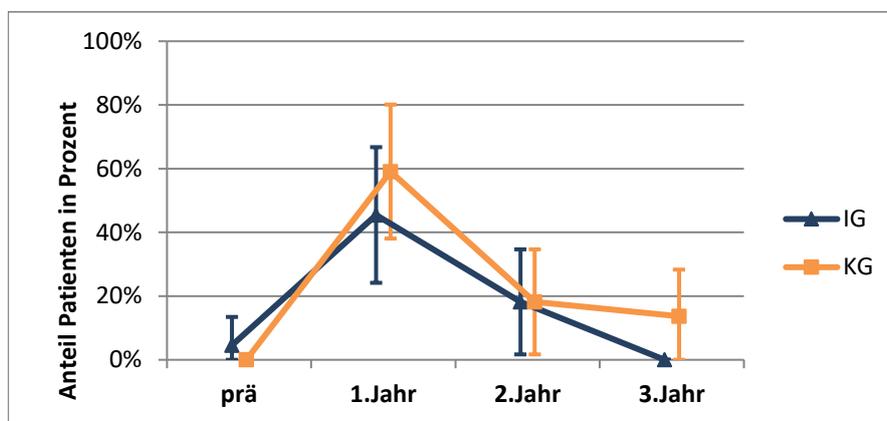
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

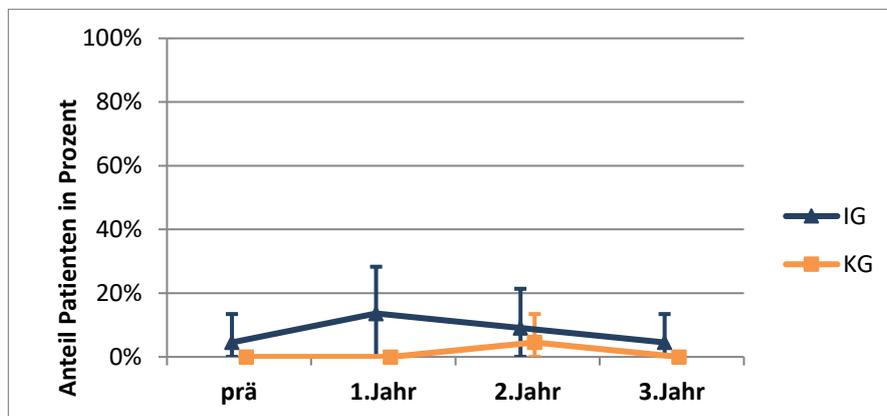
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

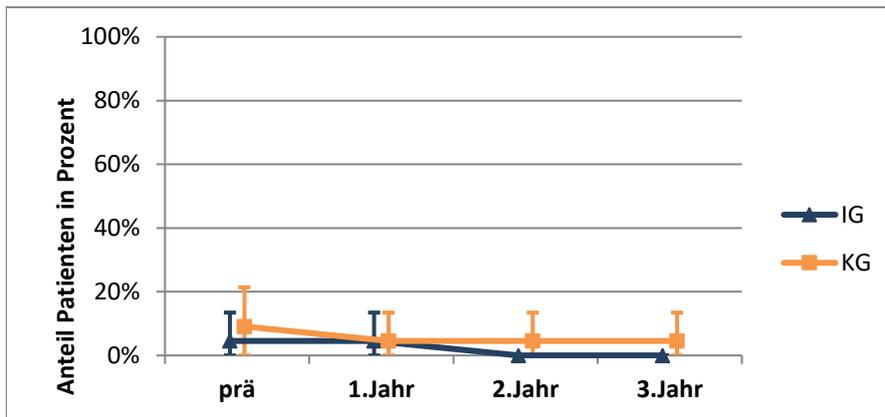
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

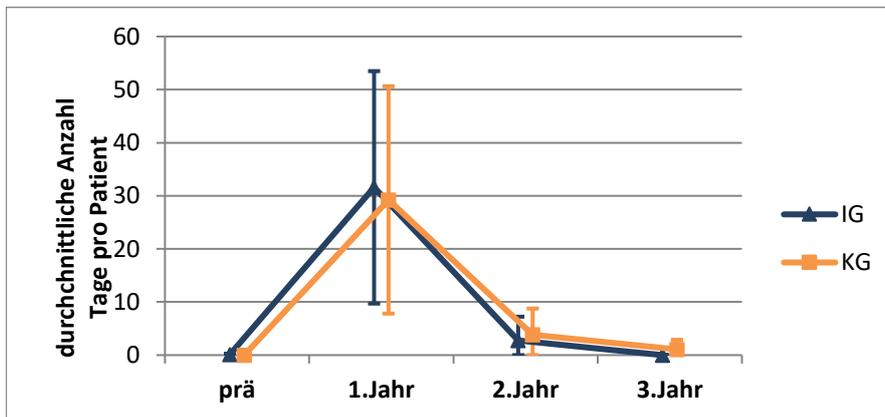


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

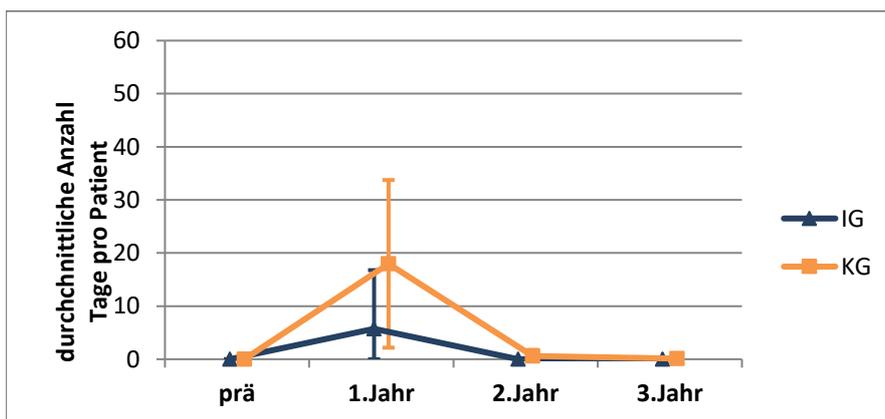


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

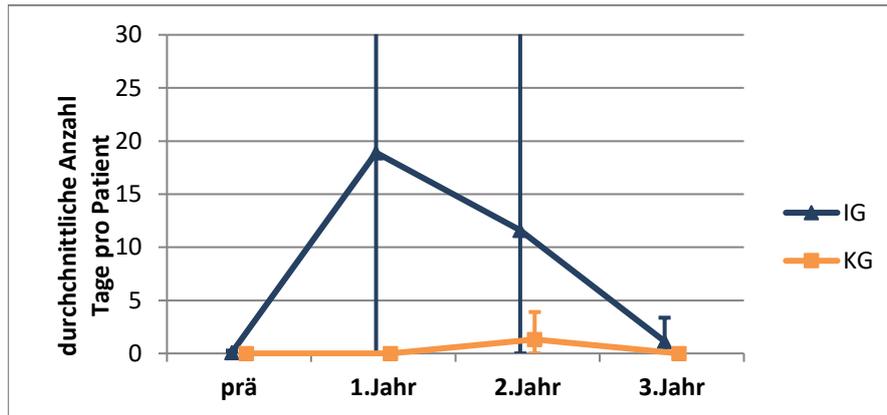
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



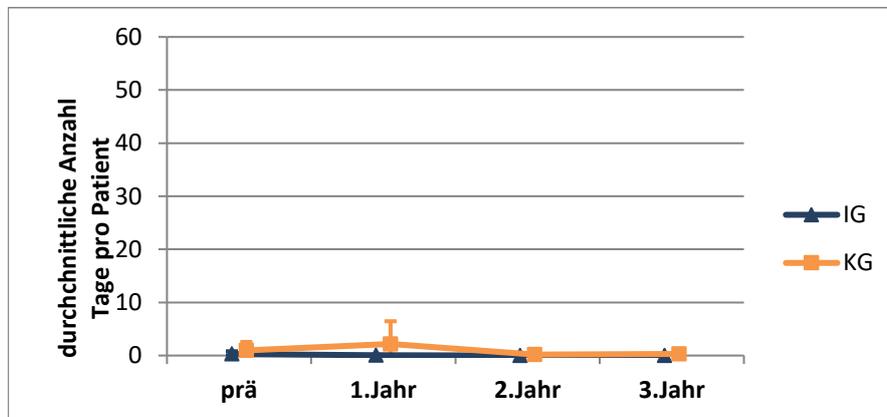
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



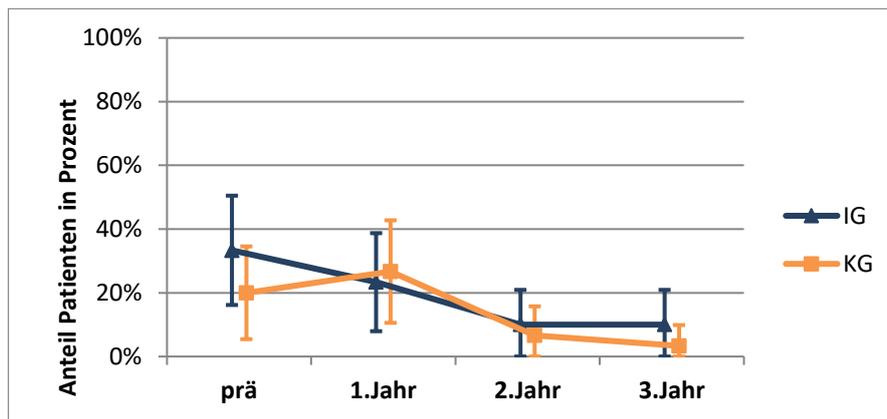
### Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

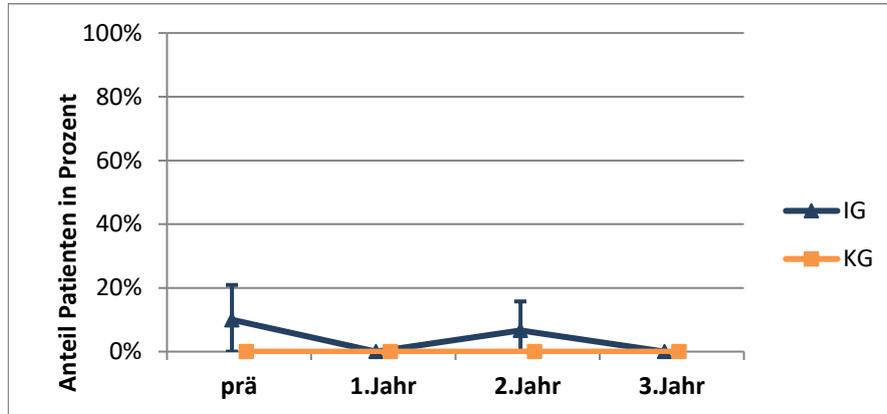
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

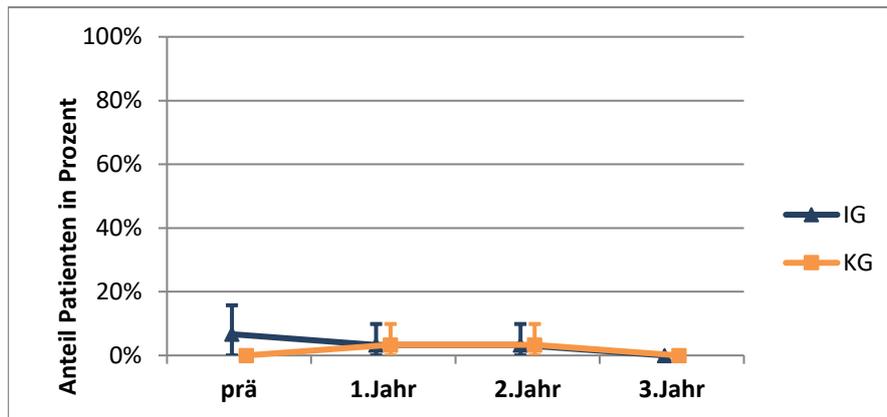
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

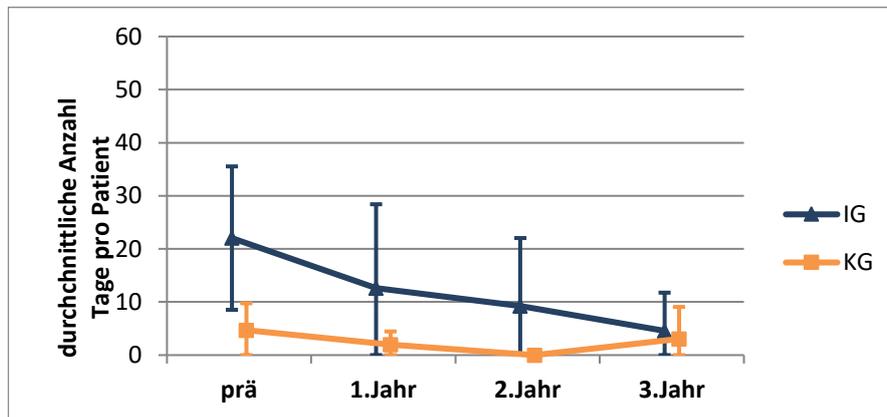


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

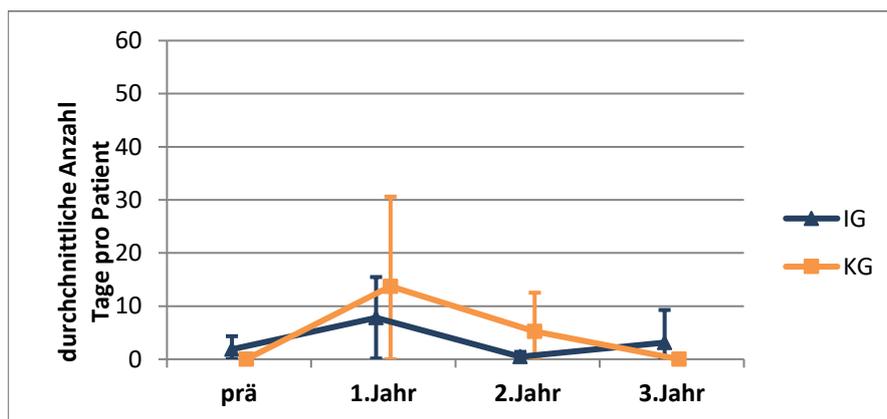


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

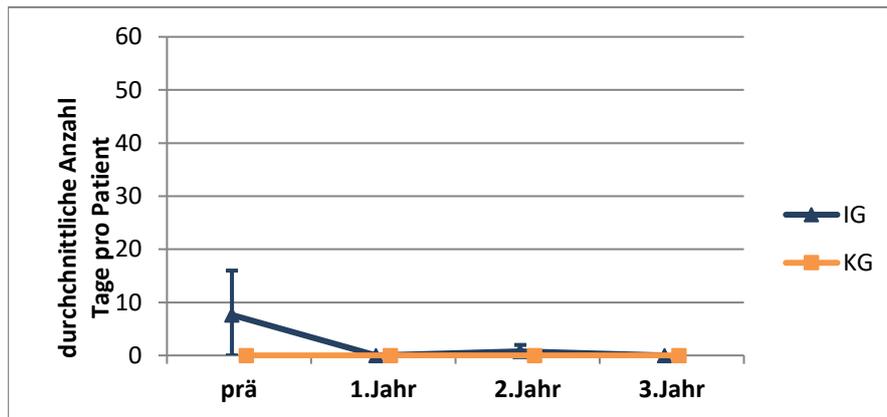
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



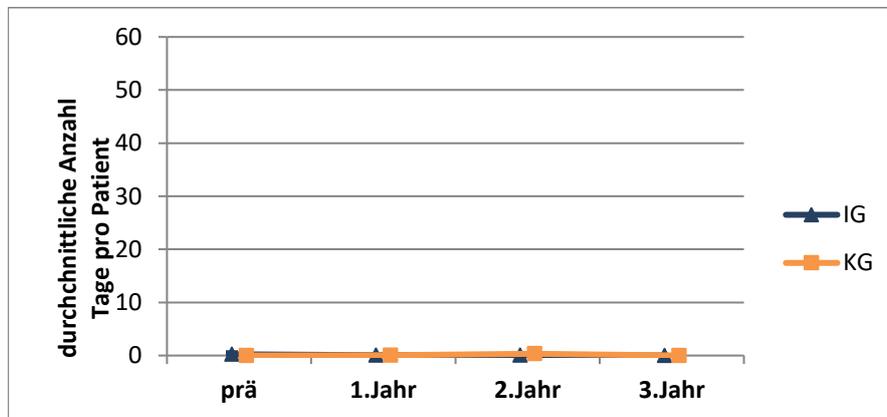
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 22, KG = 22;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 30, KG = 30).

Aufgrund der sehr geringen Fallzahl, die betrachtet werden konnte, kann hier keine inhaltliche Aussage abgeleitet werden.

**Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</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)	3,6 %	33,9 %	5,4 %	37,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,8 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	5,4 %	1,8 %	0,0 %	1,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	2,1	12,1	4,2	22,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	23,1	0,0	15,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,1	35,1	4,2	37,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,4	0,0	0,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,0	0,0	0,0

<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)

**Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

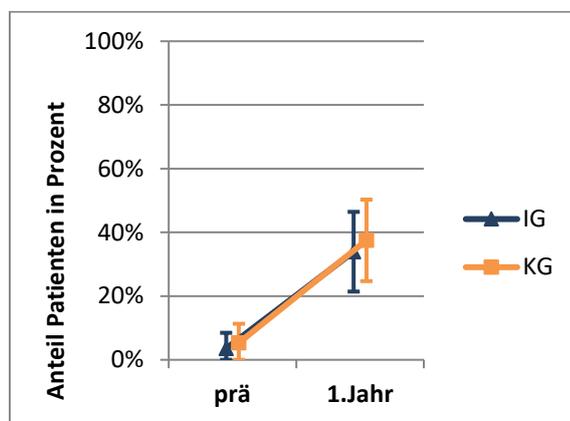
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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)**

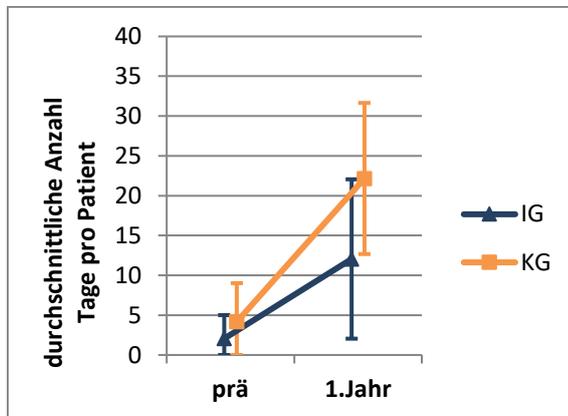
Fallzahl zu klein

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

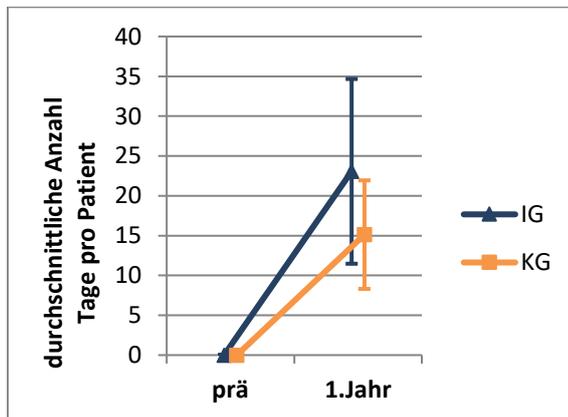
Fallzahl zu klein

**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)**

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 56 pro Gruppe) zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (DiD = -8,0 vollstationäre Tage). Auf der anderen Seite nahm die Inanspruchnahme teilstationärer Tage in der IG stärker zu als in der KG (IG: +23,1; KG: +15,1 teilstationäre Tage).

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

Abbildung 1 und Abbildung 3 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 507 ff.).

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

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

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

**Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>577</b>	<b>577</b>	<b>551</b>	<b>536</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>547</b>	<b>537</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>558</b>	<b>560</b>	<b>529</b>	<b>502</b>	<b>541</b>	<b>549</b>	<b>525</b>	<b>511</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,4	3,3	2,8	0,1	2,2	1,5	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,0	4,9	4,7	4,2	4,0	6,5	6,3	5,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,1	9,7	9,3	8,4	8,1	8,9	8,3	8,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,0	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)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,4	0,5	0,6	0,3	0,2	0,5	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	0,7	1,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	9,7	11,0	12,1	10,0	9,6	10,3	12,4	13,7

<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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Erwachsene, 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>781</b>	<b>781</b>	<b>746</b>	<b>722</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>761</b>	<b>729</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>714</b>	<b>734</b>	<b>690</b>	<b>667</b>	<b>746</b>	<b>760</b>	<b>726</b>	<b>699</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,0	9,9	8,1	7,1	6,2	7,7	6,4	6,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,8	2,6	2,5	2,3	3,3	3,6	4,0	4,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,6	11,0	11,9	12,0	9,5	9,4	9,3	9,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	0,2	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,4	0,5	0,3	0,7	0,8	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	15,3	19,0	17,9	17,2	12,7	13,8	14,6	14,3

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

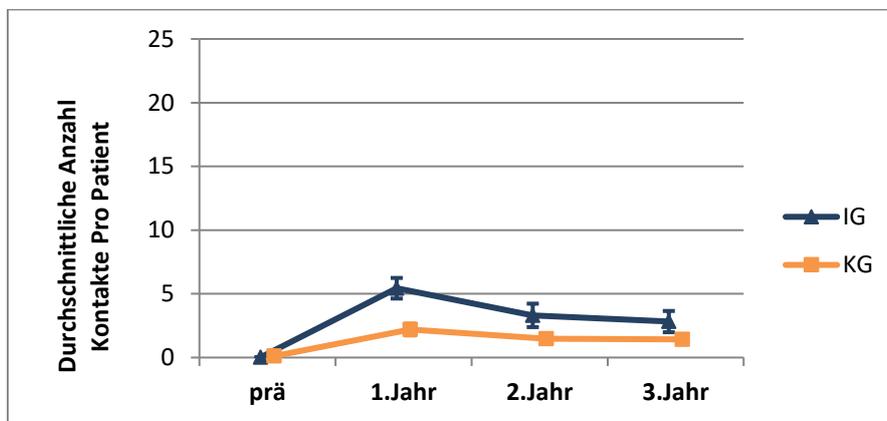
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

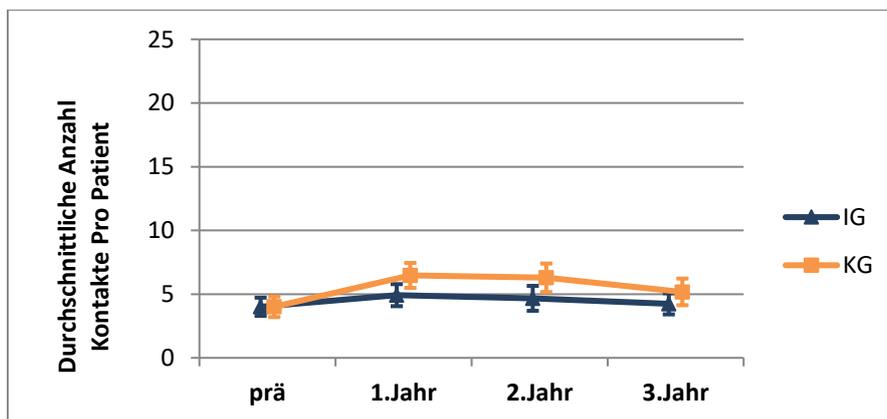
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

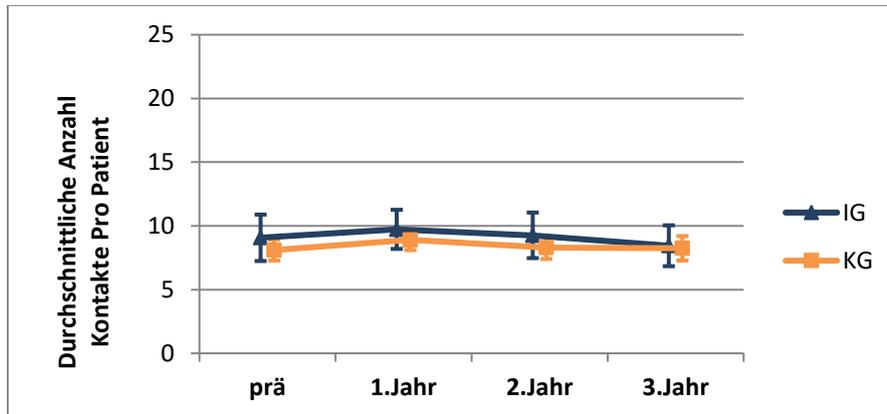
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

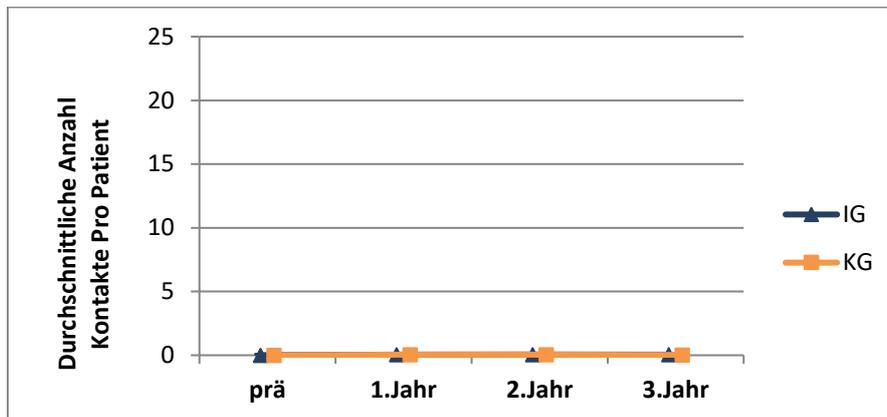


- bei anderen Vertragsärzten (E)

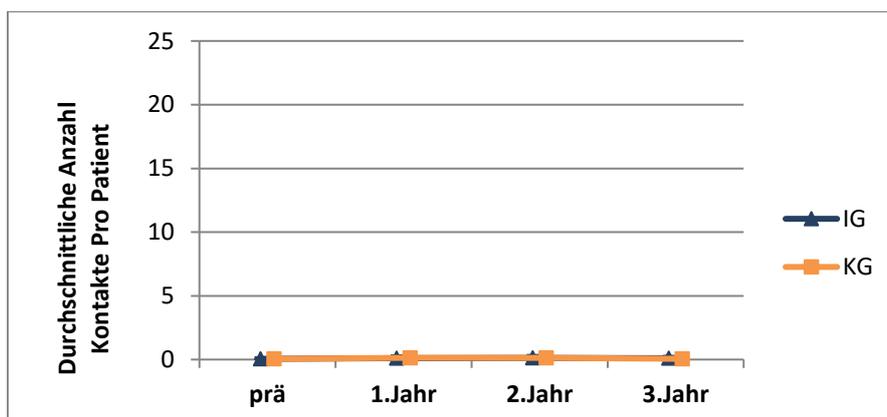


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

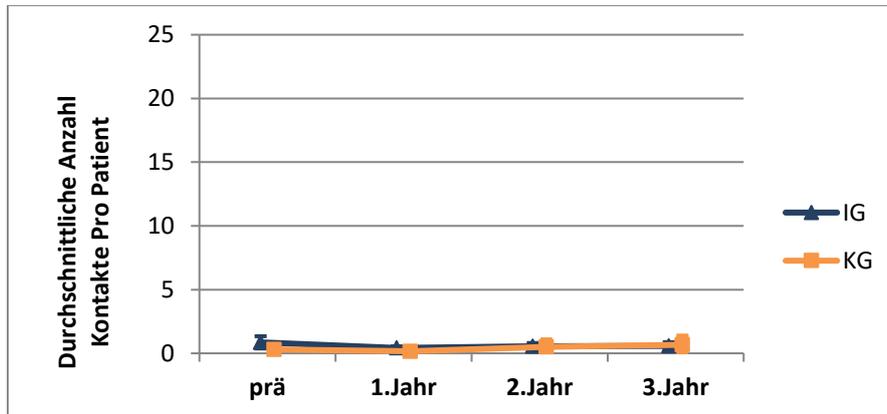
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

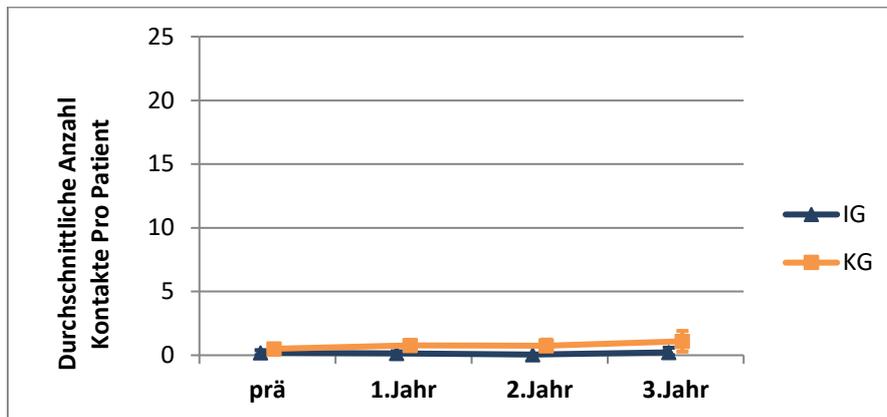


- bei anderen Vertragsärzten (F)

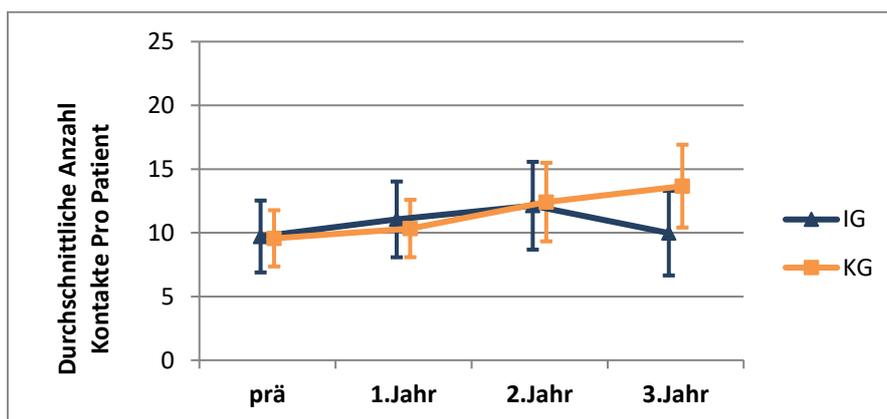


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



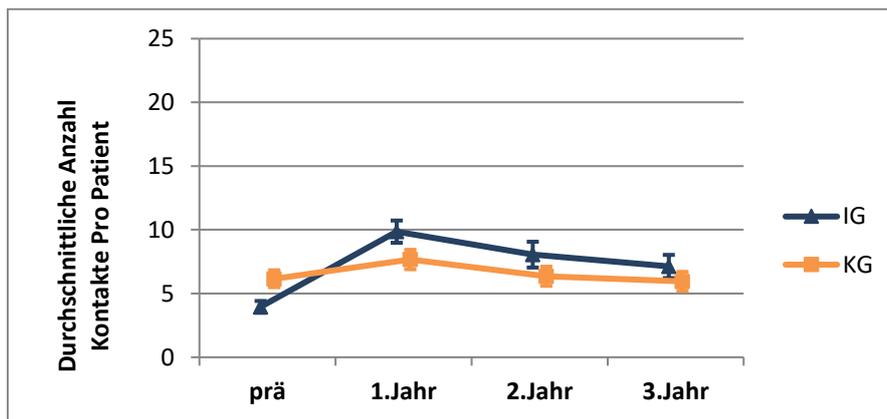
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

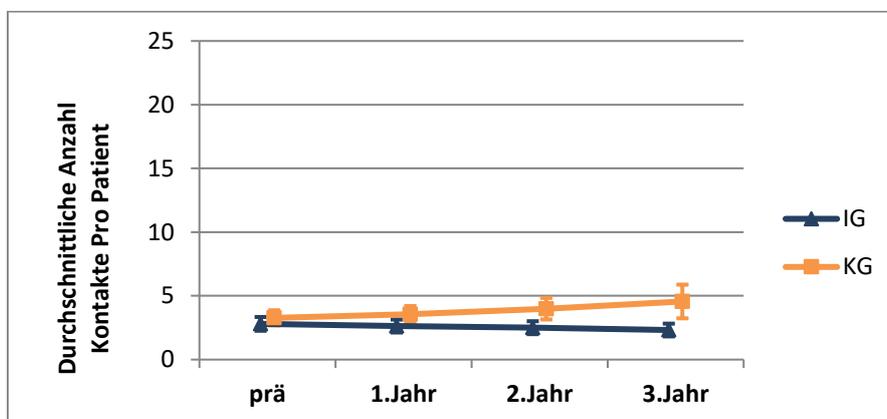
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

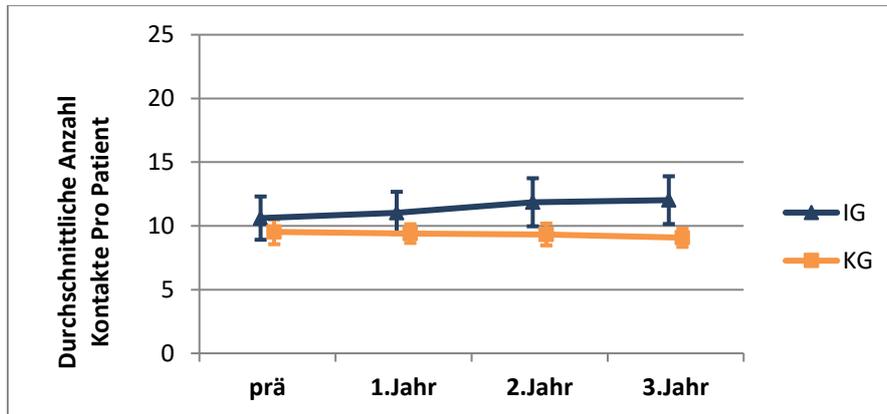
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

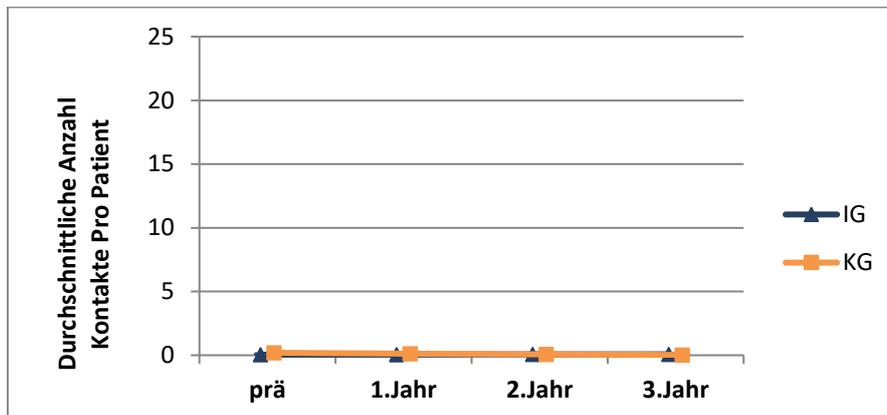


- bei anderen Vertragsärzten (E)

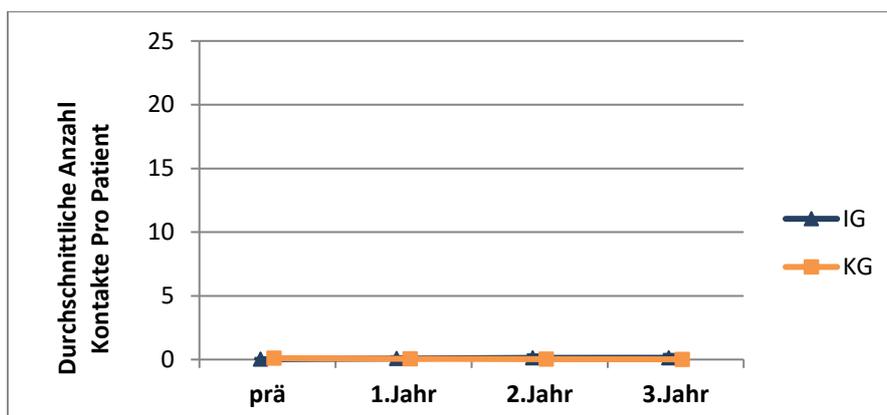


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

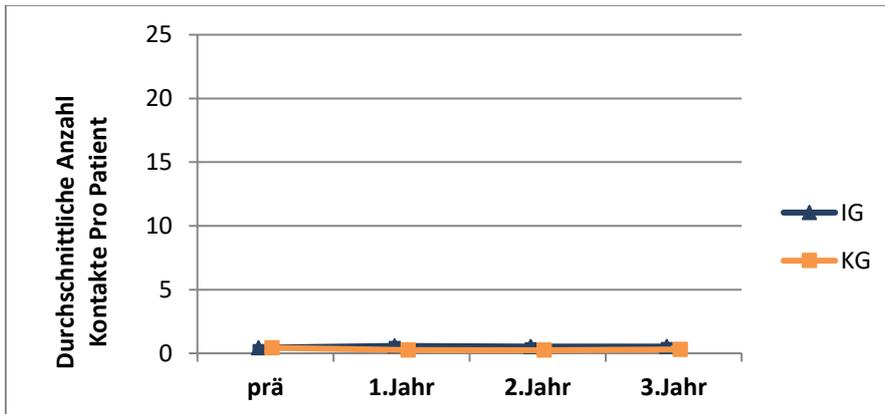
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

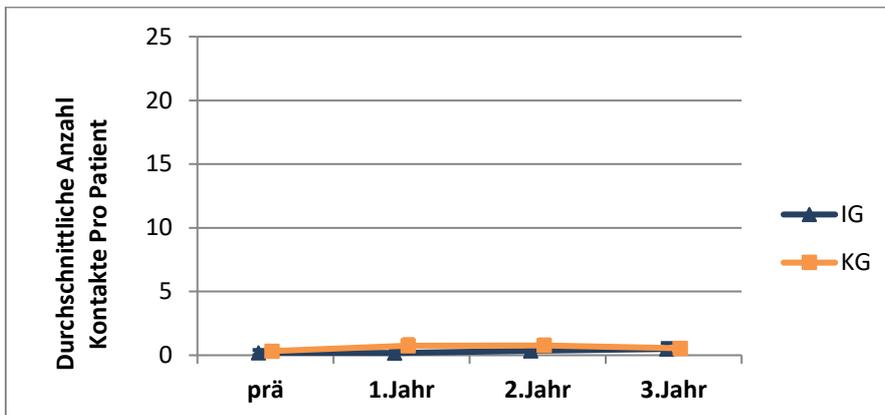


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

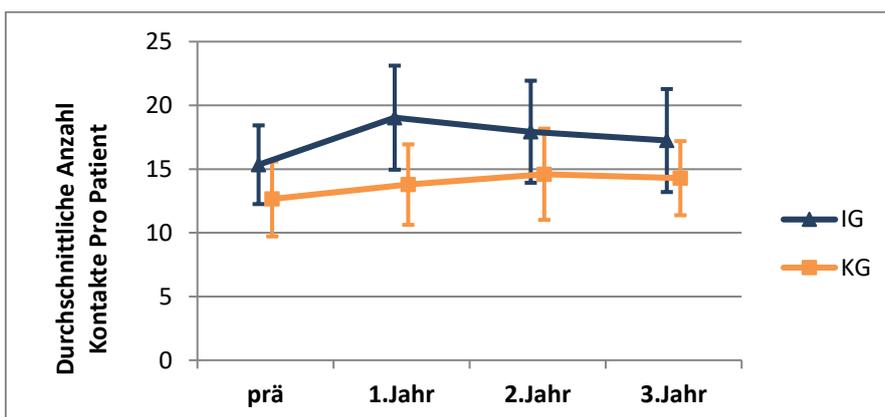


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 560, KG = 549;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 734, KG = 760). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigte sich in der IG ein stärkerer Anstieg der PIA-Inanspruchnahme ab dem Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG (prä: -0,1; 1. Jahr: +3,2; 2. Jahr: +1,8; 3. Jahr: +1,4 PIA-Kontakte).

Auf der anderen Seite war die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* in der IG ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG geringer im Vergleich zur KG (prä: 0,0; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -1,6; 3. Jahr: -0,9 Kontakte).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich die beschriebenen Muster. Nach geringerer durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte im Jahr vor Referenzfall, wiesen die Patienten der IG stets mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf (prä: -2,2; 1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +1,7; 3. Jahr: +1,2 PIA-Kontakte). Die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war in der IG stets geringer als in der KG, wobei sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Zeitverlauf noch etwas vergrößerte (prä: -0,5; 1. Jahr: -0,9; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -2,2 Kontakte).

**Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>663</b>	<b>656</b>	<b>661</b>	<b>667</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	5,2	0,2	2,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,2	3,9	3,9	6,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	8,5	9,9	9,1	9,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,2	0,1	0,1

<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten<sup>4</sup> (D)</li> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	0,1	0,1	0,1	0,1
	1,7	0,8	0,5	0,4
<b>Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor<sup>6</sup> (G1)</li> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	0,4	0,8	0,4	0,6
	9,1	11,9	14,0	16,4

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

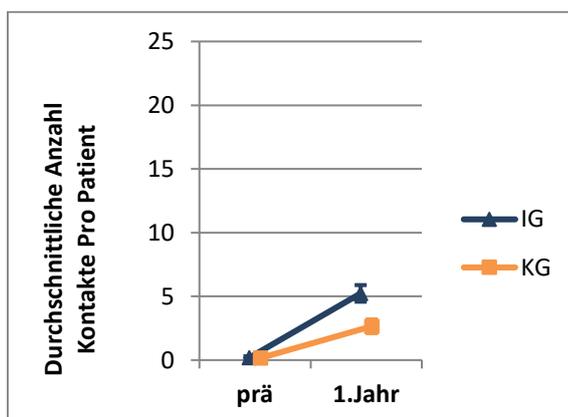
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

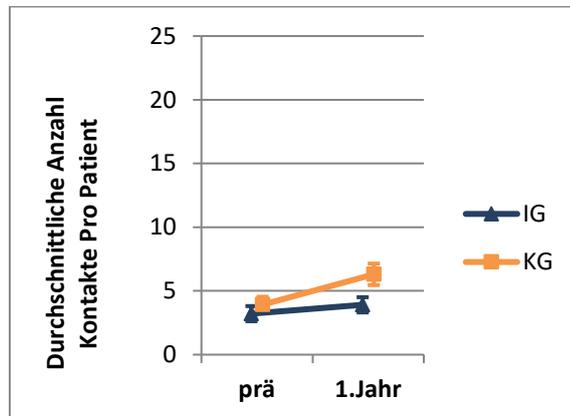
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

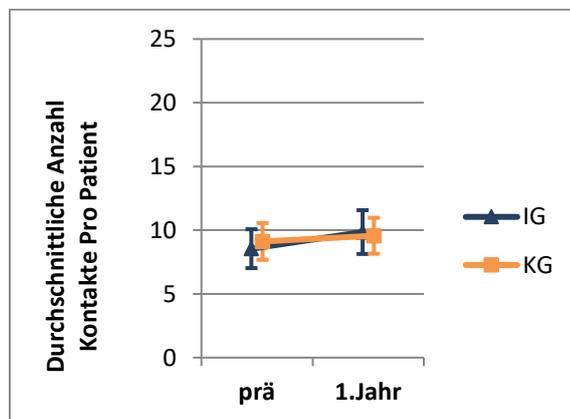
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



- **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

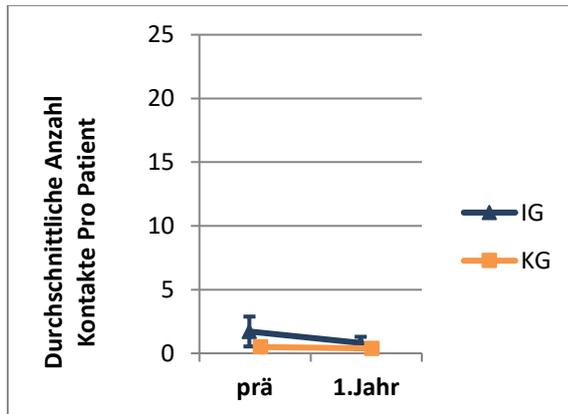
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

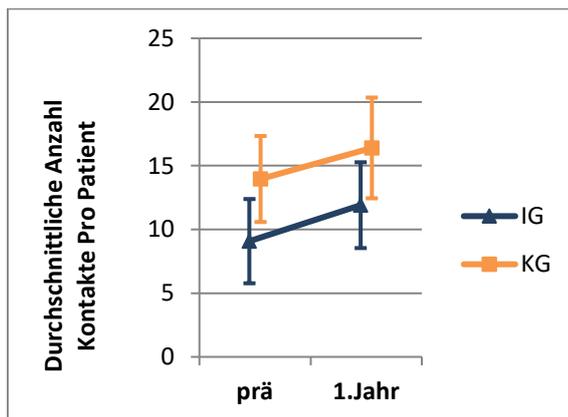


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 656 und 667) zeigte sich erneut eine stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG (IG: +5,0; KG: +2,5 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 2,6 Kontakte). Die Inanspruchnahme bei einem *Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* stieg analog zur Verlaufsbeobachtung von Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr in der IG weniger stark an als in der KG (IG: +0,7; KG: +2,4 Kontakte). Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -1,7 Kontakte). Die Zunahme der Inanspruchnahme anderer Vertragsärzte war in der IG etwas, jedoch statistisch signifikant, größer als in der KG (IG: +1,3; KG: +0,4; DiD = +0,9 Kontakte).

**Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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>22</b>							
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,7	2,6	3,0	0,0	3,1	1,2	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	10,4	14,3	8,8	5,8	3,0	4,7	2,8	6,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,2	2,0	1,0	1,5	1,5	3,4	3,0	3,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,5	0,7	0,5	0,1	0,2	0,2	0,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	0,9	0,8	1,1	1,5	1,0	0,8	0,0	0,8

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Kinder, 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>30</b>							
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>29</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,5	6,0	2,9	2,4	3,2	3,5	1,1	0,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,4	8,5	11,0	8,3	5,9	4,9	4,3	5,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,1	2,9	2,0	2,2	3,6	3,7	2,1	2,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	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)	0,3	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,5	0,5	0,7	0,6	0,1	0,4	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,7	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	3,0	4,7	2,4	2,3	8,7	6,5	3,3	3,4

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

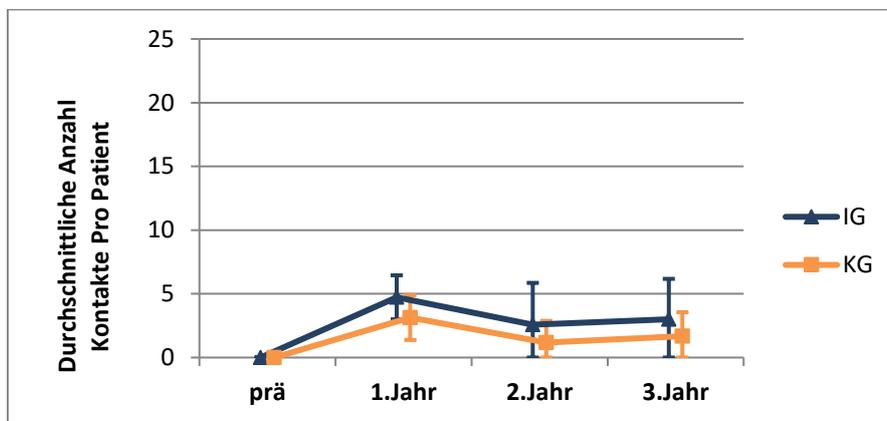
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

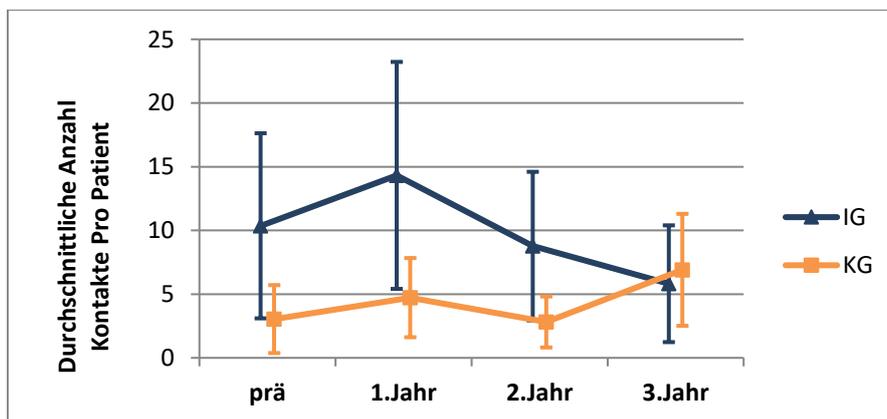
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

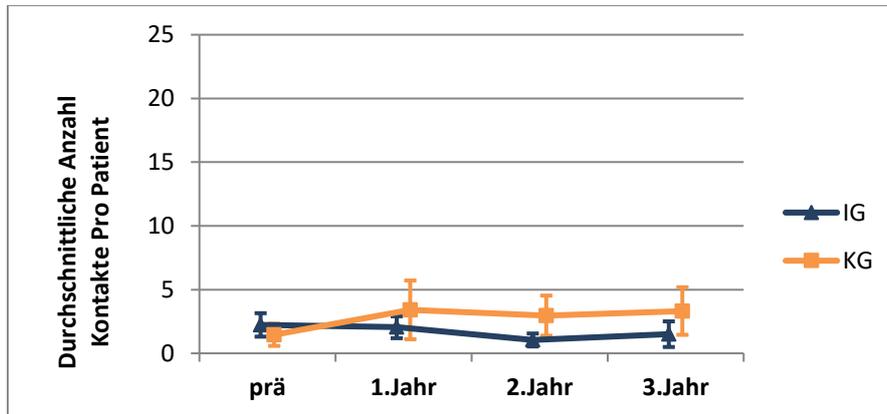
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

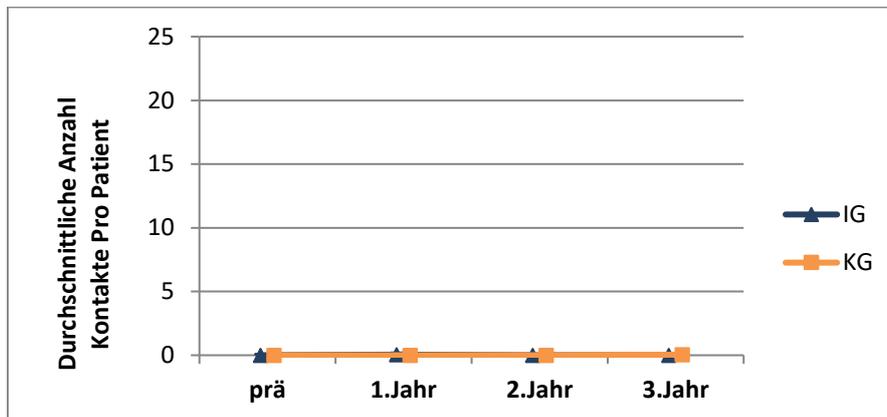


- bei anderen Vertragsärzten (E)

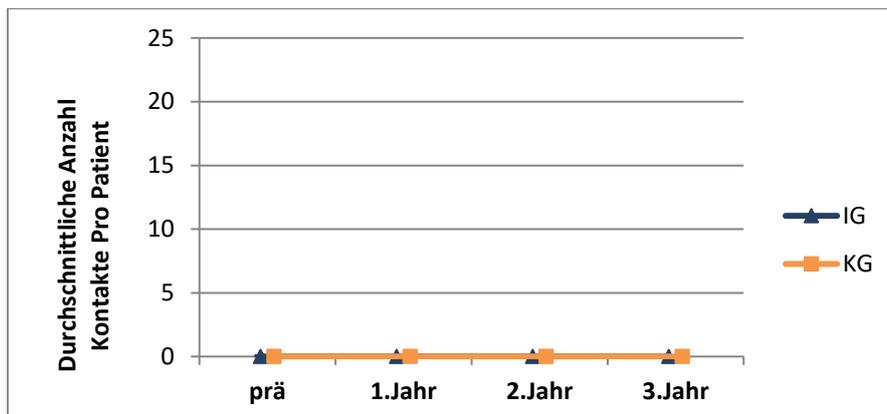


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

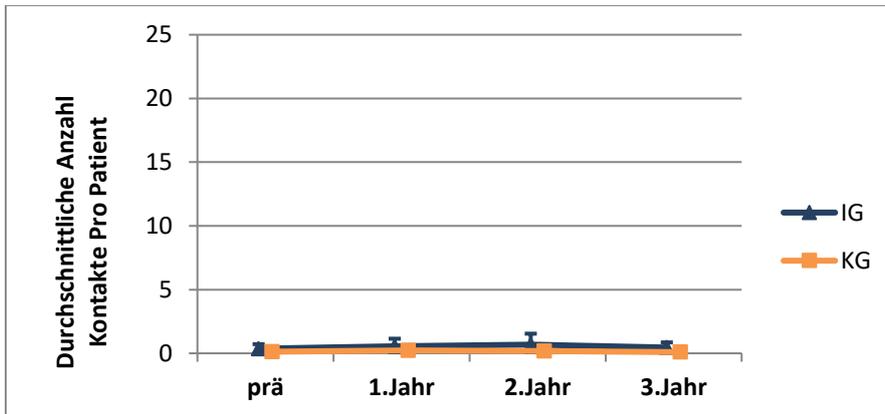
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

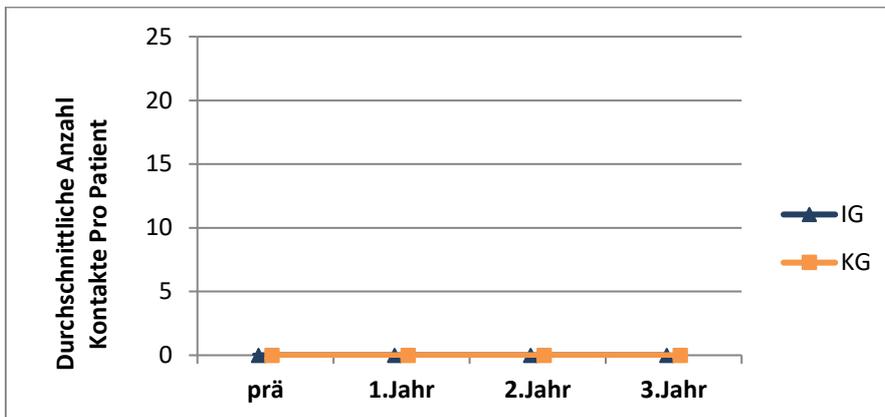


- bei anderen Vertragsärzten (F)

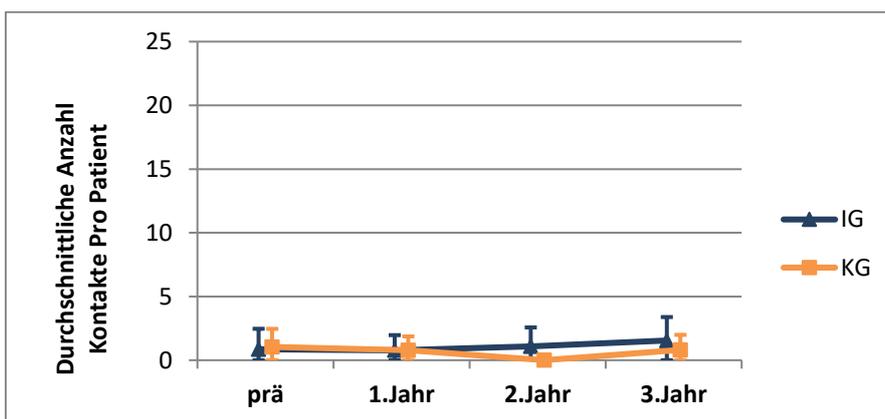


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



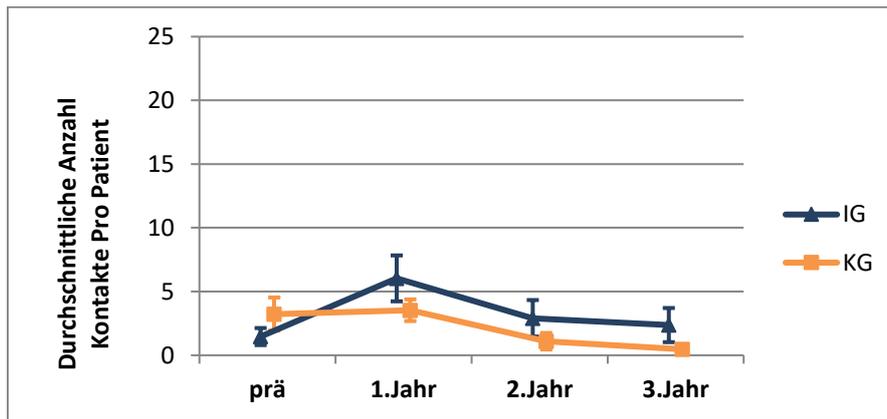
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

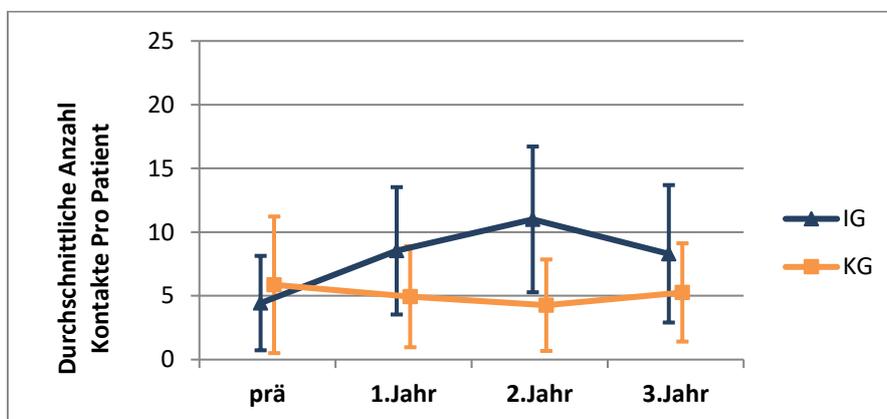
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

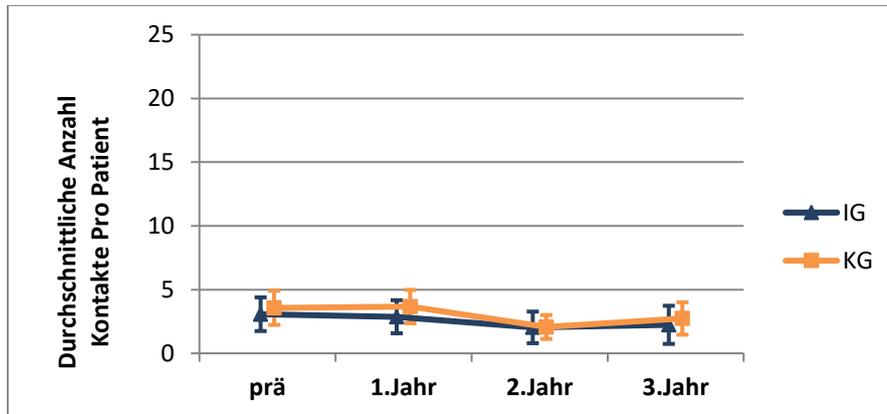
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

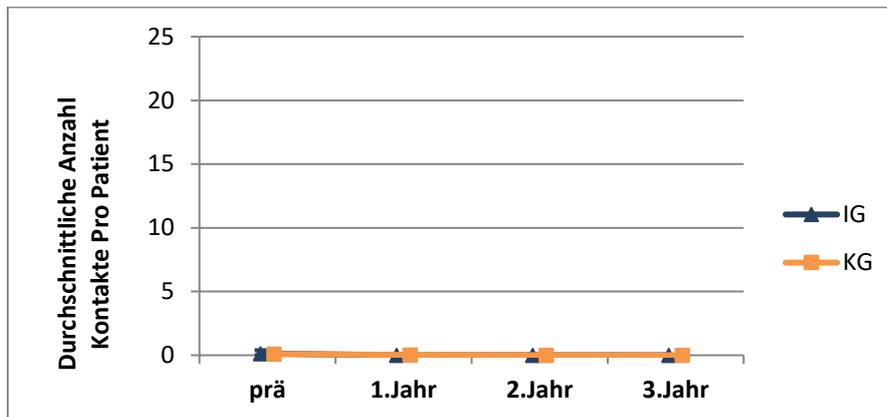


- bei anderen Vertragsärzten (E)

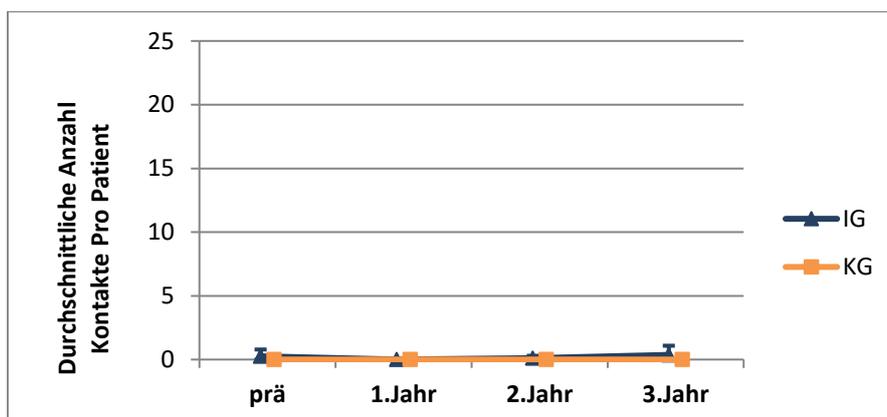


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

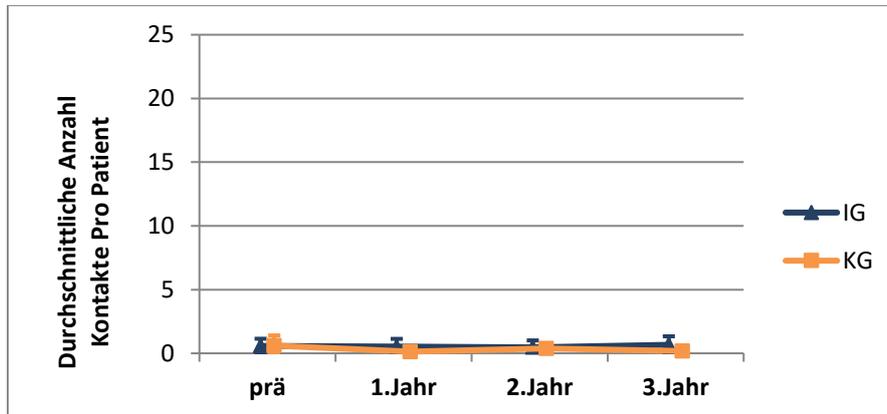
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

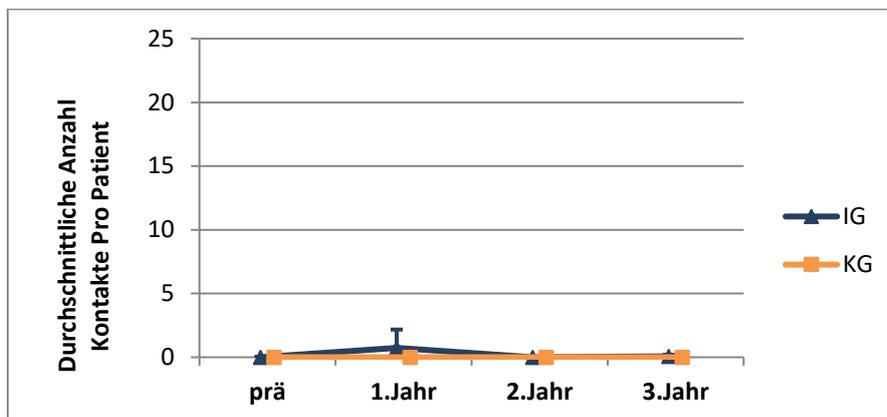


- bei anderen Vertragsärzten (F)

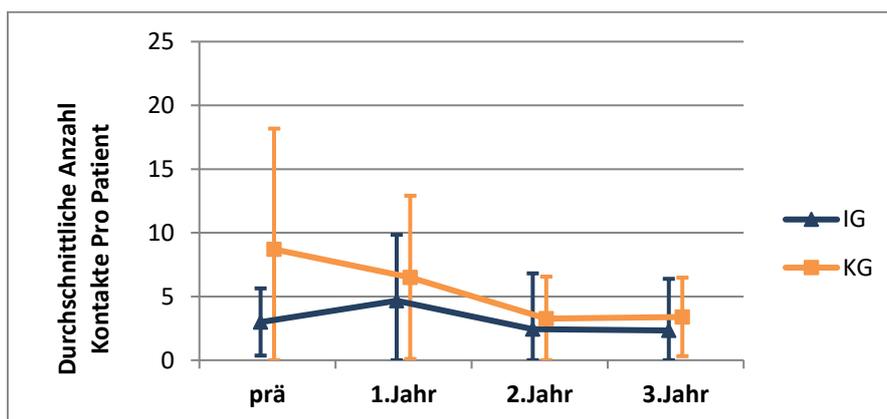


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 21, KG = 22;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 29, KG = 28). 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. Hier sind die Fallzahlen zu gering, um Verläufe valide zu beschreiben.

**Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>53</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,4	6,3	0,1	2,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	6,9	7,1	5,3	5,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,3	2,6	2,0	2,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,3	0,0	0,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,5	0,2	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	1,5	0,2	1,2	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,5	2,9	3,7	2,2

<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 8: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

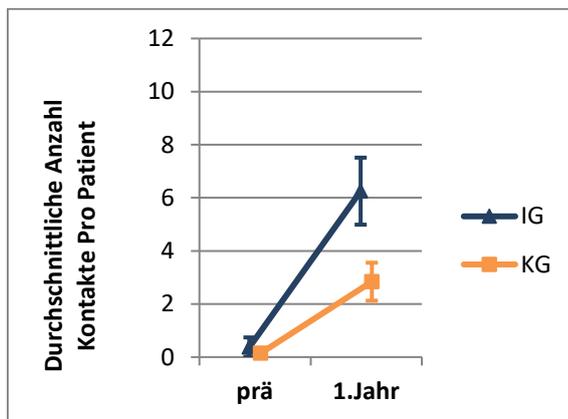
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

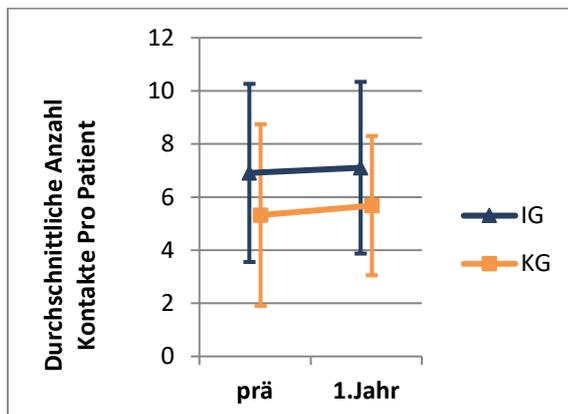
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

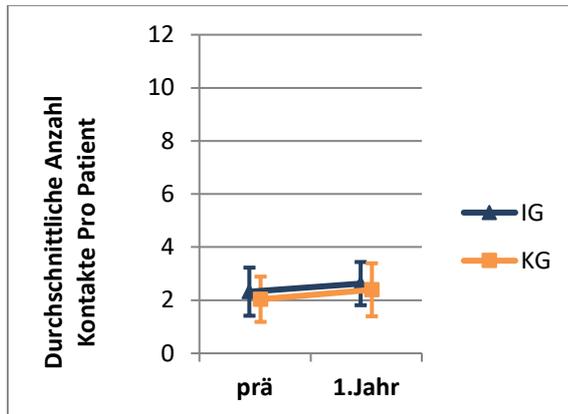
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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)**

Fallzahl zu klein

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 53 und 53) zeigte sich eine stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +5,9; KG: +2,7 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (DiD = +3,2 PIA-Kontakte). Die weiteren Untersuchungen waren zwischen IG und KG im Verlauf vergleichbar.

Abbildung 5 und Abbildung 7 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 6 und Abbildung 8 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

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

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

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

**Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>40</b>	<b>577</b>	<b>106</b>	<b>114</b>	<b>48</b>	<b>654</b>	<b>158</b>	<b>136</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,0 %	15,8 %	27,4 %	21,1 %	6,3 %	6,9 %	7,0 %	9,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	2,5 %	10,4 %	9,4 %	11,4 %	10,4 %	14,7 %	11,4 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,0 %	28,4 %	25,5 %	28,1 %	50,0 %	36,9 %	27,8 %	25,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,0 %	11,1 %	12,3 %	8,8 %	16,7 %	14,8 %	11,4 %	10,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,0 %	6,1 %	3,8 %	5,3 %	0,0 %	7,3 %	5,1 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	3,6 %	6,6 %	7,0 %	2,1 %	2,8 %	6,3 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	12,5 %	30,2 %	39,6 %	35,1 %	16,7 %	26,1 %	20,3 %	19,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,0 %	42,3 %	34,0 %	41,2 %	33,3 %	40,2 %	48,7 %	53,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>25</b>	<b>327</b>	<b>61</b>	<b>73</b>	<b>29</b>	<b>387</b>	<b>114</b>	<b>94</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,0 %	20,2 %	31,1 %	21,9 %	6,9 %	7,0 %	8,8 %	13,8 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	14,7 %	13,1 %	15,1 %	17,2 %	22,5 %	12,3 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,0 %	27,8 %	19,7 %	24,7 %	41,4 %	38,2 %	26,3 %	29,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	28,0 %	14,1 %	18,0 %	11,0 %	20,7 %	16,8 %	10,5 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,0 %	7,0 %	6,6 %	8,2 %	0,0 %	10,9 %	3,5 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	3,7 %	4,9 %	4,1 %	3,4 %	3,1 %	7,0 %	7,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,0 %	38,8 %	49,2 %	41,1 %	24,1 %	36,2 %	21,1 %	26,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,0 %	35,2 %	27,9 %	41,1 %	34,5 %	34,4 %	49,1 %	44,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>17</b>	<b>157</b>	<b>30</b>	<b>46</b>	<b>19</b>	<b>164</b>	<b>66</b>	<b>58</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,8 %	17,8 %	26,7 %	23,9 %	5,3 %	6,1 %	10,6 %	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	18,5 %	20,0 %	19,6 %	15,8 %	25,0 %	12,1 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,1 %	27,4 %	6,7 %	19,6 %	42,1 %	32,9 %	28,8 %	24,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,4 %	14,0 %	16,7 %	6,5 %	26,3 %	18,9 %	12,1 %	10,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,9 %	9,6 %	6,7 %	8,7 %	0,0 %	11,0 %	4,5 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	4,5 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	3,0 %	4,5 %	8,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	41,4 %	53,3 %	47,8 %	21,1 %	37,8 %	24,2 %	27,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	23,5 %	34,4 %	33,3 %	39,1 %	36,8 %	36,0 %	47,0 %	48,3 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>32</b>	<b>536</b>	<b>90</b>	<b>99</b>	<b>39</b>	<b>581</b>	<b>125</b>	<b>113</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,6 %	22,0 %	42,2 %	28,3 %	17,9 %	11,2 %	19,2 %	25,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,5 %	20,1 %	13,3 %	18,2 %	20,5 %	23,2 %	20,8 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,9 %	48,5 %	45,6 %	45,5 %	64,1 %	55,6 %	49,6 %	52,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,4 %	27,2 %	34,4 %	25,3 %	33,3 %	32,9 %	30,4 %	27,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,4 %	11,6 %	7,8 %	13,1 %	2,6 %	12,6 %	15,2 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,6 %	9,9 %	11,1 %	16,2 %	15,4 %	9,5 %	14,4 %	15,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	47,2 %	57,8 %	53,5 %	41,0 %	39,9 %	44,0 %	46,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	19,8 %	12,2 %	24,2 %	10,3 %	20,7 %	19,2 %	18,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>20</b>	<b>300</b>	<b>52</b>	<b>63</b>	<b>24</b>	<b>338</b>	<b>85</b>	<b>79</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	26,3 %	46,2 %	28,6 %	20,8 %	10,1 %	20,0 %	31,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,0 %	27,0 %	21,2 %	25,4 %	29,2 %	33,4 %	23,5 %	26,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	49,3 %	44,2 %	46,0 %	58,3 %	58,3 %	50,6 %	55,7 %

• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,0 %	32,3 %	46,2 %	30,2 %	45,8 %	38,8 %	30,6 %	31,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,0 %	15,3 %	13,5 %	17,5 %	4,2 %	17,2 %	17,6 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	7,7 %	11,5 %	14,3 %	8,3 %	10,7 %	17,6 %	17,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	58,7 %	71,2 %	63,5 %	54,2 %	49,7 %	45,9 %	57,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,0 %	15,0 %	5,8 %	19,0 %	8,3 %	15,1 %	16,5 %	10,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>15</b>	<b>148</b>	<b>26</b>	<b>37</b>	<b>16</b>	<b>141</b>	<b>42</b>	<b>45</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,0 %	25,0 %	46,2 %	27,0 %	18,8 %	7,8 %	26,2 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,0 %	35,8 %	30,8 %	32,4 %	31,3 %	41,8 %	21,4 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	50,0 %	23,1 %	40,5 %	56,3 %	53,9 %	57,1 %	53,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,7 %	31,8 %	50,0 %	29,7 %	50,0 %	42,6 %	40,5 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,3 %	21,6 %	15,4 %	16,2 %	6,3 %	19,9 %	16,7 %	6,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	9,5 %	3,8 %	5,4 %	6,3 %	10,6 %	14,3 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,3 %	68,2 %	80,8 %	67,6 %	56,3 %	55,3 %	50,0 %	51,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,7 %	11,5 %	3,8 %	16,2 %	12,5 %	15,6 %	11,9 %	11,1 %

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

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

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

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

**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>23</b>	<b>454</b>	<b>74</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>507</b>	<b>97</b>	<b>74</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,8 %	22,7 %	45,9 %	33,3 %	25,9 %	13,8 %	29,9 %	28,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	21,7 %	27,1 %	25,7 %	22,2 %	18,5 %	33,1 %	32,0 %	25,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,3 %	68,9 %	62,2 %	63,0 %	77,8 %	74,8 %	69,1 %	70,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	56,5 %	52,4 %	47,3 %	40,7 %	51,9 %	53,1 %	58,8 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,0 %	14,8 %	10,8 %	17,3 %	18,5 %	19,1 %	21,6 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,4 %	17,6 %	18,9 %	24,7 %	25,9 %	19,1 %	22,7 %	25,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,9 %	54,4 %	68,9 %	61,7 %	51,9 %	52,3 %	63,9 %	55,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,7 %	8,1 %	5,4 %	13,6 %	7,4 %	10,3 %	5,2 %	6,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>15</b>	<b>254</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>14</b>	<b>283</b>	<b>62</b>	<b>51</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,0 %	27,2 %	51,2 %	30,2 %	35,7 %	11,3 %	35,5 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	26,7 %	37,4 %	39,0 %	30,2 %	14,3 %	44,2 %	38,7 %	35,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	86,7 %	71,3 %	63,4 %	62,3 %	78,6 %	76,0 %	69,4 %	72,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	66,7 %	62,2 %	61,0 %	41,5 %	71,4 %	57,6 %	58,1 %	60,8 %

<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 90 Tagen</li> </ul>	20,0 %	18,9 %	19,5 %	22,6 %	28,6 %	25,1 %	25,8 %	19,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	33,3 %	12,6 %	19,5 %	22,6 %	14,3 %	19,8 %	25,8 %	27,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,3 %	68,1 %	85,4 %	67,9 %	71,4 %	62,2 %	74,2 %	70,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,7 %	0,0 %	7,5 %	0,0 %	6,4 %	3,2 %	3,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>126</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>&lt;10</b>	<b>117</b>	<b>32</b>	<b>32</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>	36,4 %	27,8 %	50,0 %	30,0 %	37,5 %	7,7 %	37,5 %	31,3 %
• PIA (A)	36,4 %	45,2 %	45,5 %	40,0 %	12,5 %	54,7 %	40,6 %	28,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	36,4 %	45,2 %	45,5 %	40,0 %	12,5 %	54,7 %	40,6 %	28,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	81,8 %	74,6 %	50,0 %	60,0 %	87,5 %	74,4 %	75,0 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	63,6 %	63,5 %	54,5 %	40,0 %	87,5 %	62,4 %	65,6 %	71,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	27,8 %	22,7 %	23,3 %	37,5 %	23,9 %	25,0 %	18,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	36,4 %	15,9 %	9,1 %	13,3 %	12,5 %	23,1 %	31,3 %	34,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,7 %	77,0 %	86,4 %	73,3 %	75,0 %	66,7 %	78,1 %	59,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,4 %	0,0 %	3,3 %	0,0 %	5,1 %	0,0 %	3,1 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten - Erwachsene**

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>425</b>	<b>545</b>	<b>316</b>	<b>289</b>	<b>473</b>	<b>598</b>	<b>379</b>	<b>266</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,2 %	23,5 %	22,8 %	25,6 %	18,2 %	11,2 %	17,9 %	16,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,1 %	9,4 %	7,0 %	4,8 %	10,8 %	13,0 %	13,2 %	18,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	24,9 %	23,7 %	22,2 %	20,1 %	24,3 %	26,6 %	21,4 %	22,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,4 %	11,7 %	7,3 %	11,4 %	10,4 %	11,0 %	13,5 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,3 %	3,3 %	3,8 %	2,1 %	3,6 %	5,4 %	2,6 %	3,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	4,0 %	7,3 %	8,3 %	5,9 %	6,0 %	6,3 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,5 %	33,9 %	32,0 %	31,5 %	30,9 %	26,8 %	31,7 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,8 %	44,6 %	46,2 %	46,7 %	44,6 %	47,7 %	45,9 %	44,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>351</b>	<b>426</b>	<b>248</b>	<b>224</b>	<b>409</b>	<b>490</b>	<b>313</b>	<b>218</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,7 %	26,3 %	23,0 %	26,3 %	20,5 %	12,9 %	19,8 %	18,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	9,9 %	8,5 %	4,0 %	12,5 %	15,3 %	14,4 %	20,6 %

<ul style="list-style-type: none"> <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>	24,5 %	23,5 %	24,2 %	22,3 %	24,2 %	25,7 %	22,4 %	24,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,1 %	37,6 %	33,5 %	31,7 %	35,2 %	30,8 %	35,1 %	41,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	49,6 %	42,0 %	43,1 %	46,4 %	42,1 %	45,1 %	42,5 %	40,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>223</b>	<b>259</b>	<b>163</b>	<b>152</b>	<b>255</b>	<b>305</b>	<b>221</b>	<b>156</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>	18,8 %	26,6 %	27,0 %	28,3 %	22,7 %	13,4 %	23,1 %	17,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,4 %	42,1 %	40,5 %	34,9 %	42,0 %	36,1 %	39,8 %	41,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,4 %	36,3 %	35,6 %	42,8 %	38,0 %	41,0 %	39,4 %	39,1 %

<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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>375</b>	<b>478</b>	<b>262</b>	<b>225</b>	<b>390</b>	<b>513</b>	<b>310</b>	<b>216</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	24,5 %	33,1 %	37,8 %	40,4 %	31,5 %	19,5 %	30,0 %	25,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,9 %	18,8 %	14,1 %	9,3 %	19,0 %	25,0 %	21,9 %	29,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,3 %	42,3 %	42,0 %	40,9 %	48,7 %	46,6 %	44,8 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,1 %	24,1 %	21,8 %	26,2 %	26,7 %	25,9 %	29,0 %	31,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,7 %	7,1 %	6,1 %	5,8 %	7,2 %	7,6 %	5,2 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,9 %	11,1 %	11,1 %	13,8 %	11,5 %	11,3 %	11,9 %	12,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,7 %	50,8 %	50,0 %	50,2 %	51,5 %	45,4 %	51,3 %	57,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,6 %	21,5 %	22,9 %	23,1 %	18,5 %	24,0 %	20,3 %	19,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>313</b>	<b>375</b>	<b>205</b>	<b>178</b>	<b>336</b>	<b>418</b>	<b>252</b>	<b>182</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,2 %	36,8 %	40,0 %	43,8 %	34,2 %	21,8 %	33,7 %	29,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,5 %	20,0 %	15,6 %	7,9 %	21,7 %	28,0 %	24,6 %	33,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,1 %	42,1 %	45,4 %	45,5 %	48,2 %	44,5 %	46,0 %	44,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,5 %	24,5 %	24,9 %	27,5 %	27,4 %	28,0 %	32,1 %	32,4 %

<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>	7,7 %	8,3 %	6,3 %	6,2 %	8,0 %	8,9 %	6,0 %	11,5 %
	11,2 %	12,8 %	10,7 %	13,5 %	11,3 %	11,5 %	11,9 %	13,2 %
	43,1 %	56,3 %	53,7 %	52,8 %	56,8 %	50,7 %	57,1 %	64,8 %
	24,3 %	18,1 %	19,5 %	20,2 %	16,7 %	22,2 %	16,7 %	16,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>202</b>	<b>230</b>	<b>136</b>	<b>125</b>	<b>210</b>	<b>257</b>	<b>173</b>	<b>131</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,2 %	37,8 %	45,6 %	47,2 %	38,1 %	25,3 %	37,6 %	32,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,9 %	24,8 %	19,1 %	9,6 %	25,7 %	33,1 %	28,3 %	35,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,0 %	45,7 %	45,6 %	47,2 %	46,2 %	45,5 %	46,2 %	44,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,2 %	26,1 %	29,4 %	27,2 %	29,0 %	31,1 %	34,1 %	35,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	11,7 %	9,6 %	8,8 %	9,5 %	13,2 %	5,8 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,9 %	12,6 %	10,3 %	13,6 %	11,9 %	13,2 %	13,9 %	14,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	63,0 %	62,5 %	58,4 %	64,8 %	60,3 %	64,2 %	68,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,8 %	14,8 %	15,4 %	16,0 %	11,9 %	17,1 %	12,1 %	13,0 %

<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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>266</b>	<b>355</b>	<b>174</b>	<b>152</b>	<b>278</b>	<b>394</b>	<b>224</b>	<b>155</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,8 %	39,4 %	51,1 %	55,3 %	45,0 %	25,1 %	41,5 %	43,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,0 %	25,4 %	19,5 %	16,4 %	24,1 %	34,3 %	32,1 %	32,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,2 %	61,7 %	62,6 %	63,2 %	67,3 %	68,8 %	67,4 %	66,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	47,4 %	45,4 %	41,4 %	44,1 %	50,0 %	45,2 %	51,3 %	47,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,3 %	9,0 %	7,5 %	9,9 %	10,8 %	10,7 %	10,3 %	16,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,4 %	18,6 %	17,2 %	18,4 %	21,9 %	21,8 %	21,0 %	21,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,4 %	60,8 %	67,2 %	69,1 %	65,8 %	59,9 %	72,8 %	74,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,0 %	9,6 %	8,6 %	9,9 %	8,3 %	9,1 %	7,6 %	7,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>225</b>	<b>277</b>	<b>139</b>	<b>122</b>	<b>235</b>	<b>320</b>	<b>186</b>	<b>133</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,0 %	45,1 %	54,0 %	61,5 %	48,9 %	28,4 %	45,7 %	46,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,9 %	27,1 %	20,9 %	15,6 %	28,1 %	37,8 %	33,9 %	36,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,0 %	62,5 %	66,2 %	68,0 %	67,7 %	68,4 %	69,4 %	67,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	49,3 %	47,3 %	41,7 %	46,7 %	53,2 %	48,1 %	52,2 %	48,1 %

<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 90 Tagen</li> </ul>	8,9 %	10,5 %	7,9 %	11,5 %	12,3 %	12,2 %	11,8 %	16,5 %
	20,4 %	19,5 %	17,3 %	14,8 %	22,1 %	22,8 %	22,0 %	22,6 %
	58,7 %	67,9 %	70,5 %	74,6 %	72,8 %	66,3 %	78,0 %	80,5 %
	10,7 %	6,1 %	7,2 %	6,6 %	6,0 %	7,2 %	5,9 %	5,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>143</b>	<b>170</b>	<b>90</b>	<b>89</b>	<b>146</b>	<b>192</b>	<b>133</b>	<b>93</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 90 Tagen</li> </ul>	40,6 %	44,7 %	57,8 %	67,4 %	52,7 %	32,8 %	51,1 %	53,8 %
	23,8 %	32,9 %	25,6 %	16,9 %	30,8 %	45,8 %	34,6 %	35,5 %
	60,8 %	68,2 %	64,4 %	68,5 %	65,8 %	70,3 %	69,2 %	73,1 %
	54,5 %	48,2 %	45,6 %	49,4 %	56,2 %	53,1 %	52,6 %	52,7 %
	10,5 %	14,1 %	12,2 %	15,7 %	15,1 %	15,1 %	12,0 %	17,2 %
	22,4 %	20,0 %	16,7 %	11,2 %	21,2 %	22,4 %	23,3 %	23,7 %
	62,9 %	74,1 %	77,8 %	80,9 %	79,5 %	78,1 %	85,0 %	87,1 %
	6,3 %	4,7 %	6,7 %	6,7 %	3,4 %	4,2 %	5,3 %	2,2 %

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

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

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

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

**Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

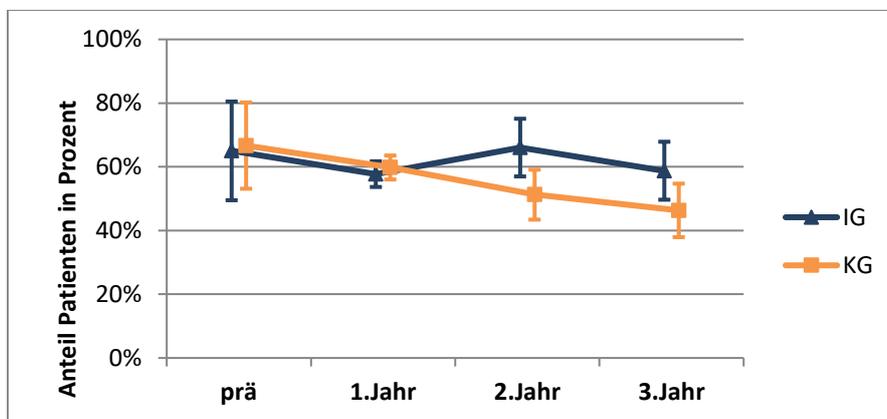
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

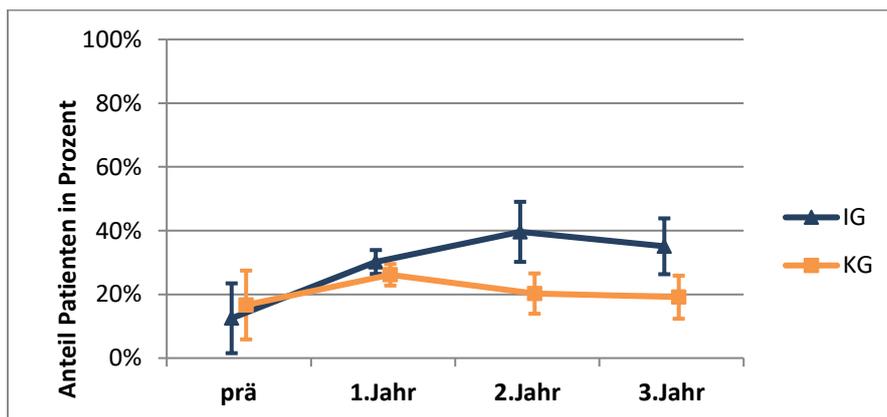
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



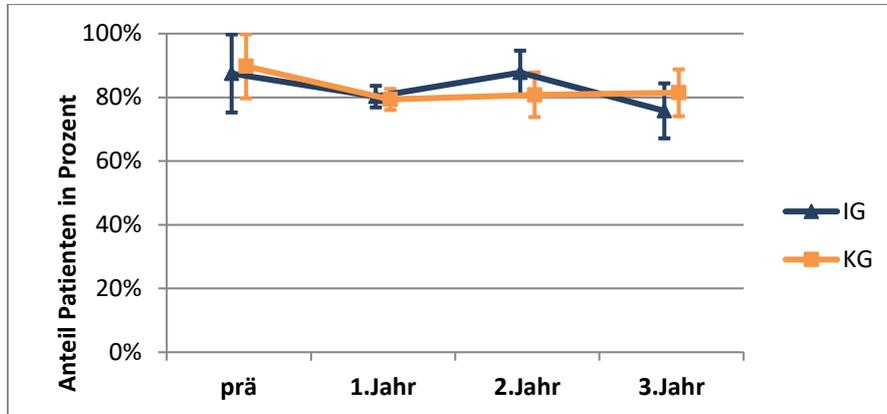
- Alle (psychiatrischer Sektor)



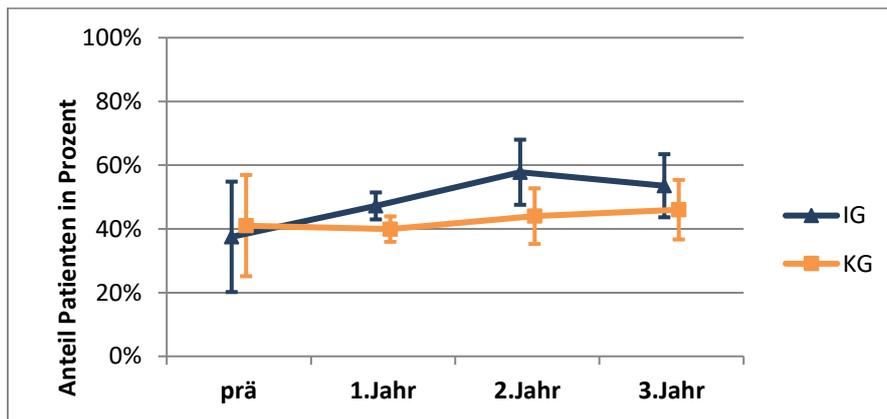
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



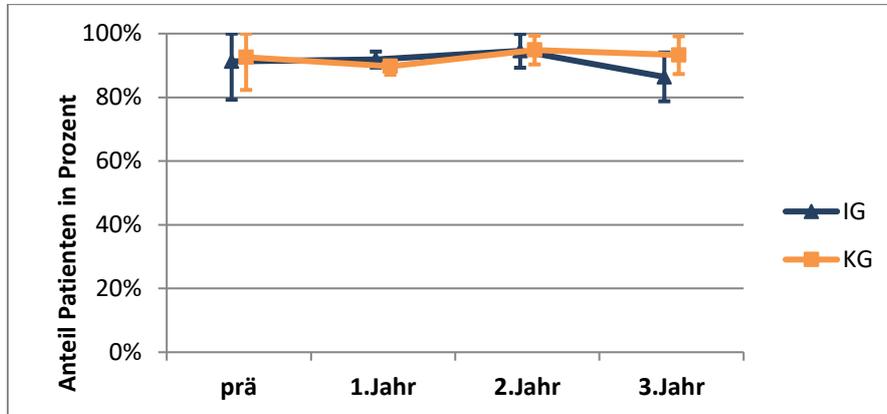
- Alle (psychiatrischer Sektor)



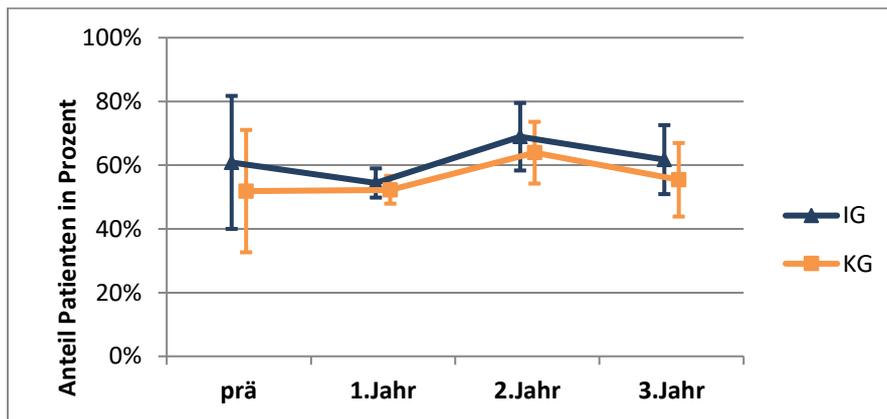
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



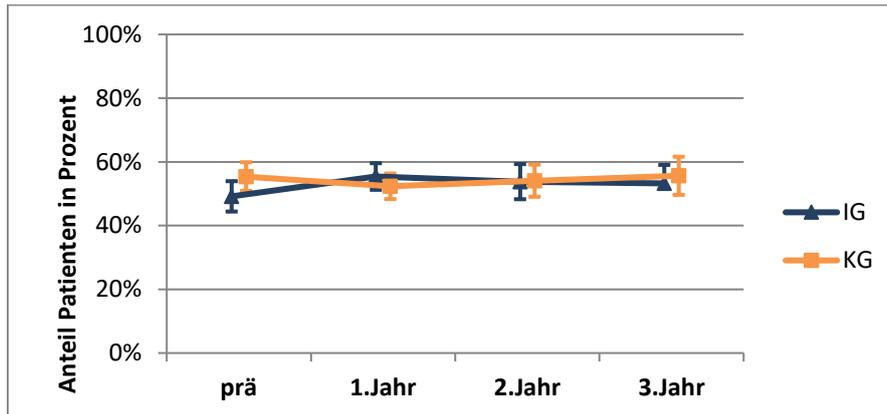
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

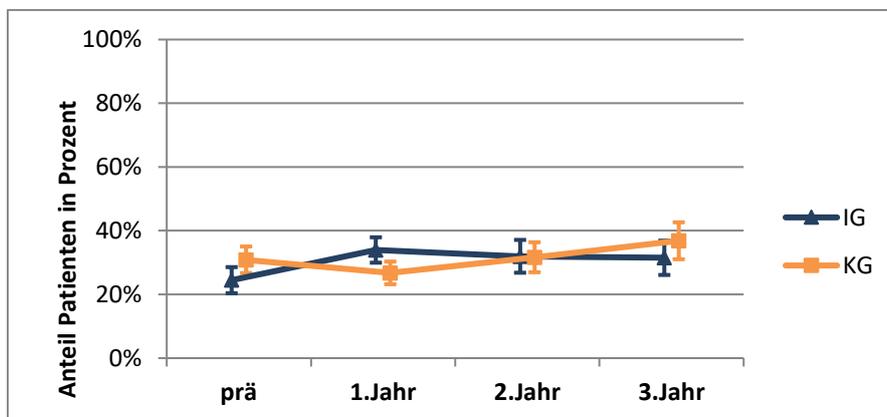
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



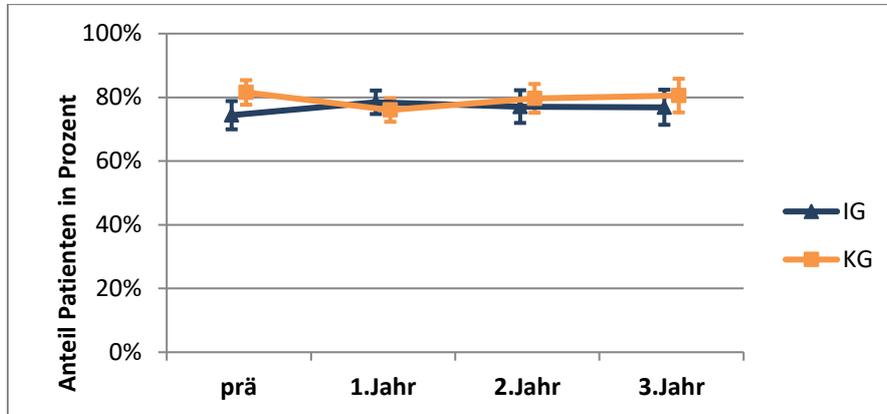
- Alle (psychiatrischer Sektor)



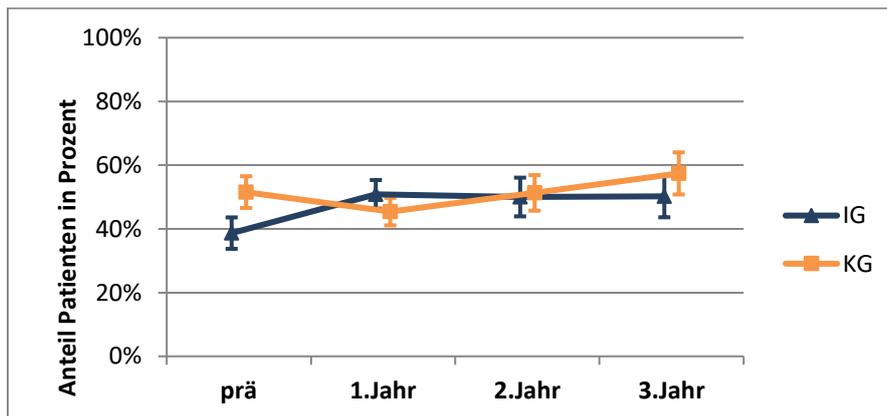
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



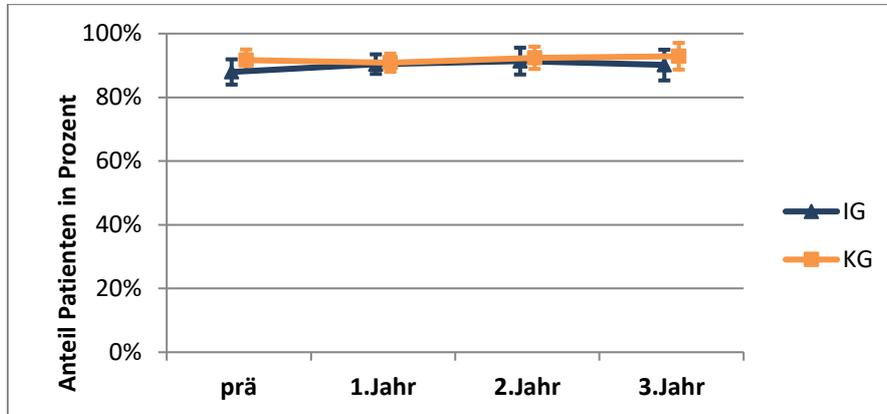
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



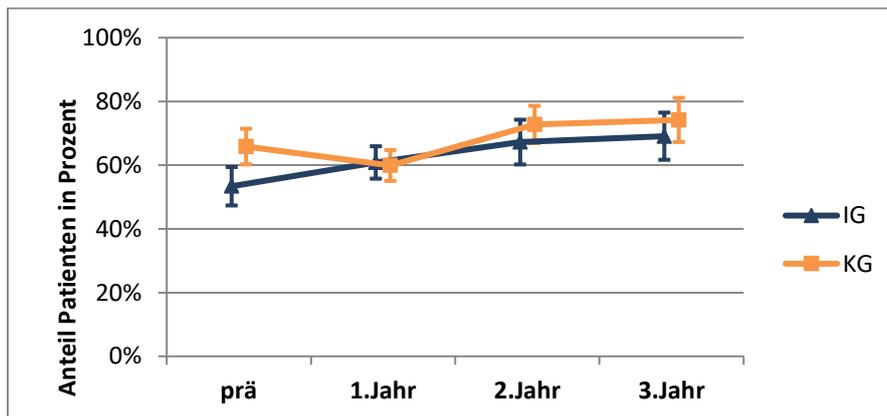
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 577, KG = 654;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 545, KG = 598). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Bei den klirikneuen Patienten war im Jahr vor Referenzfall bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen Nachbeobachtung eine geringere Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten. In allen restlichen Untersuchungen bezogen auf den psychiatrischen Sektor war die Behandlungskontinuität in der IG größer als in der KG. Daher nahm die Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in allen untersuchten Nachbeobachtungszeiträumen in der IG stärker zu als in der KG und blieb in der IG auf einem höheren Niveau in den folgenden zwei Jahren.

Auch bei den klirikbekannt Patienten war die Behandlungskontinuität im Jahr vor Referenzfall (Prä-Zeitraum) in der IG geringer als in der KG. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war jedoch in der IG stets größer als in der KG, so dass hier die IG stets eine größere Behandlungskontinuität aufwies als die KG. In den folgenden Jahren sank hier die Behandlungskontinuität der IG meist erneut unter die der KG bzw. war zwischen IG und KG vergleichbar.

**Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**
**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>32</b>	<b>615</b>	<b>53</b>	<b>736</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,5 %	16,6 %	11,3 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,5 %	8,3 %	13,2 %	13,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,6 %	29,8 %	24,5 %	33,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,5 %	14,3 %	7,5 %	13,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,1 %	6,2 %	9,4 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,8 %	6,5 %	3,8 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	29,1 %	32,1 %	26,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,4 %	41,1 %	49,1 %	42,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>19</b>	<b>330</b>	<b>43</b>	<b>430</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,5 %	16,7 %	14,0 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	21,1 %	12,7 %	16,3 %	16,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,4 %	32,4 %	25,6 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,8 %	19,4 %	4,7 %	15,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,3 %	9,1 %	11,6 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,1 %	6,1 %	4,7 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	35,2 %	39,5 %	29,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	21,1 %	34,2 %	44,2 %	39,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>168</b>	<b>23</b>	<b>204</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	9,5 %	17,4 %	4,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	36,4 %	20,2 %	13,0 %	20,1 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,3 %	32,1 %	21,7 %	35,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,3 %	20,8 %	4,3 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	11,3 %	13,0 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,2 %	7,7 %	4,3 %	1,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	36,3 %	43,5 %	29,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	18,2 %	33,9 %	47,8 %	35,8 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>29</b>	<b>550</b>	<b>47</b>	<b>673</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,7 %	22,2 %	14,9 %	10,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,1 %	19,8 %	19,1 %	22,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	58,6 %	48,9 %	46,8 %	55,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	31,0 %	33,6 %	31,9 %	33,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,9 %	11,1 %	12,8 %	19,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,7 %	12,9 %	12,8 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,8 %	46,5 %	42,6 %	43,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,7 %	20,4 %	21,3 %	19,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>17</b>	<b>293</b>	<b>38</b>	<b>386</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,5 %	23,5 %	18,4 %	11,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	41,2 %	29,0 %	23,7 %	27,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	64,7 %	54,6 %	50,0 %	57,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	35,3 %	40,6 %	31,6 %	35,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,8 %	16,4 %	15,8 %	22,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,5 %	12,6 %	10,5 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,7 %	59,4 %	52,6 %	50,8 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	5,9 %	10,6 %	15,8 %	15,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>148</b>	<b>20</b>	<b>180</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	14,2 %	25,0 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	50,0 %	39,2 %	20,0 %	30,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	58,1 %	50,0 %	59,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,0 %	44,6 %	35,0 %	36,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	17,6 %	15,0 %	22,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	13,5 %	15,0 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,0 %	58,8 %	55,0 %	52,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	7,4 %	10,0 %	12,8 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>21</b>	<b>480</b>	<b>33</b>	<b>596</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,6 %	26,7 %	30,3 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,8 %	28,3 %	33,3 %	32,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,2 %	68,5 %	69,7 %	73,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,1 %	55,4 %	60,6 %	52,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,8 %	15,0 %	18,2 %	25,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	52,4 %	23,3 %	33,3 %	17,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,4 %	56,9 %	66,7 %	56,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	14,3 %	8,5 %	3,0 %	7,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>12</b>	<b>251</b>	<b>27</b>	<b>338</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	25,0 %	27,5 %	33,3 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	41,7 %	40,2 %	37,0 %	42,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	91,7 %	74,1 %	70,4 %	76,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	66,7 %	64,1 %	63,0 %	56,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,3 %	22,3 %	22,2 %	29,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	21,5 %	29,6 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	71,3 %	74,1 %	68,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,2 %	3,7 %	3,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>122</b>	<b>14</b>	<b>157</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	21,3 %	42,9 %	12,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	62,5 %	53,3 %	35,7 %	46,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,5 %	80,3 %	78,6 %	77,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	62,5 %	69,7 %	50,0 %	61,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	26,2 %	21,4 %	28,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	23,8 %	28,6 %	18,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,5 %	75,4 %	85,7 %	70,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %

<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

**Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

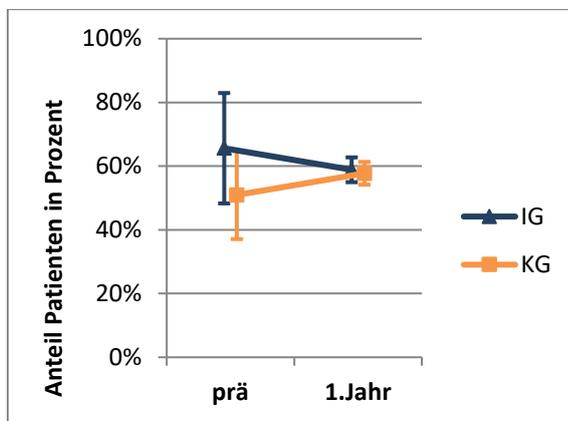
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

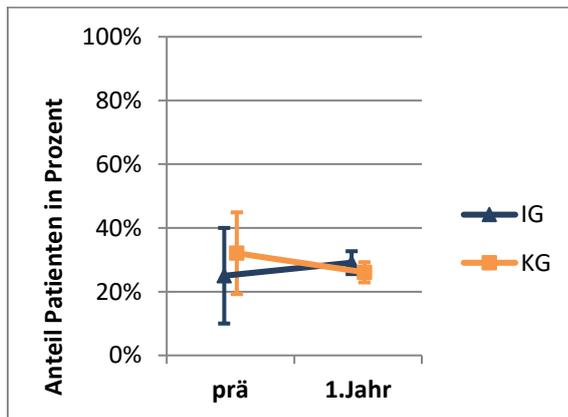
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

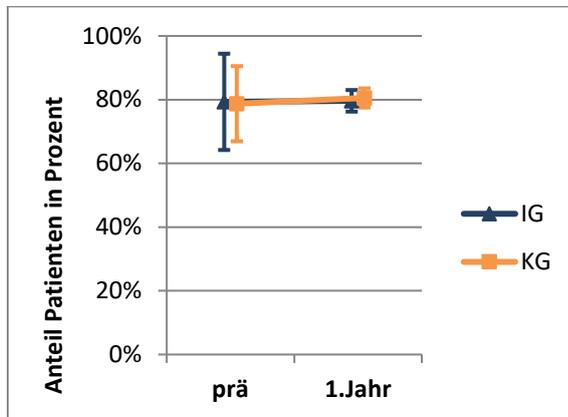


- Alle (psychiatrischer Sektor)

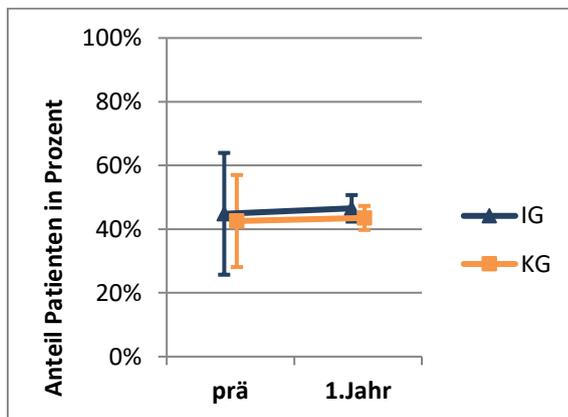


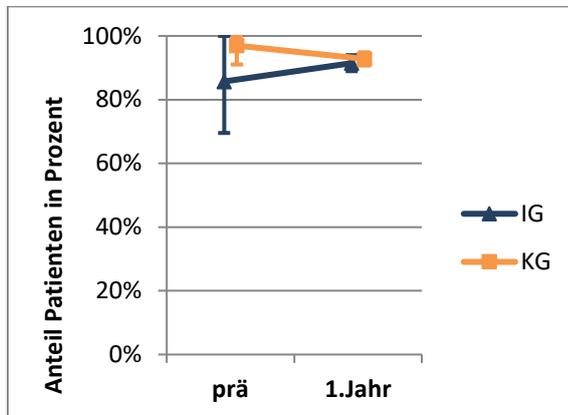
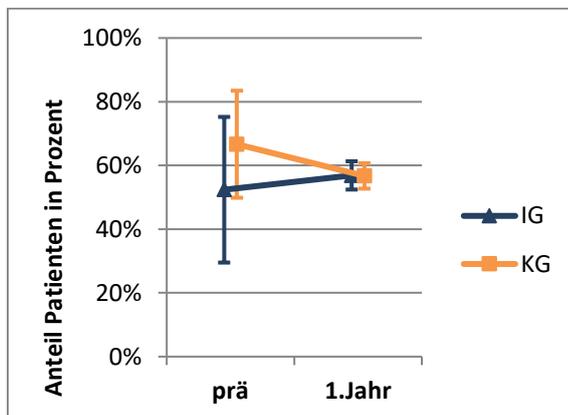
**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets eine größere Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (7 Tage: IG: +4,1; KG: -6,0; 30 Tage: IG: +1,7; KG: +1,0; 90 Tage: IG: +4,5; KG: -10,0 %-Punkte). Jedoch waren diese Unterschiede jeweils statistisch nicht signifikant. Zu beachten ist aber, dass die Fallzahlen für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum sehr gering waren.

**Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, klinikneue Patienten**

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>18</b>	<b>&lt;10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	16,7 %	0,0 %	—	—	0,0 %	20,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	16,7 %	25,0 %	—	—	16,7 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	16,7 %	0,0 %	—	—	16,7 %	80,0 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	5,6 %	0,0 %	—	—	11,1 %	0,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	5,6 %	0,0 %	—	—	5,6 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,6 %	0,0 %	—	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	33,3 %	25,0 %	—	—	22,2 %	20,0 %	0,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	100,0 %	50,0 %	75,0 %	—	—	61,1 %	20,0 %	66,7 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>16</b>	<b>&lt;10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	25,0 %	25,0 %	—	—	27,8 %	40,0 %	66,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	18,8 %	50,0 %	—	—	16,7 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	25,0 %	0,0 %	—	—	44,4 %	80,0 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	18,8 %	25,0 %	—	—	27,8 %	20,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	25,0 %	0,0 %	—	—	11,1 %	0,0 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,3 %	25,0 %	—	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	50,0 %	75,0 %	—	—	44,4 %	40,0 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	100,0 %	37,5 %	25,0 %	—	—	16,7 %	20,0 %	33,3 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>14</b>	<b>&lt;10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	35,7 %	25,0 %	—	—	23,5 %	66,7 %	66,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	42,9 %	50,0 %	—	—	35,3 %	0,0 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	64,3 %	0,0 %	—	—	64,7 %	66,7 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	35,7 %	25,0 %	—	—	47,1 %	33,3 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	28,6 %	25,0 %	—	—	11,8 %	33,3 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	21,4 %	25,0 %	—	—	23,5 %	0,0 %	33,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	64,3 %	75,0 %	—	—	52,9 %	66,7 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	100,0 %	14,3 %	25,0 %	—	—	5,9 %	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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>15</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	40,0 %	66,7 %	0,0 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	10,0 %	0,0 %	40,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	18,2 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	26,7 %	0,0 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	10,0 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	10,0 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,4 %	50,0 %	66,7 %	40,0 %	0,0 %	13,3 %	50,0 %	0,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	54,5 %	40,0 %	33,3 %	40,0 %	87,5 %	60,0 %	50,0 %	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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>14</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,2 %	62,5 %	100,0 %	40,0 %	25,0 %	35,7 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	12,5 %	33,3 %	60,0 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,3 %	25,0 %	33,3 %	0,0 %	37,5 %	50,0 %	0,0 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	37,5 %	0,0 %	20,0 %	12,5 %	21,4 %	0,0 %	100,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	27,3 %	12,5 %	33,3 %	20,0 %	0,0 %	14,3 %	50,0 %	100,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	62,5 %	100,0 %	100,0 %	25,0 %	57,1 %	50,0 %	100,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	45,5 %	25,0 %	0,0 %	0,0 %	50,0 %	28,6 %	50,0 %	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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>12</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,0 %	71,4 %	100,0 %	50,0 %	66,7 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	30,0 %	0,0 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %	100,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,0 %	57,1 %	50,0 %	0,0 %	83,3 %	83,3 %	0,0 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,0 %	57,1 %	0,0 %	75,0 %	50,0 %	41,7 %	0,0 %	100,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	14,3 %	50,0 %	50,0 %	0,0 %	16,7 %	50,0 %	100,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	14,3 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	71,4 %	100,0 %	100,0 %	66,7 %	58,3 %	50,0 %	100,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	20,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	50,0 %	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 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

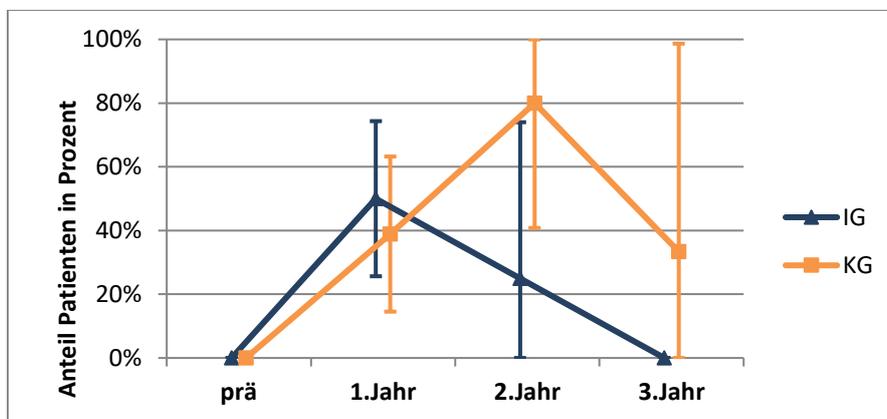
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

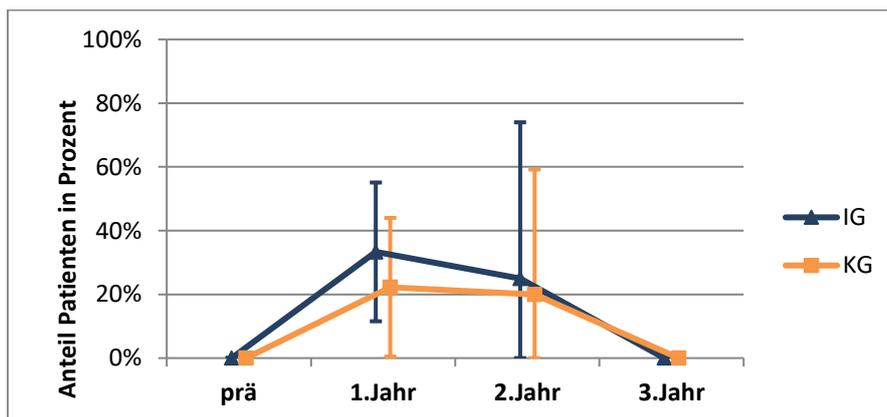
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



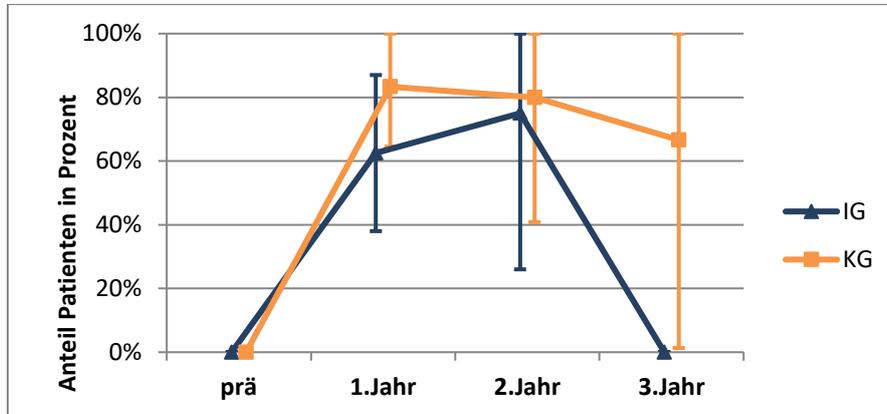
- Alle (psychiatrischer Sektor)



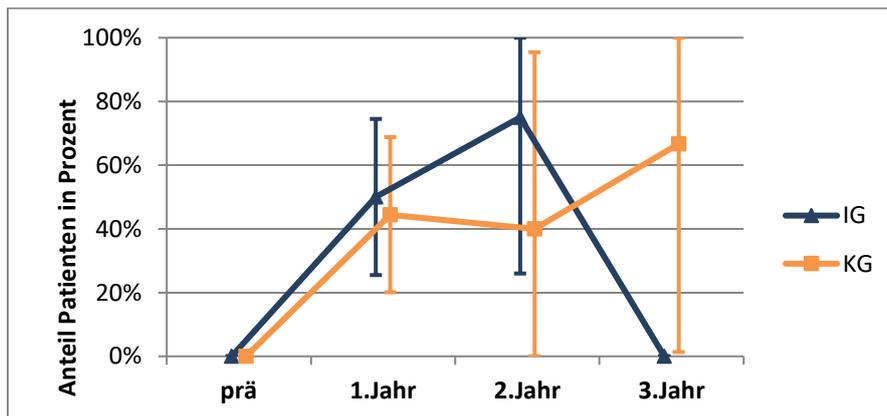
**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



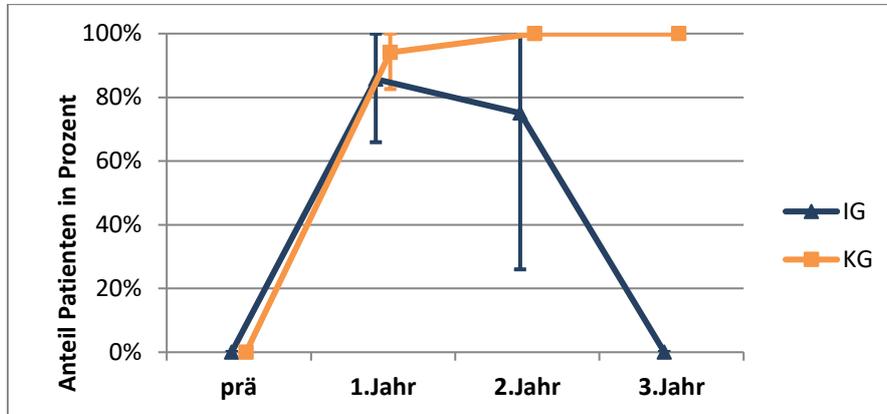
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



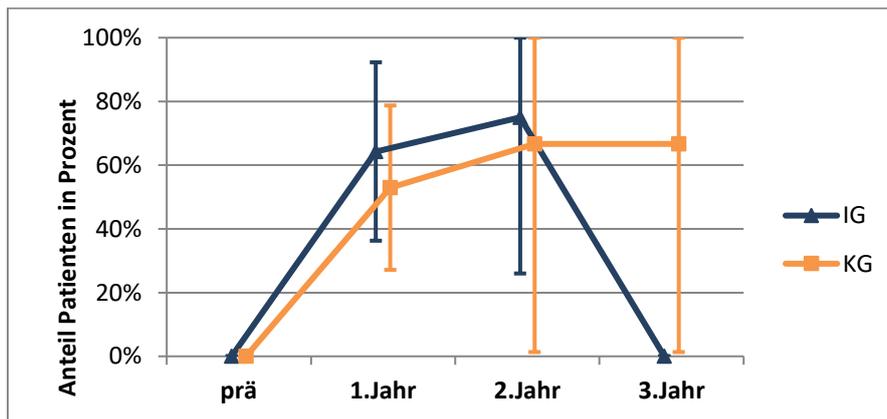
**Kinder, klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



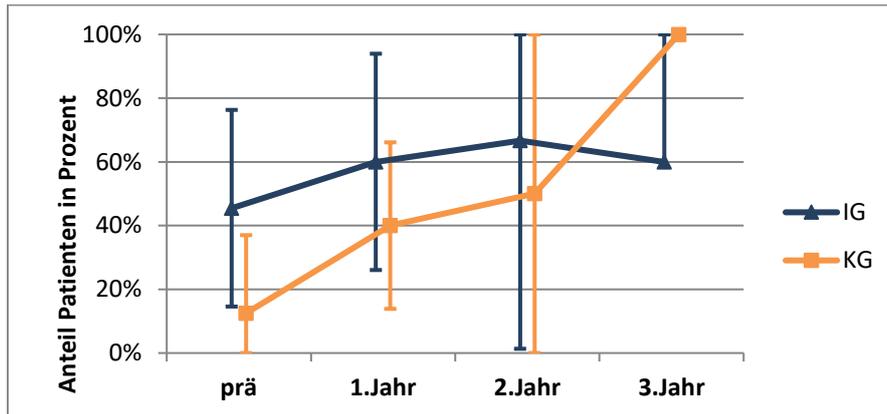
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

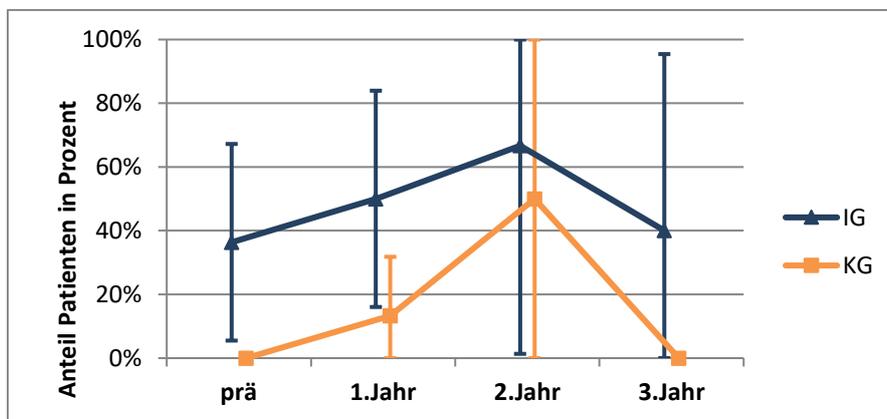
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



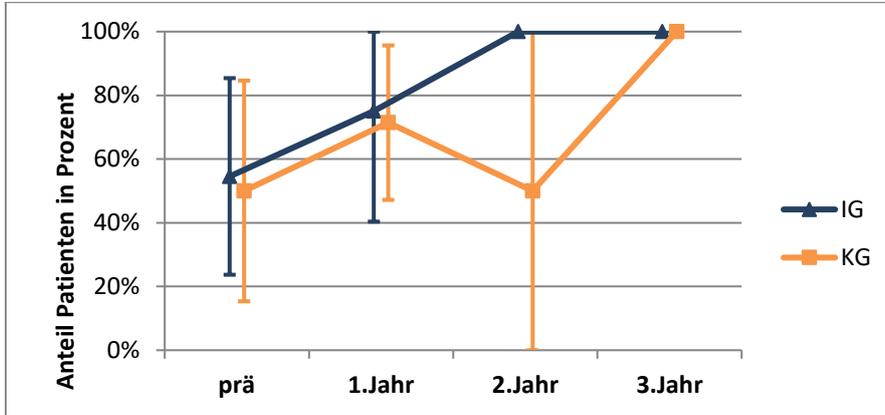
- Alle (psychiatrischer Sektor)



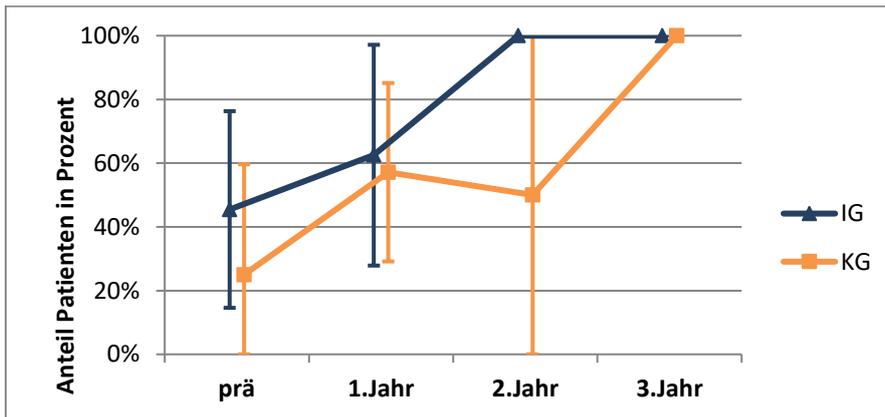
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



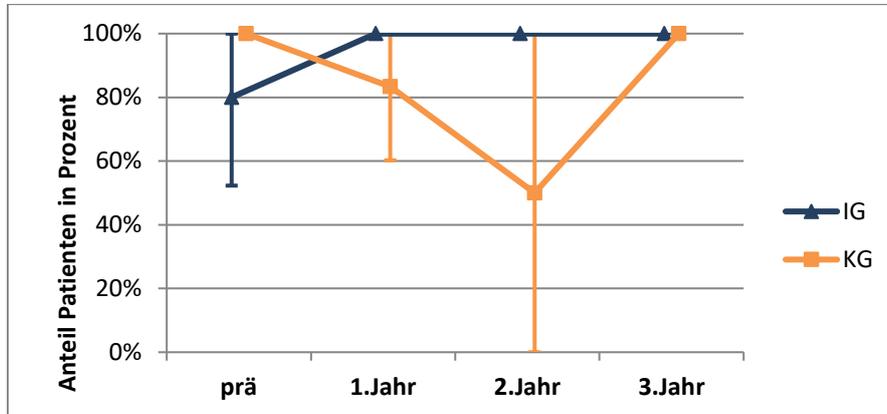
- Alle (psychiatrischer Sektor)



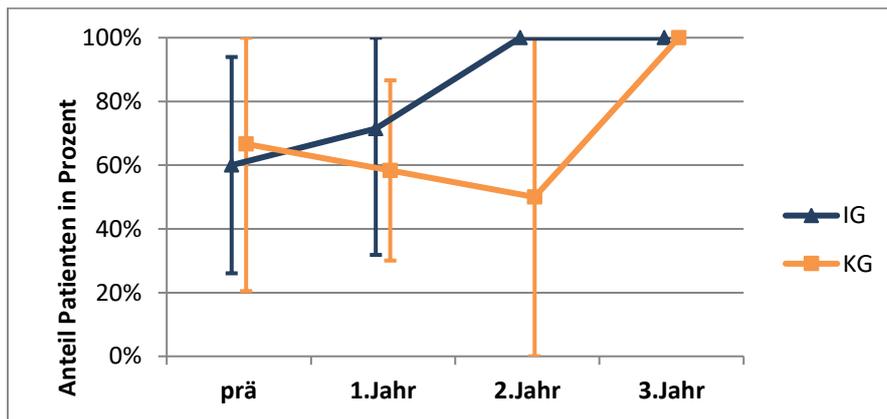
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 18, KG = 18;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 10, KG = 15). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt. Hier waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

**Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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>&lt;10</b>	<b>30</b>	<b>&lt;10</b>	<b>36</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	50,0 %	26,7 %	0,0 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	16,7 %	33,3 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	13,3 %	33,3 %	8,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	6,7 %	0,0 %	8,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	6,7 %	0,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,7 %	33,3 %	2,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	46,7 %	33,3 %	30,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	46,7 %	33,3 %	58,3 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>25</b>	<b>&lt;10</b>	<b>34</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	100,0 %	44,0 %	66,7 %	17,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	24,0 %	66,7 %	35,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	32,0 %	66,7 %	29,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	20,0 %	0,0 %	23,5 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	20,0 %	33,3 %	14,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	16,0 %	33,3 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	72,0 %	100,0 %	52,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	16,0 %	0,0 %	23,5 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>23</b>	<b>&lt;10</b>	<b>33</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	100,0 %	65,2 %	100,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	30,4 %	0,0 %	60,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	73,9 %	100,0 %	63,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	34,8 %	0,0 %	48,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	100,0 %	34,8 %	0,0 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	34,8 %	0,0 %	15,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	87,0 %	100,0 %	87,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,3 %	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 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Kinder, ohne Unterscheidung in kliniken 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  
Fallzahl zu klein
  
- Alle (psychiatrischer Sektor)  
Fallzahl zu klein

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**  
Fallzahl zu klein
  
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**  
Fallzahl zu klein

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**  
Fallzahl zu klein
  
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**  
Fallzahl zu klein

Bei den jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen keine Aussagen zur Behandlungskontinuität getroffen werden.

Abbildung 9 und Abbildung 11 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 10 und Abbildung 12 die Graphischen Darstellungen für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

### 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 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene**

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

#### **Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene**

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

Die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen ist vor allem aufgrund der eingeschlossenen Diagnosen eher für Erwachsene geeignet und für Kinder unpassend. Aus diesem Grund wird bei der Kohorte der Kinder und Jugendlichen auf eine Auswertung des Outcomes Kontaktabbrüche verzichtet.

**Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene****Erwachsene, 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 14: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

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

Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen ist vor allem aufgrund der eingeschlossenen Diagnosen eher für Erwachsene geeignet und für Kinder unpassend. Aus diesem Grund wird bei der Kohorte der Kinder und Jugendlichen auf eine Auswertung des Outcomes Kontaktabbrüche verzichtet.

### 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 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene**

**Erwachsene, 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>577</b>	<b>577</b>	<b>577</b>	<b>577</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>560</b>	<b>529</b>	<b>502</b>	<b>541</b>	<b>549</b>	<b>525</b>	<b>511</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)	0,9%	2,1%	0,7%	0,9%	2,1%	2,5%	1,8%	1,2%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,3%	0,5%	0,5%	1,4%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,3%	0,0%	0,2%	0,2%	0,5%	0,4%	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)

**Erwachsen, 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>781</b>	<b>781</b>	<b>781</b>	<b>781</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>791</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>714</b>	<b>734</b>	<b>690</b>	<b>667</b>	<b>746</b>	<b>760</b>	<b>726</b>	<b>699</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,8%	1,4%	0,4%	0,4%	1,1%	2,8%	1,0%	0,8%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,4%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%

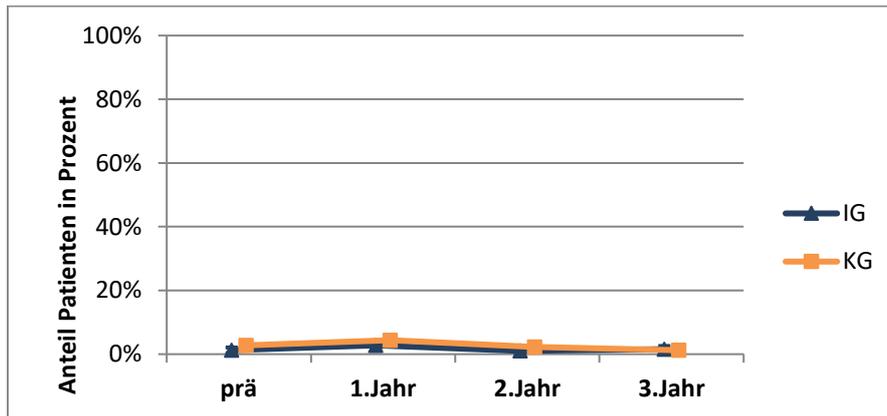
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

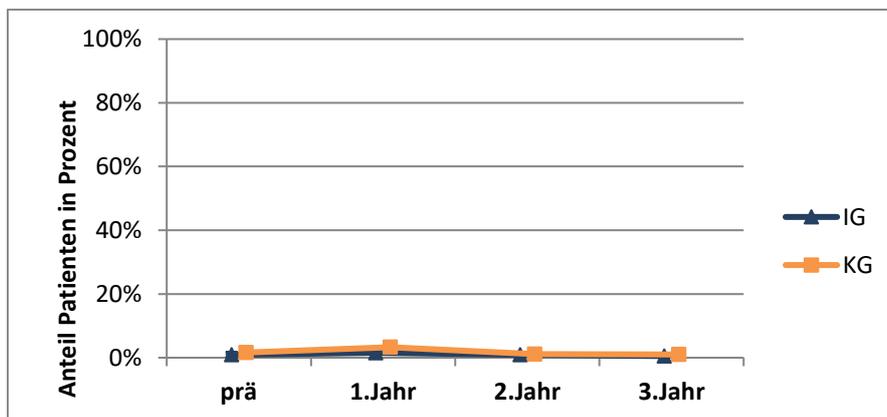
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Erwachsene, 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 = 560, KG = 549;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 734, KG = 760) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster zwischen IG und KG vergleichbar verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

**Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</b>	<b>690</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>663</b>	<b>656</b>	<b>661</b>	<b>667</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)	0,3%	1,6%	0,6%	2,5%
• Vier (B)	0,3%	0,4%	0,3%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,3%	0,0%	0,9%

<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 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene**

**Erwachsenen, 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

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

**Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, 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>22</b>							
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>21</b>	<b>22</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)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Kinder, 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>30</b>							
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>29</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)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

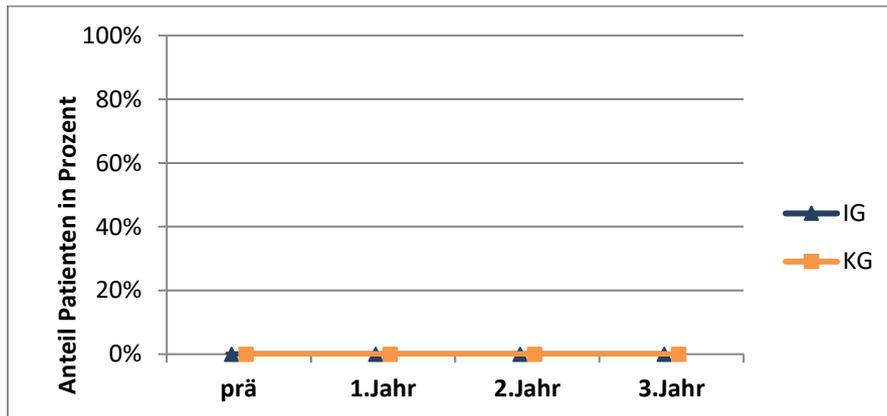
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

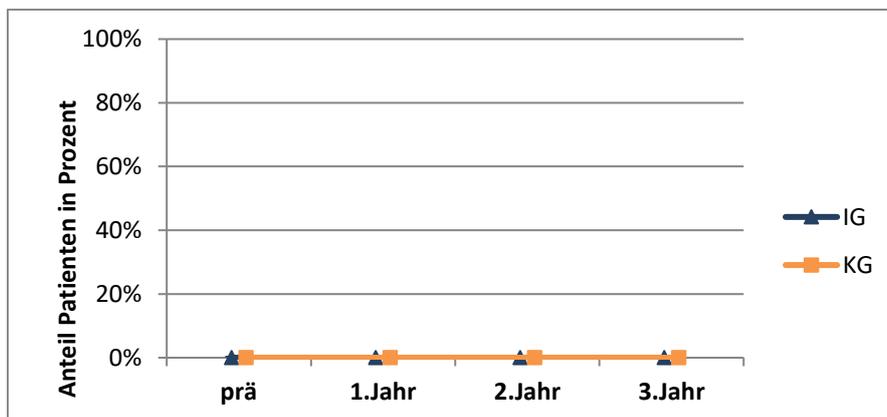
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Kinder, 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 = 21, KG = 22;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 29, KG = 28) kann ausgesagt werden, dass die Fallzahlen für eine Beschreibung zu gering waren.

**Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche**
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>	<b>56</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>54</b>	<b>53</b>	<b>55</b>	<b>53</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)	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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

Auch hier waren die Fallzahlen für eine valide Aussage zu gering.

Abbildung 15 und Abbildung 17 zeigen die Zeitreihendiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 und Abbildung 18 die Graphischen Darstellungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

### 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 leicht größere Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der IG im Vergleich zur KG aufwies, hat die IG auch eine leicht größere Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 29).

**Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
Erwachsene, 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>372</b>	<b>372</b>	<b>370</b>	<b>367</b>	<b>348</b>	<b>348</b>	<b>345</b>	<b>344</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	151	312	133	119	149	297	99	84
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,6	1,5	1,6	1,6	1,5	1,8	2,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	28,9	88,6	34,6	26,5	29,2	88,3	26,7	16,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,6%	18,3%	8,6%	6,5%	27,9%	12,9%	7,5%	4,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,4	1,2	1,3	1,7	1,5	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,9	0,2	1,0	0,4	0,3	0,5	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Erwachsene, 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>355</b>	<b>355</b>	<b>352</b>	<b>347</b>	<b>365</b>	<b>365</b>	<b>363</b>	<b>357</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	203	207	148	125	190	193	155	120
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,8	2,0	2,1	2,2	1,9	2,1	2,0	2,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	50,7	57,5	31,8	27,8	33,6	42,2	28,5	21,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,7%	12,4%	8,5%	7,2%	11,5%	7,1%	7,2%	3,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	21	14	12	16	27	14	14	14
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,6	2,2	1,4	1,4	2,0	1,7	1,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,2	0,7	1,6	1,2	1,9	0,9	0,8	1,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%

<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 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

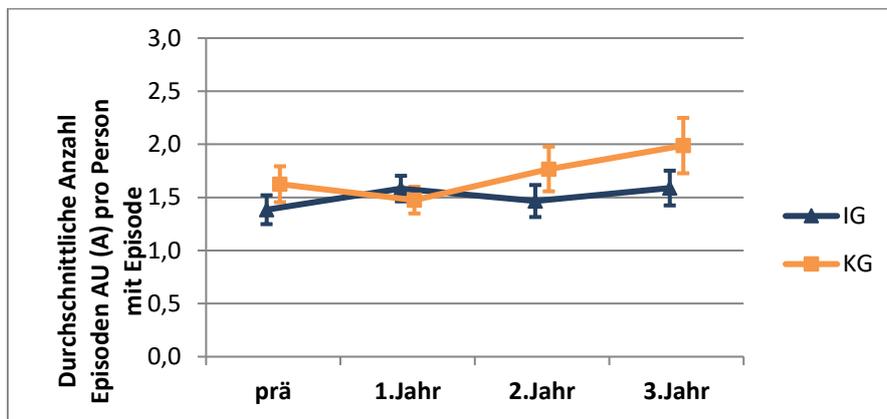
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

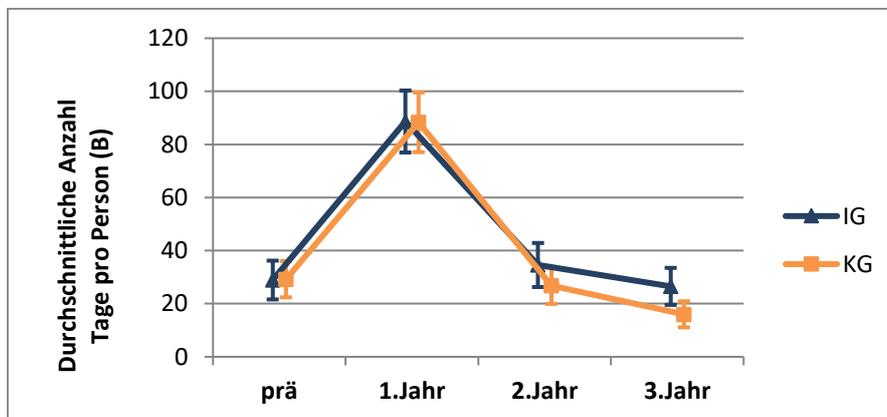
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

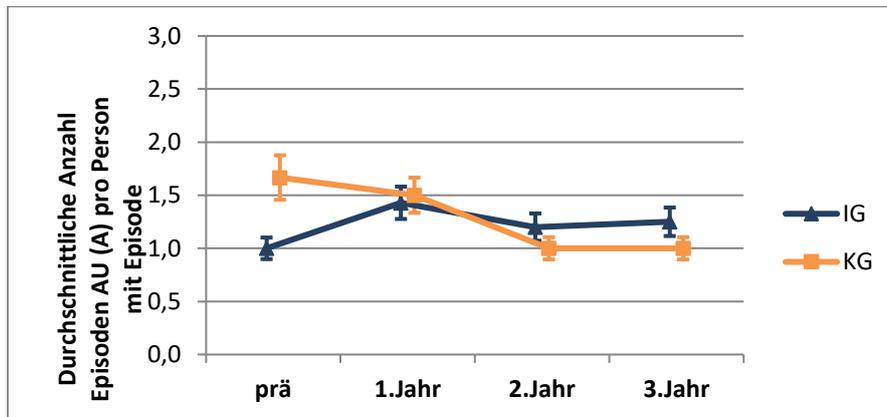


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

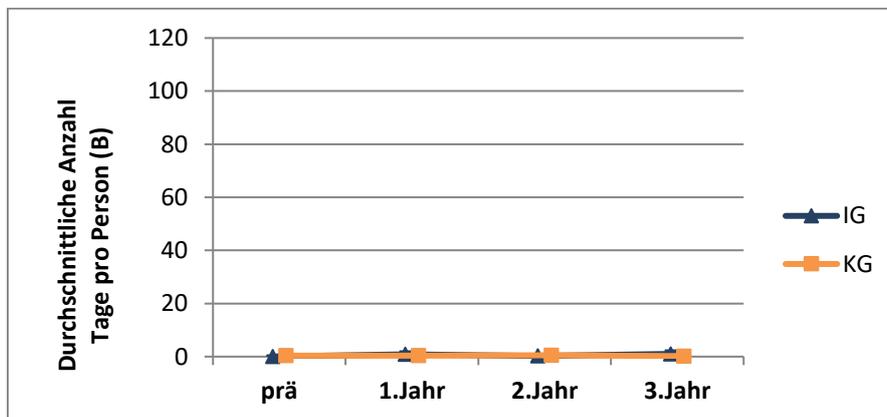


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



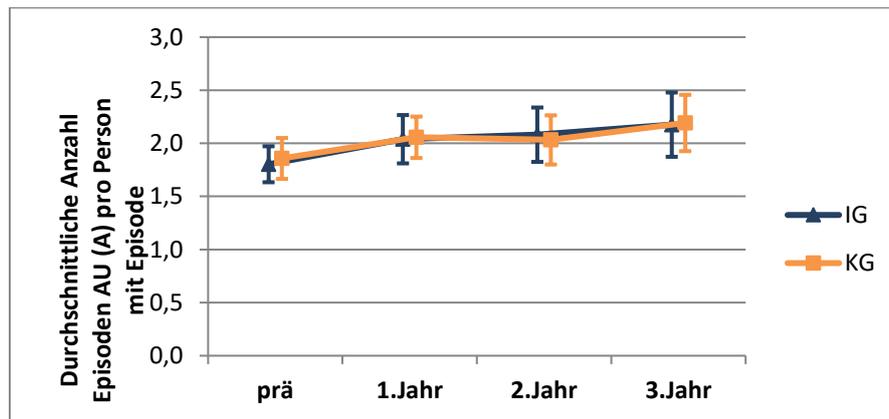
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

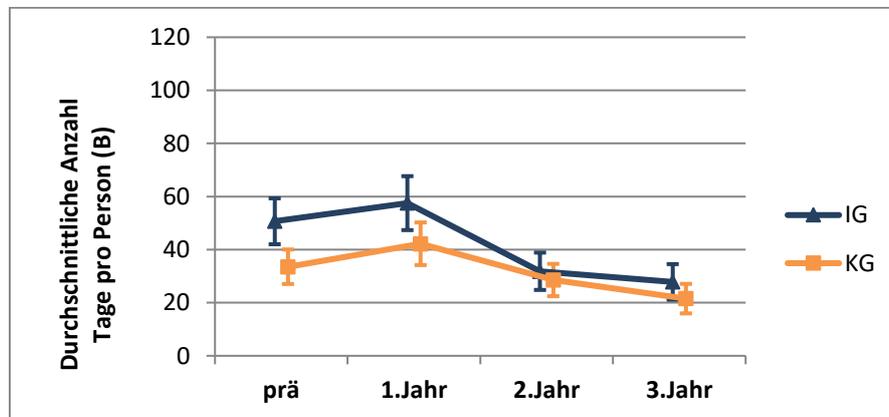
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

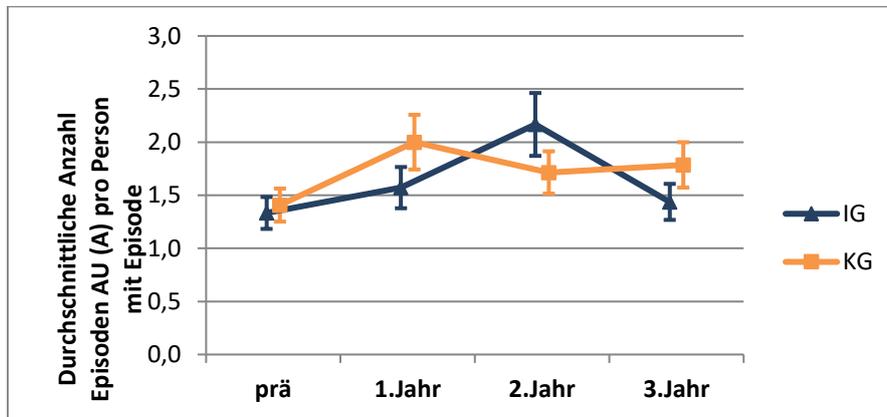


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

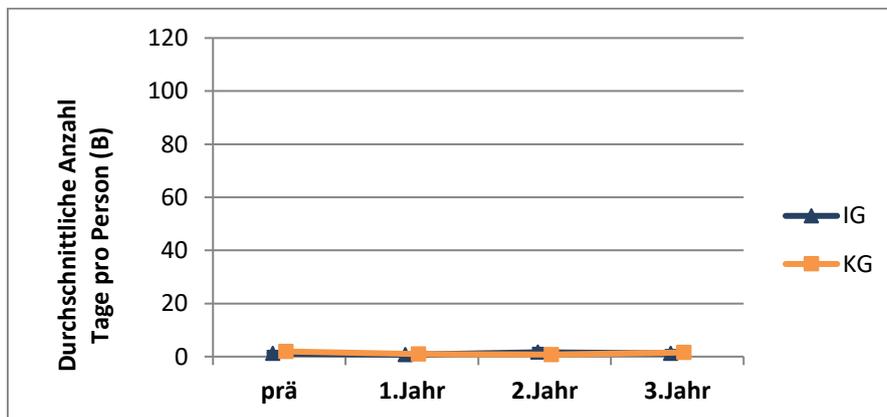


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- 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 = 372, KG = 348;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 355, KG = 365). 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 klinikneuen und klimbekannt Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert und zwischen den Gruppen vergleichbar (1,4 – 2,0 bzw. 1,8 – 2,2).

Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war in beiden Gruppen vergleichbar. Dabei war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (prä: -0,3; 1. Jahr: +0,3; 2. Jahr: +7,8; 3. Jahr: +10,5 AU-Tage). Bei den klimbekannt Patienten wies die IG stets mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied verringerte sich über den patientenindividuellen Zeitverlauf (prä: +17,1; 1. Jahr: +15,3; 2. Jahr: +3,3; 3. Jahr: +6,3 AU-Tage).

**Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene. 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>456</b>	<b>456</b>	<b>427</b>	<b>427</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	171	359	170	372
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,6	1,5	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	28,8	75,4	27,5	89,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,6%	13,4%	25,5%	13,3%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	21	14	11	12
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,6	1,5	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,5	1,3	0,8	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

**Abbildung 20: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

### Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

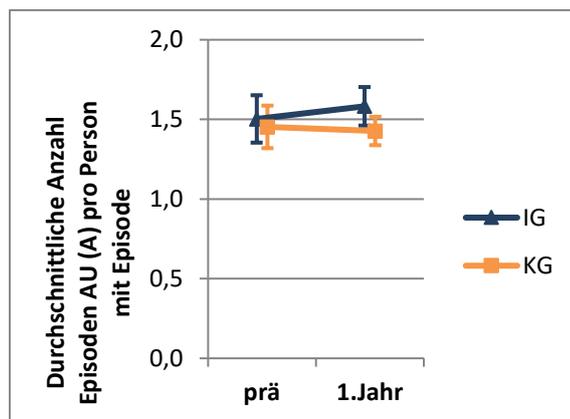
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

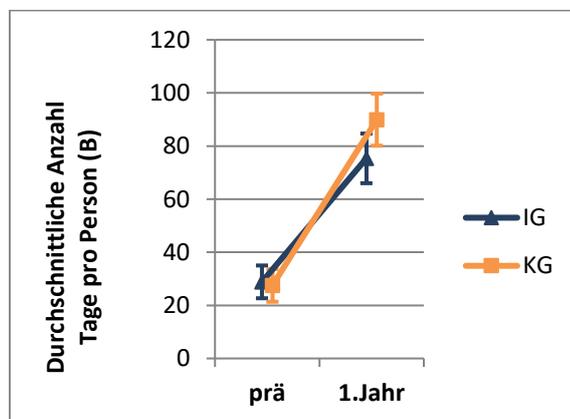
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### 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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 456 und 427) war der Verlauf bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG weniger stark an als in der KG (IG: +46,5; KG: +62,4 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -16,0 AU-Tage).

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte Dauer von AU-Tagen in beiden Gruppen bei Patienten mit schweren psychischen Störungen und im Besonderen bei Patienten mit affektiven Störungen. Eine signifikant geringere Dauer von AU-Tagen war bei Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen erkennbar.

Die Beschreibung der Arbeitsunfähigkeit ist bei der Kohorte der Kinder und Jugendlichen nicht aussagefähig, da hier nicht valide unterschieden werden kann, wer bereits arbeitsfähig ist. Daher wird auf die Darstellung dieses Zielparameters bei den Kindern und Jugendlichen verzichtet.

Abbildung 19 und zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die Graphischen Darstellungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 507 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 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

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

**Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

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

**Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene**

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

**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

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>405</b>	<b>482</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>	29,9% 105,5	28,2% 102,3
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>216</b>	<b>269</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>	16,3% 103,6	17,8% 111,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>104</b>	<b>125</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>	9,6% 112,4	9,1% 109,5

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

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

**Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

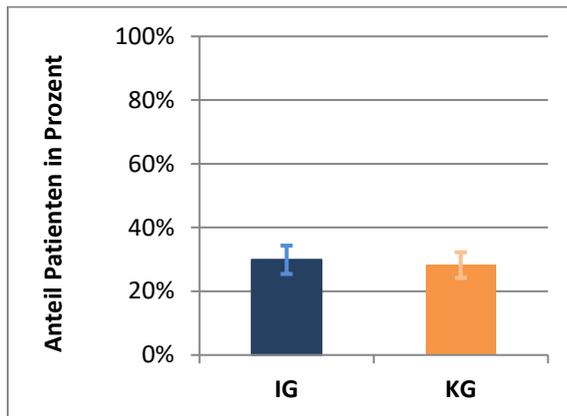
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

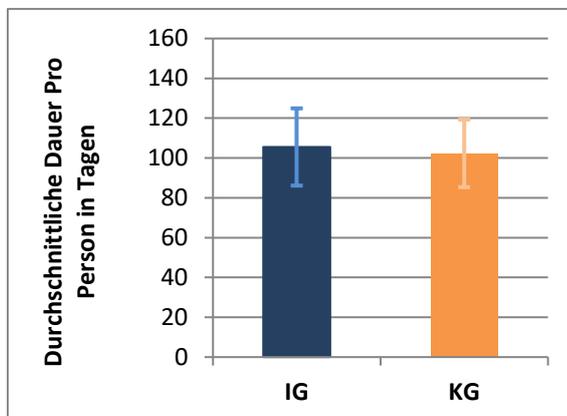
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

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)**



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 405 und 482) war der *Anteil* Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 29,9 %; KG: 28,2 %). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war hingegen in der IG etwas größer als in der KG (IG: 105,5 Tage; KG: 102,3 Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = >1,0 Tage).

**Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche**

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

**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

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>12</b>	<b>23</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>	33,3% 87,0	30,4% 143,9
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</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>	8,3% 7,0	8,7% 130,0
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</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>	0,0% 0,0	4,3% 27,0

<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 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche****Kinder, 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)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 12 und 23) waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Abbildung 22 und Abbildung 23 zeigen die Graphischen Darstellungen für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

### 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 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

#### Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>577</b>	<b>577</b>	<b>551</b>	<b>536</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>547</b>	<b>537</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,0	3,0	3,0	3,7	3,2	3,2

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>781</b>	<b>781</b>	<b>746</b>	<b>722</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>761</b>	<b>729</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,9	4,0	3,8	3,9	3,8	4,0	3,9	3,9

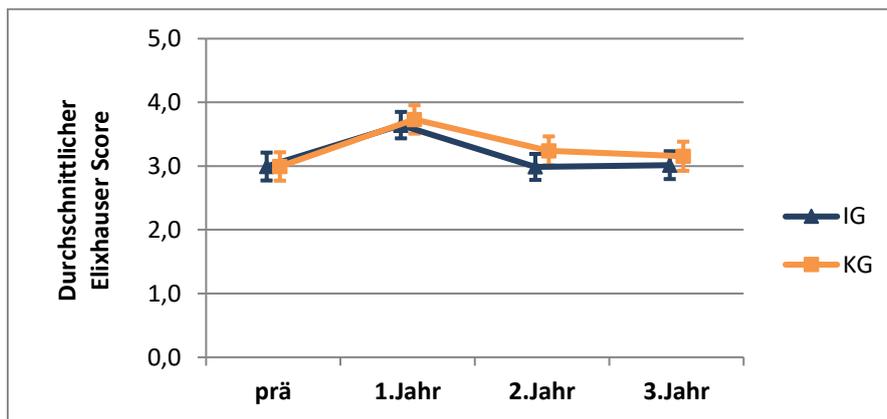
**Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, 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**

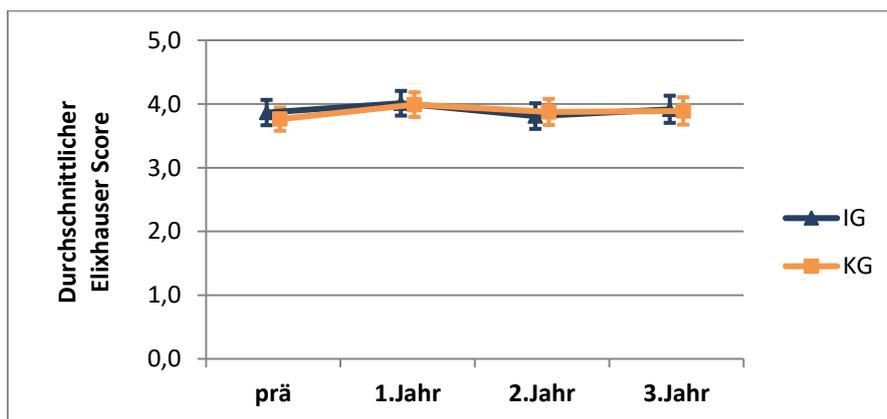


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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 = 577, KG = 569;  $n_{\text{linikbekannt}}$ : IG = 781, KG = 791) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf sowohl für linikneue als auch für linikbekannte Patienten zwischen IG und KG vergleichbar.

**Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene**

**Erwachsen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>690</b>	<b>690</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,7 3 2 - 5	3,8 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,5 2 1 - 3	2,5 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>	1,2 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

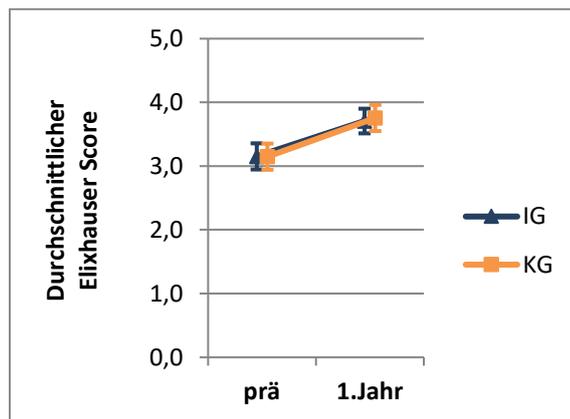
## Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

### Erwachsenen, 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



Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keinen relevanten Unterschied zwischen IG und KG. Beide Verläufe waren vergleichbar.

Da die Definition der Komorbiditäten nach Elixhauser Score aufgrund unpassender eingeschlossener Diagnosen nicht auf Kinder und Jugendliche anwendbar ist, wird von einer Auswertung dieses Outcomes bei Kindern und Jugendlichen abgesehen.

Abbildung 24 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 25 die Graphischen Darstellungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

### 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 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

#### Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>577</b>	<b>577</b>	<b>577</b>	<b>569</b>	<b>569</b>	<b>569</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	4,5 %	7,1 %	9,4 %	3,9 %	5,6 %	9,0 %

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>781</b>	<b>781</b>	<b>781</b>	<b>791</b>	<b>791</b>	<b>791</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	4,5 %	7,6 %	11,0 %	3,8 %	7,8 %	10,1 %

**Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

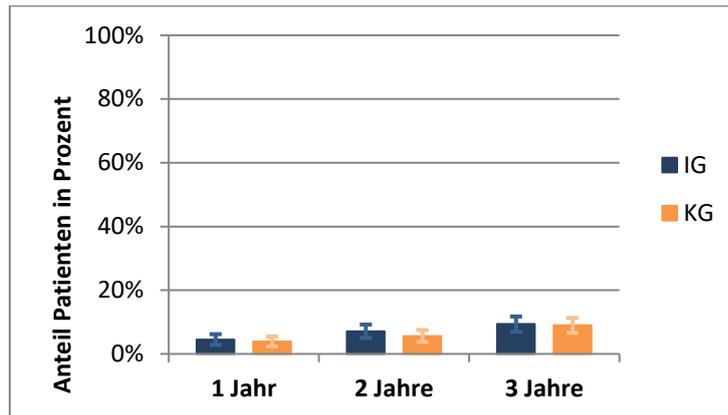
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

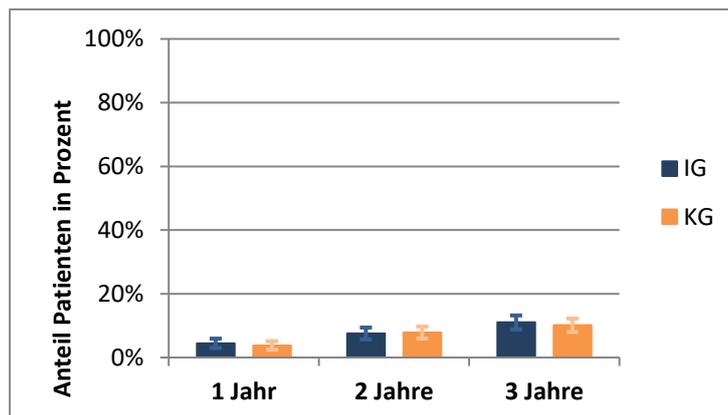
Legende für die folgenden Abbildungen:

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 = 577, KG = 569;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 781, KG = 791) zeigten sich bei klินิกneuen und den kllinikbekannten Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Anteile an Verstorbenen.

**Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	690	690
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	4,3 %	4,8 %

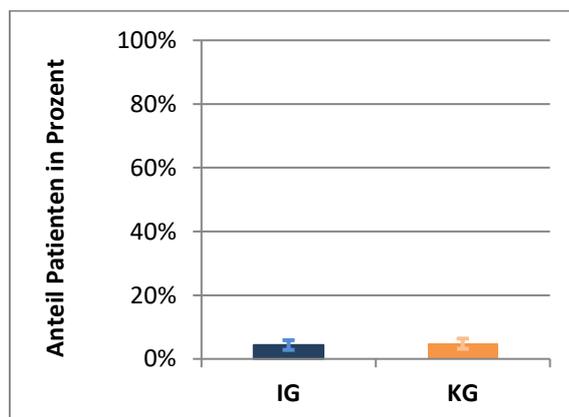
**Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

Erwachsenen, 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.

Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, zwischen IG und KG vergleichbar.

**Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

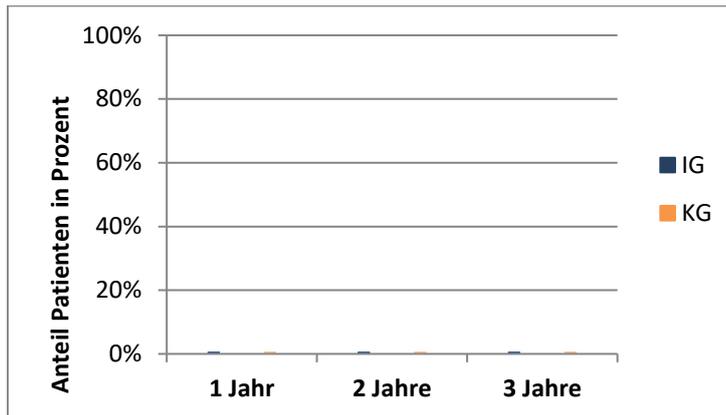
**Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche**

**Kinder, 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**

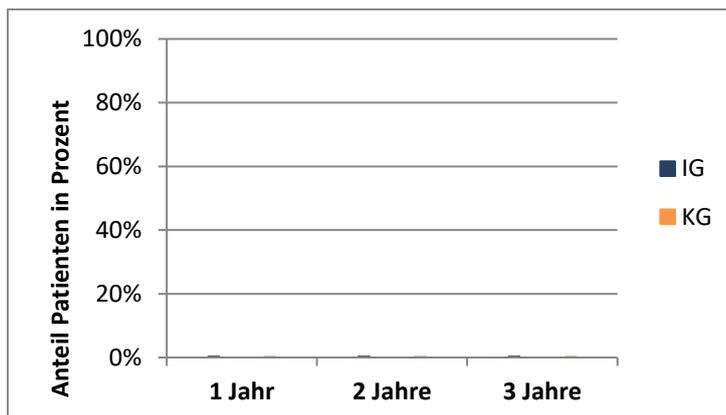


**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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 = 22, KG = 22;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 30, KG = 30) verstarb sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten niemand.

**Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche****Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>56</b>	<b>56</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

**Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche****Kinder, 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**

Fallzahl zu klein

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

Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 56) verstarb sowohl in der IG als auch in der KG niemand.

Abbildung 26 und Abbildung 28 zeigen den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 27 und Abbildung 29 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 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

### **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 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

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

**Erwachsene, 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>551</b>	<b>536</b>	<b>523</b>	<b>547</b>	<b>537</b>	<b>518</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	151	157	164	173	185	189
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	318	320	319	315	315	311
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	348	341	334	366	361	350
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	17,9 %	21,7 %	20,7 %	12,7 %	14,1 %	16,4 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,7 %	8,1 %	9,7 %	5,4 %	8,3 %	10,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	28,2 %	32,0 %	35,0 %	23,0 %	27,1 %	30,3 %

<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

**Erwachsene, 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>746</b>	<b>722</b>	<b>695</b>	<b>761</b>	<b>729</b>	<b>711</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	104	113	122	126	134	141
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	335	331	330	323	319	317
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	337	321	306	400	379	367
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	14,4 %	15,9 %	16,4 %	6,3 %	12,7 %	16,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,0 %	4,5 %	6,4 %	3,4 %	5,3 %	7,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	8,9 %	16,2 %	22,2 %	8,5 %	12,1 %	16,1 %

<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 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

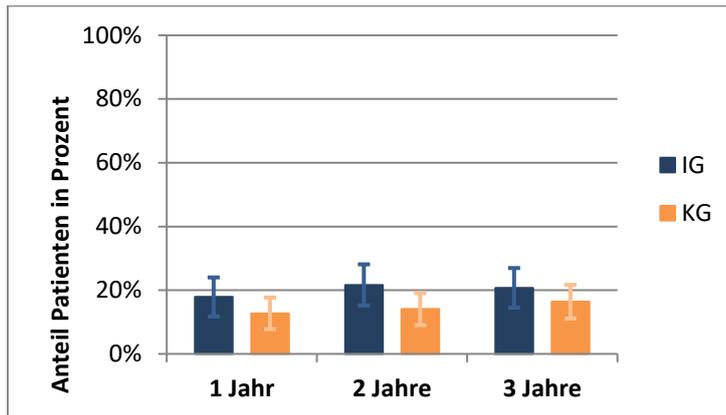
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

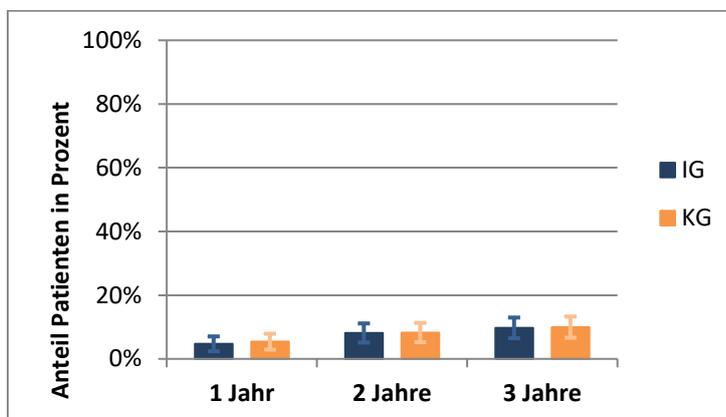
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

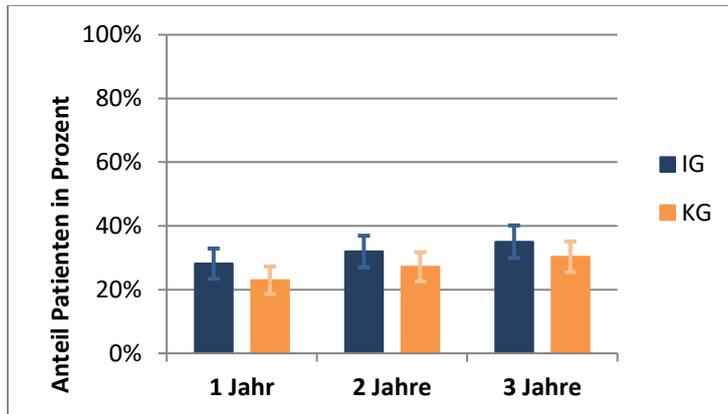
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

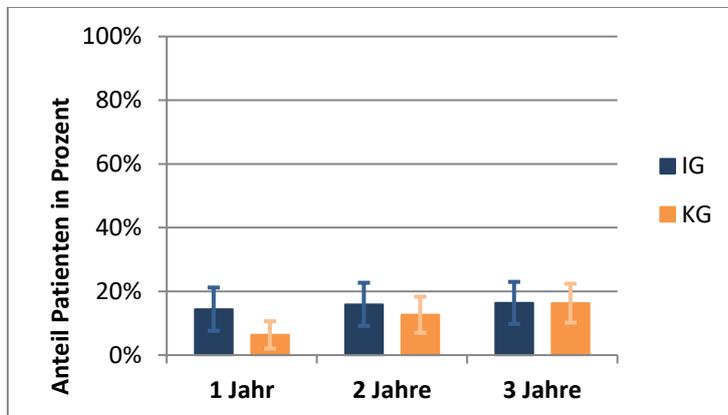
Legende für die folgenden Abbildungen:

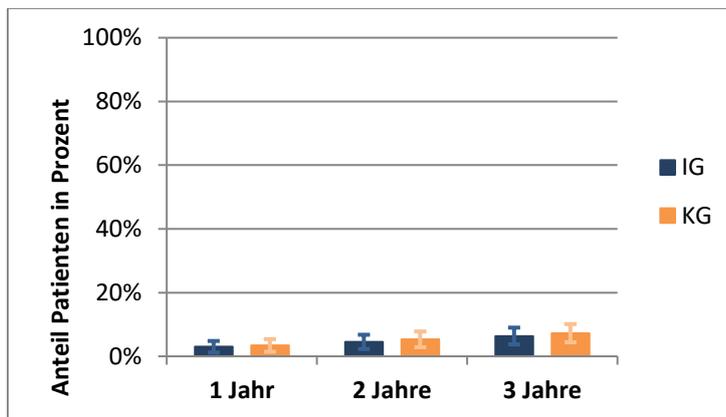
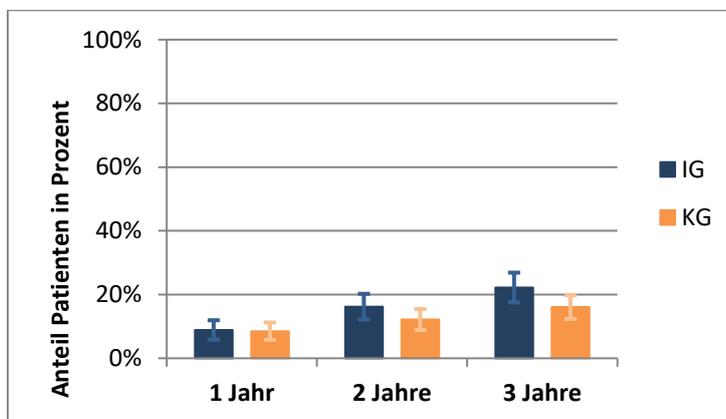
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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 = 551, KG = 547;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 746, KG = 761) zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten stets größere Anteile mit einer Entwicklung zu einer schweren depressiven Störung (Progression A) und einer Suchterkrankung (Progression C). Die Entwicklung hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) war zwischen IG und KG jeweils vergleichbar.

**Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>660</b>	<b>657</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	206	228
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	366	382
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	432	434
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	18,4 %	16,2 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,6 %	4,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	29,2 %	21,7 %

<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

**Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene****Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

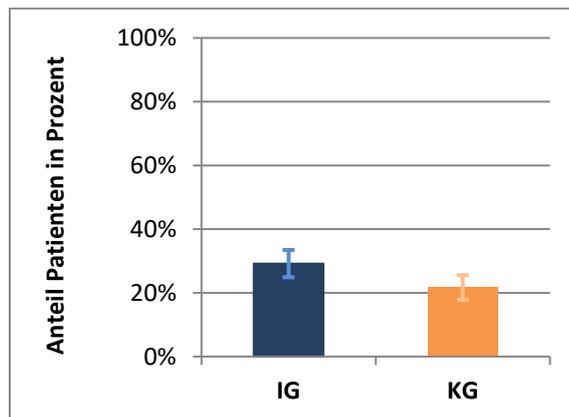
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (IG: 29,2 %; KG: 21,7 %; DiD: +1,5). Die restlichen Progressionsanteile waren zwischen IG und KG vergleichbar.

**Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche**

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

**Kinder, 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>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>22</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	11	10	10	13	13	14
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	13	12	12	14	14	15
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	20	20	20	22	22	22
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	18,2 %	30,0 %	30,0 %	15,4 %	15,4 %	14,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	7,7 %	8,3 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	6,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	15,0 %	20,0 %	25,0 %	9,1 %	27,3 %	27,3 %

<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

**Kinder, 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>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	10	10	12	14	15	16
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	11	11	13	15	16	17
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	25	25	25	26	26	26
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	6,7 %	6,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	8,0 %	12,0 %	20,0 %	11,5 %	19,2 %	26,9 %

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

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

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

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

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

**Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

**Kinder, klinikneue Patienten**

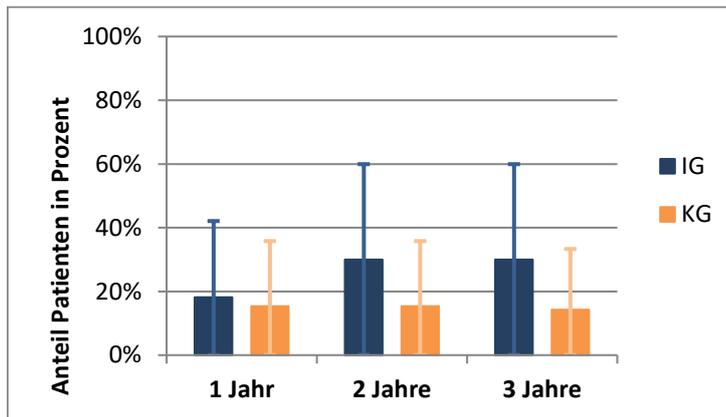
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

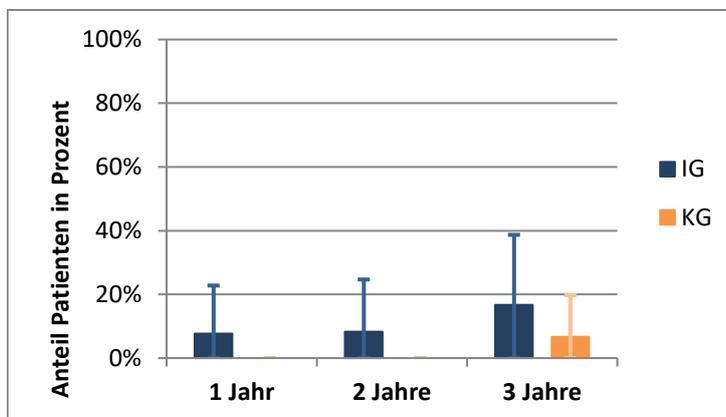
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

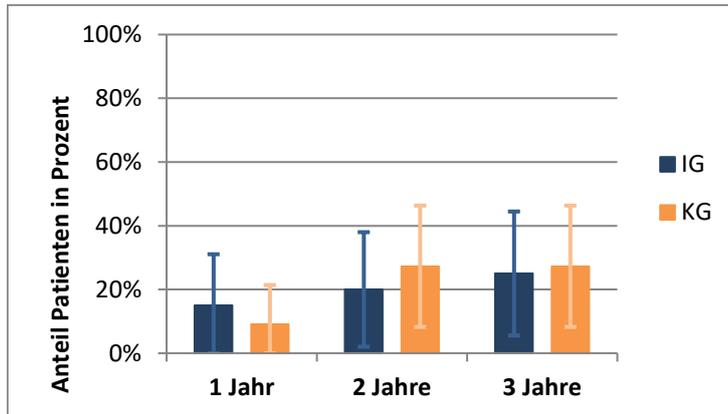
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Kinder, klinikbekannte Patienten**

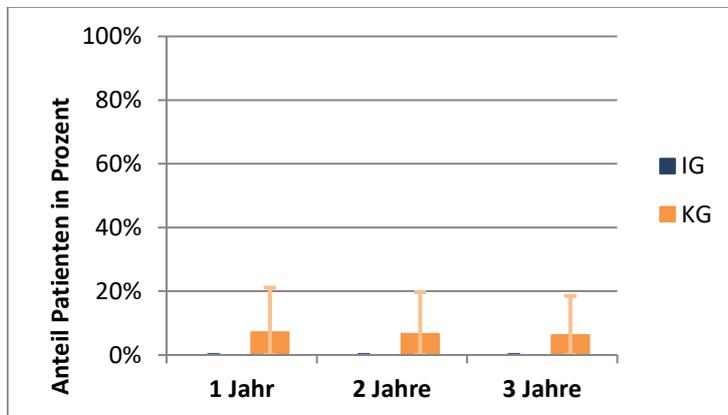
Legende für die folgenden Abbildungen:

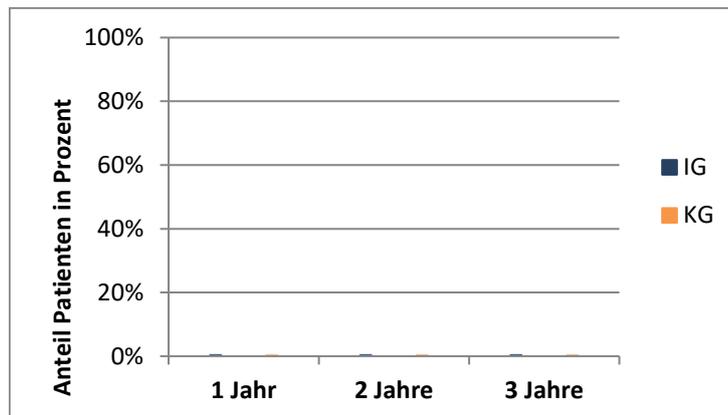
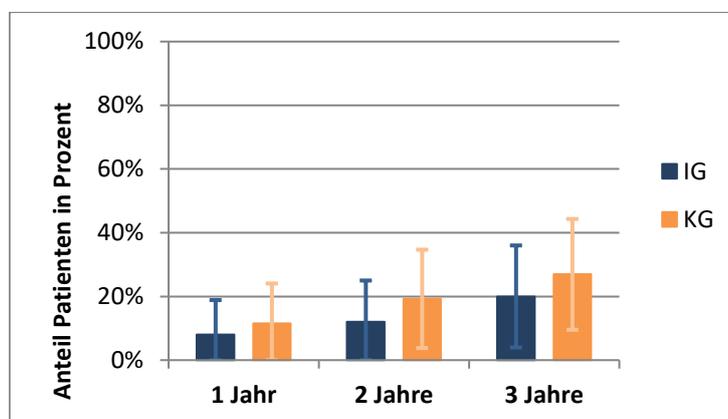
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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 = 22, KG = 22;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 30, KG = 30) waren die Fallzahlen für valide Aussagen zu gering.

**Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche  
Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt)**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>56</b>	<b>56</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>	21 24 53	14 19 56
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>	0,0 % 0,0 % 7,5 %	28,6 % 0,0 % 7,1 %

<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 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****Kinder, 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)**

Fallzahl zu klein

Auch für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren die Fallzahlen für valide Aussagen zu gering.

Abbildung 30 und Abbildung 32 zeigen den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 31 und Abbildung 33 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 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

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

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

### Alkoholabhängigkeit

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

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

**Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

#### Erwachsene, alle Patienten

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>55</b></p> <p style="text-align: center;">7,3 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>69</b></p> <p style="text-align: center;">7,2 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>67</b></p> <p style="text-align: center;">0,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>77</b></p> <p style="text-align: center;">3,9 %</p>

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

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

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

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

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

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

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

## Demenz

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

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

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

**Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

### Erwachsene, alle Patienten

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>	59 6,8 %	72 2,8 %
<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>	11 45,5 %	20 70,0 %
<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>	24 33,3 %	37 48,6 %

<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

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 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

#### Erwachsene, alle Patienten

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>	<b>262</b> 46,9 %	<b>257</b> 46,7 %
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>195</b> 0,5 %	<b>279</b> 0,0 %

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

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

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 46,9 %; KG: 46,7 %).

Auch der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 0,5 %; KG: 0,0 %).

### Schizophrenie

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

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

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

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

**Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**
**Erwachsene, alle Patienten**

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>44</b></p> 70,5 %	<p style="text-align: center;"><b>53</b></p> 84,9 %
<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>33</b></p> 72,7 %	<p style="text-align: center;"><b>36</b></p> 83,3 %
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b></p> 25,0 %	<p style="text-align: center;"><b>11</b></p> 36,4 %

<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 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

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

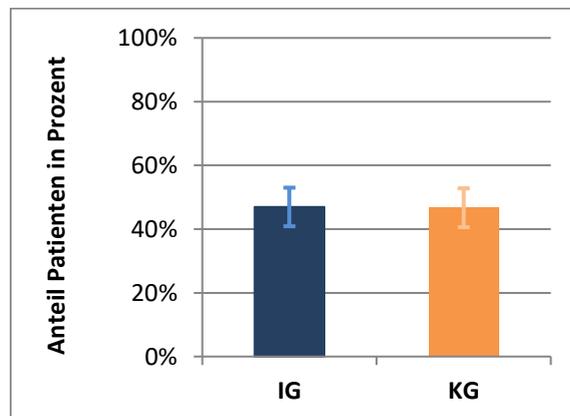
**Demenz E**

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

Für Kinder und Jugendliche wird von einer Auswertung des Outcomes Leitlinienadhärenz abgesehen, da die zugrundeliegenden Qualitätsindikatoren der Publikation von Großimlinghaus et al. (2013) auf Erwachsene fokussiert sind.

Abbildung 35 zeigt die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 409 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 430 ff.).

## **9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung**

### **9.1 Patientenmix**

#### **Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf**

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

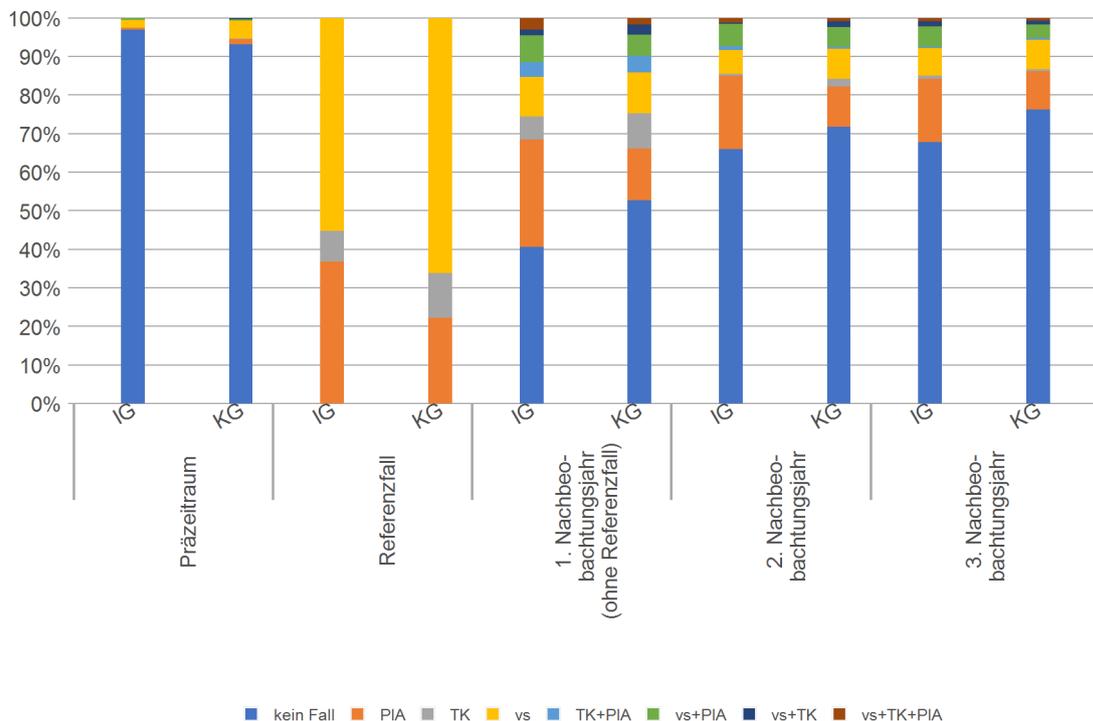
#### **Erwachsene**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Erwachsene**

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							18	10	0,965				<10	<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK		<10	1				<10	15	0,965				<10	<10	0,549
vs+PIA	<10	<10	1				40	31	1				32	28	1
vs+HT															
TK+PIA							22	25	1				<10	<10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	12	27	0,120	319	377	<0,001	60	60	1				34	43	1
TK		<10	1	46	66	0,049	34	52	0,291				<10	10	0,549
PIA	<10	<10	1	212	126	<0,001	161	76	<0,001				105	58	0,001
HT															
kein Fall	559	530	0,039				234	300	<0,001				363	392	0,317
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>577</b>	<b>569</b>	<b>0,230</b>	<b>577</b>	<b>569</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>577</b>	<b>569</b>	<b>&lt;0,001</b>				<b>551</b>	<b>547</b>	<b>0,008</b>

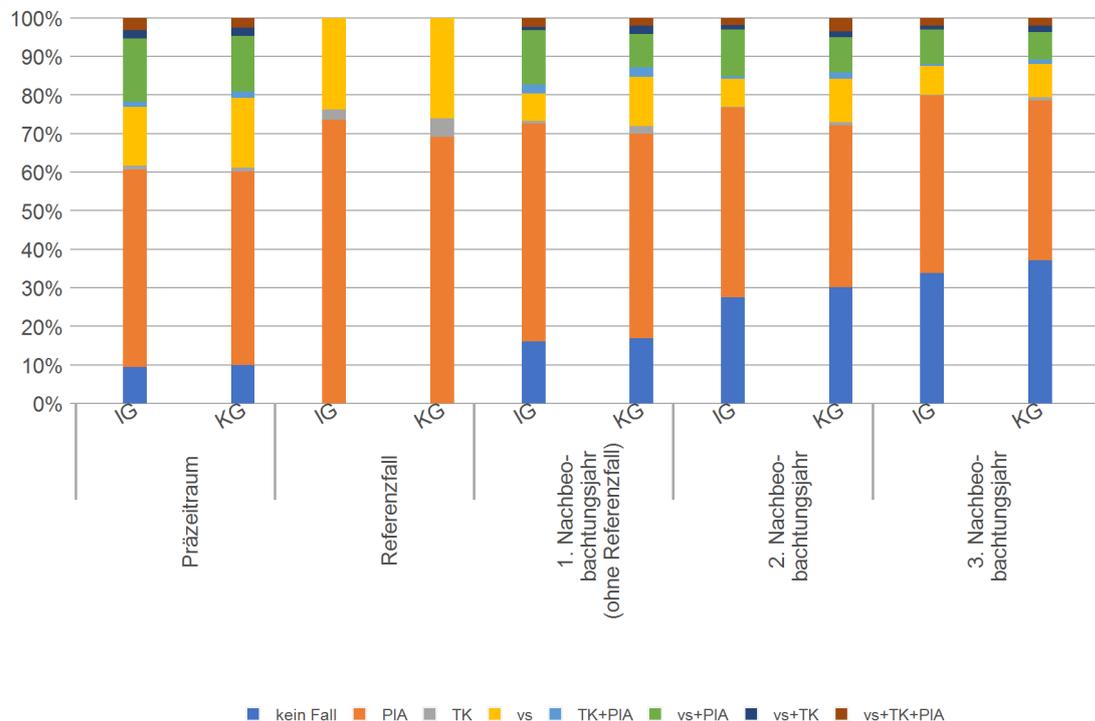
**Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Erwachsene**



**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Erwachsene**

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	25	20	1				19	16	1	14	27	0,399	15	15	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	17	17	1				<10	17	0,192	<10	11	0,857	<10	12	1
vs+PIA	128	115	1				110	69	0,008	90	70	0,425	65	52	1
vs+HT															
TK+PIA	10	13	1				18	19	1	<10	12	0,620	<10	<10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	120	143	1	186	207	0,308	56	101	0,002	54	86	0,060	54	63	1
TK	<10	<10	1	21	37	0,187	<10	16	0,181	<10	<10	0,790	<10	<10	1
PIA	400	398	1	574	547	0,187	441	420	0,787	367	319	0,043	333	302	0,722
HT															
kein Fall	74	78	1				126	133	1	205	230	0,790	244	271	1
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>781</b>	<b>791</b>	<b>1</b>	<b>781</b>	<b>791</b>	<b>0,187</b>	<b>781</b>	<b>791</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>746</b>	<b>761</b>	<b>0,012</b>	<b>722</b>	<b>729</b>	<b>0,801</b>

**Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Erwachsene**



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Prä-zeitraum kein signifikanter Unterschied ( $p = 0,23$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG. Dennoch zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an Personen in der KG, die keinen Krankenhausfall im Prä-Zeitraum hatten (IG = 96,9%; KG = 93,1%). Im Referenzfall zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich der IG und KG ( $p < 0,001$ ). Dies ist insbesondere auf die Behandlungssettings der vollstationären Versorgung, in dem in der IG 55,3 % der Patienten ihren Referenzfall hatten und in der KG 66,3 %, sowie der PIA-Versorgung, in der 36,7 % der IG-Patienten und 22,1 % der KG-Patienten ihren Referenzfall hatten, zurückzuführen. Der höhere PIA-Anteil in der IG zog sich auch über die darauffolgenden Nachbeobachtungszeiträume. Auffällig ist aber, dass im ersten und dritten Nachbeobachtungsjahr ein signifikant höherer Teil der KG-Patienten keinen weiteren Krankenhausfall aufwies.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigten sich weder im Prä-Zeitraum noch im Referenzfall statistisch signifikante Unterschiede ( $p = 1$  bzw.  $0,187$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich der IG und KG ( $p < 0,001$ ). Dies ist insbesondere auf das Behandlungssetting der vollstationären Versorgung zurückzuführen, in dem der Anteil der IG-Patienten mit 7,2 % signifikant geringer als in der KG mit 12,8 % war. Konträr dazu war die Kombination aus PIA- und vollstationäre Behandlung in der IG mit 14,1 %

gegenüber 8,7 % in der KG stärker besetzt. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr war ebenfalls ein statistisch signifikanter Unterschied erkennbar ( $p = 0,012$ ), der auf das Behandlungssetting des PIA-Bereiches zurückzuführen ist: hier wurden in der IG 49,2 % und in der KG 41,9 % der Patienten behandelt. Im dritten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich kein Unterschied zwischen IG und KG.

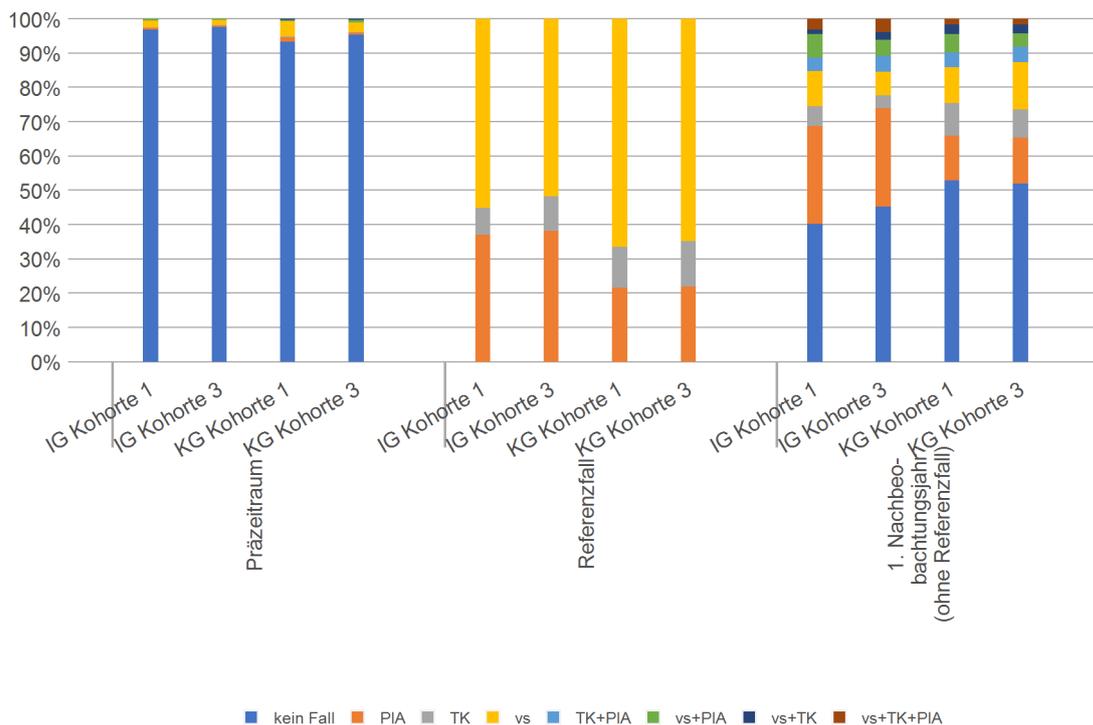
### **Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3**

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

**Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Erwachsene**

Behandlungs-setting	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA		<10		<10					18	27	10	10
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK		<10	<10	<10					<10	13	16	18
vs+PIA	<10	<10	<10	<10					41	37	32	33
vs+HT												
TK+PIA		<10		<10					23	31	25	30
TK+HT												
HT+PIA												
vs	12	31	27	41	326	333	393	423	61	46	62	88
TK		<10	<10	<10	46	81	70	95	34	22	56	51
PIA	<10	47	<10	39	219	276	128	172	168	215	77	112
HT												
kein Fall	573	599	552	593					238	299	313	348
<b>Gesamt-ergebnis</b>	<b>591</b>	<b>690</b>	<b>591</b>	<b>690</b>	<b>591</b>	<b>690</b>	<b>591</b>	<b>690</b>	<b>591</b>	<b>690</b>	<b>591</b>	<b>690</b>

**Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Erwachsene**



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

Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten sowie dritten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Vergleich von Kohorte 1 mit Kohorte 3 im Prä-Zeitraum kein Unterschied bei der Veränderung über die Zeit in IG und KG. Im Referenzfall hingegen war sowohl für die IG als auch für die KG ein Absinken der vollstationären Referenzfälle (IG von 55 % auf 48 % und KG von 66 % auf 61 %) bei gleichzeitigem Ansteigen der tagesklinischen und PIA-Versorgung (IG von 8% auf 12 % bzw. 37 % auf 40 % und KG von 12 % auf 14% bzw. 22 % auf 25 %) zu verzeichnen. Im Zeitraum danach war sowohl in der IG als auch in der KG erneut ein Absinken der tagesklinischen Anteile über die Zeit zu verzeichnen. Während aber in der IG der vollstationäre Anteil von 10 % auf 7 % sank und der PIA-Anteil von 28 % auf 31 % stieg, stieg der vollstationäre Anteil in der KG von 10 % auf 13 %, bei gleichzeitigem Steigen des PIA-Anteils von 13 % auf 16 % (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 38).

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 300 und Abbildung 110).

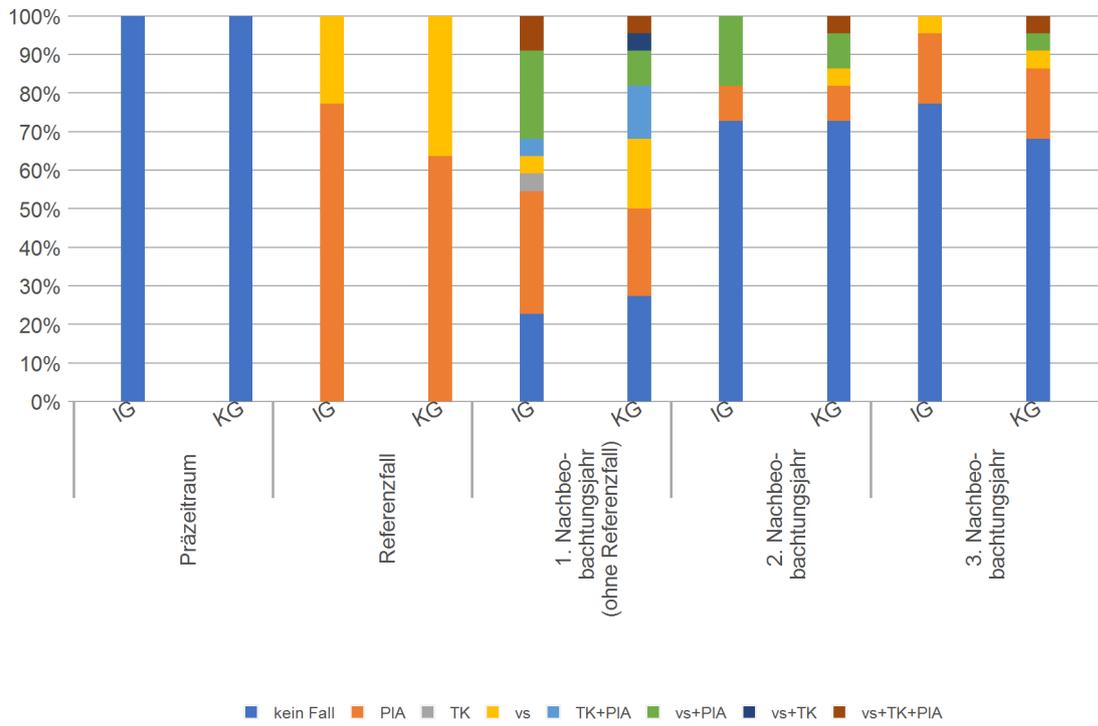
## Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Kinder und Jugendliche**

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							<10	<10	1		<10	1		<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK								<10	1						
vs+PIA							<10	<10	1	<10	<10	1		<10	1
vs+HT															
TK+PIA							<10	<10	1						
TK+HT															
HT+PIA															
vs				<10	<10	1	<10	<10	1		<10	1	<10	<10	1
TK							<10		1						
PIA				17	14	1	<10	<10	1	<10	<10	1	<10	<10	1
HT															
kein Fall	22	22					<10	<10	1	16	16	1	17	15	1
Gesamtergebnis	22	22		22	22	1	22	22	1	22	22	1	22	22	1

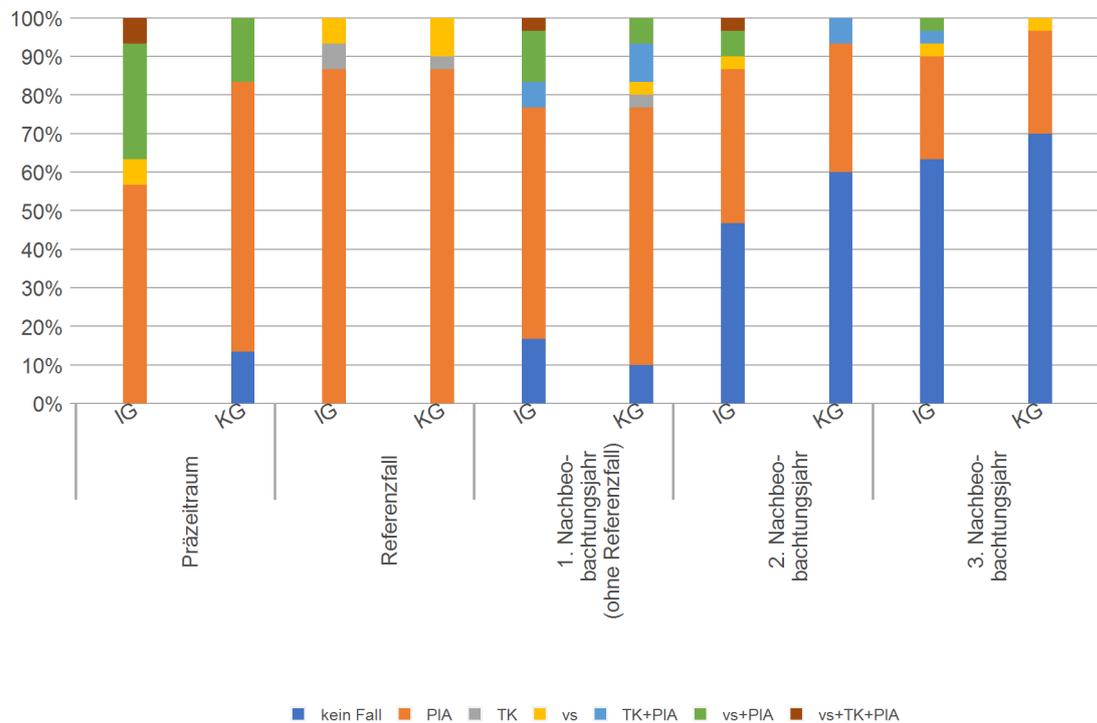
**Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinischen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Kinder und Jugendliche**



**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl); Kinder und Jugendliche**

Behandlungs- setting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	KG	IG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA		<10	1				<10		1	<10		1			
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK															
vs+PIA	<10	<10	1				<10	<10	1	<10		1	<10		1
vs+HT															
TK+PIA							<10	<10	1		<10	1	<10		1
TK+HT															
HT+PIA															
vs		<10	1	<10	<10	1		<10	1	<10		1	<10	<10	1
TK				<10	<10	1		<10	1						
PIA	21	17	1	26	26	1	18	20	1	12	10	1	<10	<10	1
HT															
kein Fall	<10		0,603				<10	<10	1	14	18	1	19	21	1
Gesamtergebnis	30	30	0,291	30	30	1	30	30	1	30	30	1	30	30	1

**Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf; Kinder und Jugendliche**



Bei den Kindern und Jugendlichen wird aufgrund der kleinen Gruppengrößen auf eine Ergebnisbeschreibung verzichtet, da die einzelnen Kategorien zu schwach besetzt sind (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 39 sowie Tabelle 52 und Abbildung 40).

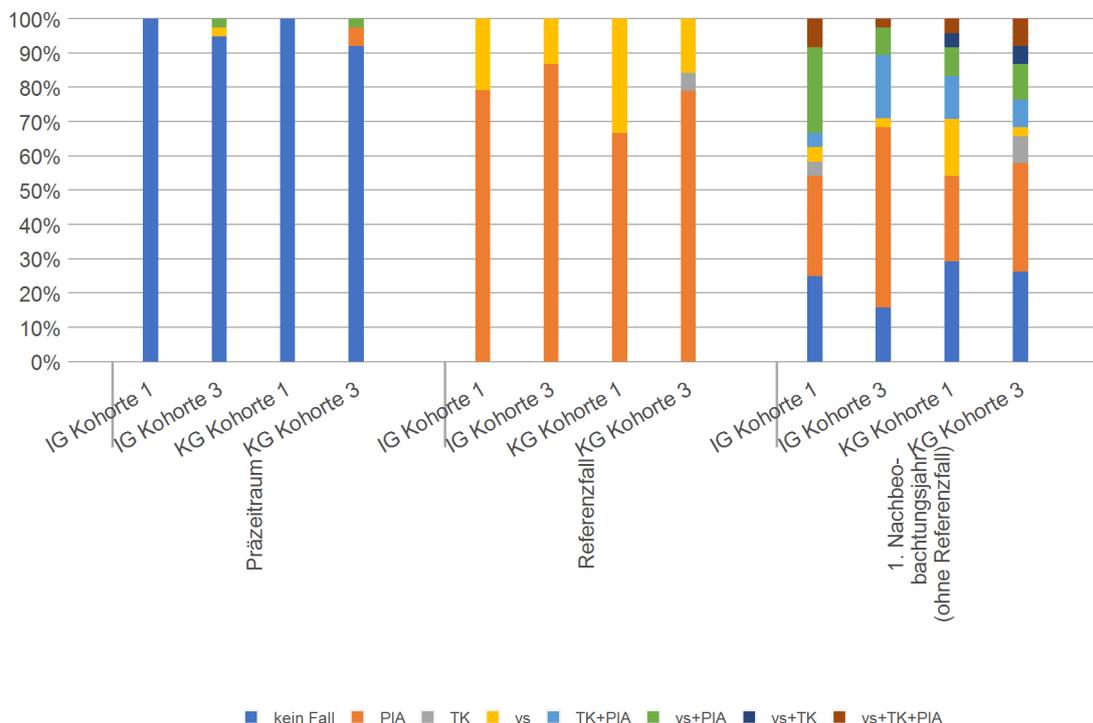
### Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3

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 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Kinder und Jugendliche**

Behandlungs-setting	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3	Kohorte 1	Kohorte 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA									<10	<10	<10	<10
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK											<10	<10
vs+PIA		<10		<10					<10	<10	<10	<10
vs+HT												
TK+PIA									<10	12	<10	<10
TK+HT												
HT+PIA												
vs		<10			<10	<10	<10	14	<10	<10	<10	<10
TK						<10		<10	<10			<10
PIA		18		19	19	48	16	39	<10	29	<10	20
HT												
kein Fall	24	36	24	35					<10	<10	<10	15
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>56</b>	<b>24</b>	<b>56</b>

**Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG); Kinder und Jugendliche**



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

Bei den Kindern und Jugendlichen wird aufgrund der kleinen Gruppengrößen auf eine Ergebnisbeschreibung verzichtet, da die einzelnen Kategorien zu schwach besetzt sind.

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 301 und Abbildung 111).

## **9.2 Leistungserbringung**

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

### **Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf**

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

### **Erwachsene**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 54: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	577	569	577	569	577	569	577	569	577	569	577	569	551	547	551	547	536	537	536	537
N mit Fall	15	31	0	3	319	377	46	66	126	116	82	102	75	84	17	26	78	69	19	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3		0,0	2,1	1,0	0,6	0,5	1,3	0,7	1,1	0,8	0,7	0,9	0,3	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,8	0,6		0,0	2,5	3,3	1,1	1,5	2,3	1,6	2,3	2,2	1,0	1,7	0,3	0,7	0,7	0,6	0,3	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1			0,5	0,2			0,2	0,2			0,3	0,2			0,1	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,3			0,7	0,6			0,8	0,6			0,3	1,1			0,3	0,4		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0				0,2	0,1	1,2	0,1	0,3	0,2	1,2	0,4	0,1	0,1	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0				0,1	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,0																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,0																		
<b>Gesamt</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>		<b>0,1</b>	<b>6,2</b>	<b>5,3</b>	<b>3,3</b>	<b>2,3</b>	<b>5,1</b>	<b>3,5</b>	<b>5,0</b>	<b>3,7</b>	<b>2,4</b>	<b>3,9</b>	<b>0,8</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,4</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 55: 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); Erwachsene**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	577	569	577	569	577	569	577	569	577	569	577	569	551	547	551	547	536	537	536	537
N mit Fall	15	31	0	3	319	377	46	66	126	116	82	102	75	84	17	26	78	69	19	14
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	10,1	6,1		3,7	3,8	1,5	8,1	4,2	5,8	3,5	7,6	4,5	5,2	5,6	8,8	4,8	2,7	2,3	5,3	6,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	31,3	11,0		7,0	4,6	5,1	13,2	12,8	10,6	8,0	16,2	12,5	7,1	10,8	10,0	15,1	4,5	4,9	7,2	8,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5	2,1			0,9	0,3			1,0	0,9			2,0	1,1			1,0	0,9		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	5,7	5,0			1,3	0,9			3,6	3,0			2,3	6,9			2,0	2,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9				0,3	0,1	15,6	1,0	1,4	0,9	8,5	2,0	0,7	0,3	5,7	5,4	0,0	0,1	0,4	4,7
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6				0,2	0,2	4,1	1,6	0,7	0,8	3,1	1,5	0,5	0,3	0,7	1,9	0,0	0,1	0,1	2,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe		0,5																		
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege		0,2																		
<b>Gesamt</b>	<b>51,1</b>	<b>25,0</b>		<b>10,7</b>	<b>11,2</b>	<b>8,0</b>	<b>41,0</b>	<b>19,7</b>	<b>23,2</b>	<b>17,1</b>	<b>35,4</b>	<b>20,5</b>	<b>17,9</b>	<b>25,2</b>	<b>25,2</b>	<b>27,2</b>	<b>10,3</b>	<b>11,1</b>	<b>13,0</b>	<b>21,1</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 56: 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)**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	577	569	577	569	577	569	551	547	536	537
N mit Fall	6	9	212	126	241	142	149	94	123	80
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	1,5	0,6	1,2	0,4	1,6	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,7	0,3	2,9	1,2	1,7	1,0	1,6	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0		0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,7	0,3	0,5	0,3	0,2	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,9	0,3	4,4	1,8	2,9	1,4	3,2	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>1,0</b>	<b>0,4</b>	<b>5,1</b>	<b>2,1</b>	<b>3,4</b>	<b>1,7</b>	<b>3,4</b>	<b>1,8</b>

**Tabelle 57: 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); Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	577	569	577	569	577	569	551	547	536	537
N mit Fall	6	9	212	126	241	142	149	94	123	80
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	0,2	0,4	0,3	3,7	2,3	4,4	2,6	7,1	4,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	2,4	1,9	1,2	6,9	4,9	6,4	5,6	7,0	6,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	0,2	0,2	0,2	1,2	0,6	1,2	1,4	0,5	0,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2		0,1	0,2	0,5	0,5	0,5	0,5	0,3	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,8	0,2	0,3	0,4	1,8	1,2	1,7	1,9	0,8	0,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,8	2,7	2,3	1,5	10,5	7,2	10,8	8,2	14,1	11,1
<b>Gesamt</b>	<b>3,7</b>	<b>2,9</b>	<b>2,6</b>	<b>1,9</b>	<b>12,3</b>	<b>8,4</b>	<b>12,5</b>	<b>10,1</b>	<b>14,9</b>	<b>11,9</b>

**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 58: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	781	791	781	791	781	791	781	791	781	791	781	791	746	761	746	761	722	729	722	729
N mit Fall	290	295	59	57	186	207	21	37	191	203	48	68	167	194	30	56	141	142	26	41
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	1,0	0,8	0,5	0,7	0,3	0,1	0,1	1,8	0,5	0,3	0,5	1,6	0,7	0,2	0,3	1,0	0,6	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	4,5	2,0	1,2	0,7	1,4	0,4	0,5	1,9	2,7	0,8	1,0	1,8	3,0	0,4	0,8	1,2	1,6	0,5	0,6
Intensivbehand- lung; Arzt/Psycholo- ge	0,8	0,3			0,2	0,1			0,5	0,3			0,6	0,3			0,4	0,2		
Intensivbehand- lung; Thera- peut/Pflege	1,2	1,8			0,5	0,9			0,5	0,9		0,0	1,2	1,6			0,7	0,6		
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,2	0,8	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,3	0,1	0,6	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege	0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe		0,0																		
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege		0,0																		
<b>Gesamt</b>	<b>9,4</b>	<b>8,0</b>	<b>3,8</b>	<b>1,8</b>	<b>2,1</b>	<b>2,9</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>5,2</b>	<b>4,5</b>	<b>1,9</b>	<b>1,5</b>	<b>5,7</b>	<b>6,0</b>	<b>0,8</b>	<b>1,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,1</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>

**Tabelle 59: 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); Erwachsene**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	781	791	781	791	781	791	781	791	781	791	781	791	746	761	746	761	722	729	722	729
N mit Fall	290	295	59	57	186	207	21	37	191	203	48	68	167	194	30	56	141	142	26	41
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,1	2,8	10,6	7,1	2,8	1,2	5,2	2,4	7,3	1,9	4,8	5,5	7,4	2,6	5,4	3,7	5,2	3,2	4,5	4,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	10,4	12,0	25,8	17,0	3,0	5,5	13,0	10,1	7,8	10,5	12,9	11,3	8,1	11,8	10,4	10,9	5,9	8,4	13,0	10,1
Intensivbehand- lung; Arzt/Psycholo- ge	2,1	0,9			1,0	0,5			2,2	1,1			2,8	1,2			2,0	1,0		
Intensivbehand- lung; Thera- peut/Pflege	3,3	4,7			1,9	3,5			2,2	3,4		0,0	5,5	6,3			3,4	2,9		
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe	1,7	0,4	11,2	0,5	0,2	0,2	3,7	0,6	1,3	0,4	10,3	0,5	1,1	0,9	3,4	1,7	1,0	0,3	2,7	0,3
Psychotherapeuti- sche Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege	0,6	0,6	2,0	0,5	0,2	0,1	0,8	0,9	0,6	0,2	3,1	0,4	0,7	0,6	1,7	2,0	0,3	0,1	0,7	0,3
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Arzt/Psychologe		0,0																		
psychosomatisch- psychotherapeuti- schen Komplexbe- handlung; Thera- peut/Pflege		0,0																		
<b>Gesamt</b>	<b>25,2</b>	<b>21,5</b>	<b>49,7</b>	<b>25,1</b>	<b>9,0</b>	<b>11,0</b>	<b>22,8</b>	<b>14,0</b>	<b>21,4</b>	<b>17,5</b>	<b>31,0</b>	<b>17,8</b>	<b>25,5</b>	<b>23,4</b>	<b>20,9</b>	<b>18,4</b>	<b>17,8</b>	<b>15,9</b>	<b>20,9</b>	<b>14,7</b>

**Tabelle 60: 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); Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	781	791	781	791	781	791	746	761	722	729
N mit Fall	551	541	574	547	588	524	476	428	416	378
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	1,6	0,6	0,5	2,3	1,9	2,3	1,9	2,4	2,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,6	3,9	1,3	1,3	5,0	3,9	4,6	4,0	4,3	4,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,4	0,2	0,2	1,1	0,6	1,0	0,5	0,5	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,3	0,1	0,1	0,8	0,5	0,6	0,4	0,4	0,3
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,7	0,2	0,3	1,8	1,0	1,6	0,9	0,9	0,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,0	5,5	1,9	1,8	7,3	5,8	6,9	5,9	6,7	6,6
<b>Gesamt</b>	<b>4,4</b>	<b>6,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,1</b>	<b>9,2</b>	<b>6,8</b>	<b>8,5</b>	<b>6,8</b>	<b>7,6</b>	<b>7,2</b>

**Tabelle 61: 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); Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	781	791	781	791	781	791	746	761	722	729
N mit Fall	551	541	574	547	588	524	476	428	416	378
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	2,3	0,8	0,7	3,1	2,8	3,6	3,4	4,1	4,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	5,7	1,8	1,9	6,7	5,9	7,2	7,0	7,5	7,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,6	0,2	0,3	1,4	0,8	1,6	0,8	0,9	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,5	0,1	0,2	1,0	0,7	0,9	0,8	0,7	0,5
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	1,1	0,3	0,5	2,5	1,6	2,5	1,6	1,6	1,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,7	8,0	2,6	2,6	9,7	8,7	10,9	10,4	11,6	12,8
<b>Gesamt</b>	<b>6,2</b>	<b>9,1</b>	<b>2,9</b>	<b>3,1</b>	<b>12,2</b>	<b>10,3</b>	<b>13,3</b>	<b>12,0</b>	<b>13,2</b>	<b>13,8</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen klinikneuen Patienten der IG und KG für die vollstationäre Behandlung sowie Tagesklinik keine Unterschiede (vgl. Tabelle 54).

Im Referenzfall zeigten sich höhere TE der IG (im Vergleich zur KG) sowohl für den vollstationären Bereich (6,2 TE vs. 5,3 TE) als auch für die Tageskliniken (3,3 TE vs. 2,3 TE). Diese lassen sich insbesondere auf den Bereich der Regelbehandlung sowie Intensivbehandlung zurückführen. Ein ähnliches Muster ließ sich für das erste Nachbeobachtungsjahr ermitteln. Auch dort wurden höhere TE für die IG (im Vergleich zur KG) für beide Bereiche (vollstationär und Tageskliniken) festgestellt. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr drehte sich der Trend jedoch um. Dort ergaben sich höhere TE in der KG (im Vergleich zur IG) sowohl für den vollstationären Bereich als auch für Tageskliniken. Im dritten Nachbeobachtungsjahr glichen sich die IG und KG für die jeweiligen Bereiche auf ein ähnliches Niveau an.

Die Durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten betrug im Prä-Zeitraum sowohl für die IG als auch für die KG 0 (vgl. Tabelle 56). Im Referenzfall ergibt sich mit 1,0 Kontakten in der IG ein höherer Wert als in der KG mit 0,4 Kontakten. Dieser Trend führt sich für die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre fort mit höheren PIA-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich sowohl für den vollstationären Bereich als auch für Tageskliniken höhere TE in der IG im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 58). Dabei war der Unterschied in den Tageskliniken mit 3,8 TE in der IG und 1,8 TE in der KG größer als im vollstationären Bereich mit 9,4 TE in der IG und 8,0 TE in der KG.

Im Referenzfall ergaben sich sowohl für den vollstationären Bereich als auch für die Tageskliniken höhere TE in der KG (im Vergleich zur IG), wobei im Tagesklinikbereich der Unterschied gering war (0,6 TE vs. 0,7 TE). Im ersten Nachbeobachtungsjahr drehte sich der Trend wieder um, mit höheren TE in der IG (im Vergleich zur KG) für den vollstationären Bereich sowie die Tageskliniken. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr können wiederum höhere TE in der KG (im Vergleich zur IG) für beide Bereiche festgestellt werden. Im dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich höhere TE im vollstationären Bereich der IG (im Vergleich zur KG), während sich im Bereich der Tageskliniken die IG und KG mit jeweils 0,8 TE auf ein gleiches Niveau annähern.

Bei den durchschnittlichen Anzahlen an PIA-Kontakten ergaben sich im Prä-Zeitraum mit 6,2 Kontakten in der KG mehr als in der IG mit 4,4 Kontakten (vgl. Tabelle 60). Im Referenzfall befanden sich IG und KG mit 2,1 Kontakten auf einem gleichen Niveau. In den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren ließ sich für alle Jahre eine höhere Anzahl an PIA-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG feststellen.

**Kinder und Jugendliche**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 62: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	0	0	0	0	5	8	0	0	8	8	4	5	4	4	0	1	1	3	0	1
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe					2,6	4,7			12,7	16,8	19,5	20,2	2,1	4,2		0,5		2,4		0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege					0,2	4,2			4,6	10,2	9,0	10,2	0,2	2,8		0,1		1,3		0,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe					0,7	3,0			17,4	2,2			9,0	0,7			0,2			
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege					0,1	0,6			4,1	1,1			3,5	0,7			0,0			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
<b>Gesamt</b>					<b>3,6</b>	<b>12,5</b>			<b>38,8</b>	<b>30,3</b>	<b>28,4</b>	<b>30,4</b>	<b>14,8</b>	<b>8,4</b>		<b>0,6</b>	<b>0,3</b>	<b>3,7</b>		<b>0,2</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 63: 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); Kinder und Jugendliche**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	0	0	0	0	5	8	0	0	8	8	4	5	4	4	0	1	1	3	0	1
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe					11,4	12,9			35,0	46,1	107,0	88,8	11,8	22,8		11,0		17,6		3,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege					1,0	11,6			12,6	28,2	49,3	45,1	1,3	15,2		2,0		9,3		1,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe					3,2	8,2			47,9	6,0			49,4	4,0			5,1			
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege					0,4	1,6			11,3	3,0			19,0	4,0			1,0			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
<b>Gesamt</b>					<b>16,1</b>	<b>34,3</b>			<b>106,8</b>	<b>83,3</b>	<b>156,4</b>	<b>133,9</b>	<b>81,5</b>	<b>46,1</b>		<b>13,0</b>	<b>6,1</b>	<b>26,9</b>		<b>4,0</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 64: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinische Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	0	0	17	14	15	11	6	5	4	6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,1	0,0	1,2	0,2	0,5	0,3	1,0	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			2,1	0,8	2,6	1,8	1,8	1,0	1,3	2,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,1		0,2	0,3			
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,0	0,3	0,2	0,7			
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung				0,2	0,3	0,4	1,0			
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung			2,2	0,9	3,8	2,0	2,3	1,3	2,3	3,2
<b>Gesamt</b>			<b>2,2</b>	<b>1,0</b>	<b>4,1</b>	<b>2,4</b>	<b>3,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,3</b>	<b>3,2</b>

**Tabelle 65: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinische Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	0	0	17	14	15	11	6	5	4	6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			0,2	0,1	1,8	0,5	2,0	1,4	5,5	4,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung			2,7	1,3	3,8	3,6	6,5	4,4	7,2	7,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,2		0,4	1,0			
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,1	0,4	0,4	2,5			
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung				0,3	0,4	0,7	3,5			
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung			2,9	1,4	5,6	4,1	8,5	5,8	12,8	11,8
<b>Gesamt</b>			<b>2,9</b>	<b>1,6</b>	<b>6,0</b>	<b>4,8</b>	<b>12,0</b>	<b>5,8</b>	<b>12,8</b>	<b>11,8</b>

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 66: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	13	5	2	0	2	3	2	1	5	3	3	4	4	0	1	2	2	1	1	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	20,5	2,5	1,1		1,7	1,0	1,0	2,6	4,4	0,4	8,0	9,3	3,1		0,0	3,3	0,6	0,8	3,6	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	22,2	9,7	2,2		1,1	0,1	1,1	0,0	6,1		5,3	9,3	6,6		0,4	3,3	0,3	1,1	1,1	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,4					0,1			0,3				3,2				2,5			
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1								0,0				2,4				0,7			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
<b>Gesamt</b>	<b>46,1</b>	<b>12,1</b>	<b>3,4</b>		<b>2,9</b>	<b>1,2</b>	<b>2,1</b>	<b>2,6</b>	<b>10,8</b>	<b>0,4</b>	<b>13,3</b>	<b>18,6</b>	<b>15,4</b>		<b>0,4</b>	<b>6,6</b>	<b>4,1</b>	<b>1,9</b>	<b>4,7</b>	

**Tabelle 67: 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); Kinder und Jugendliche**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	13	5	2	0	2	3	2	1	5	3	3	4	4	0	1	2	2	1	1	0
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	47,2	14,8	17,0		25,7	9,7	14,5	78,1	26,3	4,0	80,4	69,8	23,4		1,0	50,0	8,6	24,3	108,2	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	51,3	58,0	33,5		17,1	1,0	17,1	0,1	36,4		52,8	69,9	49,7		12,0	49,6	4,6	34,2	34,0	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	5,5					1,3			1,6				24,0				37,1			
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,5								0,2				18,1				10,7			
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
<b>Gesamt</b>	<b>106,4</b>	<b>72,8</b>	<b>50,5</b>		<b>42,8</b>	<b>12,1</b>	<b>31,6</b>	<b>78,1</b>	<b>64,6</b>	<b>4,0</b>	<b>133,2</b>	<b>139,7</b>	<b>115,3</b>		<b>13,0</b>	<b>99,6</b>	<b>60,9</b>	<b>58,5</b>	<b>142,2</b>	

**Tabelle 68: 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); Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	27	26	26	26	25	25	15	12	10	8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,5	0,4	0,1	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,8	2,6	1,3	0,9	4,5	1,7	2,7	0,9	2,2	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,3		0,2		0,3	0,0	0,1	0,4	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,1		0,1		0,2		0,1	0,1	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,4		0,2		0,5	0,0	0,1	0,5	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,2	3,1	1,7	0,9	4,9	1,9	2,9	1,0	2,3	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>2,2</b>	<b>3,6</b>	<b>1,7</b>	<b>1,2</b>	<b>4,9</b>	<b>2,4</b>	<b>2,9</b>	<b>1,1</b>	<b>2,8</b>	<b>0,5</b>

**Tabelle 69: 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); Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	27	26	26	26	25	25	15	12	10	8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,5	0,6	0,5	0,1	0,5	0,2	0,4	0,2	0,3	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	3,0	1,5	1,0	5,4	2,1	5,4	2,2	6,5	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4		0,2		0,3	0,1	0,2	1,3	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,1		0,1		0,3		0,2	0,2	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,5		0,3		0,6	0,1	0,3	1,5	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,5	3,6	1,9	1,1	5,9	2,3	5,8	2,4	6,8	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>2,5</b>	<b>4,1</b>	<b>1,9</b>	<b>1,3</b>	<b>5,9</b>	<b>2,9</b>	<b>5,9</b>	<b>2,8</b>	<b>8,3</b>	<b>1,9</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich hinsichtlich der Höhe der erbrachten Therapieeinheiten (TE) zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten im vollstationären Bereich sowie in den Tageskliniken keine erbrachten Einheiten (vgl. Tabelle 62). Im Referenzfall sind für den vollstationären Bereich mit 12,5 TE in der KG mehr als in der IG mit 3,6 TE feststellbar. Im Bereich der Tageskliniken sind weiterhin keine Einheiten erbracht wurden. Bei der Betrachtung ist aber stets zu berücksichtigen, dass nur sehr wenige Kinder und Jugendliche (je Gruppe jeweils unter 10) überhaupt einen Krankenhausfall hatten, sodass die Mittelwerte in jede Richtung stark verzerrt sein können.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr sind für den vollstationären Bereich in der IG mehr TE erbracht worden als in der KG. Für die Tageskliniken ist es umgekehrt mit mehr TE in der KG als in der IG. Dies geht insbesondere auf Unterschiede in den Bereichen der Regelbehandlung als auch Intensivbehandlung in beiden Bereichen zurück. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sind im vollstationären Bereich weiterhin mehr Leistungen in der IG als in der KG erbracht. Im Bereich der Tageskliniken wurden für die IG keine Leistungen mehr erbracht während in der KG 0,6 TE erbracht wurden. Im dritten Nachbeobachtungsjahr kehrt sich der Trend im vollstationären Bereich um mit weniger TE in der IG im Vergleich zur KG (0,3 TE vs. 0,7 TE). Im Bereich der Tageskliniken wurden für die IG weiterhin keine TE erbracht während für die KG 0,2 TE erbracht wurden.

Die durchschnittliche Anzahl von PIA-Kontakten im Prä-Zeitraum beträgt sowohl für die IG als auch für die KG 0 (vgl. Tabelle 64). Im Referenzfall fanden mit 2,2 Kontakten in der IG mehr als in der KG mit 1,0 Kontakten statt. Im ersten und zweiten Nachbeobachtungsjahr können mehr PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG festgestellt werden. Im dritten Nachbeobachtungsjahr kehrt sich dieser Trend um mit weniger PIA-Kontakten in der IG im Vergleich zur KG.

Für linikbekannte Patienten im Prä-Zeitraum ergeben sich für den vollstationären Bereich in der IG mit 48,1 Behandlungsfällen mehr als in der KG mit 12,1. Im Bereich der Tageskliniken sind in der IG 3,4 Behandlungsfälle feststellbar während in der KG keine Fälle aufgetreten sind (vgl. Tabelle 66).

Im Referenzfall liegt für den vollstationären Bereich die Fallzahl der IG über jener der KG. Bei den Tageskliniken sind mehr Fälle in der KG (im Vergleich zur IG) feststellbar. Der Trend im vollstationären Bereich mit höheren Fallzahlen der IG (im Vergleich zur KG) ist auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren zu vermerken. Für die Tageskliniken wird der Trend der höheren Fallzahlen der KG (im Vergleich zur IG) für das erste und zweite Nachbeobachtungsjahr fortgeführt. Im dritten Nachbeobachtungsjahr sind jedoch keine Fälle in der KG aufgetreten wodurch die IG mit 4,7 Fällen mehr als die KG aufweist.

Die durchschnittliche Anzahl von PIA-Kontakten im Prä-Zeitraum liegt mit 2,2 Kontakten in der IG unter der KG mit 3,6 Kontakten (vgl. Tabelle 68). Im Referenzfall sowie den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren sind mehr Kontakte in der IG im Vergleich zur KG 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.

#### **Erwachsene**

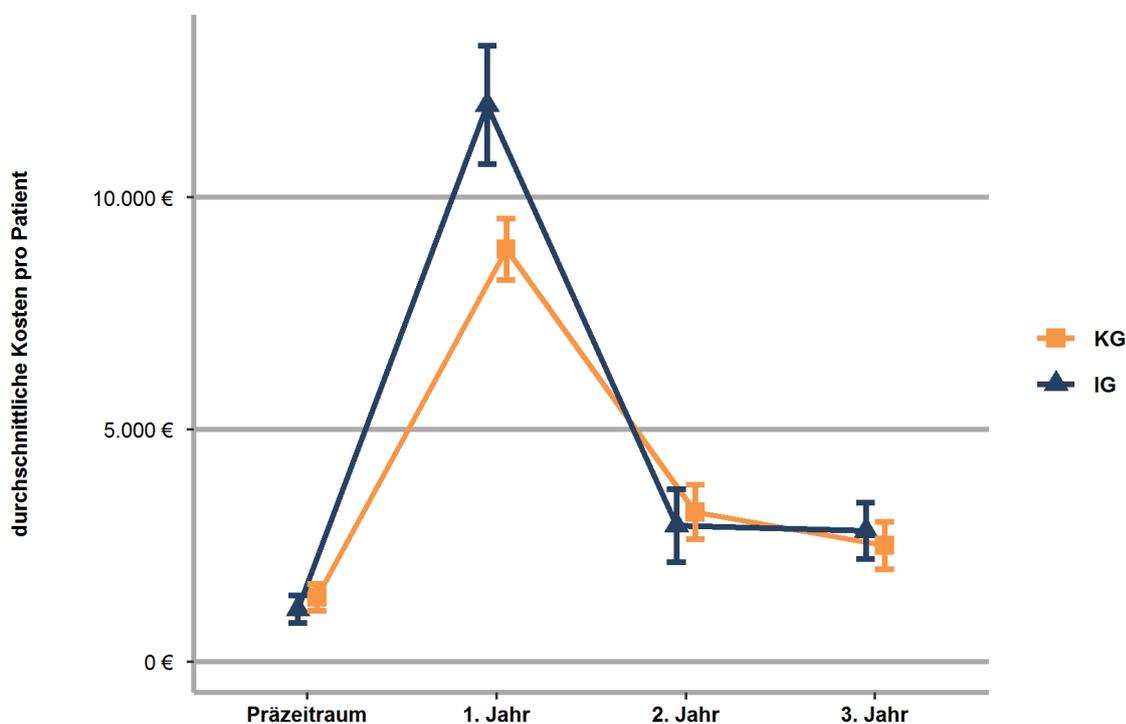
##### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

##### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	513	577	487	453	502	569	486	463
<b>Mittelwert</b>	<b>1.126 €</b>	<b>11.988 €</b>	<b>2.932 €</b>	<b>2.818 €</b>	<b>1.389 €</b>	<b>8.882 €</b>	<b>3.224 €</b>	<b>2.499 €</b>
Standardabweichung	4.321 €	18.602 €	11.196 €	8.510 €	4.242 €	9.574 €	8.273 €	7.205 €
Minimum	0,00 €	86,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,79 €	1.723,33 €	57,36 €	35,80 €	40,62 €	1.868,19 €	62,88 €	29,41 €
Median	140,78 €	5.061,27 €	483,50 €	325,56 €	186,87 €	5.931,72 €	407,79 €	222,01 €
75%-Perzentil	771 €	14.719 €	1.665 €	1.373 €	905 €	12.497 €	1.697 €	1.226 €
Maximum	64.043 €	191.760 €	192.754 €	105.473 €	49.624 €	60.221 €	91.847 €	75.055 €

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



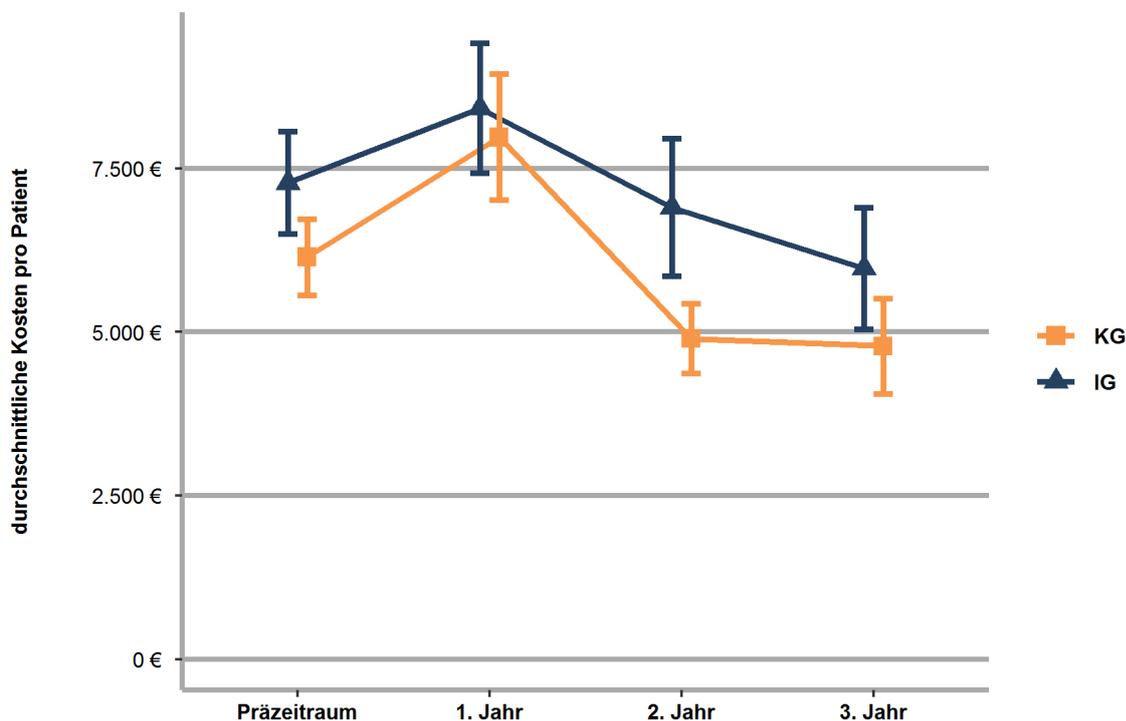
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	770	781	711	678	775	791	729	692
<b>Mittelwert</b>	<b>7.279,23 €</b>	<b>8.415,45 €</b>	<b>6.901,25 €</b>	<b>5.971,67 €</b>	<b>6.144,07 €</b>	<b>7.976,13 €</b>	<b>4.899,53 €</b>	<b>4.782,38 €</b>
Standardabweichung	13.245 €	16.862 €	17.445 €	15.213 €	9.961 €	16.486 €	8.920 €	12.016 €
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	102,39 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	984,36 €	1.084,93 €	591,20 €	354,64 €	992,90 €	1.291,84 €	495,95 €	374,81 €
Median	1.982,70 €	2.699,92 €	1.467,71 €	1.094,02 €	1.922,08 €	2.319,59 €	1.529,46 €	1.280,56 €
75%-Perzentil	7.272,10 €	8.781,10 €	4.774,53 €	3.495,06 €	7.230,87 €	8.523,61 €	4.847,78 €	3.158,71 €
Maximum	120.047 €	229.890 €	189.724 €	168.246 €	88.289 €	322.683 €	84.217 €	190.803 €

**Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 71)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 70 und Abbildung 42) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.125,66 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.388,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.988,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.882,00 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3.369,39 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.817,99 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.499,39 €.

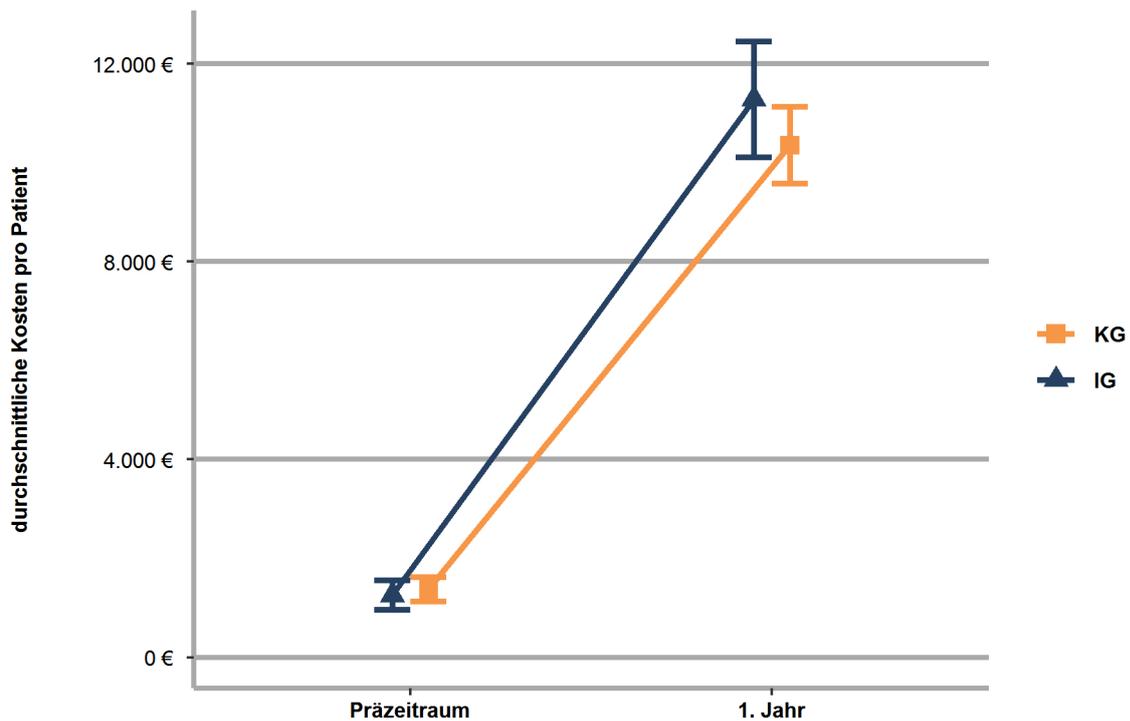
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 71 und Abbildung 43) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7.279,23 € höhere Kosten als die KG mit 6.144,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8.415,45 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.976,13 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 695,83 € nicht signifikant ( $p = 0,411$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 5.971,67 €. In der KG sanken die Kosten auf 4.782,38 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	591	690	616	690						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.263 €</b>	<b>11.284 €</b>	<b>1.381 €</b>	<b>10.354 €</b>	<b>-117,76 €</b>	<b>0,616</b>	<b>929,61 €</b>	<b>0,275</b>	<b>1.047,37 €</b>	<b>0,236</b>
Standardabweichung	4.821 €	18.617 €	3.849 €	12.417 €						
Minimum	0,00 €	79,14 €	0,00 €	56,63 €						
25%-Perzentil	30,68 €	998,71 €	49,80 €	2.041,01 €						
Median	148,54 €	4.052,31 €	233,76 €	7.131,90 €						
75%-Perzentil	594 €	13.015 €	754 €	13.875 €						
Maximum	87.118 €	138.985 €	36.216 €	151.359 €						

**Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 72)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 72 und Abbildung 44) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.263 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 1.381 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 11.284 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 10.354 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1047,37 € nicht signifikant ( $p=0,236$ ) stärker als in der KG.

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

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

**Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.380,56 €	<0,001	-2.203,73 €	0,007
IG (vs. KG)	-117,76 €	0,616	145,92 €	0,531
Post (vs. Prä)	8.973,70 €	<0,001		
IG x Post (DiD)	1.047,37 €	0,226		
1. Jahr (vs. Prä)			10.426,30 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			802,61 €	0,356
Alter (30-47 J. vs. U30)			-863,69 €	0,207
Alter (48-64 J. vs. U30)			-32,13 €	0,965
Alter (Ü64 vs. U30)			1.225,02 €	0,190
Geschlecht weiblich (vs. männl.)			-179,44 €	0,695
F 00 (Demenz)			84,64 €	0,937
F 01 (Vaskuläre Demenz)			-717,52 €	0,560
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)			-3.352,32 €	0,072
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)			-2.415,46 €	0,006
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)			1.444,05 €	0,422
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)			-46,08 €	0,932
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)			7.852,72 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)			2.733,39 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)			894,79 €	0,074
F 45 (Somatoforme Störungen)			-694,97 €	0,182
F 40-48 (ohne F43 und F45)			112,17 €	0,871
F 50 (Essstörungen)			1.355,12 €	0,317
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)			3.665,67 €	0,025
F 70-79 (Intelligenzstörung)			5.699,88 €	0,093
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)			-4.391,03 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh. /Jugend)			-123,64 €	0,913
Vollstat. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			7.378,66 €	<0,001
TK psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			5.055,48 €	0,019
PIA Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			1.753,24 €	0,039
Vertragsärztl. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			405,94 €	0,201
R <sup>2</sup>		0,144		0,215

**Kinder und Jugendliche**

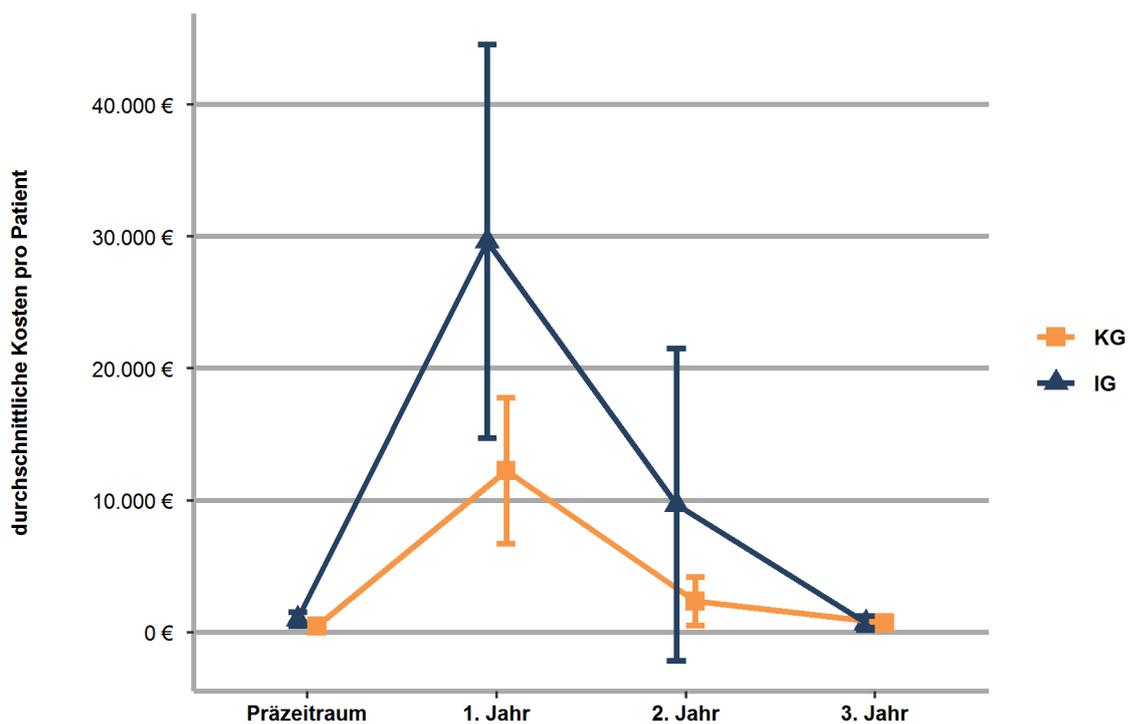
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	20	22	18	17	16	22	19	17
<b>Mittelwert</b>	<b>980 €</b>	<b>29.644 €</b>	<b>9.683 €</b>	<b>700 €</b>	<b>457 €</b>	<b>12.266 €</b>	<b>2.365 €</b>	<b>717 €</b>
Standardabweichung	1.525 €	42.529 €	33.705 €	1.531 €	715 €	15.753 €	5.228 €	1.359 €
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	163,55 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	21,14 €	1.182,70 €	33,08 €	16,25 €	3,43 €	2.716,23 €	37,42 €	9,48 €
Median	73 €	10.623 €	311 €	118 €	84 €	6.108 €	196 €	336 €
75%-Perzentil	1.716 €	33.733 €	1.649 €	543 €	514 €	19.470 €	959 €	819 €
Maximum	5.456 €	126.960 €	154.623 €	6.800 €	2.272 €	71.713 €	19.080 €	6.331 €

**Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



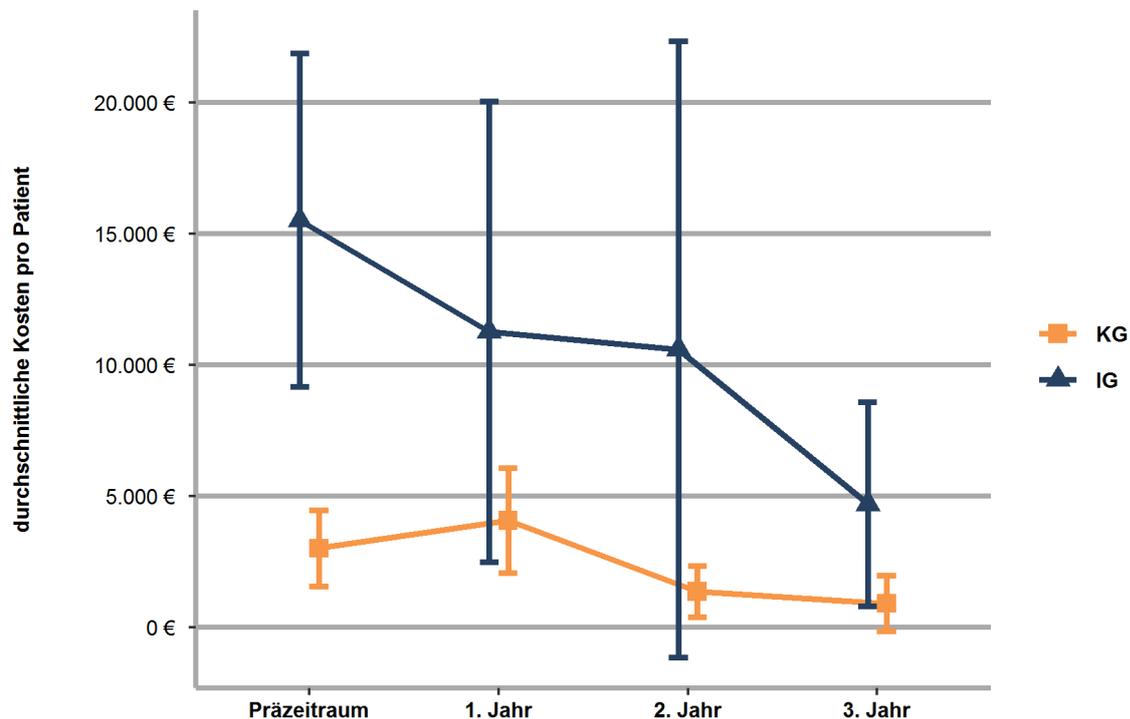
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 74)

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	30	30	23	19	30	30	24	23
<b>Mittelwert</b>	<b>15.515 €</b>	<b>11.264 €</b>	<b>10.590 €</b>	<b>4.695 €</b>	<b>3.005 €</b>	<b>4.069 €</b>	<b>1.360 €</b>	<b>904 €</b>
Standardabweichung	21.144 €	29.256 €	39.074 €	12.957 €	4.822 €	6.668 €	3.235 €	3.528 €
Minimum	267,88 €	173,32 €	0,00 €	0,00 €	10,70 €	300,65 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	764,04 €	1.407,19 €	49,03 €	0,00 €	311,72 €	853,91 €	12,58 €	13,42 €
Median	2.964,50 €	3.048,27 €	817,83 €	129,88 €	1.102,41 €	1.570,49 €	227,22 €	173,73 €
75%-Perzentil	30.014 €	6.423 €	2.846 €	1.185 €	2.968 €	4.593 €	1.013 €	452 €
Maximum	89.290 €	156.472 €	207.623 €	54.674 €	18.708 €	35.332 €	16.000 €	19.526 €

**Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 75)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 74 und Abbildung 45) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 980,03 € höhere Kosten als die KG mit 457,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 29.643,77 €. In der KG stiegen die Kosten auf 12.266,32 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16.854,76 € nicht signifikant ( $p=0,086$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein gleiches Niveau (IG: 700,37 €; KG: 716,89 €).

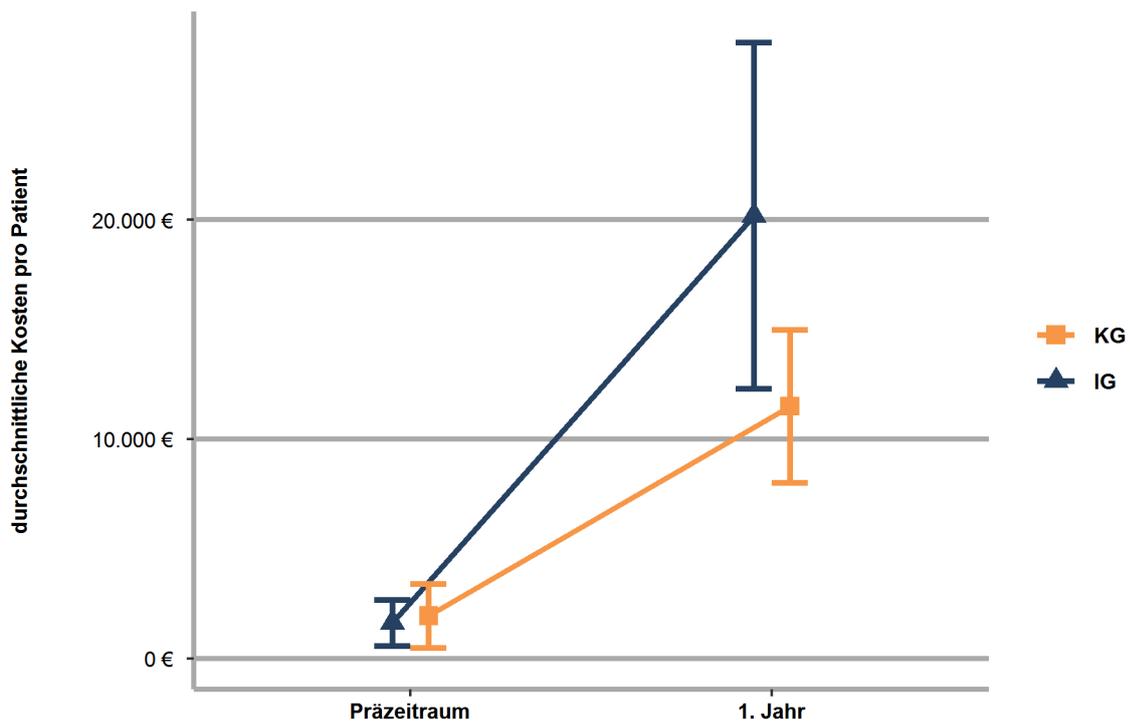
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 75 und Abbildung 46) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15.515,09 € größere Kosten als die KG mit 3.005,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 11.263,69 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.068,63 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5.314,84 € nicht signifikant ( $p=0,266$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4.695,19 €. In der KG sanken die Kosten auf 904,21 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	46	56	48	56						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.628 €</b>	<b>20.181 €</b>	<b>1.942 €</b>	<b>11.495 €</b>	<b>-313,41 €</b>	<b>0,776</b>	<b>8.685,31 €</b>	<b>0,101</b>	<b>8.998,72 €</b>	<b>0,095</b>
Standardabweichung	4.809 €	35.894 €	6.667 €	15.876 €						
Minimum	0,00 €	112,96 €	0,00 €	67,60 €						
25%-Perzentil	32,09 €	807,65 €	47,04 €	706,54 €						
Median	348,46 €	1.530,62 €	323,59 €	3.609,19 €						
75%-Perzentil	1.210 €	32.123 €	639 €	17.455 €						
Maximum	26.991 €	184.035 €	41.426 €	77.397 €						

**Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 76)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 76 und Abbildung 47) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.628 € höhere Kosten als die KG mit 1.942 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 20.181 €. In der KG stiegen die Kosten auf 11.495 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 8.998,72 € nicht signifikant ( $p=0,095$ ) stärker als in der KG.

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

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

**Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.941,68 €	0,031	-12.090,07 €	0,105
IG (vs. KG)	-313,41 €	0,776	89,08 €	0,954
Post (vs. Prä)	9.553,76 €	<0,001		
IG x Post (DiD)	8.998,72 €	0,084		
1. Jahr (vs. Prä)			10.982,09 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			8.510,48 €	0,109
Geschlecht weiblich (vs. männl.)			832,20 €	0,742
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)			24.253,70 €	0,014
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)			13.552,33 €	0,044
F 30-39 (Affektive Störungen)			545,45 €	0,914
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)			12.981,45 €	0,142
F 45 (Somatoforme Störungen)			4.320,62 €	0,258
F 40-48 (ohne F43 und F45)			16.129,99 €	0,327
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)			5.730,72 €	0,462
F 70-79 (Intelligenzstörung)			9.454,87 €	0,155
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)			24.469,08 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh. /Jugend)			1.798,80 €	0,266
Vollstat. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			-725,47 €	0,726
PIA Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)		0,130		0,235
Vertragsärztl. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)	1.941,68 €	0,031	-12.090,07 €	0,105
R <sup>2</sup>	-313,41 €	0,776	89,08 €	0,954

## **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.

### **Erwachsene**

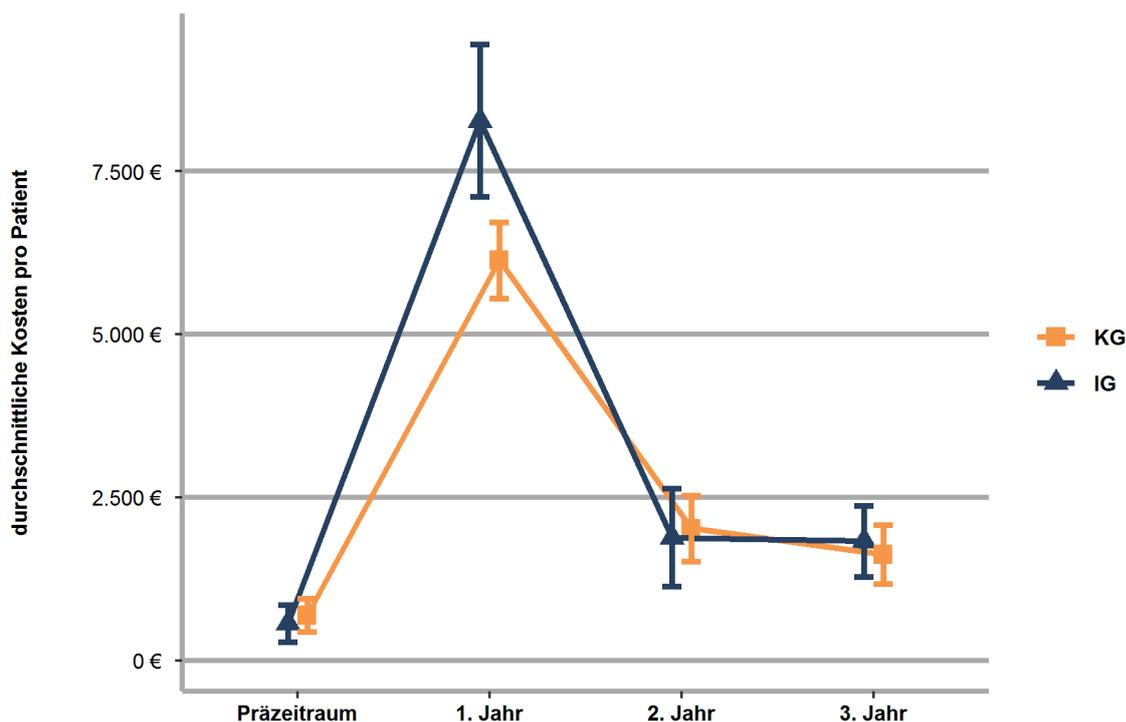
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	38	347	81	81	52	394	89	76
<b>Mittelwert</b>	<b>567,40 €</b>	<b>8.274,64 €</b>	<b>1.881,31 €</b>	<b>1.827,96 €</b>	<b>695,55 €</b>	<b>6.136,40 €</b>	<b>2.022,64 €</b>	<b>1.623,80 €</b>
Standardabweichung	4.166 €	17.010 €	10.705 €	7.689 €	3.671 €	8.476 €	7.227 €	6.396 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	1.969,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.338,64 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	8.510 €	0 €	0 €	0 €	10.077 €	0 €	0 €
Maximum	63.224 €	182.460 €	192.468 €	105.050 €	48.518 €	51.909 €	90.013 €	62.775 €

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



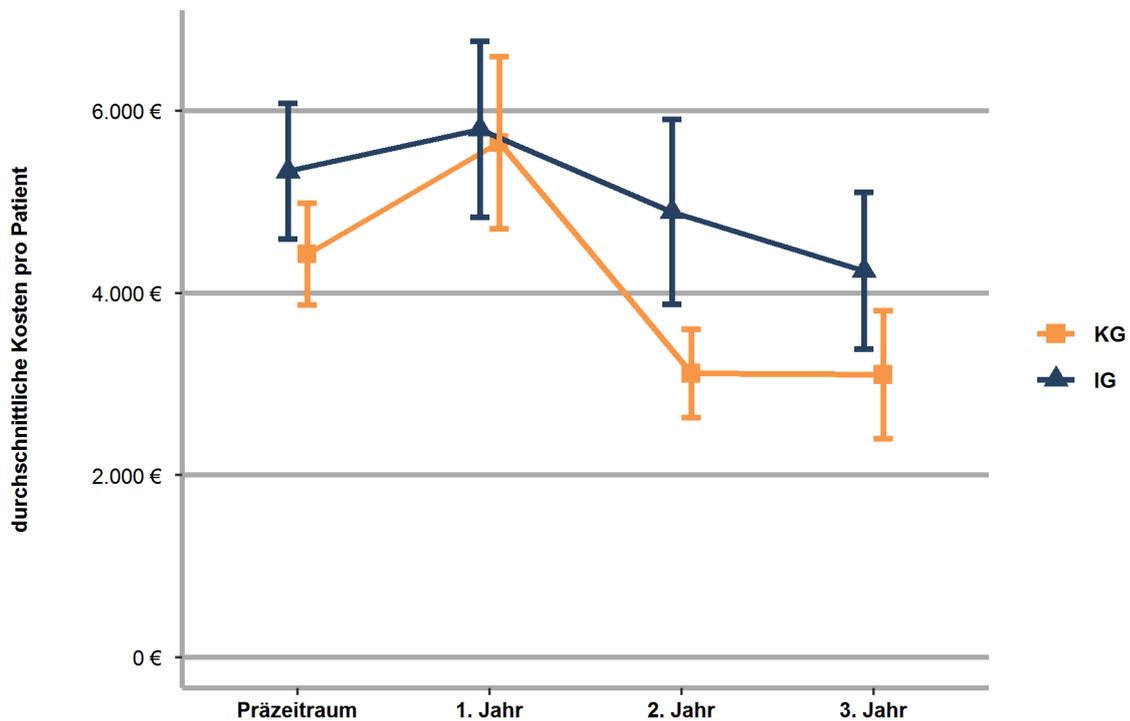
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 78)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	301	286	172	151	309	291	205	148
<b>Mittelwert</b>	<b>5.338,50 €</b>	<b>5.796,74 €</b>	<b>4.890,72 €</b>	<b>4.245,58 €</b>	<b>4.428,44 €</b>	<b>5.652,49 €</b>	<b>3.117,08 €</b>	<b>3.104,77 €</b>
Standardabweichung	12.641 €	16.414 €	16.875 €	14.084 €	9.549 €	16.126 €	8.168 €	11.552 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	4.784,81 €	4.411,48 €	0,00 €	0,00 €	5.311,17 €	5.288,81 €	1.246,19 €	0,00 €
Maximum	118.804 €	229.842 €	188.675 €	141.657 €	83.416 €	322.641 €	82.297 €	190.761 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 79)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78 und Abbildung 48) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 567,40 € weniger Kosten als die KG mit 695,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.274,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.136,40 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.266,39 € signifikant ( $p=0,004$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.827,96 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.623,80 €.

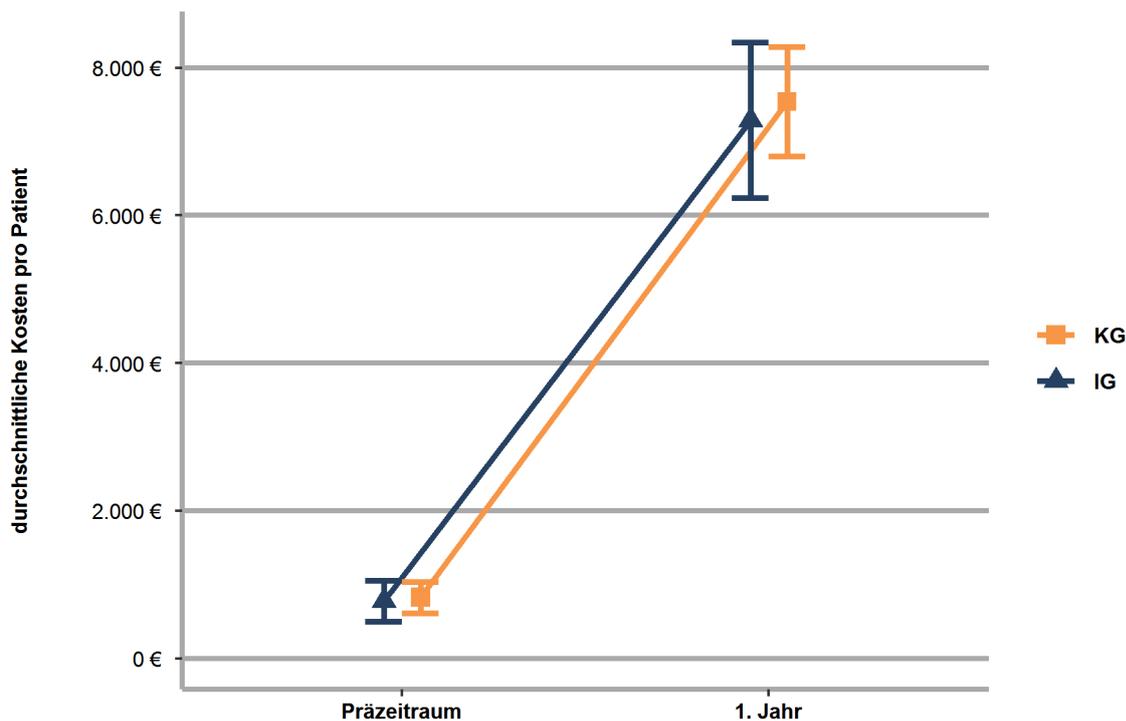
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 79 und Abbildung 49) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.338,50 € mehr Kosten als die KG mit 4.428,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 5.796,74 € bzw. 5.652,49 € auf ein vergleichbares Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 765,82 € nicht signifikant ( $p=0,351$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4.245,58 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.104,77 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	64	368	83	469						
Mittelwert	777,63 €	7.290,50 €	827,29 €	7.542,75 €	-49,66 €	0,814	-252,25 €	0,747	-202,59 €	0,802
Standardabweichung	4.406 €	16.770 €	3.374 €	11.809 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	669,31 €	0,00 €	3.291,20 €						
75%-Perzentil	0 €	6.027 €	0 €	11.281 €						
Maximum	85.823 €	136.907 €	34.890 €	148.045 €						

**Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 80)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 80 und Abbildung 50) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 777,63 € geringere Kosten als die KG mit 827,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.290,50 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.542,75 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 202,59 € nicht signifikant ( $p=0,802$ ) schwächer als in der KG.

## Kinder und Jugendliche

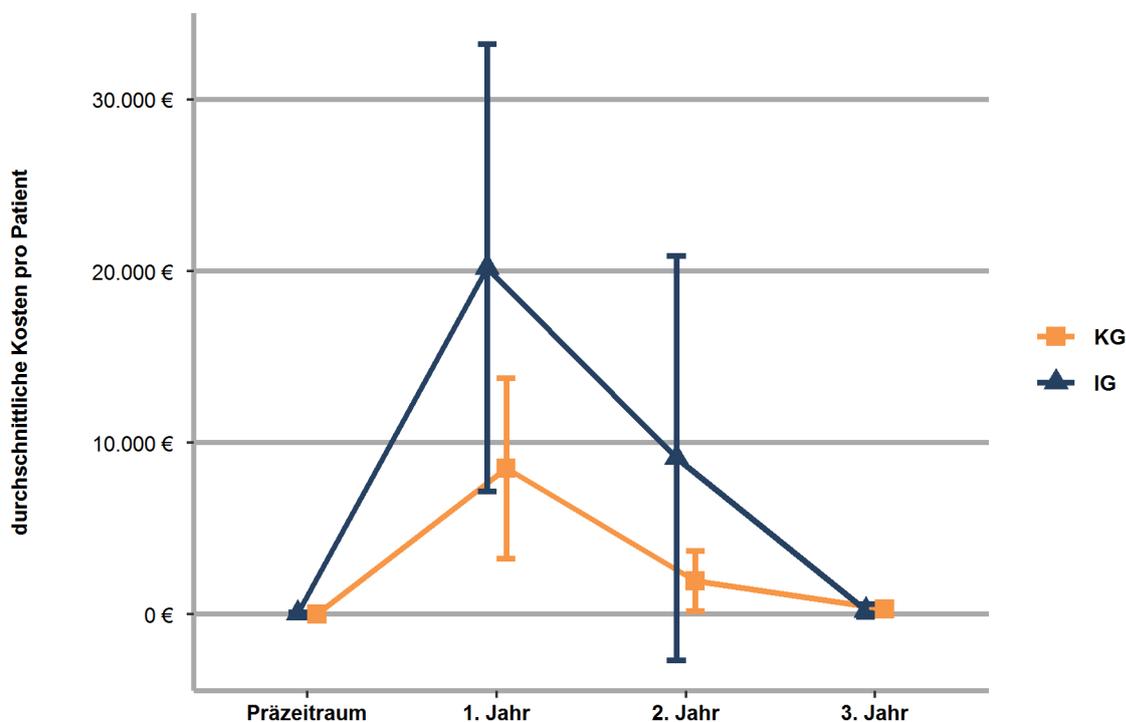
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	2	13	5	1	0	15	4	3
<b>Mittelwert</b>	<b>61,45 €</b>	<b>20.204,15 €</b>	<b>9.110,33 €</b>	<b>232,84 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>8.511,92 €</b>	<b>1.944,54 €</b>	<b>324,45 €</b>
Standardabweichung	200,81 €	37.128,11 €	33.568,05 €	1.092,13 €	0,00 €	14.982,26 €	5.008,96 €	1.089,88 €
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 €	2.135,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.841,97 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	15.083,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	11.890,21 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	765,61 €	126.421,36 €	153.433,76 €	5.122,56 €	0,00 €	66.045,14 €	18.669,05 €	4.946,54 €

**Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



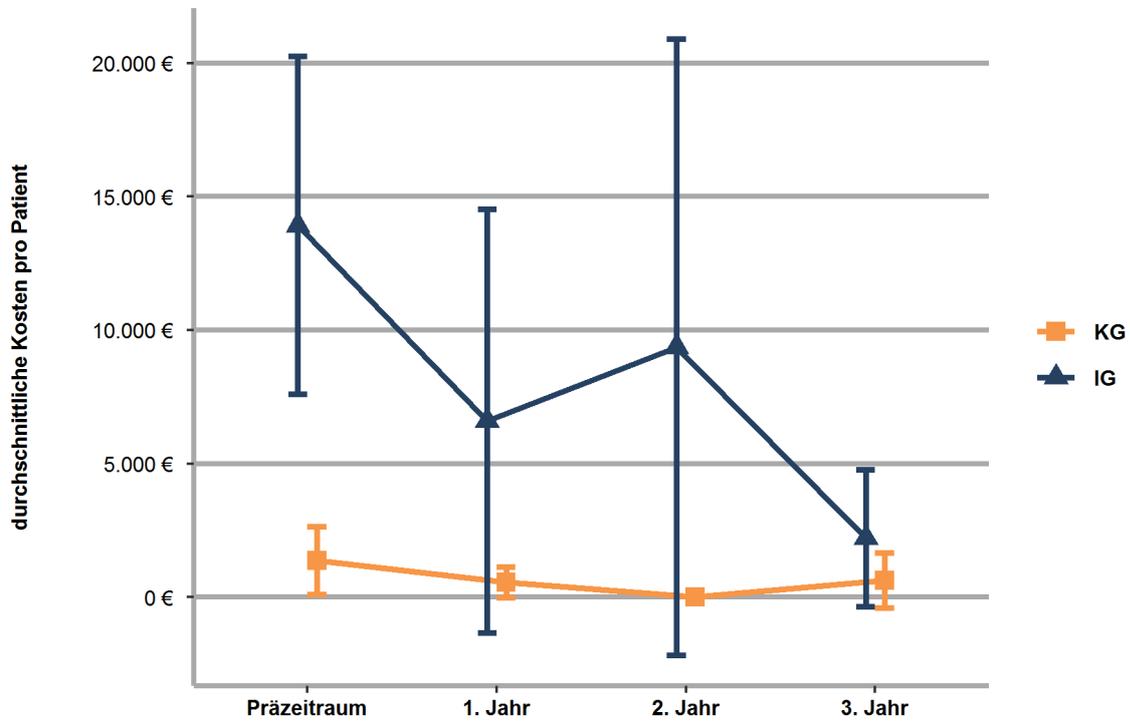
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 81)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	13	6	4	2	6	6	0	1
<b>Mittelwert</b>	<b>13.923,23 €</b>	<b>6.597,21 €</b>	<b>9.361,77 €</b>	<b>2.213,26 €</b>	<b>1.374,93 €</b>	<b>557,25 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>626,73 €</b>
Standardabweichung	21.052,93 €	26.403,26 €	38.393,75 €	8.518,38 €	4.235,14 €	1.888,40 €	0,00 €	3.432,75 €
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	28.190,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	87.734,28 €	144.351,99 €	203.035,24 €	38.043,36 €	16.697,21 €	8.705,07 €	0,00 €	18.801,97 €

Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 82)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 51) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 61,45 € mehr Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 20.204,15 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.511,92 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11.630,79 € nicht signifikant ( $p=0,178$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 232,84 €. In der KG sanken die Kosten auf 324,45 €.

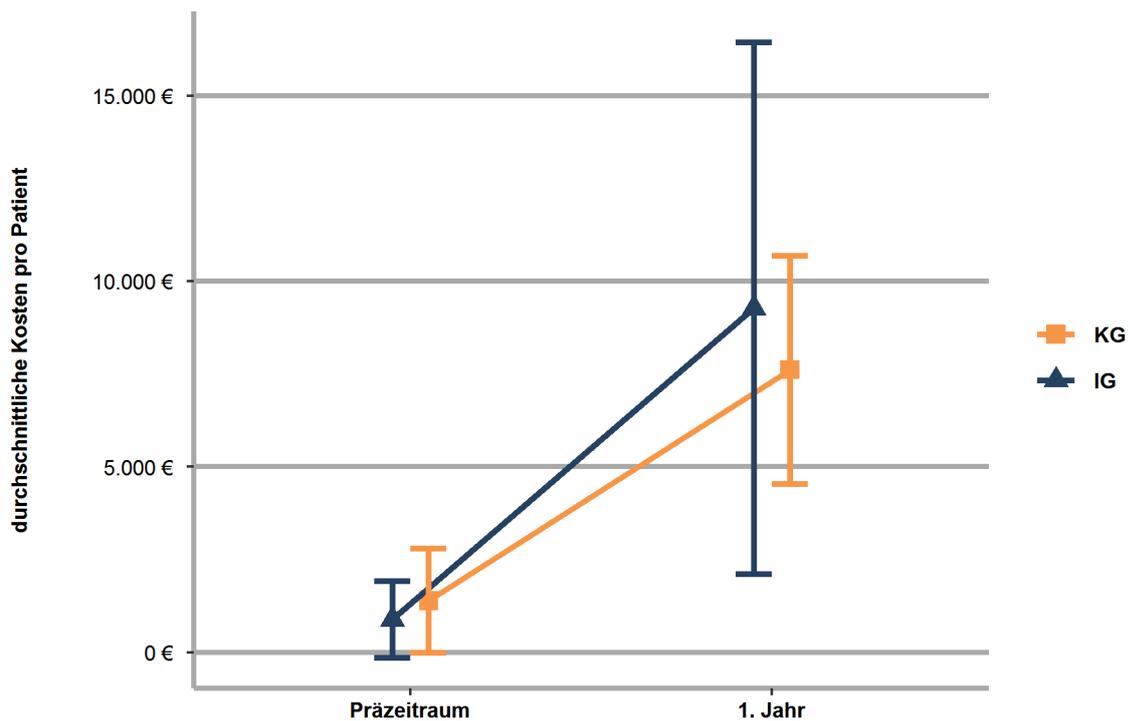
Bei den linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82 und Abbildung 52) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13.923,23 € mehr Kosten als die KG mit 1.374,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 6.597,21 €. In der KG sanken die Kosten auf 557,25 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6.508,34 € nicht signifikant ( $p=0,097$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.213,26 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 626,73 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	10	< 10	23						
Mittelwert	889,81 €	9.270,83 €	1.393,88 €	7.611,31 €	-504,07 €	0,634	1.659,52 €	0,727	2.163,60 €	0,656
Standardabweichung	4.666 €	32.578 €	6.386 €	13.975 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	10.117 €						
Maximum	25.319 €	181.784 €	39.270 €	67.274 €						

**Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 83)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 83 und Abbildung 53) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 889,81 € geringere Kosten als die KG mit 1.393,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.270,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.611,31 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 2.163,60 € nicht signifikant ( $p=0,656$ ) stärker als in der KG.

### **10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen**

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

#### **Erwachsene**

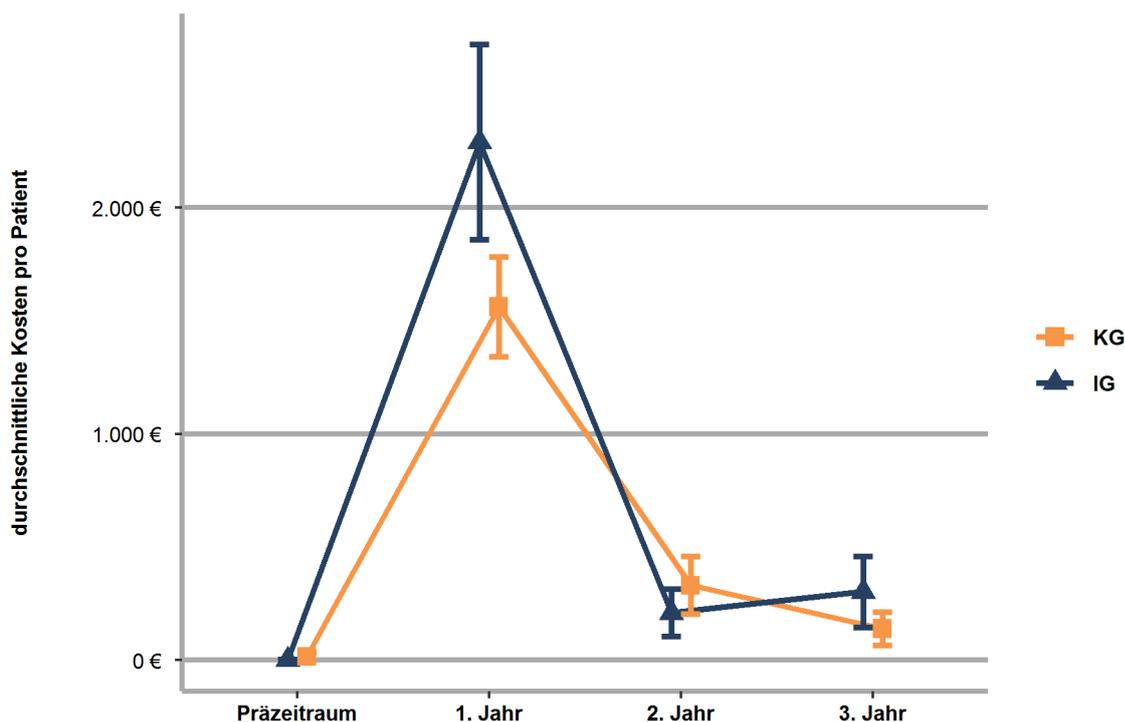
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	< 10	123	18	19	< 10	159	26	14
<b>Mittelwert</b>	<b>1,78 €</b>	<b>2.290,16 €</b>	<b>209,04 €</b>	<b>302,48 €</b>	<b>16,43 €</b>	<b>1.562,94 €</b>	<b>330,55 €</b>	<b>139,24 €</b>
Standardabweichung	42,64 €	6.301,83 €	1.499,94 €	2.209,87 €	247,83 €	3.201,99 €	1.812,10 €	1.022,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.068,74 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.024 €	56.021 €	16.093 €	29.036 €	4.517 €	22.128 €	17.893 €	11.654 €

**Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



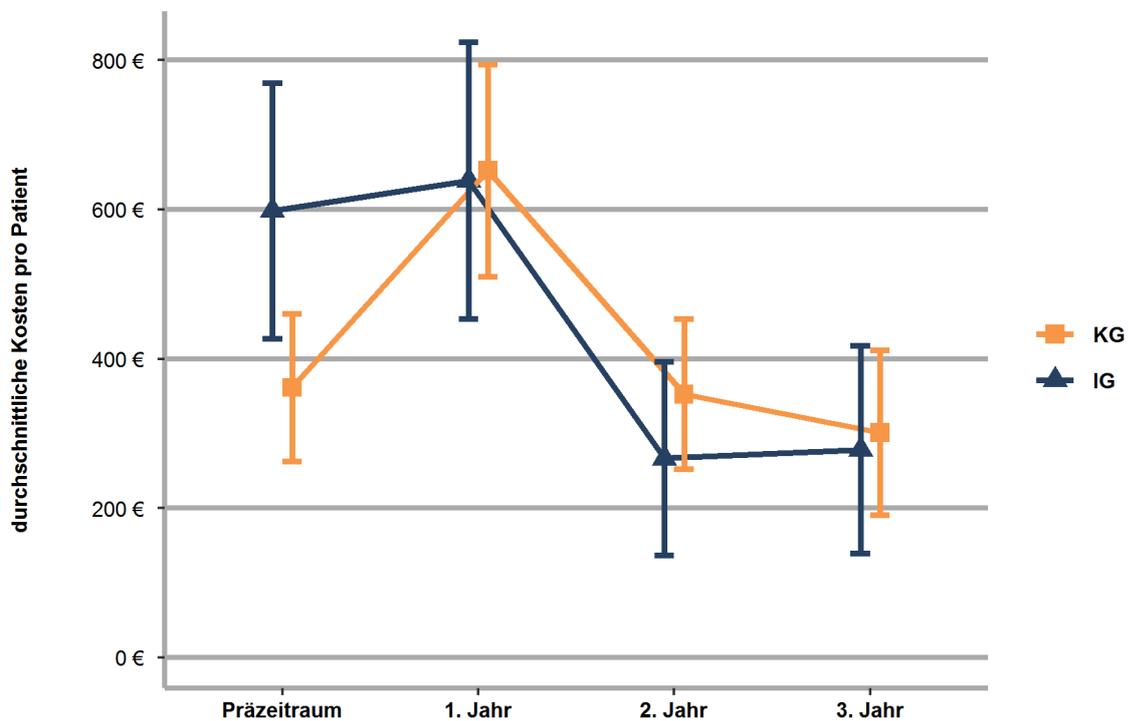
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 84)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	59	68	30	27	57	97	56	41
<b>Mittelwert</b>	<b>598,54 €</b>	<b>638,62 €</b>	<b>266,61 €</b>	<b>278,36 €</b>	<b>361,58 €</b>	<b>652,46 €</b>	<b>352,76 €</b>	<b>300,96 €</b>
Standardabweichung	2.907,94 €	3.149,33 €	2.151,47 €	2.278,29 €	1.696,11 €	2.429,53 €	1.685,18 €	1.813,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	44.182 €	33.455 €	39.111 €	33.152 €	18.144 €	22.560 €	19.681 €	25.253 €

**Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 85)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 54) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,78 € weniger Kosten als die KG mit 16,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.290,16 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.562,94 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 741,87 € signifikant ( $p=0,012$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 302,48 €. In der KG sanken die Kosten auf 139,24 €.

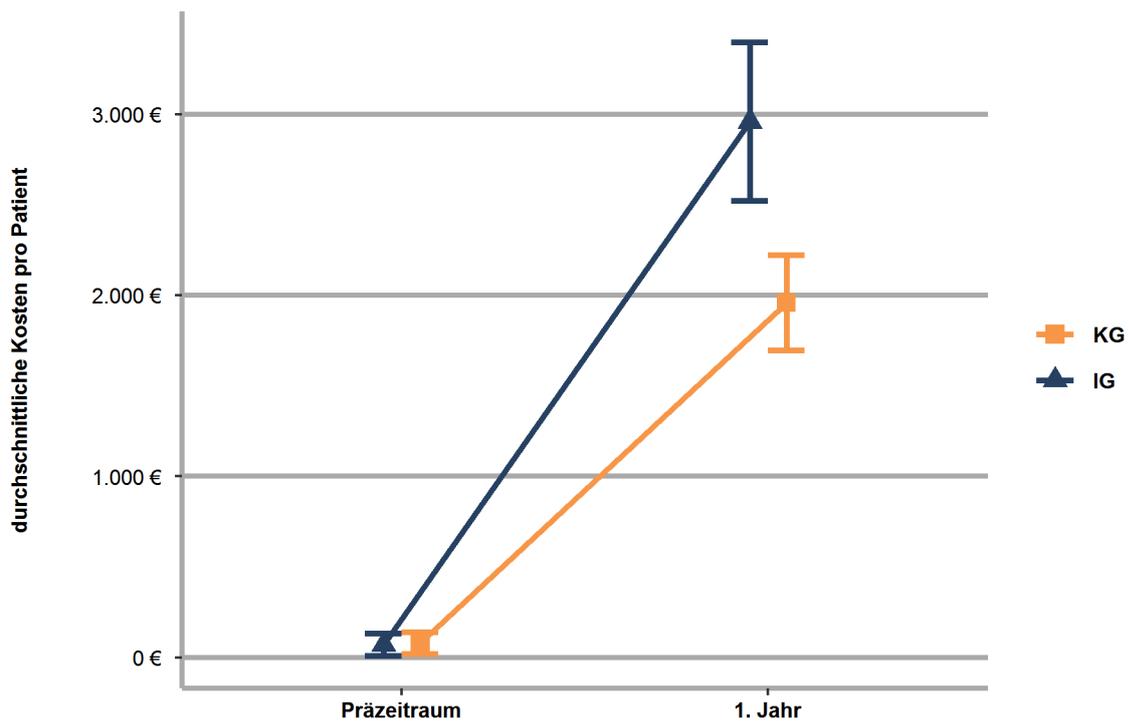
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 85 und Abbildung 55) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 598,54 € mehr Kosten als die KG mit 361,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 638,62 € bzw. 652,46 € auf ein ähnliches Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 250,80 € nicht signifikant ( $p=0,139$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 278,36 €, KG: 300,96 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	< 10	173	12	192						
Mittelwert	70,64 €	2.958,83 €	78,75 €	1.958,56 €	-8,11 €	0,876	1.000,28 €	0,001	1.008,39 €	0,001
Standardabweichung	981,09 €	6.974,44 €	953,29 €	4.185,02 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	53,08 €	0,00 €	1.119,56 €						
Maximum	21.435 €	44.695 €	18.630 €	36.170 €						

**Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 86)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 86 und Abbildung 56) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 70,64 € geringere Kosten als die KG mit 78,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.958,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.958,56 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1.008,39 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**

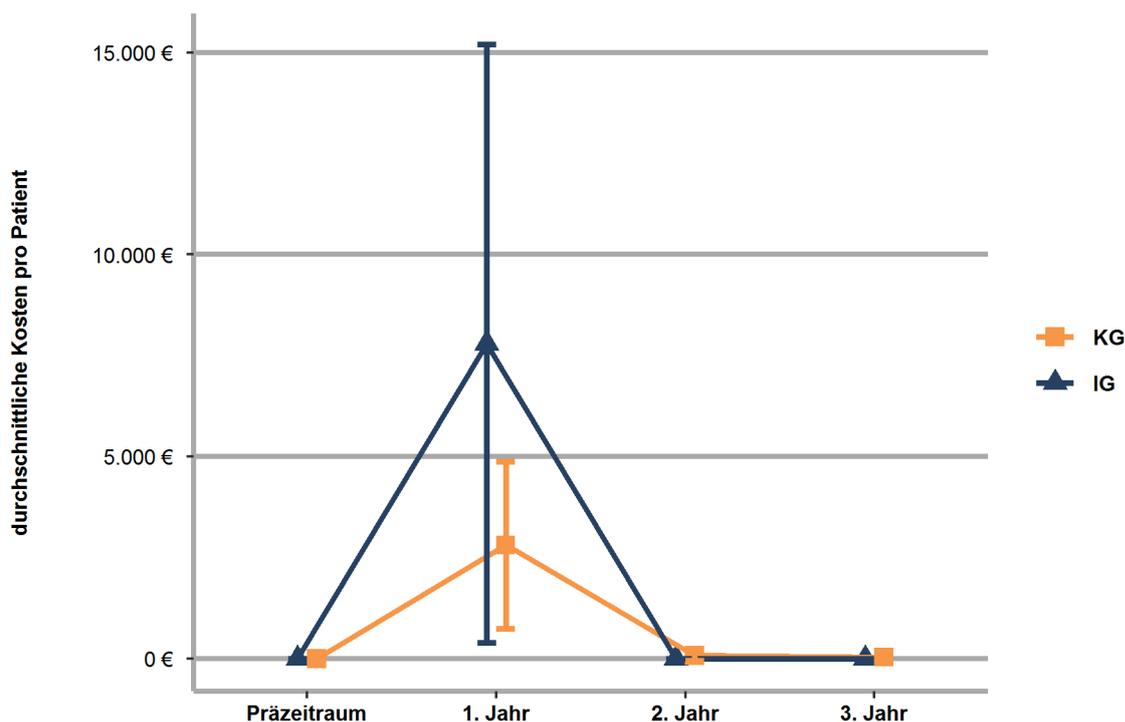
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>0,00 €</b>	<b>7.794,57 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2.806,29 €</b>	<b>71,41 €</b>	<b>32,32 €</b>
Standardabweichung	0 €	21.092 €	0 €	0 €	0 €	5.915 €	335 €	152 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	81.189 €	0 €	0 €	0 €	20.106 €	1.571 €	711 €

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



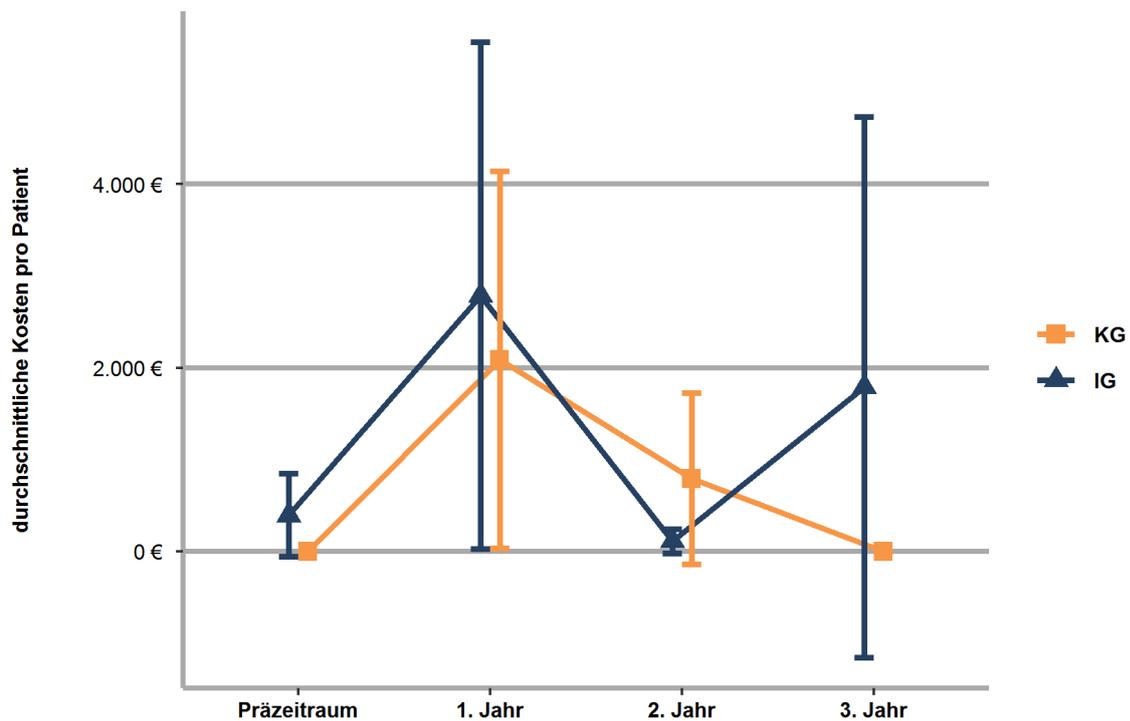
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 87)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>394,26 €</b>	<b>2.786,17 €</b>	<b>110,08 €</b>	<b>1.791,15 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2.087,85 €</b>	<b>790,40 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	1.500,39 €	9.192,40 €	433,95 €	9.810,51 €	0,00 €	6.831,39 €	3.104,97 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.928 €	47.142 €	2.082 €	53.734 €	0 €	35.151 €	14.788 €	0 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 88)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87 und Abbildung 57) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von jeweils 0 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.794,57 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2.806,29 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4.988,29 € nicht signifikant ( $p=0,291$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 32,32 €.

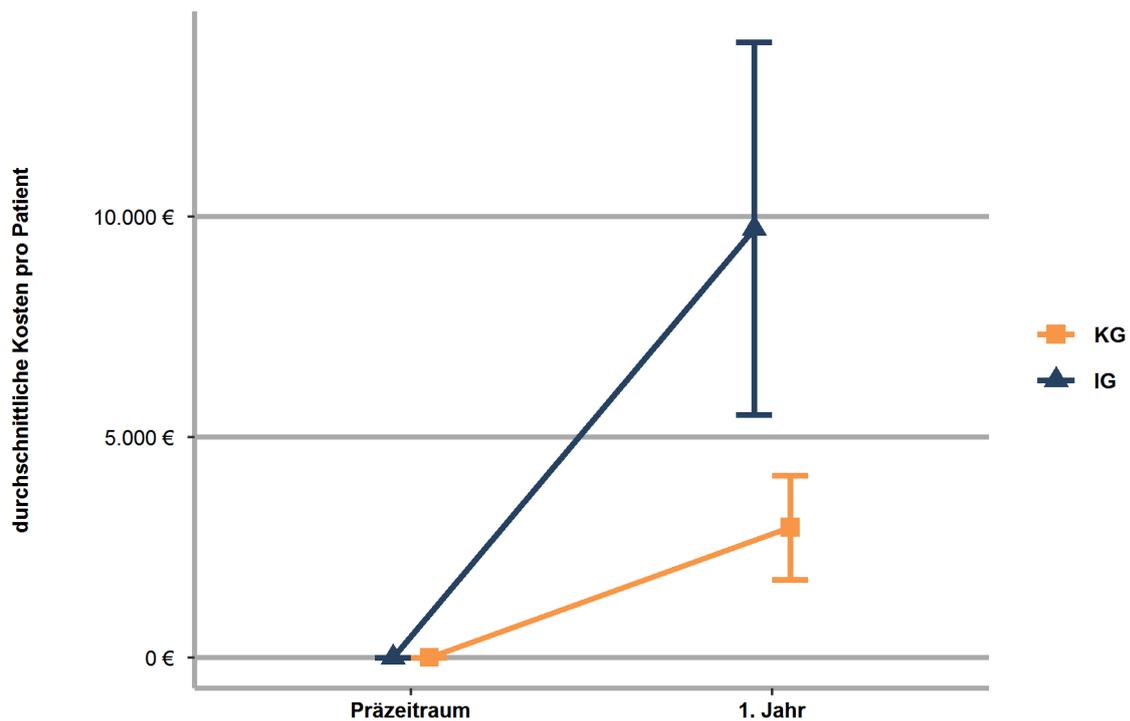
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 88 und Abbildung 58) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 394,26 € mehr Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.786,17 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.087,85 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 304,06 € nicht signifikant ( $p=0,887$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.791,15 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	16	< 10	17						
Mittelwert	0,00 €	9.721,71 €	0,00 €	2.949,73 €	0 €		6.771,97 €	0,012	6.771,97 €	0,012
Standardabweichung	0 €	19.209 €	0 €	5.370 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	3.103,99 €	0,00 €	4.531,36 €						
Maximum	56	56	56	56						

**Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 89)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 89 und Abbildung 59) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von jeweils 0 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.721,71 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2.949,73 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 6.771,97 € signifikant ( $p=0,012$ ) stärker als in der KG.

#### **10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen**

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

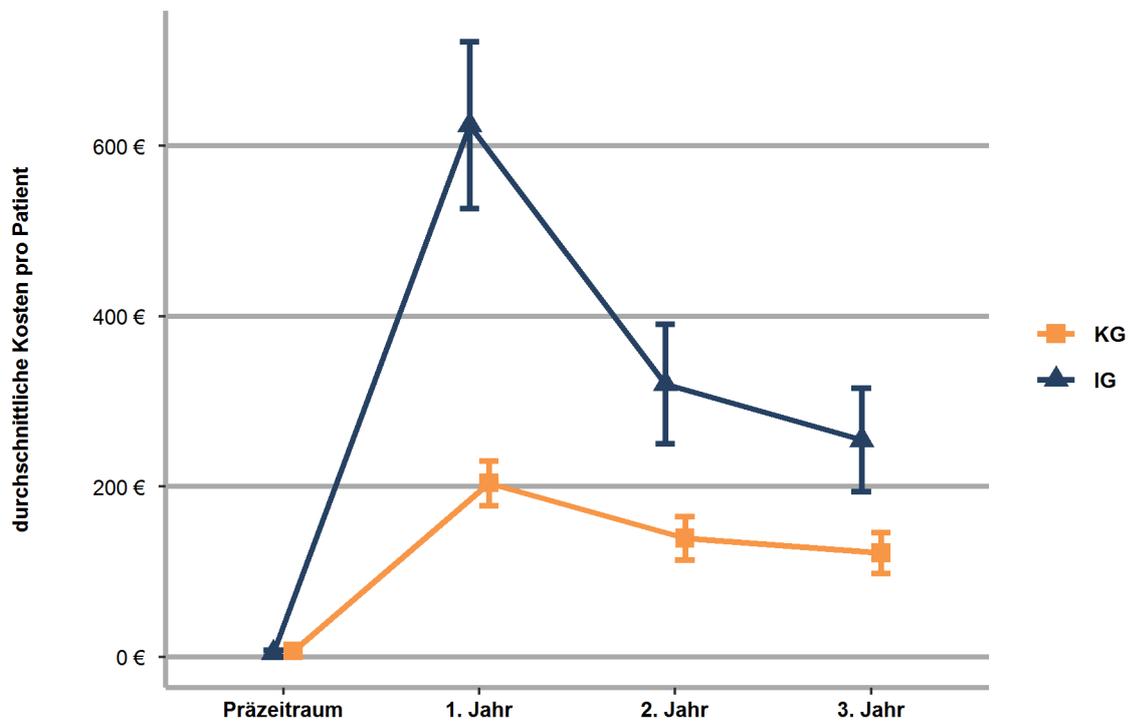
##### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

##### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	< 10	310	153	125	< 10	196	94	82
<b>Mittelwert</b>	<b>4,28 €</b>	<b>624,35 €</b>	<b>320,45 €</b>	<b>254,65 €</b>	<b>6,78 €</b>	<b>204,12 €</b>	<b>139,50 €</b>	<b>122,03 €</b>
Standardabweichung	51,72 €	1.428,60 €	998,76 €	856,55 €	60,26 €	380,45 €	364,11 €	335,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	700,74 €	143,60 €	0,00 €	0,00 €	278,35 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	937 €	13.026 €	14.004 €	12.444 €	880 €	2.389 €	2.893 €	2.304 €

**Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



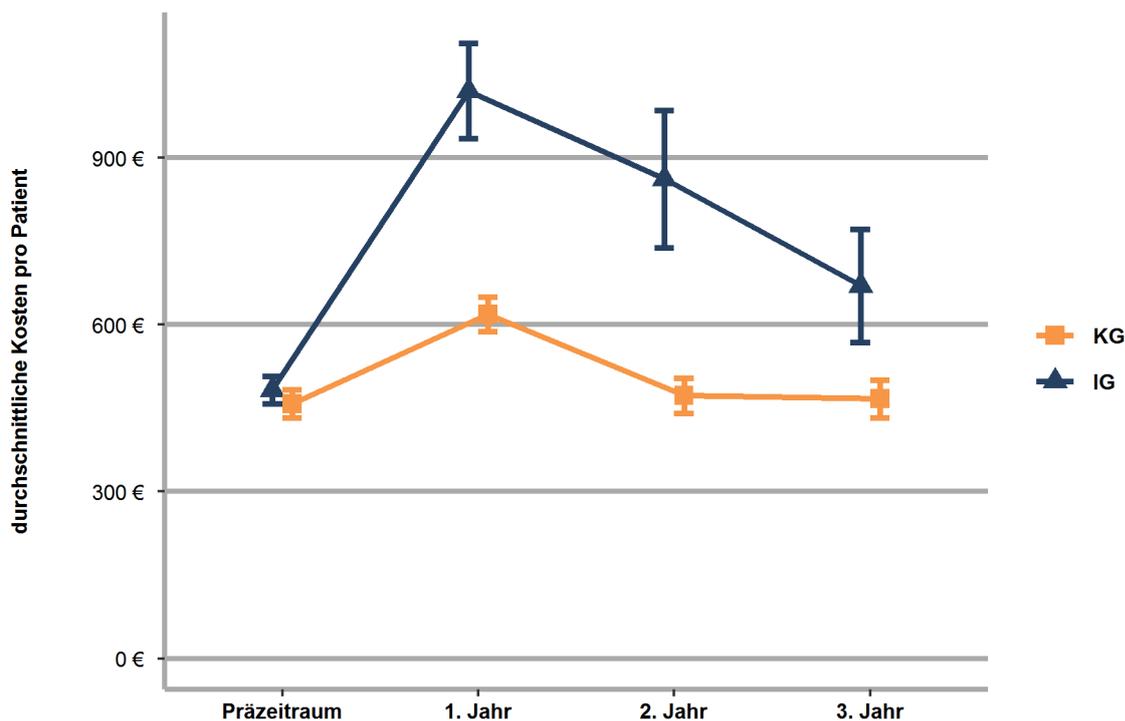
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 90)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	549	652	482	420	539	598	428	379
Mittelwert	482,92 €	1.019,88 €	862,15 €	670,33 €	457,95 €	618,81 €	472,47 €	466,93 €
Standardabweichung	415,90 €	1.450,96 €	2.050,69 €	1.661,50 €	436,83 €	525,83 €	527,34 €	554,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	234,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,81 €	0,00 €	0,00 €
Median	396,44 €	626,16 €	393,96 €	316,56 €	369,93 €	562,48 €	243,32 €	122,50 €
75%-Perzentil	880,44 €	1.174,05 €	933,71 €	791,40 €	826,05 €	1.101,76 €	1.006,82 €	920,63 €
Maximum	1.246 €	14.858 €	39.307 €	32.145 €	3.649 €	1.948 €	2.227 €	3.454 €

**Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 91)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 60) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,28 € bzw. 6,78 € ähnlich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 624,35 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 204,12 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 422,73 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 254,65 €. In der KG sanken die Kosten auf 122,03 €.

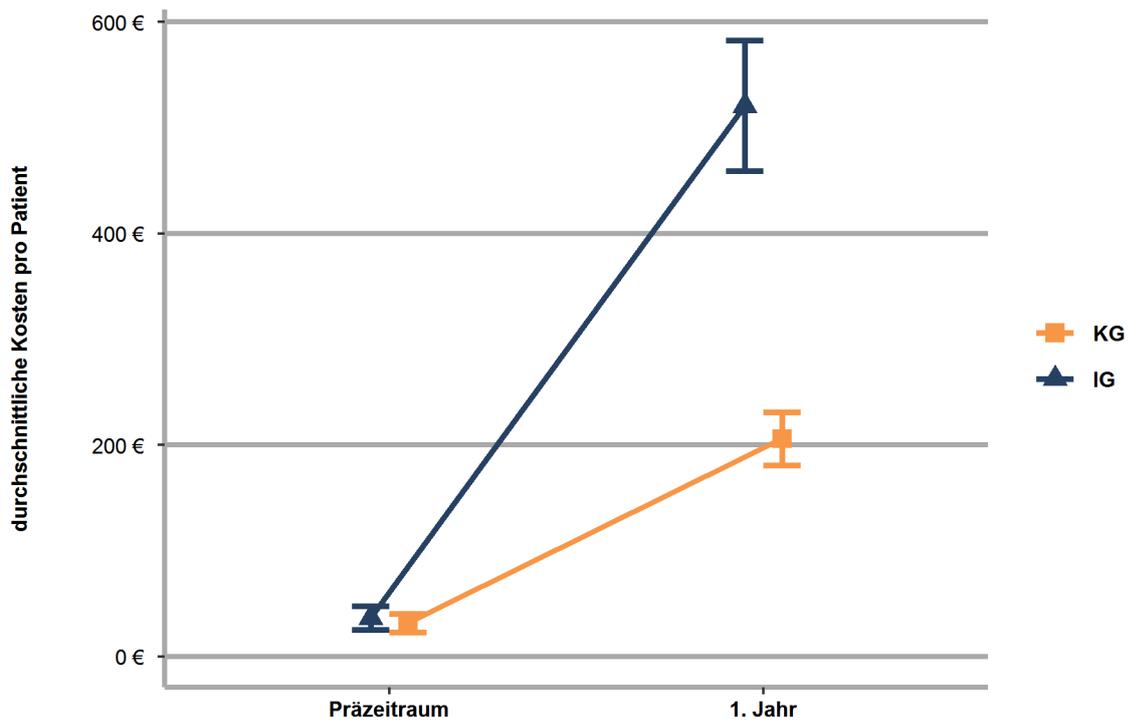
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91 und Abbildung 61) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 482,92 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 457,95 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.019,88 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 618,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 376,09 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 670,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 466,93 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	55	402	50	246						
<b>Mittelwert</b>	<b>36,41 €</b>	<b>520,78 €</b>	<b>31,57 €</b>	<b>205,90 €</b>	<b>4,83 €</b>	<b>0,574</b>	<b>314,88 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>310,05 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	177,64 €	982,73 €	139,50 €	402,32 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	130,65 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	696,70 €	0,00 €	278,51 €						
Maximum	2.107,85 €	9.223,95 €	1.314,70 €	4.459,78 €						

**Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 92)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 92 und Abbildung 62) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 36,41€ vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 31,57 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 520.78 €. In der KG stiegen die Kosten auf 205,90 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 310,05 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**

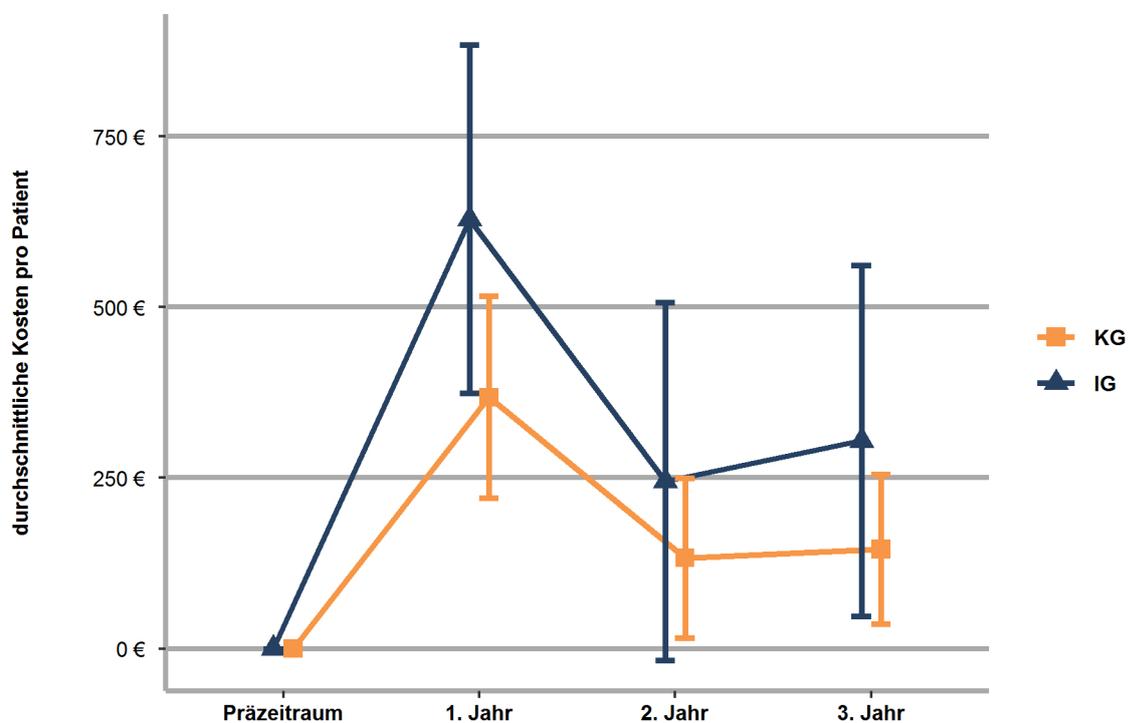
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

##### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	19	< 10	< 10	< 10	15	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	629,01 €	245,23 €	304,52 €	0,00 €	368,00 €	132,79 €	145,39 €
Standardabweichung	0,00 €	726,47 €	747,56 €	732,69 €	0,00 €	421,71 €	334,00 €	312,17 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	173,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	529,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	139,69 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	646,75 €	76,36 €	0,00 €	0,00 €	591,48 €	0,00 €	50,70 €
Maximum	0,00 €	3.178,16 €	3.447,12 €	2.831,30 €	0,00 €	1.261,52 €	1.478,70 €	1.182,96 €

**Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



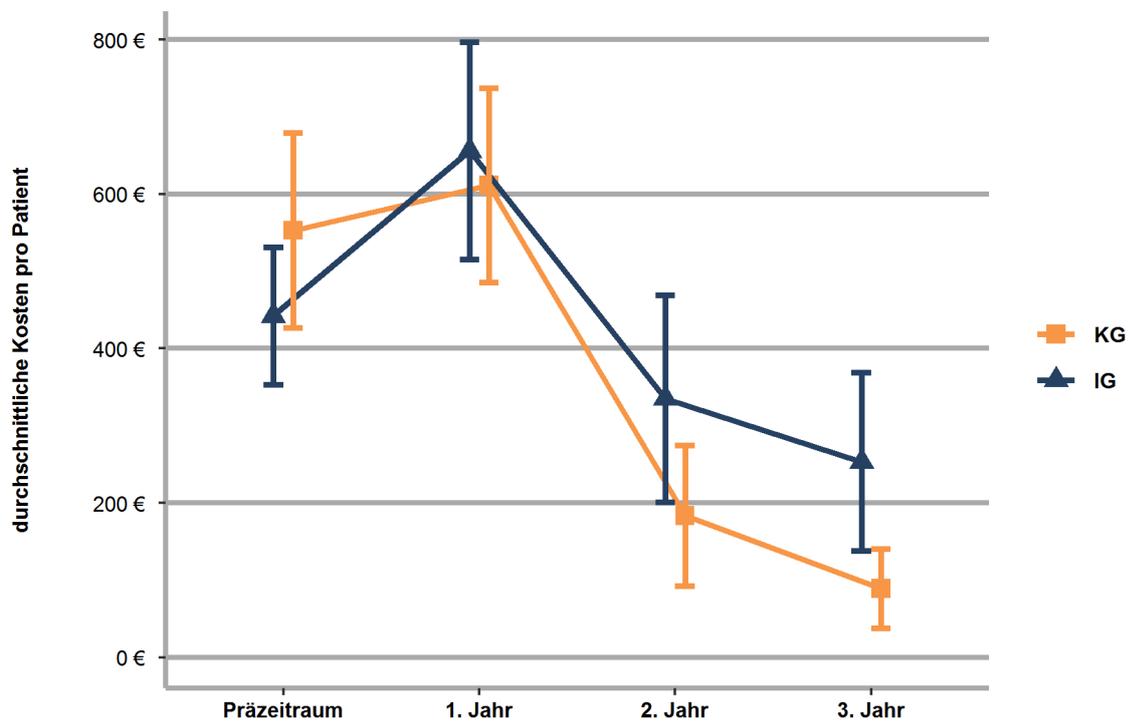
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 93)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	27	29	15	10	26	28	12	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>442,33 €</b>	<b>656,03 €</b>	<b>335,21 €</b>	<b>253,32 €</b>	<b>553,11 €</b>	<b>611,63 €</b>	<b>183,38 €</b>	<b>89,13 €</b>
Standardabweichung	296,78 €	468,07 €	446,51 €	384,76 €	421,27 €	419,74 €	304,11 €	171,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	202,78 €	317,84 €	0,00 €	0,00 €	291,95 €	296,42 €	0,00 €	0,00 €
Median	391,75 €	524,89 €	67,46 €	0,00 €	484,02 €	589,93 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	668,30 €	960,65 €	627,56 €	585,12 €	887,22 €	894,51 €	201,21 €	76,36 €
Maximum	986,28 €	2.041,44 €	1.355,01 €	1.012,62 €	1.182,96 €	1.563,77 €	989,04 €	615,16 €

**Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 94)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 63) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von jeweils 0 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 629,01 €. In der KG stiegen die Kosten auf 368,00 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 261,01 € nicht signifikant ( $p=0,150$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 304,52 €. In der KG sanken die Kosten auf 145,39 €.

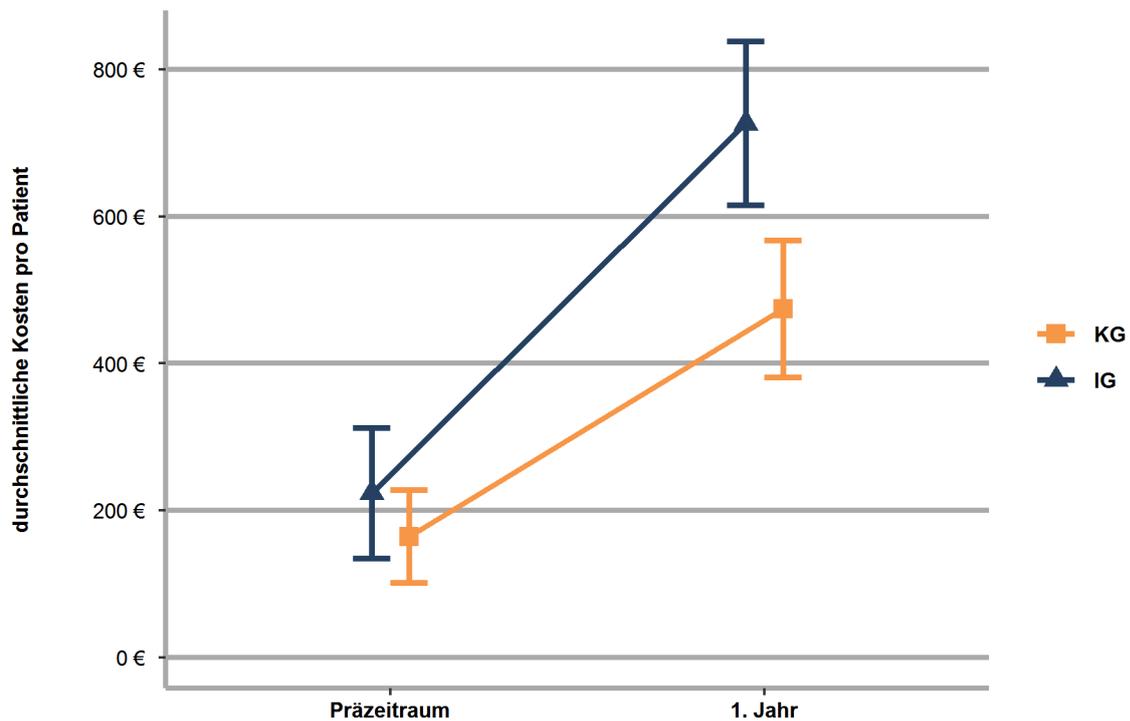
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 64) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 442,33 € weniger Kosten als die KG mit 553,11 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 656,03 € bzw. 611,63 € auf ein vergleichbares Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 155,19 € nicht signifikant ( $p=0,133$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 253,32 €. In der KG sanken die Kosten auf 89,13 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	19	54	21	45						
<b>Mittelwert</b>	<b>223,55 €</b>	<b>726,57 €</b>	<b>164,34 €</b>	<b>474,29 €</b>	<b>59,21 €</b>	<b>0,373</b>	<b>252,28 €</b>	<b>0,005</b>	<b>193,07 €</b>	<b>0,082</b>
Standardabweichung	403,31 €	506,40 €	287,36 €	424,30 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	311,66 €	0,00 €	89,35 €						
Median	0,00 €	670,17 €	0,00 €	382,62 €						
75%-Perzentil	267,85 €	1.087,50 €	298,48 €	708,10 €						
Maximum	1.686,86 €	2.050,90 €	1.443,80 €	1.721,63 €						

**Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 95)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 95 und Abbildung 65) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 233,55 € höhere Kosten wie die KG mit 164,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 726,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 474,29 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 193,07 € nicht signifikant ( $p=0,082$ ) stärker als in der KG.

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

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

### **Erwachsene**

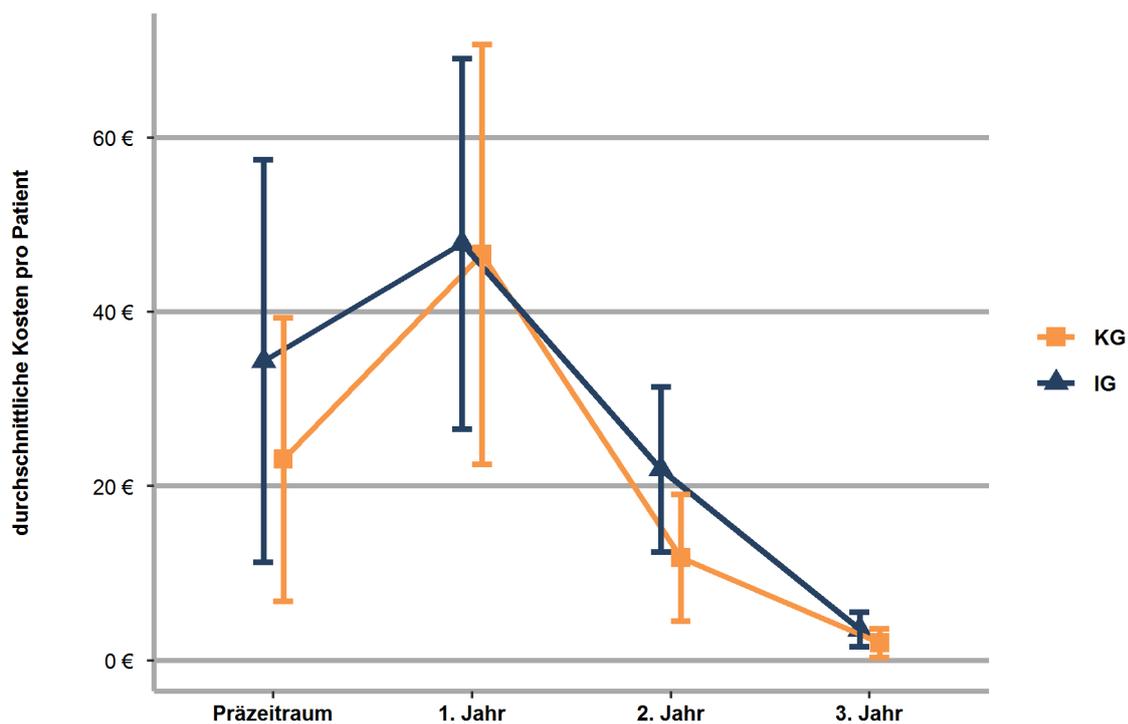
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	18	32	29	20	10	18	16	10
<b>Mittelwert</b>	<b>34,37 €</b>	<b>47,83 €</b>	<b>21,95 €</b>	<b>3,57 €</b>	<b>23,08 €</b>	<b>46,59 €</b>	<b>11,79 €</b>	<b>2,02 €</b>
Standardabweichung	337,17 €	310,66 €	135,13 €	27,85 €	235,63 €	349,10 €	103,51 €	23,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.734,03 €	4.219,41 €	1.936,10 €	397,39 €	3.986,81 €	5.029,85 €	1.479,04 €	370,99 €

**Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



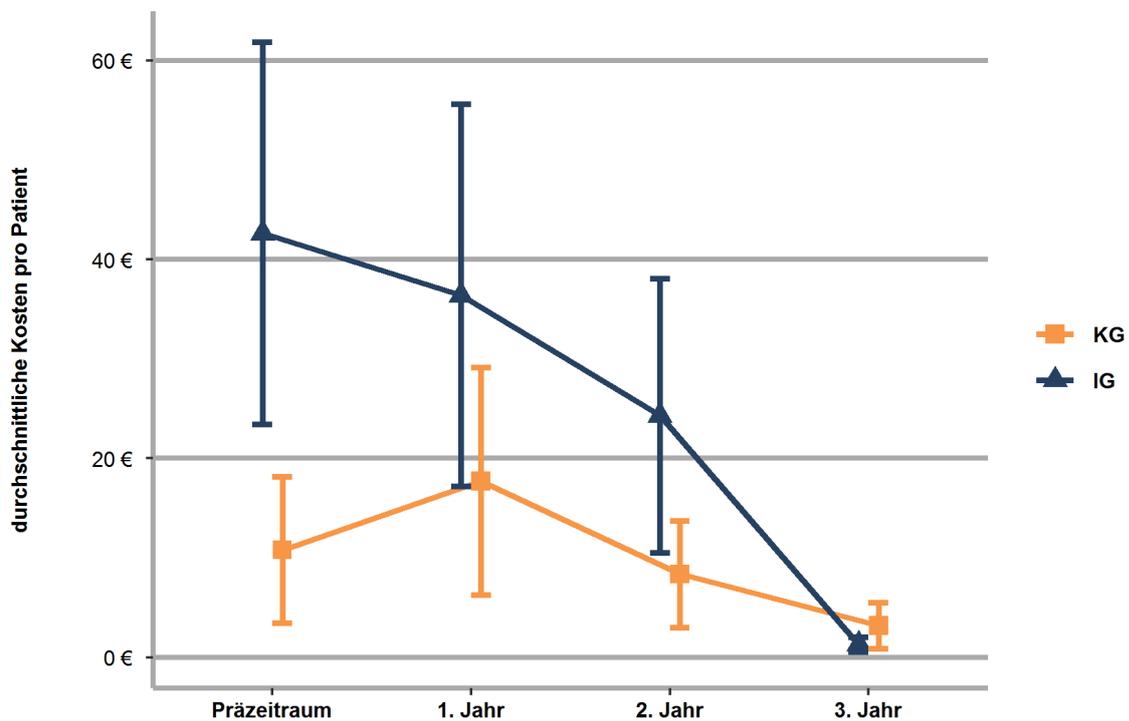
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 96)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	25	22	24	14	12	< 10	12	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>42,62 €</b>	<b>36,41 €</b>	<b>24,30 €</b>	<b>1,29 €</b>	<b>10,79 €</b>	<b>17,72 €</b>	<b>8,36 €</b>	<b>3,17 €</b>
Standardabweichung	326,47 €	326,11 €	229,09 €	11,79 €	125,69 €	195,49 €	90,36 €	37,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.388,68 €	6.461,67 €	4.691,11 €	200,87 €	2.463,48 €	3.157,81 €	1.644,79 €	611,76 €

**Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 97)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96 und Abbildung 66) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,37 € mehr Kosten als die KG mit 23,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG und KG mit 47,83 € bzw. 46,59 € auf ein ähnliches Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,04 € nicht signifikant ( $p=0,626$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein gleiches Niveau (IG: 3,57 €, KG: 2,02 €).

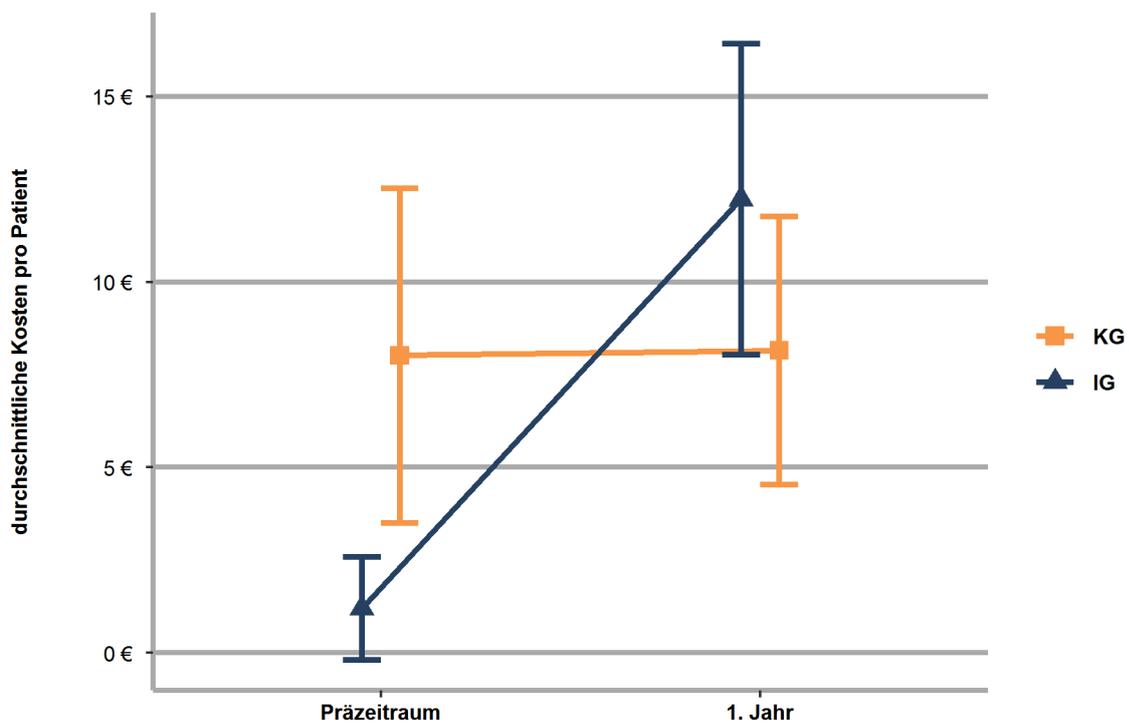
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 97 und Abbildung 67) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 42,62 € höhere Kosten als die KG mit 10,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 36,41 €. In der KG stiegen die Kosten auf 17,72 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,13 € nicht signifikant ( $p=0,365$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 1,29 €, KG: 3,17 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	< 10	30	15	20						
<b>Mittelwert</b>	<b>1,20 €</b>	<b>12,23 €</b>	<b>8,02 €</b>	<b>8,16 €</b>	<b>-6,82 €</b>	<b>0,018</b>	<b>4,07 €</b>	<b>0,226</b>	<b>10,89 €</b>	<b>0,014</b>
Standardabweichung	22,06 €	66,98 €	72,18 €	57,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	555,50 €	492,85 €	999,53 €	689,79 €						

**Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 98)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 98 und Abbildung 68) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,20 € geringere Kosten als die KG mit 8,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 12,23 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8,16 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 10,89 € signifikant ( $p=0,014$ ) stärker als in der KG.

### Kinder und Jugendliche

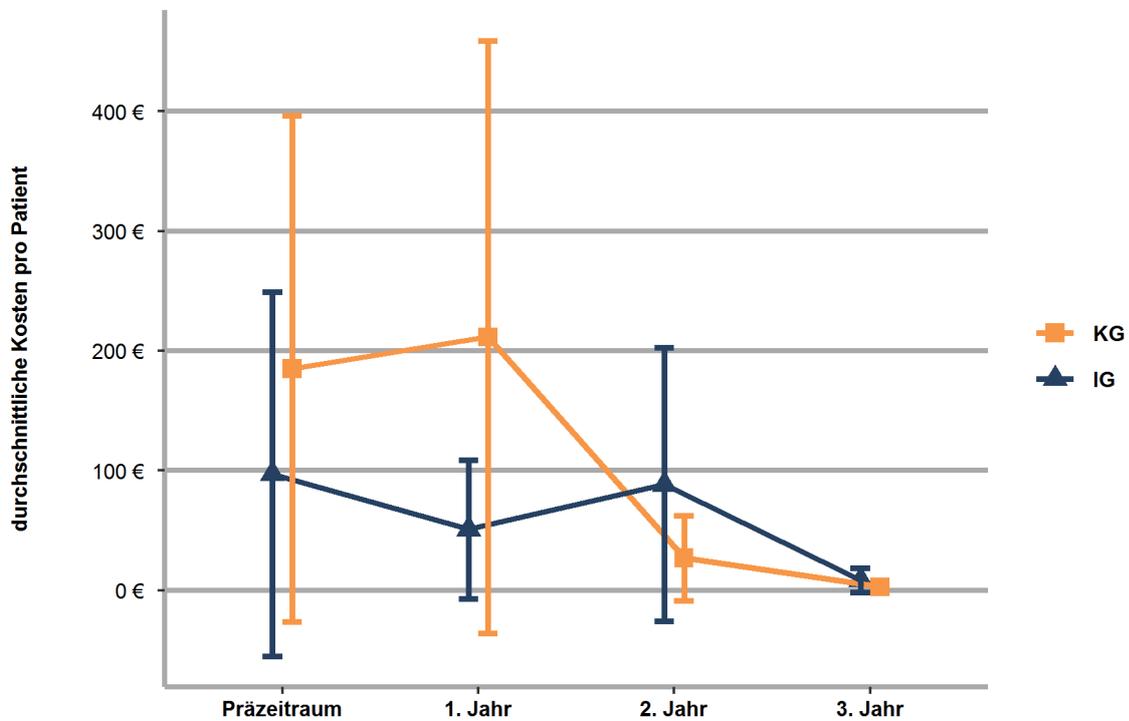
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>96,97 €</b>	<b>50,88 €</b>	<b>88,28 €</b>	<b>8,33 €</b>	<b>184,90 €</b>	<b>211,43 €</b>	<b>26,93 €</b>	<b>2,79 €</b>
Standardabweichung	433,31 €	164,78 €	325,44 €	28,58 €	602,96 €	704,80 €	101,22 €	13,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.034,73 €	577,06 €	1.488,51 €	122,36 €	2.272,39 €	2.872,07 €	470,99 €	61,42 €

**Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



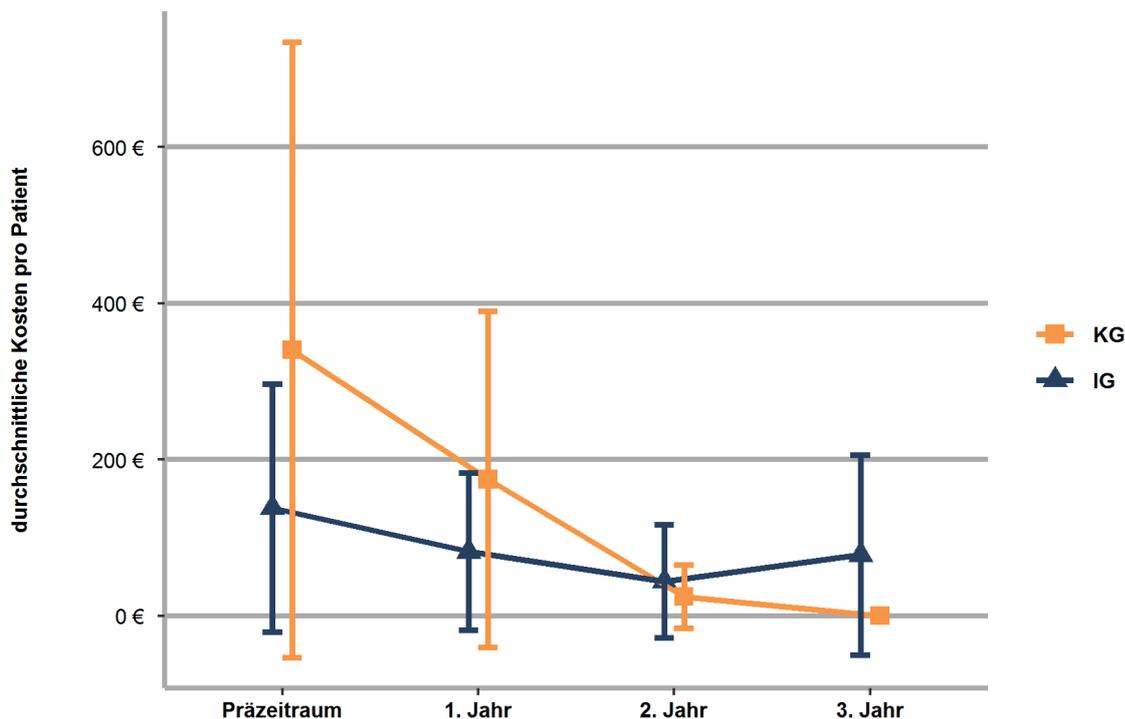
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 99)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>138,28 €</b>	<b>82,15 €</b>	<b>44,20 €</b>	<b>77,87 €</b>	<b>340,52 €</b>	<b>174,93 €</b>	<b>24,62 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	528,92 €	334,43 €	242,08 €	426,54 €	1.311,10 €	716,37 €	134,85 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.276,14 €	1.737,00 €	1.325,92 €	2.336,24 €	7.126,37 €	3.813,91 €	738,60 €	0,00 €

**Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 100)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 69) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 96,97 € geringere Kosten als die KG mit 184,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 50,88 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 211,43 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 72,62 € nicht signifikant ( $p=0,488$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 8,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2,79 €.

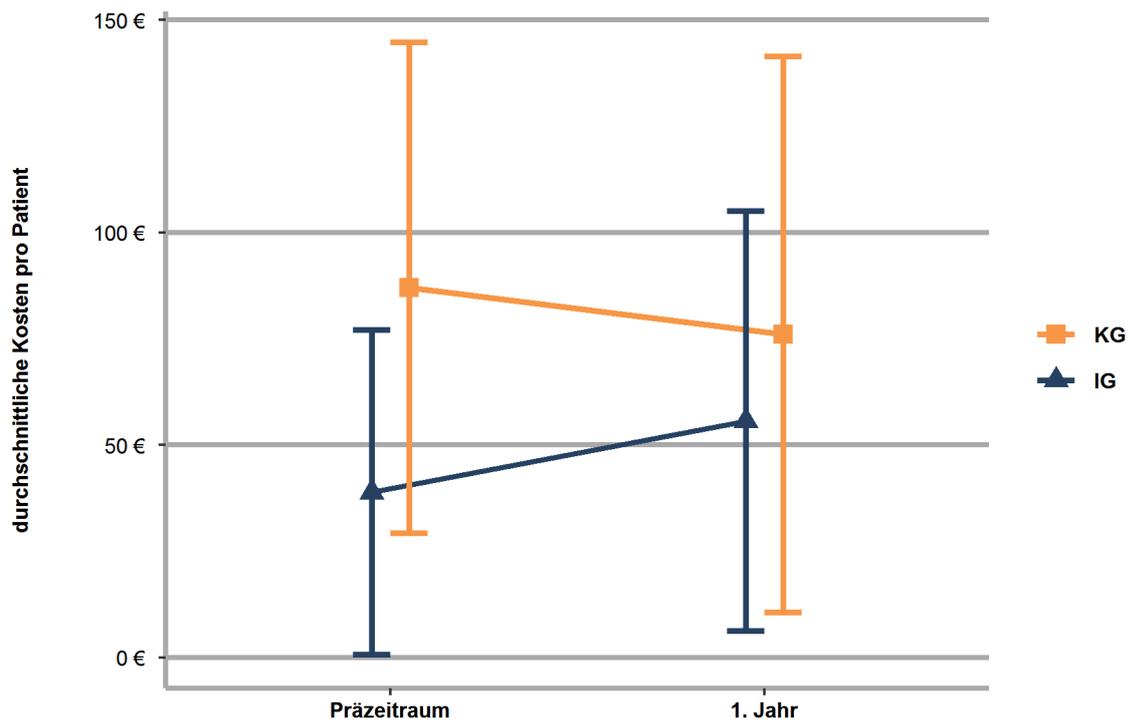
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100 und Abbildung 70) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 138,28 € geringere Kosten als die KG mit 340,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 82,15 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 174,93 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 109,45 € nicht signifikant ( $p=0,672$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 77,87 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	38,86 €	55,64 €	87,00 €	76,06 €	-48,14 €	0,255	-20,42 €	0,683	27,71 €	0,672
Standardabweichung	173,98 €	224,92 €	262,61 €	297,91 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	941,98 €	1.421,70 €	1.320,44 €	2.017,93 €						

**Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 101)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 101 und Abbildung 71) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 38,86 € geringere Kosten als die KG mit 87,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 55,64 €. In der KG stiegen die Kosten auf 76,06 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 27,71 € nicht signifikant ( $p=0,672$ ) stärker als in der KG.

## **10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung**

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

### **Erwachsene**

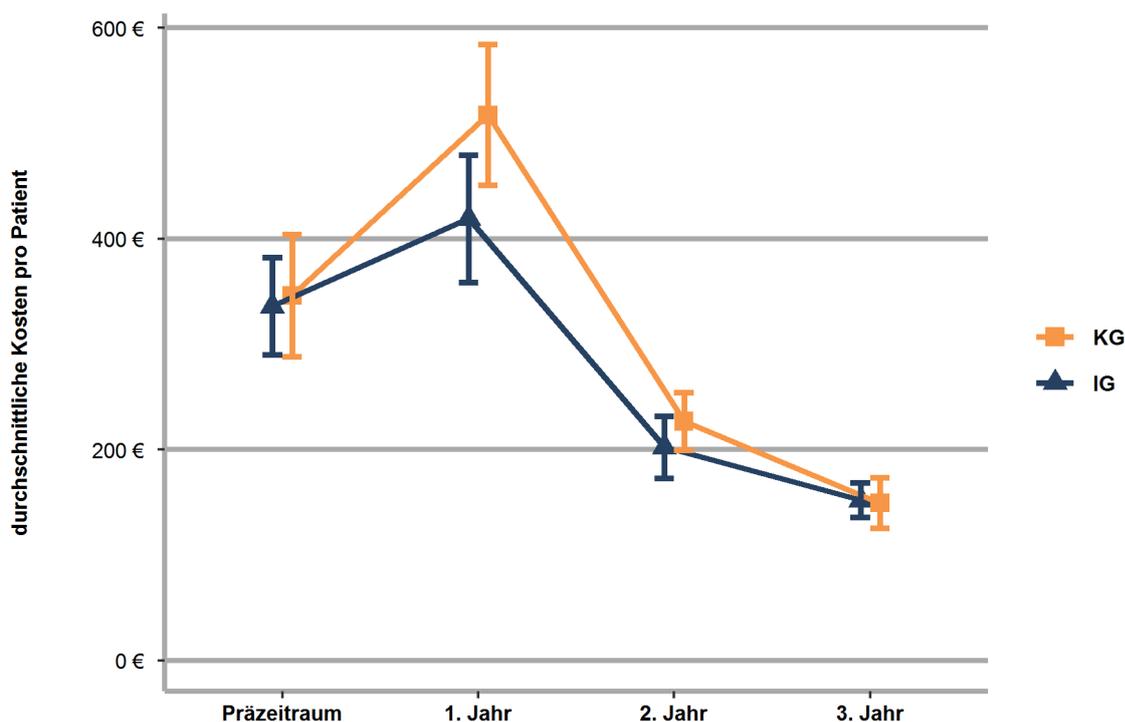
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	506	511	451	419	482	514	461	439
<b>Mittelwert</b>	<b>335,95 €</b>	<b>419,13 €</b>	<b>202,38 €</b>	<b>151,95 €</b>	<b>346,14 €</b>	<b>517,26 €</b>	<b>226,81 €</b>	<b>149,29 €</b>
Standardabweichung	674,62 €	882,42 €	418,56 €	229,96 €	838,94 €	968,29 €	387,33 €	337,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	22,00 €	27,27 €	17,29 €	10,95 €	23,90 €	39,95 €	19,48 €	12,49 €
Median	78,87 €	108,12 €	66,72 €	56,10 €	83,35 €	127,93 €	93,51 €	69,28 €
75%-Perzentil	313,47 €	361,30 €	266,64 €	224,11 €	282,75 €	423,92 €	257,23 €	202,44 €
Maximum	4.509,18 €	9.746,36 €	6.475,17 €	2.646,05 €	8.506,97 €	7.129,18 €	2.999,50 €	6.848,10 €

**Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



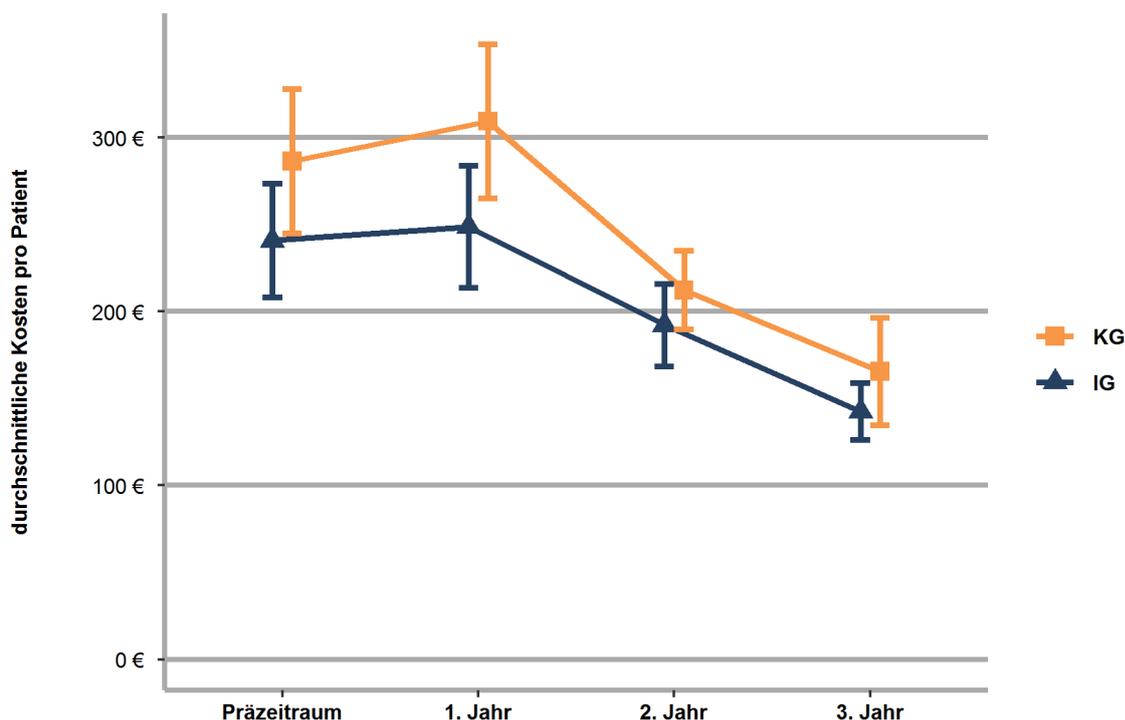
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 102)

**linikbekannte Patienten**

**Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	646	643	619	596	674	677	652	631
<b>Mittelwert</b>	<b>240,91 €</b>	<b>248,77 €</b>	<b>192,34 €</b>	<b>142,61 €</b>	<b>286,51 €</b>	<b>309,40 €</b>	<b>212,37 €</b>	<b>165,55 €</b>
Standardabweichung	556,44 €	594,82 €	394,30 €	268,19 €	711,00 €	755,60 €	378,63 €	505,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,27 €	12,92 €	16,01 €	17,26 €	21,76 €	21,84 €	19,20 €	20,69 €
Median	57,45 €	56,85 €	59,27 €	58,91 €	75,83 €	69,58 €	71,07 €	69,01 €
75%-Perzentil	184,94 €	190,15 €	183,06 €	172,78 €	220,44 €	250,14 €	246,14 €	211,18 €
Maximum	4.168 €	4.856 €	3.958 €	3.125 €	6.942 €	7.794 €	3.128 €	12.575 €

**Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 103)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 72) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 335,95 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 346,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 419,13 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 517,26 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 87,95 € nicht signifikant ( $p=0,095$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein gleiches Niveau (IG: 151,95 €, KG: 149,29 €).

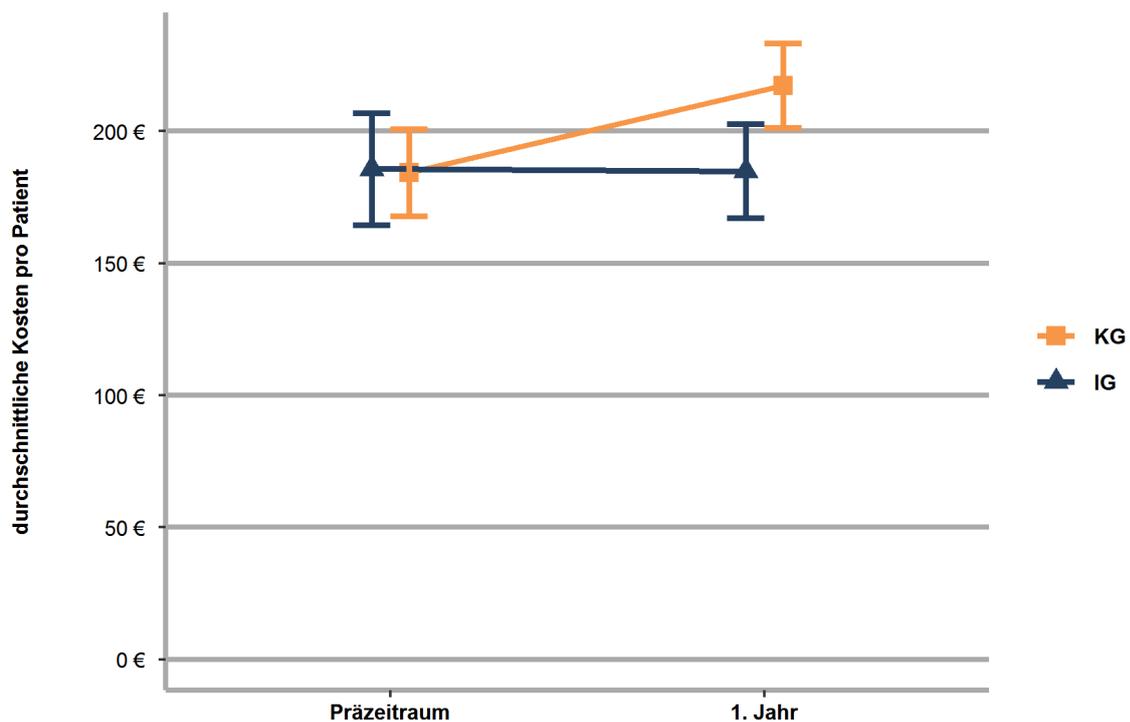
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 73) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 240,91 € weniger Kosten als die KG mit 286,51 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 248,77 €. In der KG stiegen die Kosten auf 309,40 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 15,02 € nicht signifikant ( $p=0,608$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 142,61 €. In der KG sanken die Kosten auf 165,55 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	565	587	595	614						
<b>Mittelwert</b>	<b>185,76 €</b>	<b>184,88 €</b>	<b>184,37 €</b>	<b>217,31 €</b>	<b>1,39 €</b>	<b>0,932</b>	<b>-32,43 €</b>	<b>0,026</b>	<b>-33,82 €</b>	<b>0,122</b>
Standardabweichung	338,97 €	285,01 €	261,87 €	253,81 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	14,71 €	22,78 €	23,75 €	33,79 €						
Median	71,87 €	89,95 €	92,02 €	128,59 €						
75%-Perzentil	220,23 €	254,50 €	254,75 €	334,61 €						
Maximum	3.145,94 €	3.178,49 €	2.454,97 €	2.317,05 €						

**Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 104)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 104 und Abbildung 74) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 185,76 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 184,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringern sich die Kosten in der IG auf 184,88 €. In der KG stiegen die Kosten auf 217,31 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 33,82 € nicht signifikant ( $p=0,122$ ) schwächer als in der KG.

**Kinder und Jugendliche**

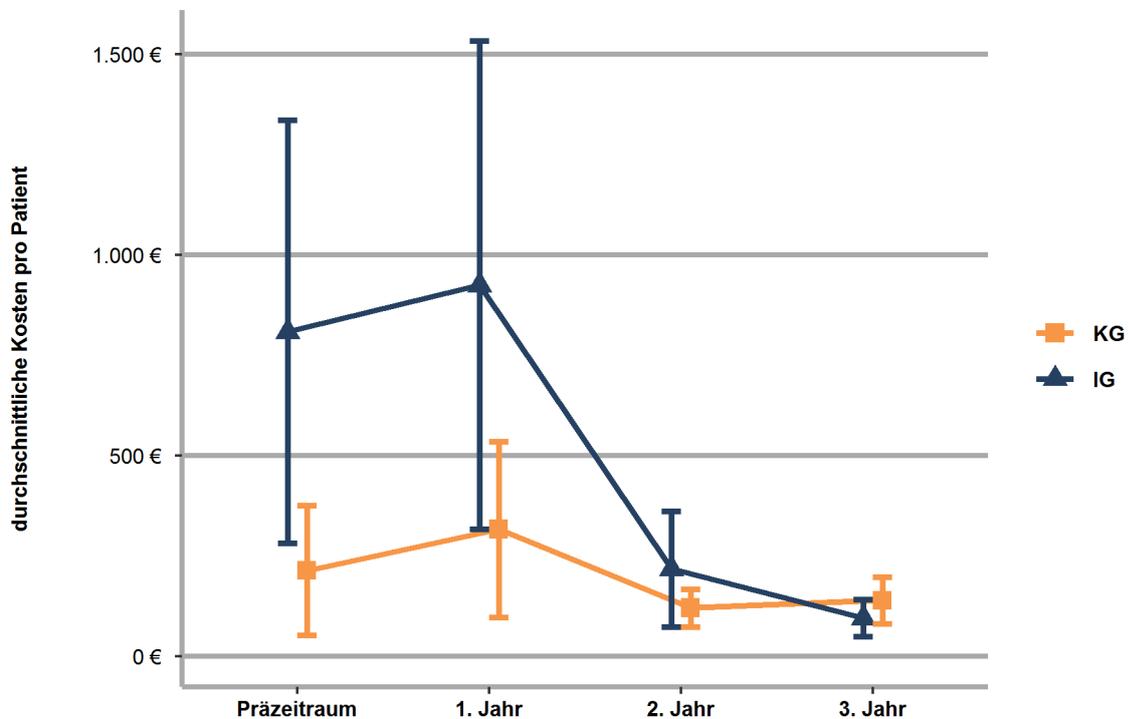
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	20	18	17	14	15	17	16	16
<b>Mittelwert</b>	<b>808,25 €</b>	<b>924,57 €</b>	<b>217,30 €</b>	<b>94,85 €</b>	<b>213,42 €</b>	<b>316,02 €</b>	<b>119,98 €</b>	<b>138,97 €</b>
Standardabweichung	1.504,53 €	1.732,92 €	410,46 €	130,40 €	462,77 €	624,91 €	133,40 €	164,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	17,19 €	33,58 €	17,25 €	0,00 €	0,00 €	4,03 €	1,93 €	1,87 €
Median	51,92 €	87,20 €	96,09 €	47,79 €	22,26 €	84,83 €	97,36 €	48,19 €
75%-Perzentil	601,00 €	775,83 €	208,28 €	121,96 €	208,85 €	283,83 €	184,86 €	243,47 €
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	1.944,19 €	459,25 €	2.108,56 €	2.594,96 €	472,16 €	510,37 €

**Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



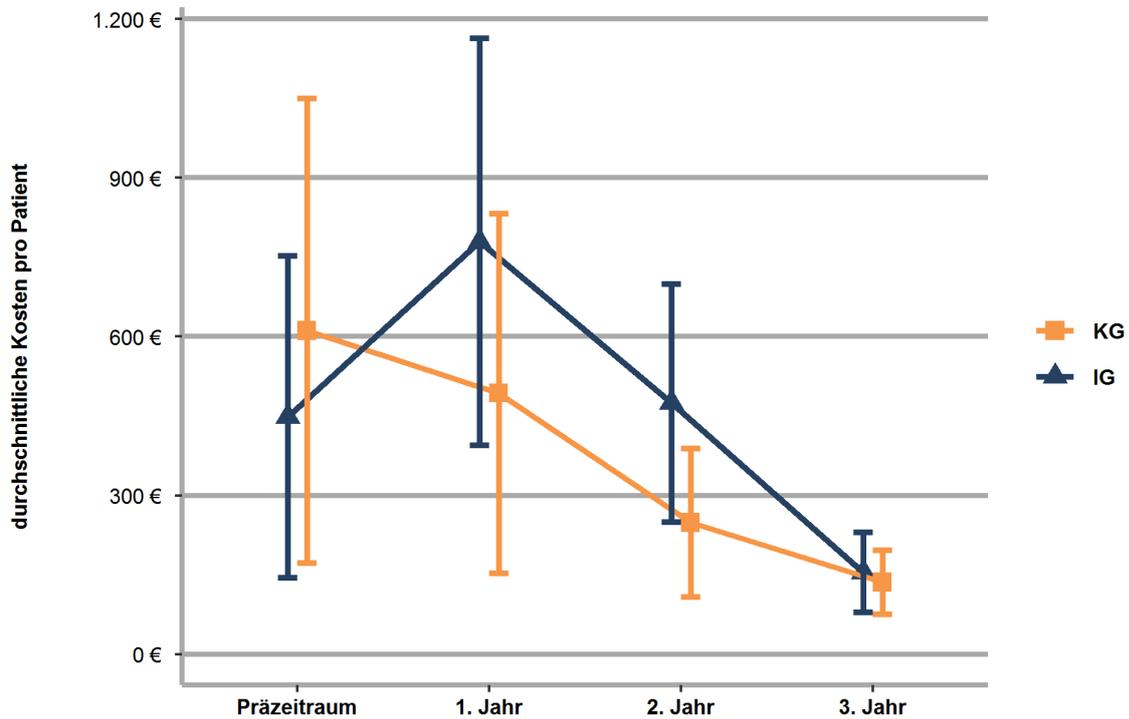
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 105)

**linikbekannte Patienten**

**Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	21	24	21	18	22	24	24	21
<b>Mittelwert</b>	<b>448,53 €</b>	<b>779,15 €</b>	<b>475,17 €</b>	<b>154,85 €</b>	<b>611,45 €</b>	<b>493,47 €</b>	<b>248,95 €</b>	<b>136,38 €</b>
Standardabweichung	1.013,51 €	1.280,07 €	748,53 €	250,83 €	1.461,36 €	1.131,49 €	467,68 €	200,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	9,80 €	0,00 €	0,00 €	2,26 €	15,57 €	12,11 €	0,00 €
Median	85,17 €	72,13 €	79,92 €	40,56 €	70,36 €	55,37 €	45,12 €	53,36 €
75%-Perzentil	240,18 €	584,34 €	666,24 €	142,43 €	122,53 €	247,31 €	226,64 €	169,43 €
Maximum	3.745,22 €	3.888,16 €	2.680,50 €	953,69 €	6.019,85 €	4.412,72 €	1.705,20 €	755,38 €

**Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 106)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105 und Abbildung 75) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 808,25 € mehr Kosten als die KG mit 213,42 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 924,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 316,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,73 € nicht signifikant ( $p=0,954$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 94,85 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 138,97 €.

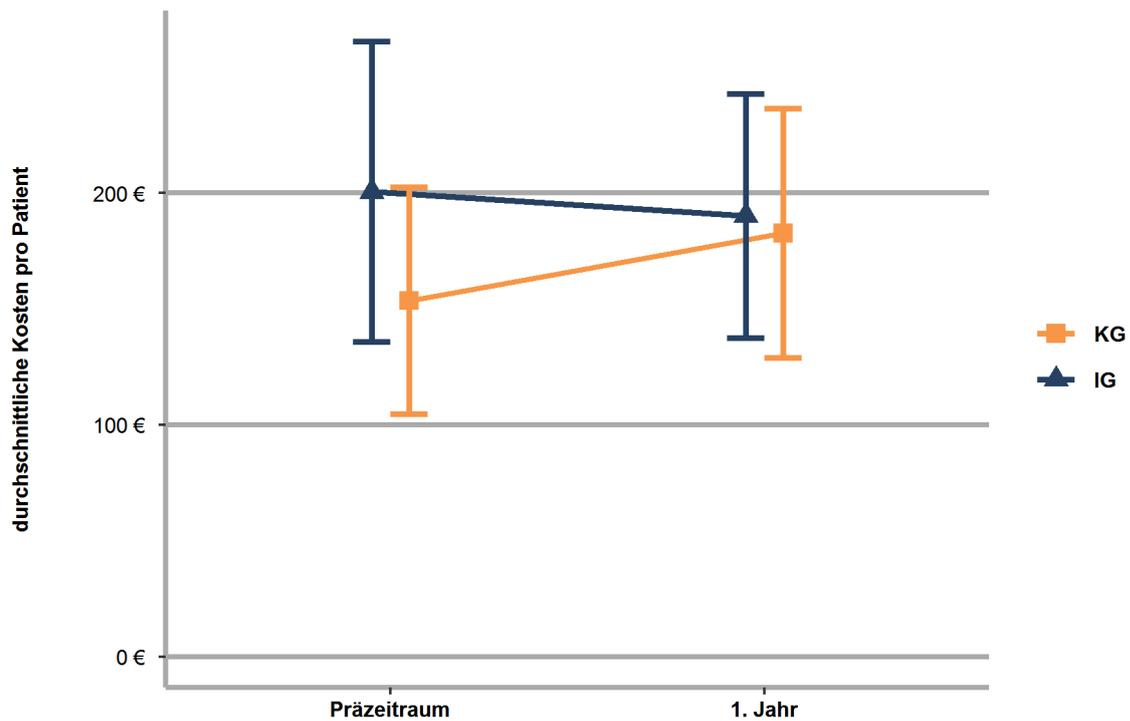
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 76) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 448,53 € weniger Kosten als die KG mit 611,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 779,15 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 493,47 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 448,60 € signifikant ( $p=0,044$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 154,85 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 136,38 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	42	48	43	44						
<b>Mittelwert</b>	<b>200,48 €</b>	<b>190,17 €</b>	<b>153,57 €</b>	<b>182,65 €</b>	<b>46,91 €</b>	<b>0,344</b>	<b>7,52 €</b>	<b>0,870</b>	<b>-39,39 €</b>	<b>0,559</b>
Standardabweichung	294,64 €	239,55 €	222,63 €	244,33 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	5,87 €	14,29 €	2,79 €	10,18 €						
Median	85,28 €	87,97 €	73,56 €	105,01 €						
75%-Perzentil	255,20 €	274,40 €	201,22 €	235,52 €						
Maximum	1.394,18 €	995,20 €	1.130,67 €	1.264,81 €						

**Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 107)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 77) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 200,48 € mehr Kosten als die KG mit 153,57 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 190,17 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 182,65€. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 39,39 € nicht signifikant ( $p=0,559$ ) schwächer als in der KG.

### 10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

#### Erwachsene

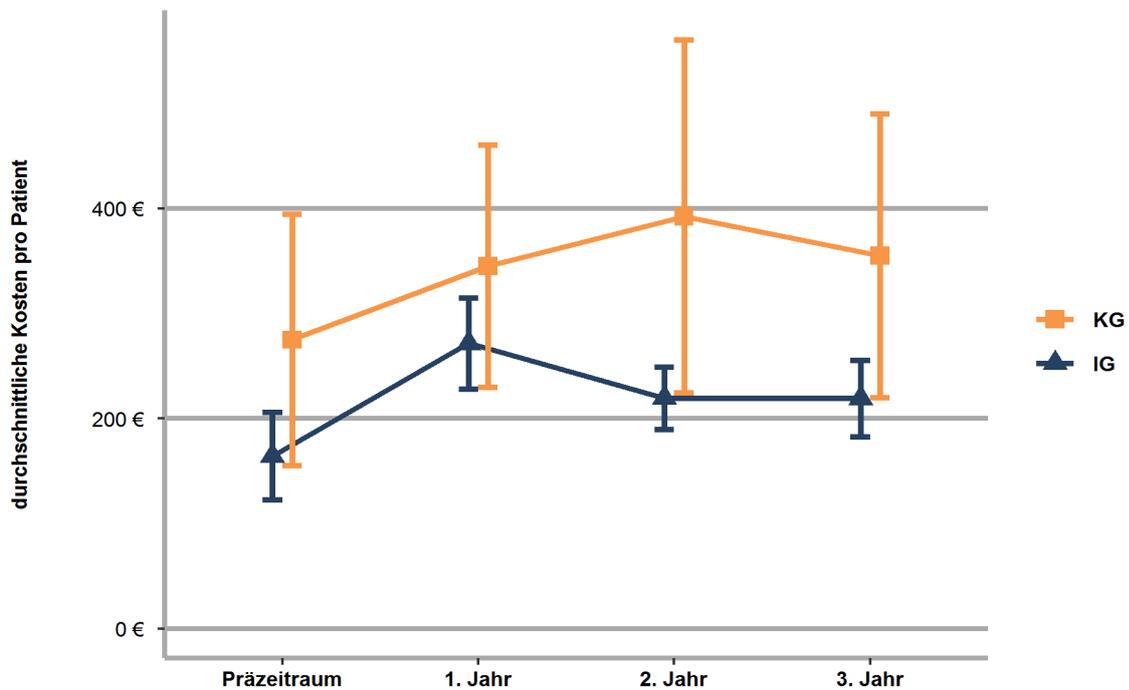
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	288	399	305	284	303	383	322	288
Mittelwert	164,28 €	271,63 €	219,48 €	219,18 €	275,08 €	345,31 €	392,46 €	355,25 €
Standardabweichung	611,08 €	633,09 €	422,76 €	515,00 €	1.735,60 €	1.673,41 €	2.389,54 €	1.902,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	74,52 €	33,93 €	18,16 €	12,76 €	74,96 €	41,12 €	20,28 €
75%-Perzentil	108,86 €	319,62 €	267,18 €	239,86 €	122,78 €	281,21 €	239,97 €	232,28 €
Maximum	12.016 €	9.420 €	3.800 €	6.362 €	30.908 €	31.821 €	49.264 €	37.230 €

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene



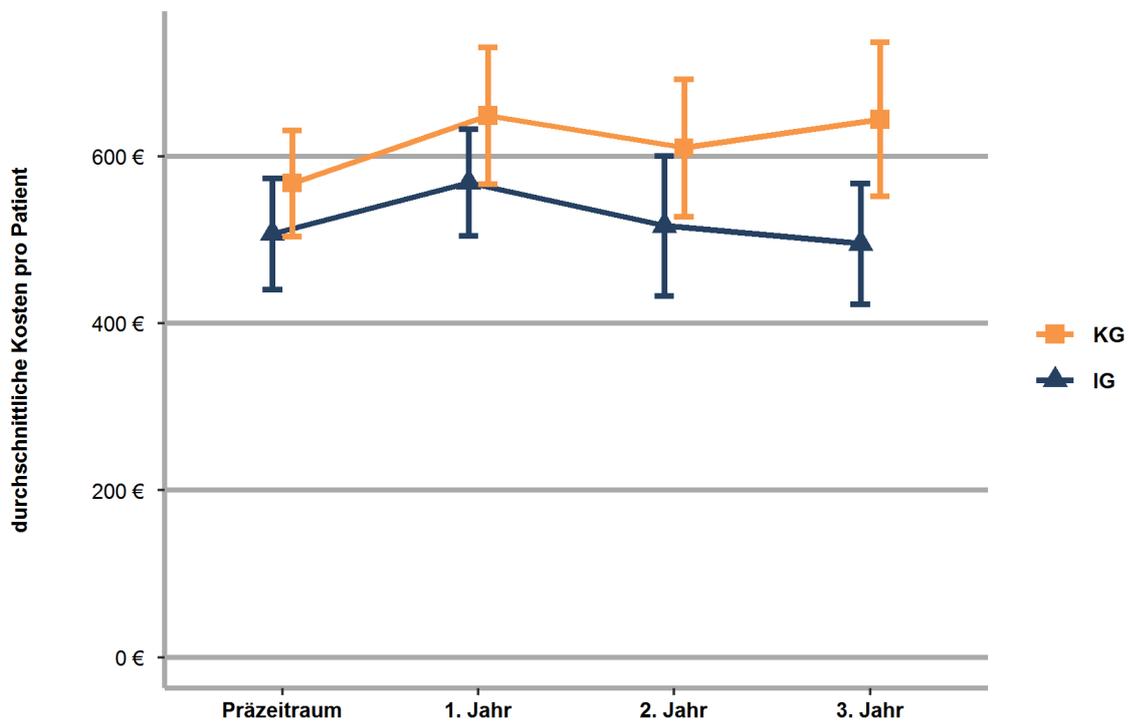
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 108)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	592	636	566	533	643	677	588	553
<b>Mittelwert</b>	<b>507,28 €</b>	<b>568,63 €</b>	<b>516,70 €</b>	<b>495,29 €</b>	<b>567,88 €</b>	<b>648,61 €</b>	<b>610,09 €</b>	<b>644,32 €</b>
Standardabweichung	1.128,40 €	1.085,46 €	1.388,27 €	1.184,71 €	1.084,95 €	1.400,12 €	1.374,26 €	1.511,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,94 €	39,31 €	14,73 €	0,00 €	32,44 €	52,08 €	21,98 €	14,78 €
Median	173,01 €	226,83 €	196,20 €	170,00 €	183,91 €	249,39 €	199,64 €	202,07 €
75%-Perzentil	539,27 €	616,53 €	546,01 €	499,95 €	686,68 €	681,56 €	650,14 €	638,81 €
Maximum	12.923 €	10.822 €	28.659 €	13.126 €	11.662 €	20.091 €	15.272 €	15.387 €

**Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 109)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 78) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 164,28 € weniger Kosten als die KG mit 275,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 271,63 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 345,31 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 37,12 € nicht signifikant ( $p=0,131$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 219,18 €. In der KG stiegen die Kosten auf 355,25 €.

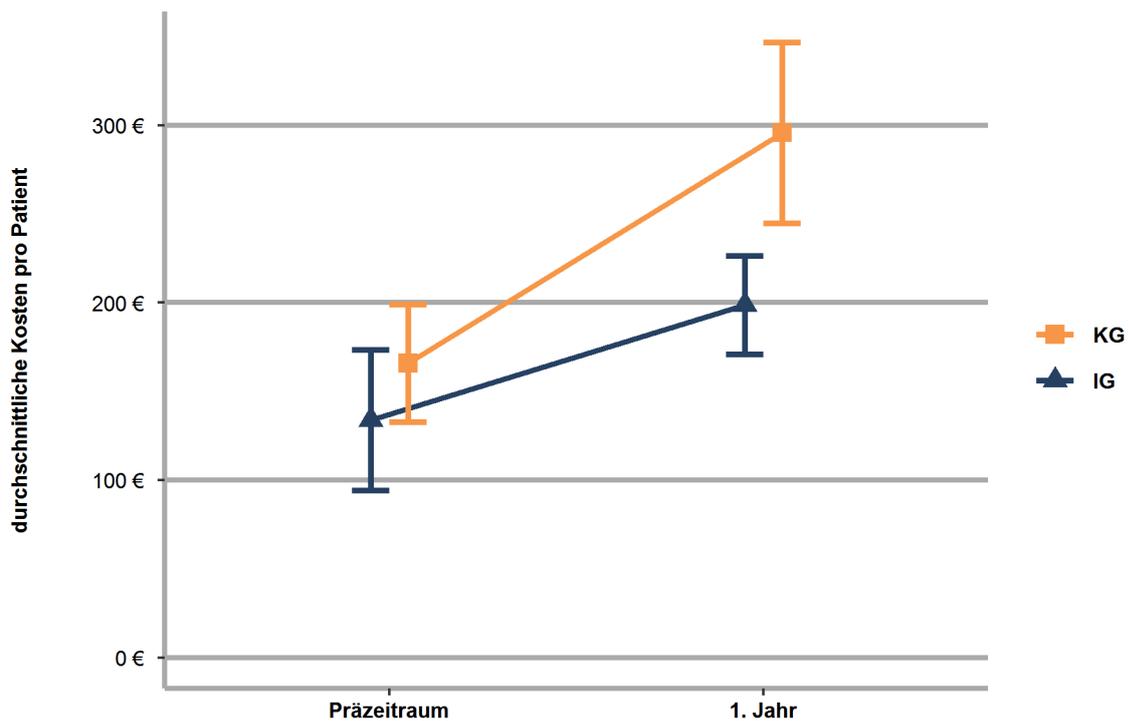
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 79) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 507,28 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 567,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 568,63 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 648,61 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 19,38 € nicht signifikant ( $p=0,673$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 495,29 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 644,32 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	326	459	354	452						
Mittelwert	133,84 €	198,72 €	165,98 €	295,68 €	-32,14 €	0,306	-96,96 €	0,006	-64,82 €	0,169
Standardabweichung	630,85 €	442,52 €	529,56 €	811,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	64,64 €	13,06 €	67,39 €						
75%-Perzentil	98,42 €	237,61 €	132,98 €	277,83 €						
Maximum	14.305 €	6.619 €	8.346 €	10.149 €						

**Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 80) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 133,84 € niedrigere Kosten als die KG mit 165,98 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 198,72 €. In der KG stiegen die Kosten auf 295,68. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 64,82 € nicht signifikant ( $p=0,169$ ) schwächer als in der KG.

**Kinder und Jugendliche**

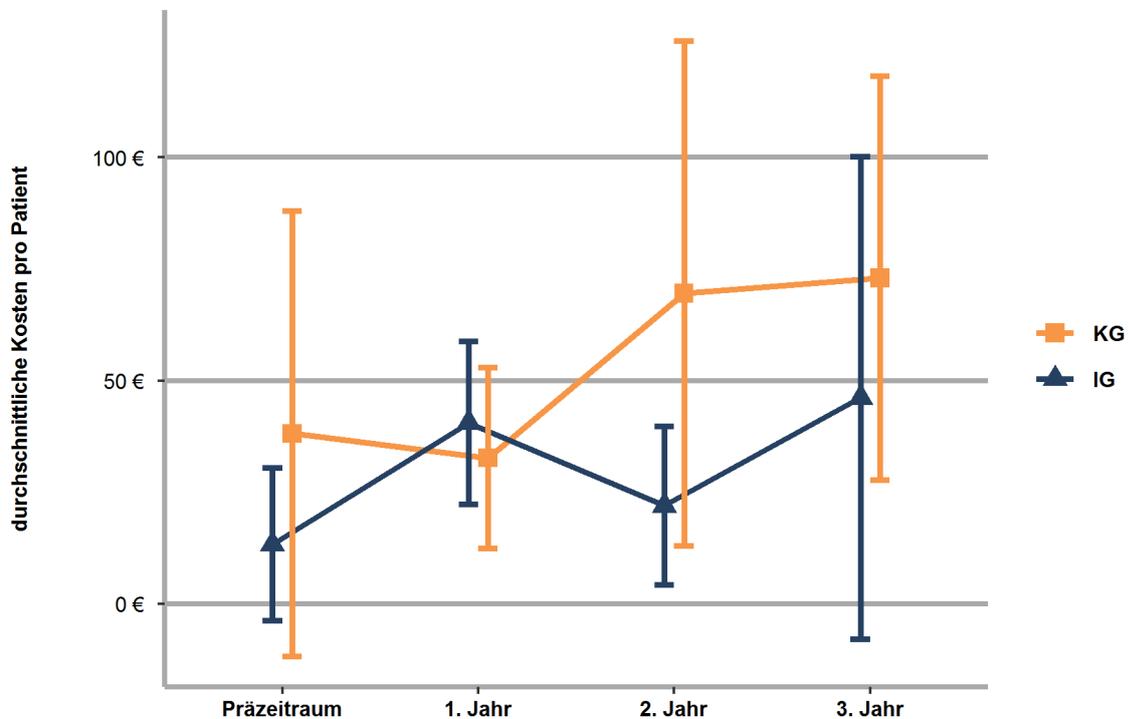
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	11	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>13,36 €</b>	<b>40,58 €</b>	<b>21,97 €</b>	<b>46,18 €</b>	<b>38,17 €</b>	<b>32,70 €</b>	<b>69,54 €</b>	<b>72,97 €</b>
Standardabweichung	48,85 €	52,20 €	50,62 €	154,06 €	142,17 €	57,63 €	161,13 €	129,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	11,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	76,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	40,15 €	11,21 €	62,87 €
Maximum	220,56 €	172,54 €	182,05 €	708,11 €	663,62 €	189,05 €	538,55 €	410,34 €

**Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



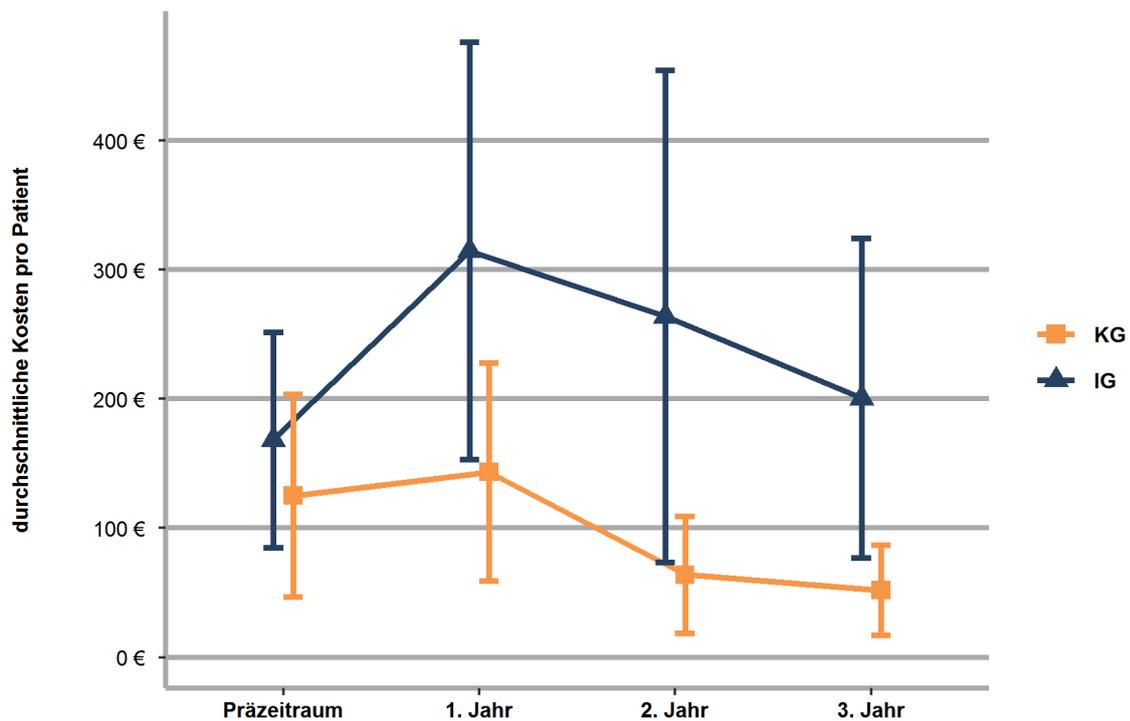
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 111)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	17	19	12	11	< 10	11	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>168,45 €</b>	<b>314,65 €</b>	<b>263,86 €</b>	<b>200,63 €</b>	<b>125,18 €</b>	<b>143,49 €</b>	<b>63,90 €</b>	<b>51,97 €</b>
Standardabweichung	277,48 €	537,24 €	634,58 €	411,14 €	261,26 €	280,23 €	150,26 €	116,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	30,06 €	71,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	165,26 €	272,38 €	203,71 €	123,91 €	81,47 €	68,25 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.116,70 €	2.025,66 €	3.130,09 €	1.519,87 €	1.116,70 €	987,57 €	550,40 €	497,10 €

**Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 112)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 81) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,36 € niedrigere Kosten als die KG mit 38,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 40,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 32,70 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 32,69 € nicht signifikant ( $p=0,311$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 46,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 72,97 €.

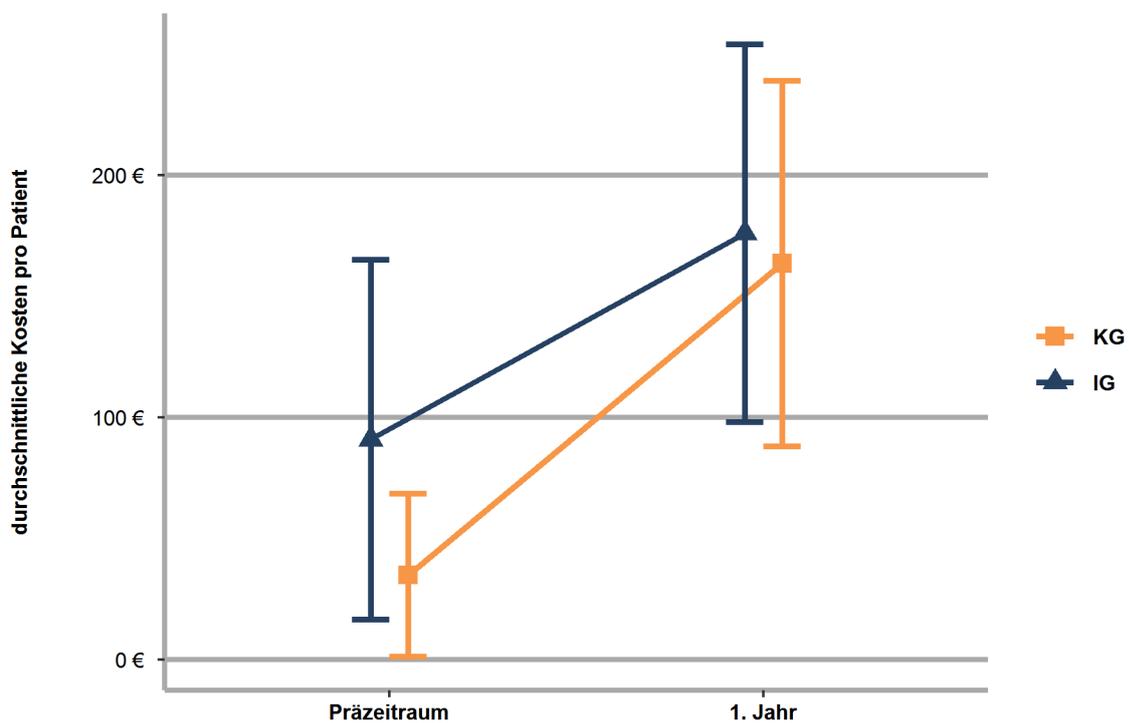
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 82) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 168,45 € mehr Kosten als die KG mit 125,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 314,65 €. In der KG stiegen die Kosten auf 143,49 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 127,88 € nicht signifikant ( $p=0,125$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 200,63 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 51,97 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	11	29	< 10	23						
Mittelwert	90,80 €	175,99 €	34,85 €	163,48 €	55,95 €	0,262	12,51 €	0,850	-43,44 €	0,599
Standardabweichung	338,39 €	354,35 €	153,13 €	342,90 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	21,57 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	180,89 €	0,00 €	127,66 €						
Maximum	1.809,05 €	1.995,75 €	839,88 €	1.538,16 €						

**Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 83) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 90,80 € mehr Kosten als die KG mit 34,85 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 175,99 €. In der KG stiegen die Kosten auf 163,48 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 43,44 € nicht signifikant ( $p=0,599$ ) stärker als in der KG.

## **10.8 Kosten der Heilmittelversorgung**

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

### **Erwachsene**

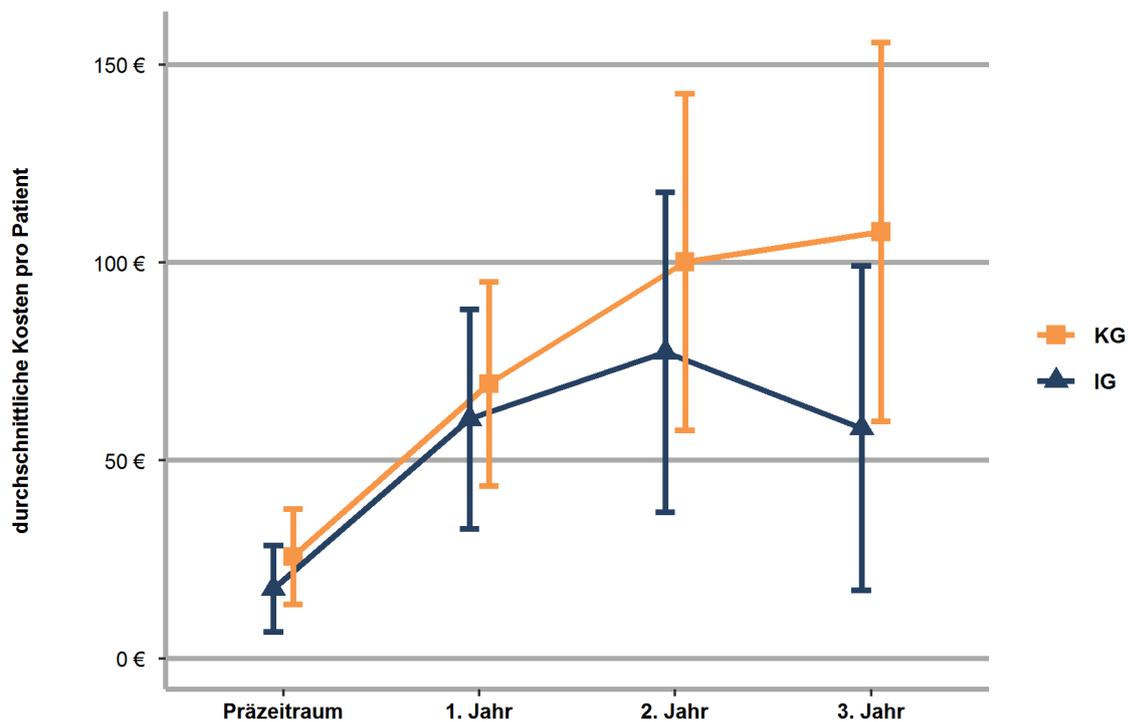
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	13	24	18	13	19	30	24	24
<b>Mittelwert</b>	<b>17,60 €</b>	<b>60,51 €</b>	<b>77,37 €</b>	<b>58,21 €</b>	<b>25,74 €</b>	<b>69,37 €</b>	<b>100,13 €</b>	<b>107,76 €</b>
Standardabweichung	159,46 €	404,77 €	576,41 €	577,79 €	174,22 €	373,82 €	604,01 €	673,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.373 €	5.318 €	6.762 €	11.090 €	2.308 €	3.428 €	8.090 €	8.881 €

**Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



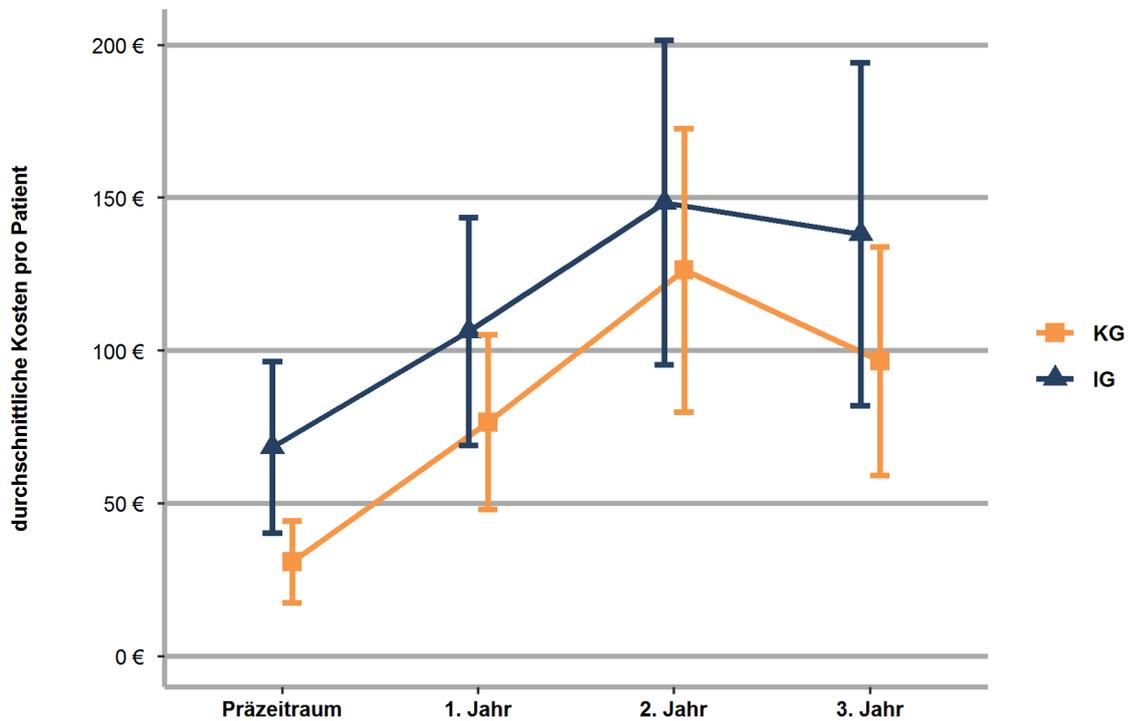
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 114)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	29	35	31	23	29	36	40	31
Mittelwert	68,45 €	106,39 €	148,44 €	138,22 €	30,91 €	76,63 €	126,41 €	96,67 €
Standardabweichung	476,10 €	633,27 €	881,68 €	917,67 €	230,22 €	487,99 €	778,23 €	613,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.099,00 €	8.952,55 €	9.469,51 €	9.949,80 €	3.526,43 €	6.588,88 €	9.651,95 €	7.438,10 €

**Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 115)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 84) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 17,60 € niedrigere Kosten als die KG mit 25,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG und KG mit 60,51 € bzw. 69,37 € ähnlich hohe Kosten. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,73 € nicht signifikant ( $p=0,973$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 58,21 €. In der KG stiegen die Kosten auf 107,76 €.

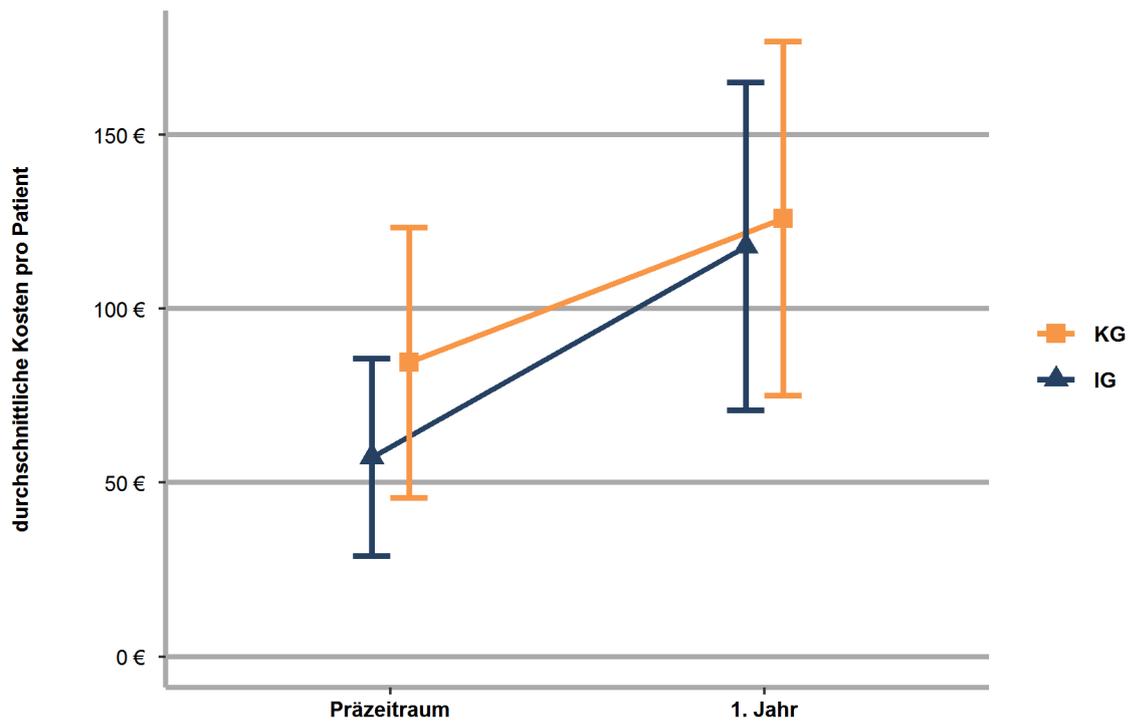
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 115 und Abbildung 85) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 68,45 € mehr Kosten als die KG mit 30,91 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 106,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 76,63 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 7,78 € nicht signifikant ( $p=0,707$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 138,22 €. In der KG stiegen die Kosten auf 96,67 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	21	31	29	43						
<b>Mittelwert</b>	<b>57,33 €</b>	<b>117,92 €</b>	<b>84,58 €</b>	<b>125,90 €</b>	<b>-27,25 €</b>	<b>0,351</b>	<b>-7,98 €</b>	<b>0,850</b>	<b>19,27 €</b>	<b>0,707</b>
Standardabweichung	452,51 €	752,00 €	620,30 €	812,14 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.851 €	8.346 €	11.467 €	11.359 €						

**Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 116)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 116 und Abbildung 86) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 57,33 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 84,58 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 117,92 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 125,90 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 19,27€ nicht signifikant ( $p=0,707$ ) stärker als in der KG.

**Kinder und Jugendliche**

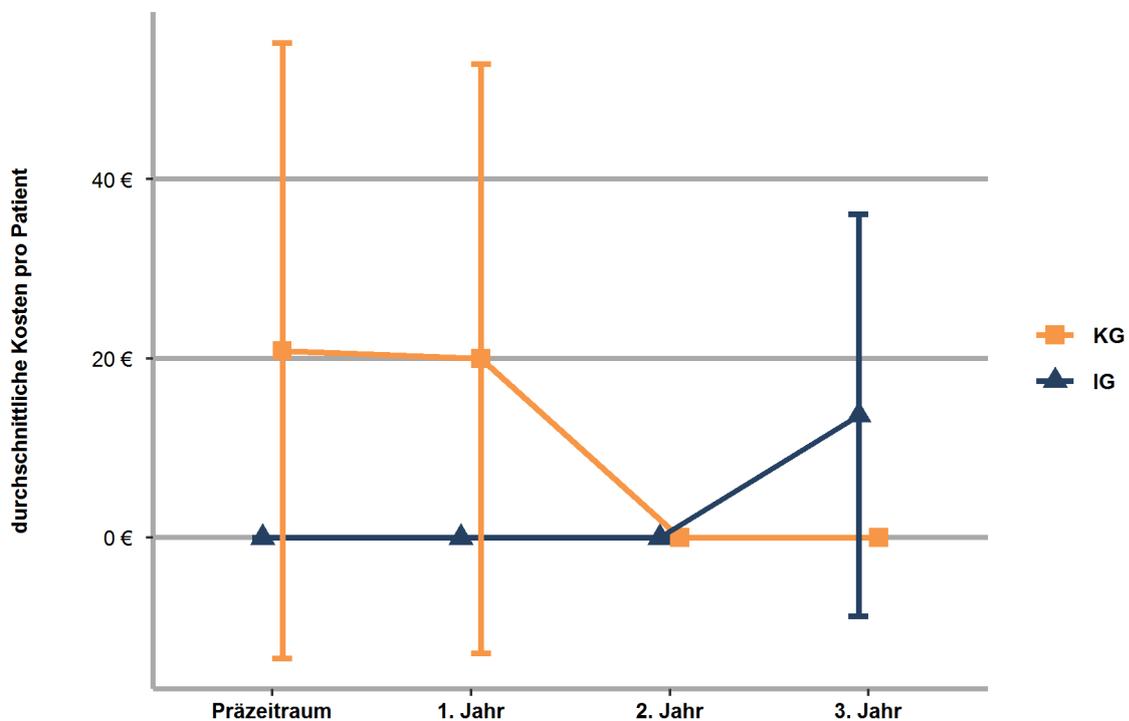
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,65 €	20,86 €	19,98 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	64,01 €	97,85 €	93,71 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	300,25 €	458,98 €	439,52 €	0,00 €	0,00 €

**Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



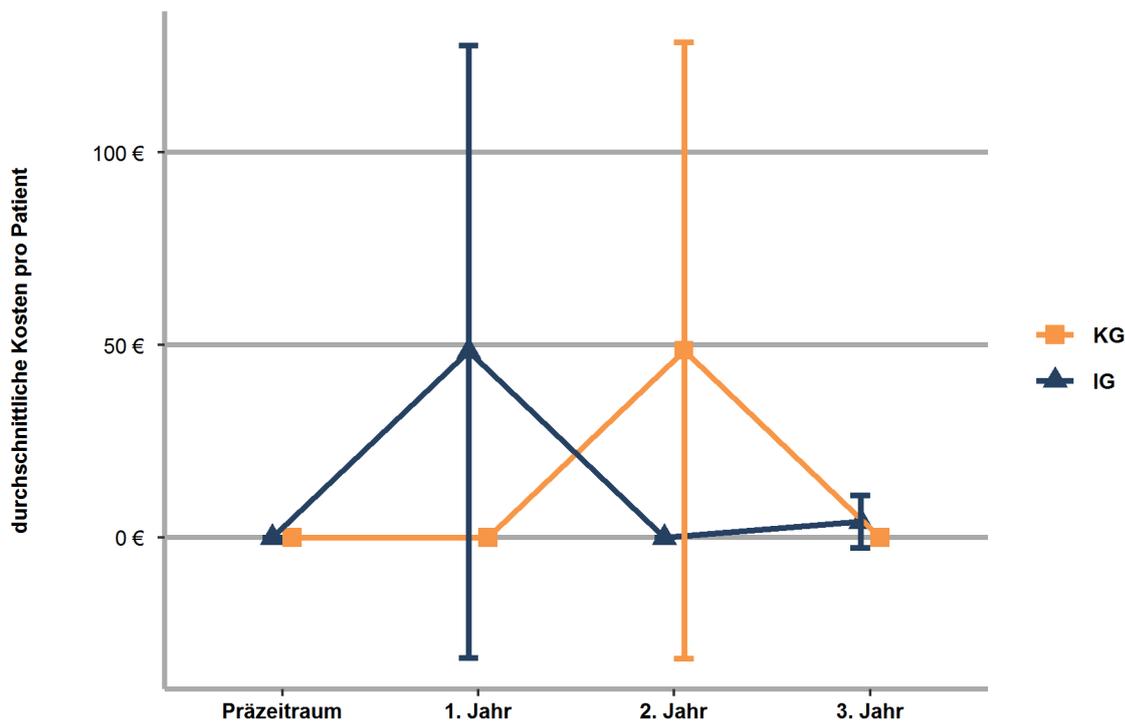
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 117)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	48,33 €	0,00 €	4,12 €	0,00 €	0,00 €	48,61 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	264,72 €	0,00 €	22,57 €	0,00 €	0,00 €	266,22 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	1.449,92 €	0,00 €	123,60 €	0,00 €	0,00 €	1.458,16 €	0,00 €

**Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod); Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 118)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 87) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € geringere Kosten als die KG mit 20,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 19,98 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,88 € nicht signifikant ( $p=0,323$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13,65 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €.

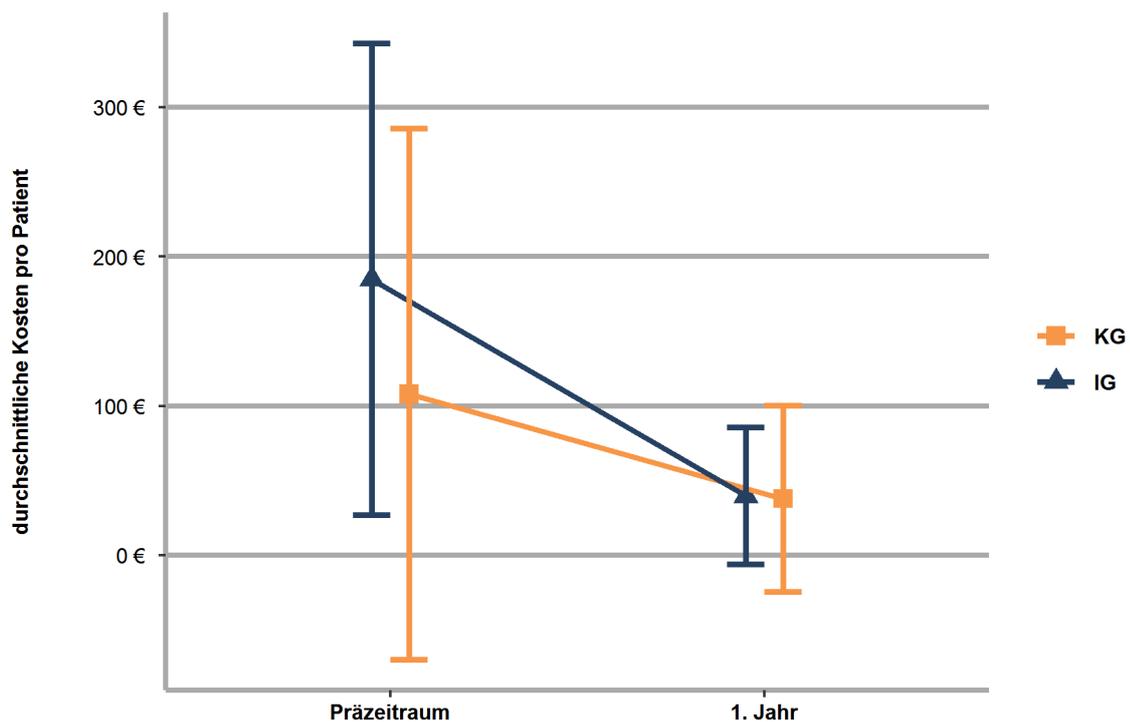
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118 und Abbildung 88) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von jeweils 0 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 48,33 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 48,33 € nicht signifikant ( $p=0,321$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4,12 €. In der KG sanken die Kosten auf 0 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>184,76 €</b>	<b>39,83 €</b>	<b>108,03 €</b>	<b>37,91 €</b>	<b>76,73 €</b>	<b>0,596</b>	<b>1,92 €</b>	<b>0,967</b>	<b>-74,80 €</b>	<b>0,623</b>
Standardabweichung	717,86 €	208,92 €	808,44 €	283,66 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.938,10 €	1.146,10 €	6.049,83 €	2.122,74 €						

**Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 119)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 119 und Abbildung 89) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 184,76 € höhere Kosten als die KG mit 108,03 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG mit 39,83 € bzw. 37,91 € auf ein ähnliches Niveau. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 74,80 € nicht signifikant ( $p=0,793$ ) stärker als in der KG.

## 11. Ergebnisse: Effizienz

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

### Erwachsene

#### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

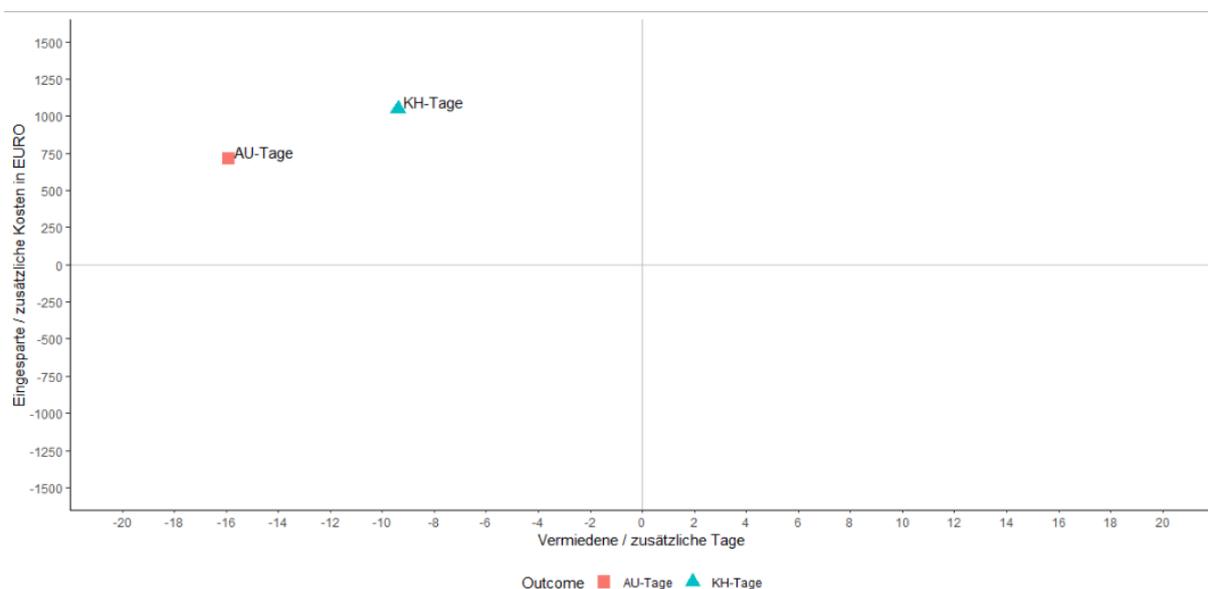
**Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.262,80 €		690	11.283,88 €		690	10.021,08 €	
	KG	1.380,56 €		690	10.354,26 €		690	8.973,70 €	
	Diff (IG - KG)	-117,76 €	0,616		929,61 €	0,275		1.047,37 €	0,236
KH-Tage	IG	0,9		690	17,3		690	16,4	
	KG	1,7		690	27,5		690	25,8	
	Diff (IG - KG)	-0,8	0,058		-10,2	<0,001		-9,4	<0,001
<b>ICER</b>	<b>-111,10 €/d</b>								

**Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.121,87 €		456	10.530,80 €		456	9.408,93 €	
	KG	1.069,36 €		427	9.764,32 €		427	8.694,97 €	
	Diff (IG - KG)	52,52 €	0,851		766,48 €	0,415		713,96 €	0,473
AU-Tage	IG	28,8		456	75,4		456	46,5	
	KG	27,5		427	89,9		427	62,4	
	Diff (IG - KG)	1,3	0,763		-14,6	0,035		-15,9	0,052
<b>ICER</b>	<b>-44,85 €/d</b>								

**Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**



Variante A (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 1.047,37 € nicht signifikant ( $p=0,236$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 9,4 Tage signifikant ( $p<0,001$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -111,10 € je vermiedenem vollstationären Behandlungstag. d.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 111,10 € zusätzlich ausgegeben.

Variante B (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 713,96 € nicht signifikant ( $p=0,474$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 15,9 Tage nicht signifikant ( $p=0,053$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -44,85 € je vermiedenem AU-Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 44,85 € zusätzlich ausgegeben.

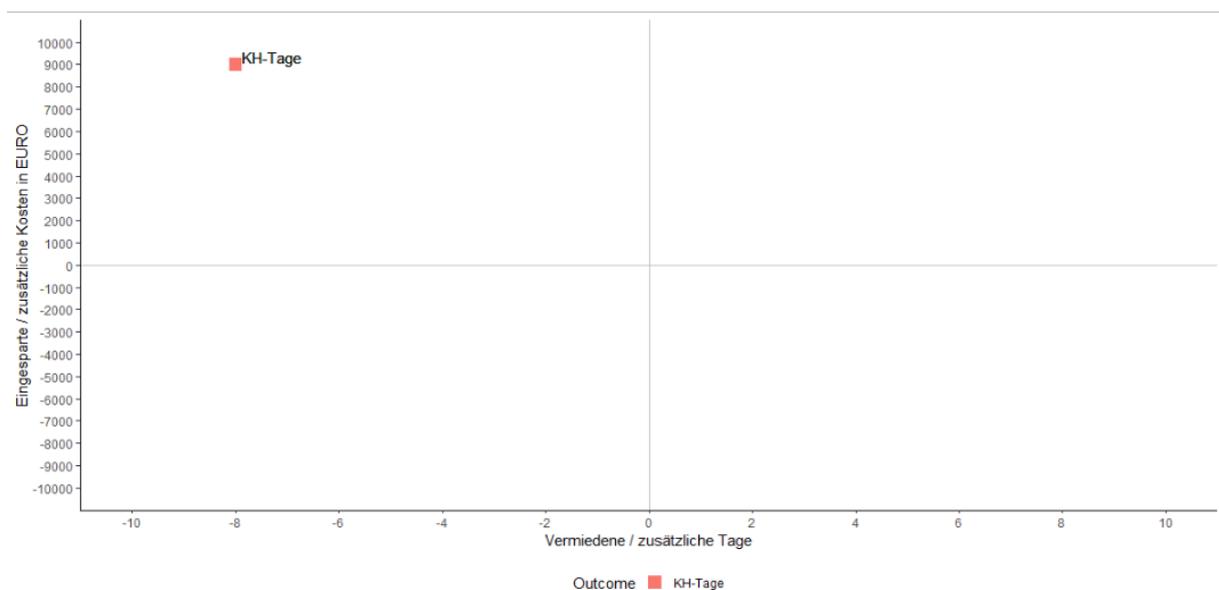
## Kinder und Jugendliche

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.628,26 €		56	20.180,74 €		56	18.552,48 €	
	KG	1.941,68 €		56	11.495,43 €		56	9.553,76 €	
	Diff (IG - KG)	-313,41 €	0,775		8.685,31 €	0,101		8.998,72 €	0,094
KH-Tage	IG	2,1		56	12,1		56	10,0	
	KG	4,2		56	22,2		56	18,0	
	Diff (IG - KG)	-2,1	0,464		-10,1	0,153		-8,0	0,295
ICER		<b>-1.127,36 €/d</b>							

**Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**



Variante A (vgl. Tabelle 122 und Abbildung 91): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 25.031,49 € nicht signifikant ( $p=0,364$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 3,1 Tage nicht signifikant ( $p=0,931$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -7.964,56 € je vermiedenen vollstationären Behandlungstag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 7.964,56 € zusätzlich ausgegeben.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus vergleichbaren 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>1</sup> und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>2</sup>. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 6 von 7 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 3 von 3 der Kinder- und Jugendpsychiatrie 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.

- Unterschiede in der voll- und teilstationären Behandlungsdauer erwachsener Patienten (Allgemeine Psychiatrie) im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. Sowohl die voll- als auch die teilstationäre Behandlungsdauer war im Modellvorhaben bei den Erwachsenen geringer als in der Regelversorgung. Bei den jungen Patienten (KJP) scheint sich auch eine Verringerung der vollstationären Tage, jedoch auch eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage abzuzeichnen.

---

<sup>1</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>2</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.

- Eine Reduktion an AU-Tagen klinikneuer Patienten ist im Verlauf des Modellvorhabens bei den Erwachsenen erkennbar. Auch bei den klinikbekannten Patienten ist eine stärkere Abnahme von AU-Tagen im Modellvorhaben ersichtlich.
- Bei den klinikneuen und klinikbekannten erwachsenen Patienten ist eine stärkere Inanspruchnahme der PIA ersichtlich. Auf der anderen Seite wurden Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei klinikneuen und klinikbekannten erwachsenen Patienten weniger stark in Anspruch genommen. Bei den jungen Patienten der KJP scheint sich auch eine stärkere Inanspruchnahme in der PIA abzuzeichnen.

## Erwachsene

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer von *klinikneuen* erwachsenen 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 ausfiel. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 2,5 vollstationäre Tage geringer als in der KG. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dabei wies die IG stets etwas weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Der unterschiedlich starke Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit (siehe Anhang) statistisch signifikant (DiD = -3,1 vollstationäre Tage).

Der Peak bezüglich der vollstationären 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 vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war bzw. der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr geringer war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Interessant ist hier auch der Vergleich zwischen den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Sowohl bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Behandlungstage als die KG auf. Dieser Unterschied wurde für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sogar noch größer (DiD = -9,4 vollstationäre Tage). Ein Trend hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen im Modellvorhaben scheint sich somit über die Modelllaufzeit abzuzeichnen.

Bei der Betrachtung der teilstationären Behandlungstage klinikneuer Patienten war ein Muster ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr ersichtlich. Auch hier wies die IG stets etwas weniger teilstationäre Behandlungstage, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, auf. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG stets etwas geringer als in der KG. Das Modellvorhaben scheint somit hin zu einer Verringerung von voll- und teilstationären Aufenthalten zu wirken.

Die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnosen waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten sank die durchschnittliche vollstationäre Behandlungsdauer im patientenindividuellen Zeitverlauf in der IG stetig ab, während diese in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst zunahm und dann auch weiter absank. Bis auf das erste Jahr nach Referenzfall, bei dem die IG 4,6 vollstationäre Behandlungstage weniger als die KG aufwies, war die Anzahl vollstationärer Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied der Entwicklung vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (DiD = -4,6 vollstationäre Tage). Die von den Erwartungen abweichende Entwicklung im ersten Jahr nach Referenzfall lässt sich mit den vorliegenden Daten nicht erklären und wird im Abschlussbericht erneut beleuchtet werden.

Laut Selbstauskunft bei der Befragung der Klinik hatte die Klinik keine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur durch einen Vor-Vertrag. Modelleffekte einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer konnten jedoch sowohl bei den klinikneuen als auch klinikbekannten erwachsenen Patienten beobachtet werden. Diese waren bereits für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich und festigten sich für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

Das Muster der teilstationären Behandlungsdauer ähnelte dem der vollstationären Behandlungstage mit Abnahme über die Zeit bei der IG und kleinem Peak in der KG. Die Höhe der teilstationären Behandlungstage waren im Prä-Zeitraum in der IG etwas größer und in den Jahren nach Referenzfall etwas geringer als in der KG.

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

Beim zweiten primären Outcome der *klinikneuen* erwachsenen Patienten zeigte sich bei den Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten ein Peak im ersten Jahr nach Referenzfall, welcher zwischen beiden Gruppen für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst vergleichbar war. Dabei war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Vergleicht man hierzu die AU-Tage der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist erkennbar, dass diese hier in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG stiegen (DiD = -16,0 AU-Tage). Im Laufe des Modellvorhabens wurden somit weniger AU-Tage im Modellvorhaben benötigt als in der Regelversorgung.

Diese geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von vollstationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hatte.

Bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten hingegen wies die IG stets mehr AU-Tage im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied verringerte sich über den patientenindividuellen Zeitverlauf. Diese stärkere Verringerung der AU-Tage in der IG im Vergleich zum Ausgangsniveau und im Vergleich zur KG war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant (DiD = -3,1 AU-Tage). Somit war auch bei den klinikbekannten Patienten eine Entwicklung hin zu weniger AU-Tagen ersichtlich.

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

Bei der Betrachtung der Häufigkeit ambulanter Kontakte *klinikneuer* Patienten zeigte sich in der IG ein stärkerer Anstieg der PIA-Inanspruchnahme aufgrund Indexdiagnose ab dem Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG. Dieser stärkere Anstieg war sowohl für die Patienten im ersten als auch im dritten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass es hier zu einer stärkeren Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer Patienten gekommen ist.

Auf der anderen Seite war die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* bei den *klinikneuen* Patienten ab dem Jahr nach Referenzfall in der IG geringer im Vergleich zur KG. Diese geringere Zunahme der Inanspruchnahme war für die Patienten sowohl im ersten als auch im dritten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Während somit die PIA vermehrt aufgesucht wurde, verringerte sich die Inanspruchnahme der Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich die beschriebenen Muster. Nach geringerer durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte im Jahr vor Referenzfall, wiesen die Patienten der IG stets mehr PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Die Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war hingegen, analog zu den klinikneuen Patienten, in der IG stets geringer als in der KG, wobei sich dieser Unterschied über den patientenindividuellen Zeitverlauf noch etwas vergrößerte. Dieser stärkere Anstieg in der PIA und der weniger starke Anstieg bei den Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

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 Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor war für die *linikneuen* Patienten in der dreijährigen Verlaufsbeobachtung im Jahr vor Referenzfall bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen Nachbeobachtung in der IG geringer im Vergleich zur KG. In allen restlichen Untersuchungen bezogen auf den psychiatrischen Sektor war die Behandlungskontinuität in der IG jedoch größer als in der KG. Daher nahm die Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in allen untersuchten Nachbeobachtungszeiträumen in der IG stärker zu als in der KG und blieb in der IG auf einem höheren Niveau in den folgenden zwei Jahren. Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich stets eine größere Zunahme der Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Auch wenn diese deskriptiven Ergebnisse mit der Inferenzstatistik (noch) nicht untermauert werden können (voraussichtlich durch die geringe Anzahl an Patienten, die in den Nenner in der Prä-Zeit eingehen), weist diese Tendenz darauf hin, dass voraussichtlich die Behandlungskontinuität im Modellvorhaben gestärkt werden konnte. Auch bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG vor Referenzfall zunächst geringer als in der KG. Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war jedoch auch hier in der IG stets größer als in der KG, so dass hier die IG stets eine größere Behandlungskontinuität aufwies als die KG. In den folgenden Jahren sank jedoch die Behandlungskontinuität der IG meist erneut unter die der KG bzw. war zwischen IG und KG vergleichbar. Eine kontinuierliche Erhöhung der Behandlungskontinuität *linikbekannter* Patienten kann somit hier noch nicht nachgewiesen werden.

Bezüglich der vollstationären Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der *Anteil* Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war hingegen in der IG etwas, aber statistisch signifikant, größer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG gleich häufig, aber weniger schnell wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG.

Bezüglich der Untersuchung einer Erkrankungsprogression zeigten sich sowohl bei den *linikneuen* als auch bei den *linikbekannten* Patienten stets größere Anteile mit einer Entwicklung zu einer schweren depressiven Störung (Progression A) und einer Suchterkrankung (Progression C). Die Entwicklung hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung (Progression B) war zwischen IG und KG jeweils vergleichbar. Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der größere Anteil mit Progression C in der IG im Vergleich zur KG statistisch signifikant.

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 voll- und teilstationären Behandlungstagen sowie AU-Tagen keine Verringerung der Qualität, z.B. im Sinne einer verringerten Behandlungskontinuität oder einer erhöhten Wiederaufnahmerate in der Modellklinik, ersichtlich ist.

## Kinder und Jugendliche

Die Fallzahlen für die Untersuchung der Kinder und Jugendlichen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war in der Modellklinik sehr gering, so dass hier nur sehr wenige Aussagen abgeleitet werden konnten. Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, da hier eine etwas höhere Fallzahl zu verzeichnen war. Hier zeigte sich bei der Betrachtung der Behandlungsdauer eine statistisch signifikant geringere Zunahme vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (DiD = -8,0 vollstationäre Tage). Auf der anderen Seite nahm die Inanspruchnahme teilstationärer Tage in der IG stärker zu als in der KG (IG: +23,1; KG: +15,1 teilstationäre Tage). Zudem zeigte sich eine statistisch signifikant stärkere Zunahme der PIA-Inanspruchnahme bei Indexdiagnosen in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (DiD = +3,2 PIA-Kontakte). Unter Vorbehalt der kleinen Fallzahlen ist in der KJP eine Veränderung der Behandlung hin zu kürzeren vollstationären und längeren teilstationären Behandlungsdauern sowie vermehrten PIA-Kontakte ersichtlich. Weitere Aussagen für die KJP können aufgrund zu geringer Fallzahlen nicht getroffen werden.

Einschränkend ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche 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 einsetzbar. Daher wurde das ergänzende Projekt PsychCare (2017 bis 2021) gestartet, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

## Kosten

### Erwachsene

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, war die IG im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer. Im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 3.106,00 € je Patient signifikant höher. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten der IG in den Bereichen der voll- und teilstationären sowie PIA-Versorgung zurückzuführen: in der vollstationären Versorgung war die IG im ersten Jahr um 2.138,24 € teurer als die KG, wobei in der IG weniger Patienten einen vollstationären Aufenthalt hatten (IG: 347 von 547; KG: 394 von 569). Außerdem war die IG bei den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten je

Patient ebenfalls um 727,22 € signifikant teurer, wobei in der IG weniger Patienten einen teilstationären Aufenthalt hatten (IG: 123 von 577; KG: 159 von 569). Im ersten bis dritten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung in der IG signifikant höher als in der KG: Im ersten Jahr um 420,23 €, im zweiten Jahr um 180,95 € je Patient und im dritten Jahr um 132,62 €. Dies lässt sich wiederum u.a. auf die unterschiedlich hohe Anzahl an Patienten mit PIA-Aufenthalt zurückführen: So wurden jeweils mehr Patienten der IG in der PIA behandelt (Jahr 1: 54 % vs. 34 %; Jahr 2: 28 % vs. 17 %; Jahr 3: 23 % vs. 15 %).

Die IG der linikbekannten Patienten der Kohorte 1 war im Prä-Zeitraum und im ersten Modelljahr bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten etwas teurer als die KG (IG = 7.279,23 €; KG = 6.144,07 €). Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 439,32 € höher, statistisch jedoch nicht signifikant. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf die höheren Kosten der PIA-Behandlung zurückzuführen: Hier war die IG um 401,07 € je Patient teurer als die KG, wobei der Patientenanteil in der IG mit 83 % gegenüber 76 % auch höher war. Das stärkere Abfallen der KG in den gesamten psychiatrischen Versorgungskosten im zweiten und dritten Jahr lässt sich auf einen stärkeren Rückgang der Kosten in der voll- und teilstationären Versorgung zurückführen.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verzeichnete die IG je Patient einen um 1.047,37 € nicht signifikant teureren Verlauf der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Dieser Kostenunterschied war u.a. auf den deutlich größeren Anstieg der durchschnittlichen teilstationären psychiatrischen sowie PIA-Versorgungskosten zurückzuführen: Hier entwickelte sich die IG im Zeitverlauf um 1.008,39 € bzw. 310,05 € signifikant teurer als die KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG der klinikneuen und -bekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr sowie dritten Modelljahr nicht signifikant voneinander, waren in der IG jedoch in allen Perioden geringer als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**

Zu den Kosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen können in diesem Zwischenbericht aufgrund der geringen Gruppengrößen von 22 klinikneuen bzw. 30 klinikbekannten Patienten in Kohorte 1 sowie 56 Patienten in Kohorte 3 keine validen Aussagen zu den psychiatrischen Versorgungskosten getroffen werden, da einzelne Ausreißer die Mittelwerte zu sehr verzerren. Die Ergebnisbeschreibung befindet sich in den entsprechenden Abschnitten.

### *Fazit*

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

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### Effektivität

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten 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“.

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. 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 für die insgesamt 18 Modellvorhaben, und damit auch für das Modell Vivantes, konsentrierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (3).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von der DAK-Gesundheit noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich. Für das 2016 begonnene Modell Vivantes betrifft diese Einschränkung den Prä-Zeitraum der Patienten im ersten Studienjahr.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für somatische Krankheiten operationalisiert wurden (4). Diese Ansätze wurden auf die hier be-

trachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

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

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (4). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

### 13. Literatur

1. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 2020;82:S4-S12.
2. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
3. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
4. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

## 14. Anhang

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

**Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</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)	5,9 %	33,3 %	7,4 %	34,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	3,4 %	2,5 %	3,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,7 %	10,3 %	13,0 %	13,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	1,8	21,5	2,0	24,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	9,5	0,1	11,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	1,8	31,0	2,1	36,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	1,0	1,0	1,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	0,9	1,0	0,9
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	1,7	1,6	2,7

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

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> </ul>	35,3 %	27,1 %	37,9 %	30,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> </ul>	7,8 %	5,0 %	6,3 %	3,3 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	16,1 %	14,9 %	14,6 %	14,3 %
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>	16,7	15,5	16,7	20,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> </ul>	3,5	3,2	2,6	4,6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> </ul>	20,2	18,6	19,3	24,6
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> </ul>	2,3	1,3	1,9	1,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> </ul>	2,0	1,0	1,8	0,9
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	2,6	2,0	1,9	2,0

<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)

**Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</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)	4,2 %	45,8 %	0,0 %	58,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	4,2 %	12,5 %	0,0 %	0,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,2 %	4,2 %	8,3 %	4,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	0,1	32,4	0,0	29,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	5,3	0,0	16,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,1	37,6	0,0	46,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	17,3	0,0	0,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,1	4,9	0,0	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,0	0,9	2,0

<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)

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</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>	33,3 %	23,3 %	20,0 %	26,7 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> </ul>	10,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	6,7 %	3,3 %	0,0 %	3,3 %
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>	22,0	12,6	4,7	2,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> </ul>	1,8	7,8	0,0	13,7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> </ul>	23,9	20,4	4,7	15,7
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> </ul>	7,6	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> </ul>	7,6	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	0,2	0,1	0,0	0,0

<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)

**Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>570</b>	<b>573</b>	<b>562</b>	<b>571</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	5,4	0,1	2,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,0	4,9	3,9	6,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,0	9,6	8,0	8,8
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,4	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,1	0,5	0,8
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	9,7	11,1	9,4	10,1

<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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>738</b>	<b>760</b>	<b>760</b>	<b>774</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,9	9,8	6,2	7,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,9	2,8	3,2	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	10,5	10,9	9,5	9,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,6	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,3	0,7
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	14,9	18,5	12,8	13,9

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

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

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

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

**Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,5	0,0	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	10,3	13,9	2,8	6,4
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,3	2,2	1,3	3,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• 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)	0,3	0,5	0,1	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	1,3	0,2	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	2,1	0,9	1,0	0,7

<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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>28</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,5	6,0	3,2	3,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,4	8,5	5,9	4,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,1	2,9	3,6	3,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,3	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,5	0,6	0,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,7	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	3,0	4,7	8,7	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

**Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>40</b>	<b>587</b>	<b>48</b>	<b>678</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,0 %	15,8 %	6,3 %	6,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	2,5 %	10,2 %	10,4 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,0 %	28,4 %	50,0 %	36,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,0 %	11,1 %	16,7 %	14,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,0 %	6,0 %	0,0 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	3,6 %	2,1 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	12,5 %	30,0 %	16,7 %	26,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	35,0 %	42,2 %	33,3 %	40,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>25</b>	<b>332</b>	<b>29</b>	<b>403</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,0 %	20,5 %	6,9 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	14,5 %	17,2 %	22,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,0 %	28,0 %	41,4 %	38,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	28,0 %	14,2 %	20,7 %	16,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,0 %	6,9 %	0,0 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	3,6 %	3,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	16,0 %	38,9 %	24,1 %	35,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,0 %	34,6 %	34,5 %	35,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>17</b>	<b>160</b>	<b>19</b>	<b>169</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,8 %	18,1 %	5,3 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	18,1 %	15,8 %	25,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,1 %	27,5 %	42,1 %	33,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,4 %	14,4 %	26,3 %	18,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,9 %	9,4 %	0,0 %	10,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	4,4 %	0,0 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	41,3 %	21,1 %	37,9 %

- kein Kontakt in 7 Tagen	23,5 %	33,8 %	36,8 %	36,1 %
---------------------------	--------	--------	--------	--------

<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

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>32</b>	<b>546</b>	<b>39</b>	<b>604</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,6 %	22,0 %	17,9 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,5 %	20,0 %	20,5 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,9 %	48,7 %	64,1 %	55,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,4 %	27,3 %	33,3 %	32,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,4 %	11,4 %	2,6 %	13,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,6 %	9,9 %	15,4 %	9,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,5 %	46,9 %	41,0 %	40,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	19,8 %	10,3 %	21,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>20</b>	<b>305</b>	<b>24</b>	<b>353</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	26,6 %	20,8 %	9,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,0 %	26,9 %	29,2 %	33,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	49,5 %	58,3 %	57,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,0 %	32,5 %	45,8 %	38,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,0 %	15,1 %	4,2 %	17,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	7,9 %	8,3 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	58,7 %	54,2 %	49,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,0 %	14,8 %	8,3 %	15,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>15</b>	<b>151</b>	<b>16</b>	<b>145</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,0 %	25,2 %	18,8 %	7,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,0 %	35,1 %	31,3 %	42,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	50,3 %	56,3 %	53,8 %

• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,7 %	31,8 %	50,0 %	41,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,3 %	21,2 %	6,3 %	19,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	9,9 %	6,3 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,3 %	67,5 %	56,3 %	55,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,7 %	11,3 %	12,5 %	15,9 %

<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

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>23</b>	<b>462</b>	<b>27</b>	<b>528</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,8 %	22,9 %	25,9 %	13,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	21,7 %	26,8 %	18,5 %	33,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,3 %	68,8 %	77,8 %	74,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	56,5 %	52,6 %	51,9 %	53,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,0 %	14,7 %	18,5 %	19,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,4 %	17,5 %	25,9 %	18,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,9 %	54,3 %	51,9 %	52,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,7 %	8,0 %	7,4 %	10,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>15</b>	<b>258</b>	<b>14</b>	<b>298</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,0 %	27,5 %	35,7 %	10,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	26,7 %	37,2 %	14,3 %	44,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	86,7 %	70,9 %	78,6 %	75,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	66,7 %	62,4 %	71,4 %	57,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	19,0 %	28,6 %	25,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	12,8 %	14,3 %	19,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,3 %	68,2 %	71,4 %	62,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	4,7 %	0,0 %	6,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>128</b>	<b>&lt;10</b>	<b>121</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,4 %	28,1 %	37,5 %	7,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	36,4 %	44,5 %	12,5 %	54,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	81,8 %	74,2 %	87,5 %	73,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	63,6 %	64,1 %	87,5 %	61,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	28,1 %	37,5 %	23,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	36,4 %	15,6 %	12,5 %	22,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,7 %	76,6 %	75,0 %	66,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,3 %	0,0 %	5,8 %

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

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

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

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

### Erwachsene, 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>441</b>	<b>563</b>	<b>478</b>	<b>604</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,6 %	23,3 %	18,4 %	11,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,1 %	9,8 %	10,7 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	24,7 %	23,6 %	24,1 %	26,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,3 %	11,9 %	10,3 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,4 %	3,4 %	3,6 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	4,1 %	5,9 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,0 %	34,1 %	31,0 %	27,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	51,2 %	44,4 %	44,8 %	47,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>365</b>	<b>444</b>	<b>411</b>	<b>494</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,0 %	25,9 %	20,7 %	13,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	10,4 %	12,4 %	15,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	24,1 %	23,4 %	24,1 %	25,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,3 %	12,2 %	10,5 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,6 %	4,1 %	4,1 %	6,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	4,1 %	5,8 %	6,3 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,3 %	37,6 %	35,3 %	31,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,4 %	41,9 %	42,1 %	44,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>231</b>	<b>272</b>	<b>256</b>	<b>309</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,2 %	26,1 %	23,0 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,7 %	12,5 %	16,0 %	18,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	25,5 %	25,7 %	21,1 %	24,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,4 %	15,4 %	10,2 %	12,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	5,5 %	5,9 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	3,7 %	8,2 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,3 %	41,2 %	42,2 %	36,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,9 %	36,8 %	37,9 %	40,8 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<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>390</b>	<b>489</b>	<b>395</b>	<b>518</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	24,4 %	33,1 %	31,9 %	20,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,8 %	19,4 %	18,7 %	24,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	43,8 %	42,3 %	48,9 %	46,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,6 %	24,1 %	26,8 %	25,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,9 %	7,4 %	7,1 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	11,0 %	11,4 %	11,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,7 %	51,5 %	51,6 %	45,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,2 %	21,3 %	18,2 %	23,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>326</b>	<b>386</b>	<b>338</b>	<b>421</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,7 %	36,8 %	34,3 %	22,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,3 %	20,7 %	21,6 %	27,8 %

<ul style="list-style-type: none"> <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>	43,6 %	42,2 %	47,9 %	44,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,0 %	24,6 %	27,5 %	27,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,7 %	8,5 %	8,0 %	8,8 %
	10,7 %	12,7 %	11,2 %	11,4 %
	42,6 %	57,0 %	56,8 %	51,1 %
	25,2 %	17,9 %	16,6 %	22,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>209</b>	<b>236</b>	<b>211</b>	<b>260</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,3 %	38,1 %	38,4 %	26,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,4 %	25,0 %	25,6 %	32,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,0 %	46,2 %	46,0 %	45,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,7 %	25,4 %	28,9 %	30,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	11,4 %	9,5 %	13,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,4 %	12,7 %	11,8 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,0 %	63,6 %	64,9 %	60,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,5 %	14,4 %	11,8 %	16,9 %

<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

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>276</b>	<b>364</b>	<b>282</b>	<b>397</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,3 %	39,6 %	45,4 %	25,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,1 %	25,5 %	23,8 %	34,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,1 %	61,3 %	67,0 %	69,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	47,1 %	45,9 %	50,0 %	45,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	9,3 %	10,6 %	10,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,4 %	18,7 %	21,6 %	21,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,0 %	61,3 %	66,0 %	59,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,3 %	9,6 %	8,2 %	9,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>233</b>	<b>286</b>	<b>237</b>	<b>321</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	39,9 %	45,1 %	48,9 %	28,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	21,0 %	27,3 %	27,8 %	37,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	59,7 %	61,9 %	67,1 %	68,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	48,5 %	47,9 %	53,2 %	48,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,4 %	10,8 %	12,2 %	12,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,2 %	19,6 %	21,9 %	22,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,8 %	68,2 %	72,6 %	66,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	11,2 %	6,3 %	5,9 %	7,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>147</b>	<b>174</b>	<b>147</b>	<b>193</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,8 %	45,4 %	53,1 %	33,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,8 %	32,2 %	30,6 %	45,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,2 %	68,4 %	65,3 %	70,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,4 %	48,9 %	55,8 %	53,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,9 %	13,8 %	15,0 %	15,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,4 %	19,5 %	21,1 %	22,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,3 %	74,1 %	79,6 %	78,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,8 %	4,6 %	3,4 %	4,1 %

<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

**Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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>&lt;10</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>				
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	15,8 %	—	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	15,8 %	—	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	15,8 %	—	15,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	5,3 %	—	10,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	5,3 %	—	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,3 %	—	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	31,6 %	—	21,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	100,0 %	52,6 %	—	63,2 %

<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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>&lt;10</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>19</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>				
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	23,5 %	—	31,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	23,5 %	—	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	29,4 %	—	42,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	17,6 %	—	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	23,5 %	—	10,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,9 %	—	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	52,9 %	—	47,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	100,0 %	35,3 %	—	15,8 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>18</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	33,3 %	—	27,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	46,7 %	—	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	0,0 %	66,7 %	—	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	33,3 %	—	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	26,7 %	—	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	20,0 %	—	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	0,0 %	66,7 %	—	55,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	100,0 %	13,3 %	—	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

### **Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>15</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	40,0 %	0,0 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	18,2 %	10,0 %	0,0 %	26,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,4 %	50,0 %	0,0 %	13,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	54,5 %	40,0 %	87,5 %	60,0 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<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>11</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>14</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,2 %	62,5 %	25,0 %	35,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	12,5 %	0,0 %	7,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,3 %	25,0 %	37,5 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	37,5 %	12,5 %	21,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	27,3 %	12,5 %	0,0 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	0,0 %	12,5 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	62,5 %	25,0 %	57,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	45,5 %	25,0 %	50,0 %	28,6 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>12</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,0 %	71,4 %	66,7 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	30,0 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,0 %	57,1 %	83,3 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,0 %	57,1 %	50,0 %	41,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	14,3 %	0,0 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,0 %	14,3 %	16,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	71,4 %	66,7 %	58,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	20,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %

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

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

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

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

**Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	545	545	548	548	545	545	548	548
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	39	344	57	418	39	344	57	418
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	12	122	22	159	12	122	22	159
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	38	<10	53	<10	38	<10	53
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	25	169	36	179	25	169	36	179
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	60	15	71	<10	60	15	71
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	18	<10	25	<10	18	<10	25

\* 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>	28,2 %	19,8 %	17,5 %	21,3 %	23,1 %	17,4 %	15,8 %	17,7 %
<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>	0,0 %	6,6 %	9,1 %	5,7 %	0,0 %	2,5 %	0,0 %	3,1 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>	0,0 %	1,7 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	1,7 %	0,0 %	1,4 %
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>	0,0 %	2,6 %	0,0 %	7,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %
	0,0 %	5,6 %	0,0 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	315,2	725,9	327,1	713,8	352,8	848,6	394,6	880,7
	241,8	620,5	300,8	659,7	289,8	764,4	412,3	849,8

<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)	0,0	378,4	245,5	420,8	0,0	408,3	0,0	409,6
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	124,0	0,0	356,8	0,0	210,5	0,0	341,5
<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)	0,0	172,7	0,0	268,0	0,0	0,0	0,0	432,3
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	172,7	0,0	401,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr						
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>737</b>	<b>737</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>737</b>	<b>737</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	609	505	608	580	609	505	608	579
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	277	238	279	280	277	238	279	279
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	100	93	95	111	100	93	95	111
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	403	325	419	380	403	325	419	379
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	187	155	205	184	187	155	205	183
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	68	61	73	70	68	61	73	70

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	20,9 %	13,1 %	13,7 %	11,0 %	19,2 %	13,1 %	10,2 %	9,7 %
	20,8 %	10,5 %	9,5 %	8,2 %	18,4 %	9,5 %	6,4 %	5,5 %
	15,9 %	6,7 %	7,2 %	7,1 %	3,2 %	2,9 %	2,9 %	2,5 %
	15,0 %	5,2 %	5,4 %	4,3 %	3,2 %	2,6 %	2,0 %	1,6 %
	9,0 %	11,8 %	6,3 %	9,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %
	7,4 %	8,2 %	1,4 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	283,5	592,1	279,9	532,5	340,7	671,5	354,0	682,2
	275,9	490,9	261,7	414,2	335,1	628,9	347,9	620,8

<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)	202,0	320,7	215,8	333,0	252,1	419,3	269,1	510,2
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	201,5	395,1	208,8	369,9	254,4	482,6	258,9	562,0
<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)	164,4	251,6	137,1	191,7	0,0	413,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	171,6	239,3	107,0	132,1	0,0	0,0	0,0	0,0

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

<sup>2</sup> Unter Kontakt zum psychiatrischen 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 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</b>	<b>591</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>570</b>	<b>573</b>	<b>562</b>	<b>571</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	0,8%	2,2%	2,4%	2,4%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,5%	1,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,3%	0,2%	0,7%

<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)

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>738</b>	<b>760</b>	<b>760</b>	<b>774</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,0%	1,5%	1,1%	2,7%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%

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

**Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>24</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)	0,0%	4,2%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>27</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>28</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)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>382</b>	<b>382</b>	<b>363</b>	<b>363</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	152	317	156	311
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,6	1,6	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	28,2	87,7	28,8	88,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	19,1%	18,3%	28,1%	12,7%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,4	1,7	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,0	0,8	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

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

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

**Erwachsene, 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>372</b>	<b>372</b>	<b>377</b>	<b>377</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>	212 1,8 50,9 17,7%	213 2,0 56,9 12,1%	194 1,9 32,6 11,1%	198 2,1 41,7 7,2%
<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>	22 1,3 1,1 0,3%	15 1,5 0,8 0,0%	27 1,4 1,9 0,0%	14 2,0 0,9 0,0%

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

**Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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>405</b>	<b>474</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>	33,8% 88,3	31,0% 95,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>229</b>	<b>269</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>	19,3% 88,8	20,5% 83,3
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>113</b>	<b>111</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>	9,9% 102,0	8,9% 74,5

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

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

**Erwachsene, 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>347</b>	<b>392</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>	51,0%  114,1	52,6%  110,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>282</b>	<b>321</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>	40,6%  117,0	43,4%  107,0
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>182</b>	<b>207</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>	27,4%  111,3	28,1%  112,7

<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)

**Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, 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>16</b>	<b>18</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>	43,8%	22,2%
	84,3	9,8

<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)

**Kinder, 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>10</b>	<b>12</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>	20,0%	41,7%
	8,0	110,8

<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 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</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>	3,6 3 2 - 5	3,7 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>	2,3 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>	1,3 1 0 - 2	1,3 1 0 - 2

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	4,0 3 2 - 5	4,0 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,1 3 1 - 4	3,1 3 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	0,9 0 0 - 1	0,9 0 0 - 1

**Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>591</b>	<b>591</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	4,4 %	3,7 %

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>807</b>	<b>807</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	4,3 %	3,7 %

**Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

**Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>565</b>	<b>569</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>	155 325 358	180 329 381
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>	17,4 % 5,2 % 28,8 %	14,4 % 5,2 % 22,6 %

<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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>772</b>	<b>777</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>	113 347 352	129 331 408
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>	13,3 % 3,2 % 9,1 %	6,2 % 3,3 % 8,3 %

<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

**Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>24</b>	<b>24</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>	11 13 22	14 15 24
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>	18,2 % 7,7 % 13,6 %	14,3 % 0,0 % 8,3 %

<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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>30</b>	<b>30</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>	10 11 25	14 15 26
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>	0,0 % 0,0 % 8,0 %	7,1 % 0,0 % 11,5 %

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

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

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

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

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

**Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, 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> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>70</b> 4,3 %</p>	<p><b>106</b> 2,8 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>158</b> 0,0 %</p>	<p><b>157</b> 1,3 %</p>

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

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

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>145</b> 2,1 %</p>	<p><b>126</b> 3,2 %</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>51</b> 47,1 %</p>	<p><b>37</b> 59,5 %</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>84</b> 38,1 %</p>	<p><b>60</b> 51,7 %</p>

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> ACT-Codes: N05A

<b>Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>501</b> 50,7 %	<b>488</b> 48,2 %
<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>246</b> 16,7 %	<b>400</b> 17,0 %

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<b>204</b> 87,3 %	<b>224</b> 86,6 %
<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>97</b> 78,4 %	<b>102</b> 85,3 %
<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>13</b> 23,1 %	<b>15</b> 13,3 %

<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 Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

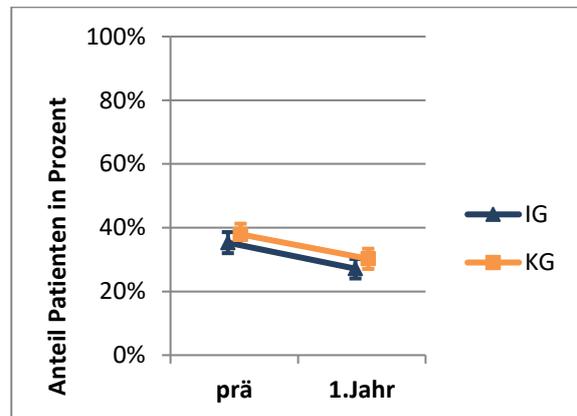
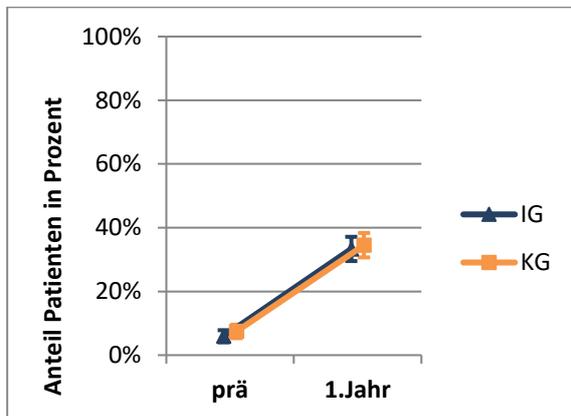
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### Erwachsene, klinikneue Patienten

### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

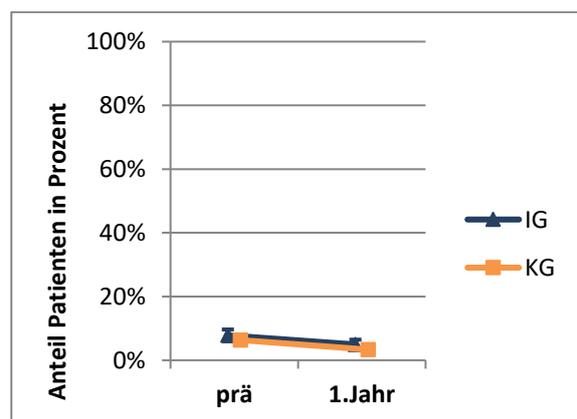
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

#### - Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)

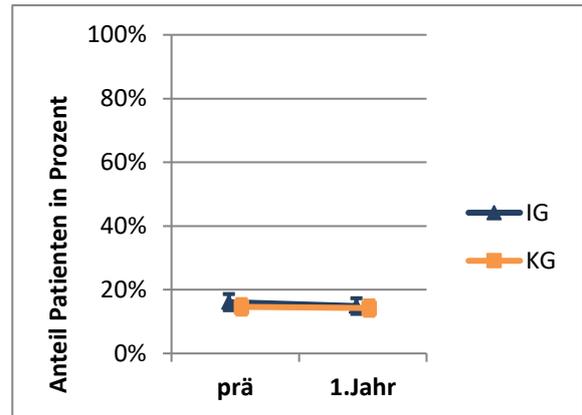
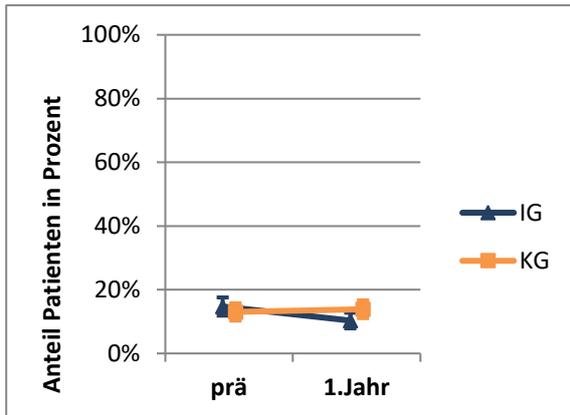


#### - andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein



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

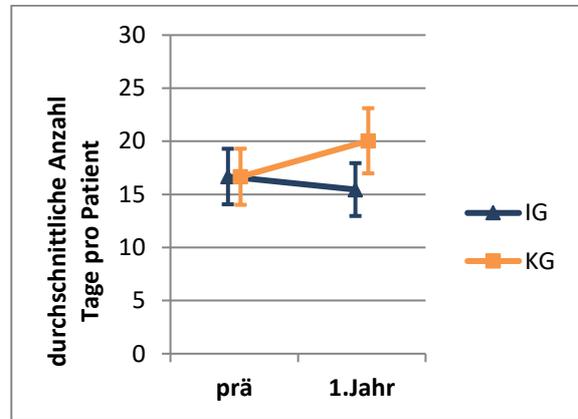
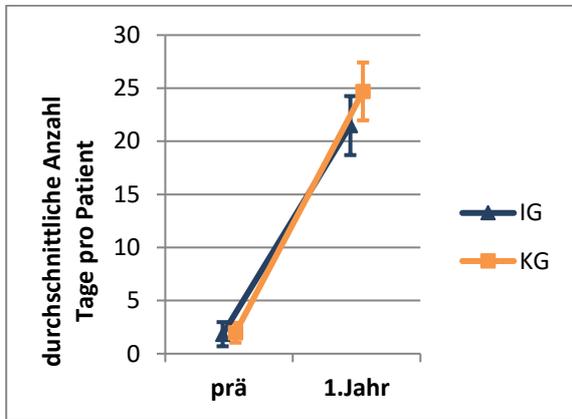


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

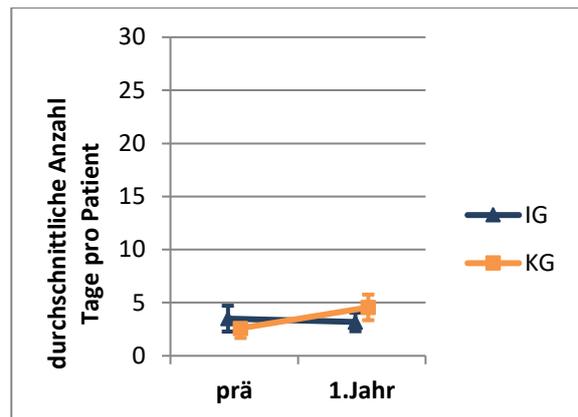
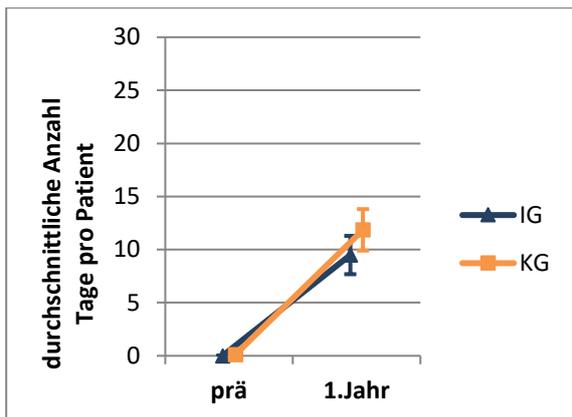
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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

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

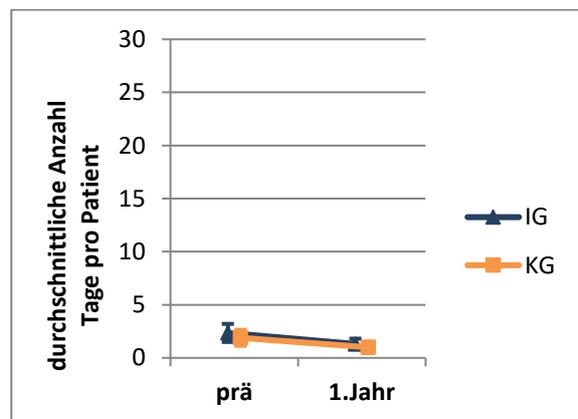


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**

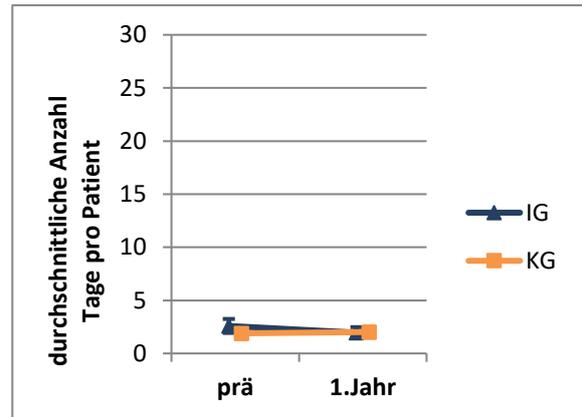
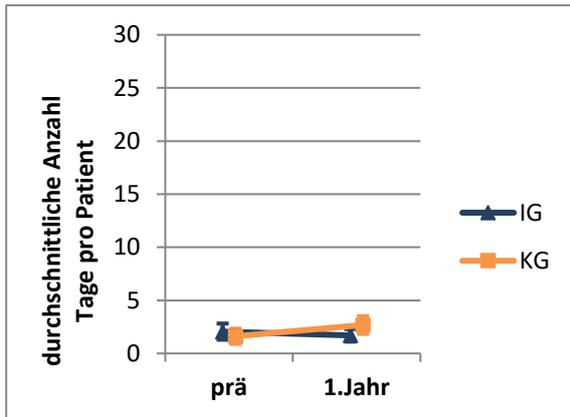


- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein



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



**Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

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.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, 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)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten****Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

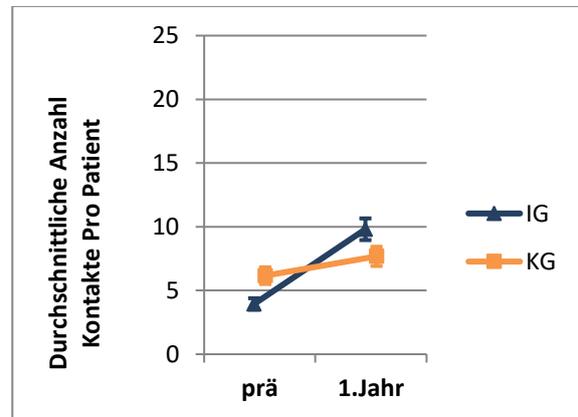
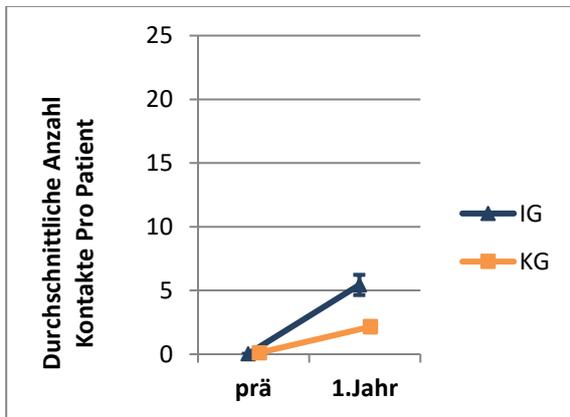
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

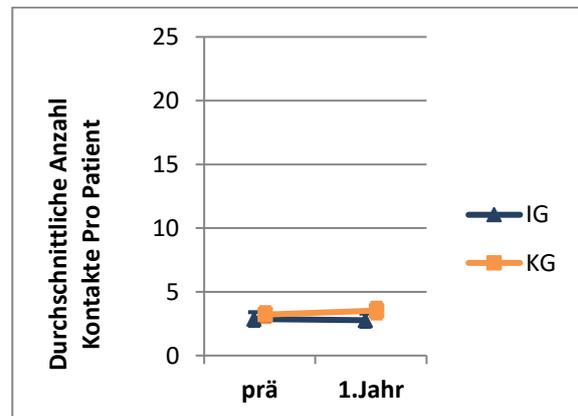
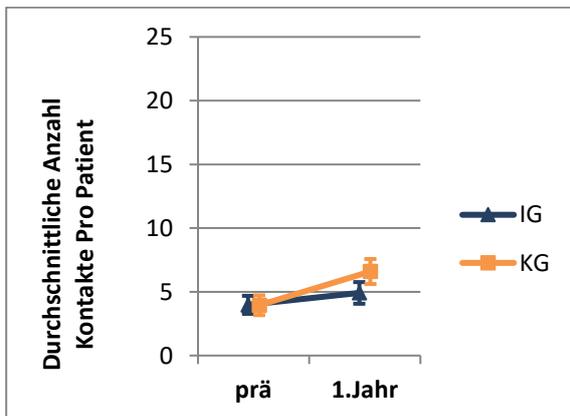
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

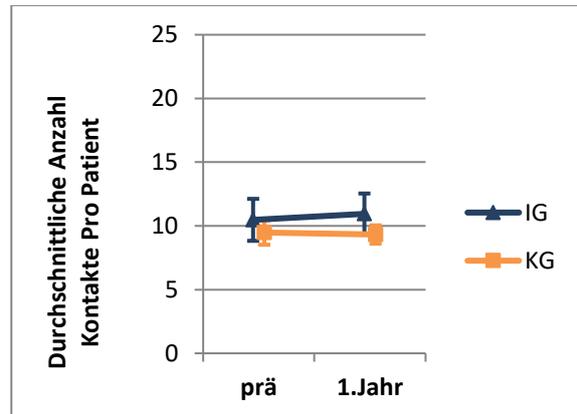
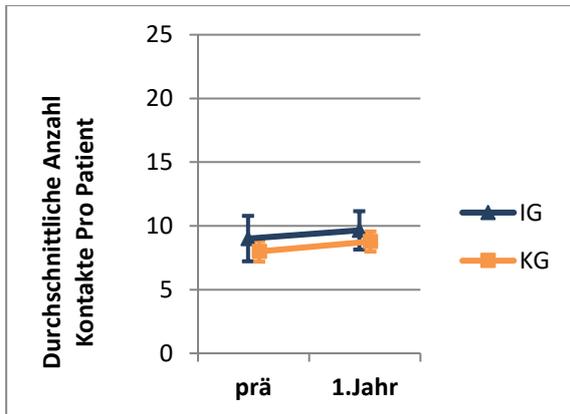
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein

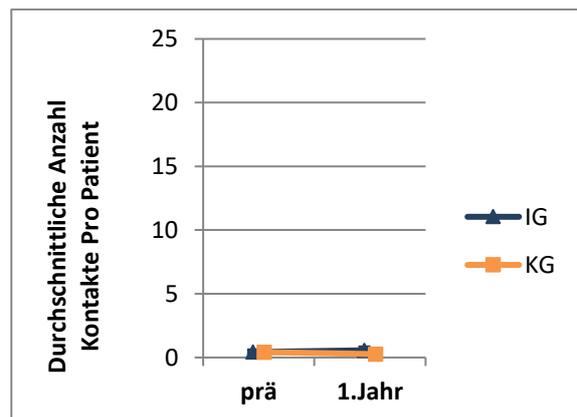
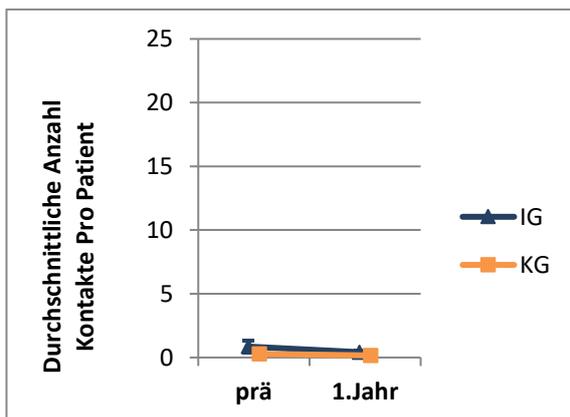
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)



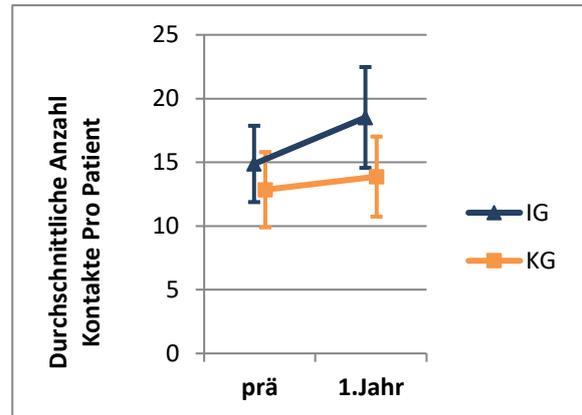
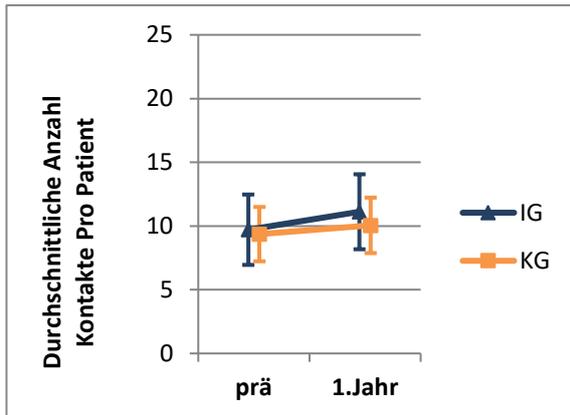
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



**Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

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.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**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)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein



**Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

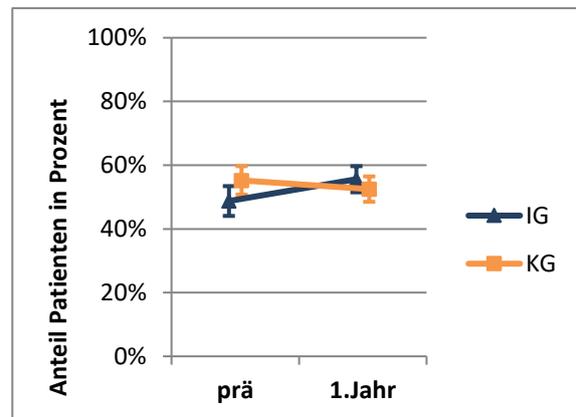
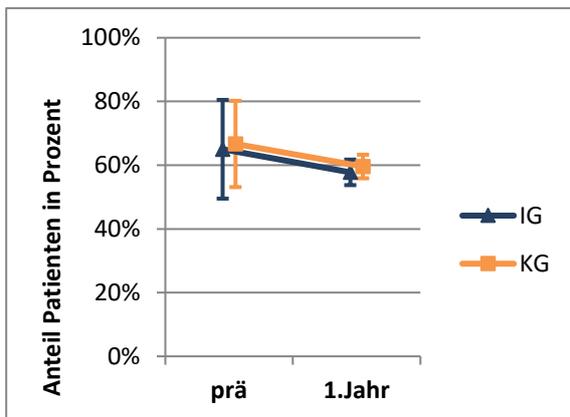
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

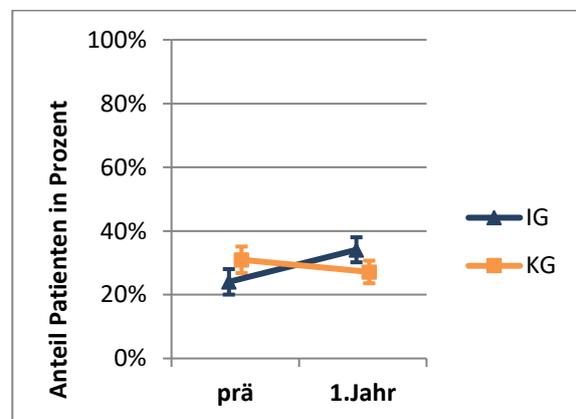
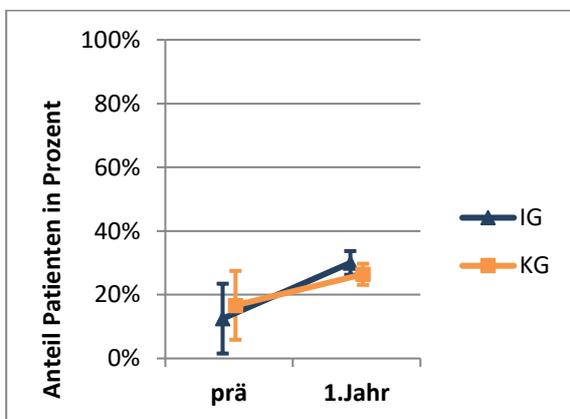
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

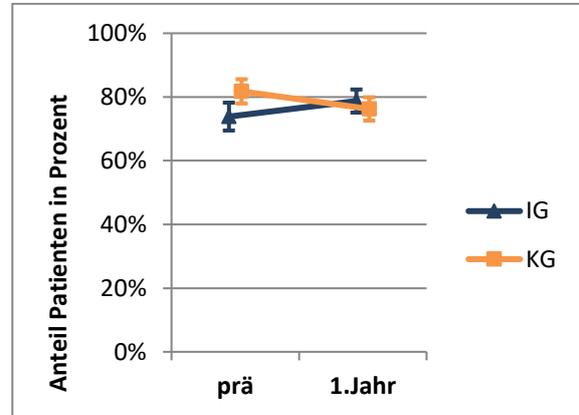
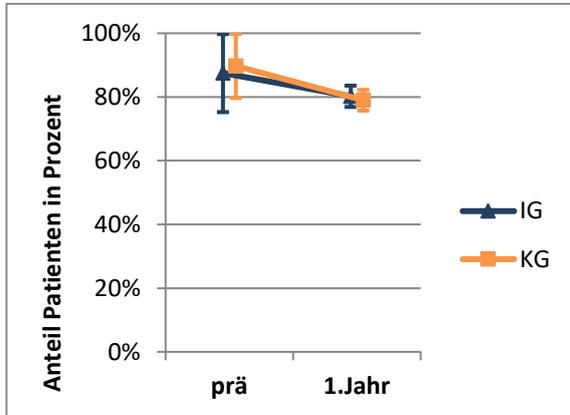


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

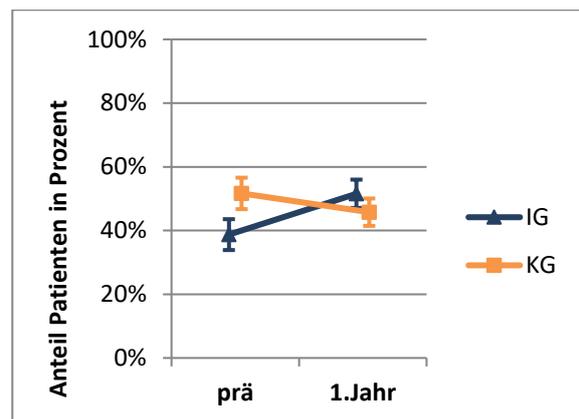
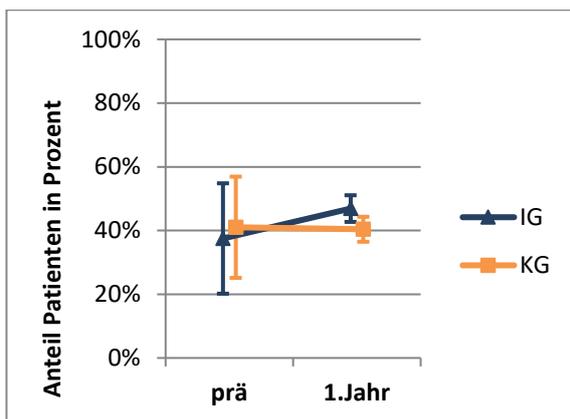
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

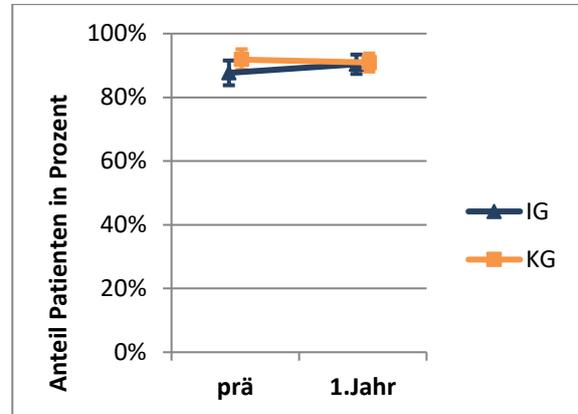
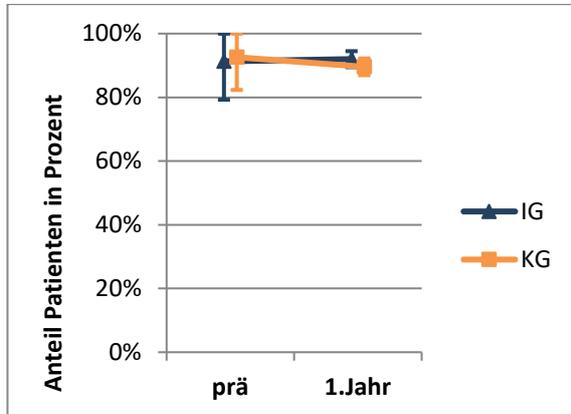


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

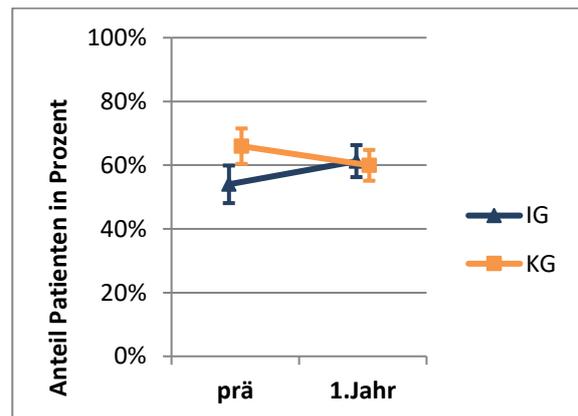
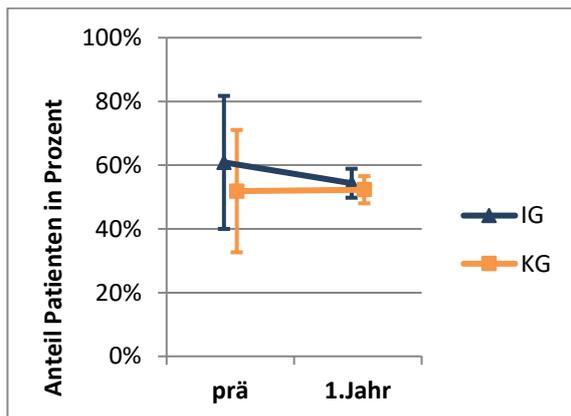
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

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.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

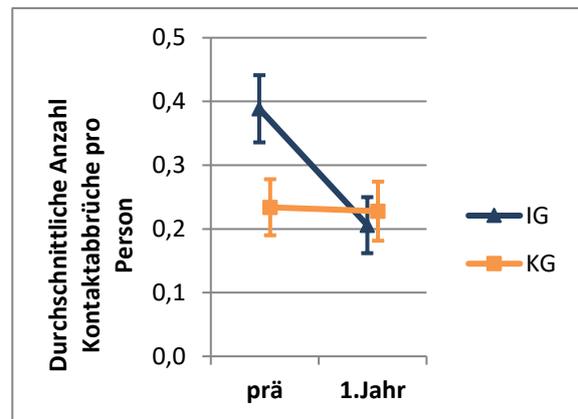
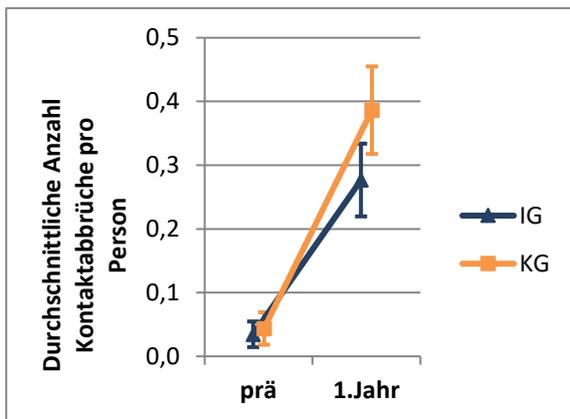
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

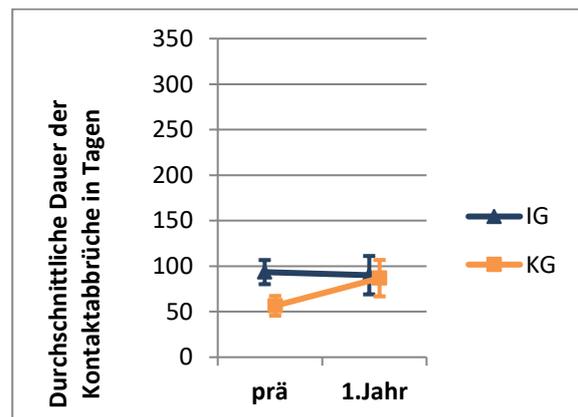
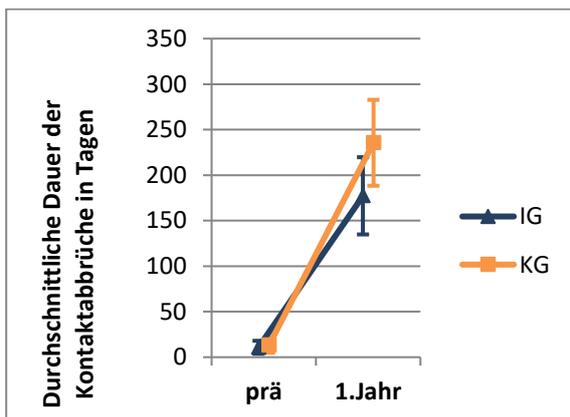


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

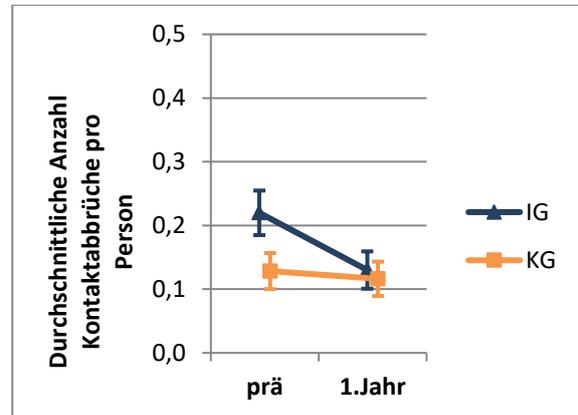
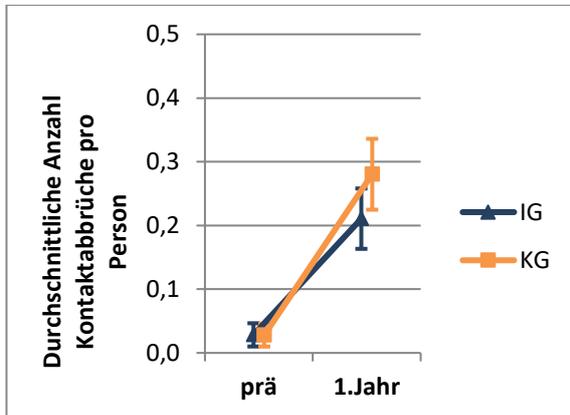


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

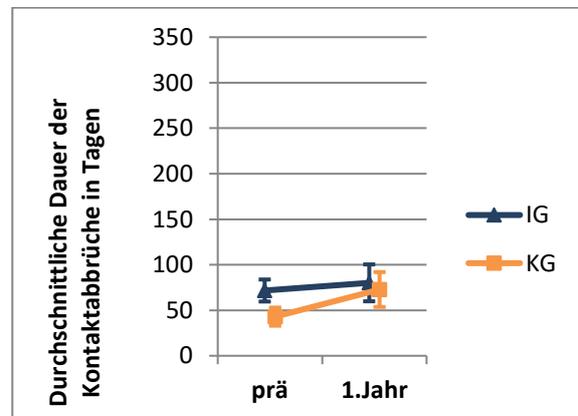
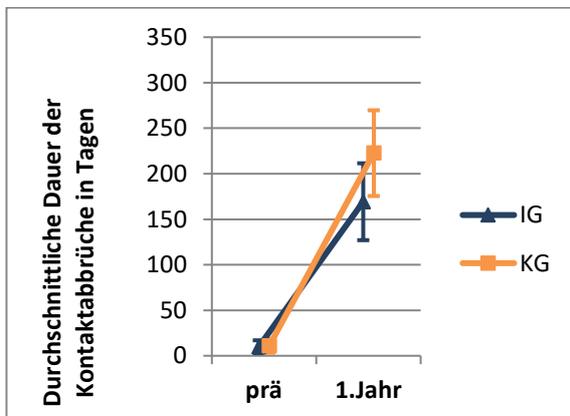


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



**Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

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.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, 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 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

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.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, 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 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

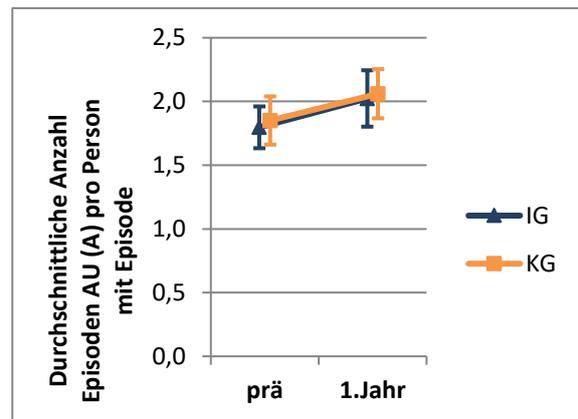
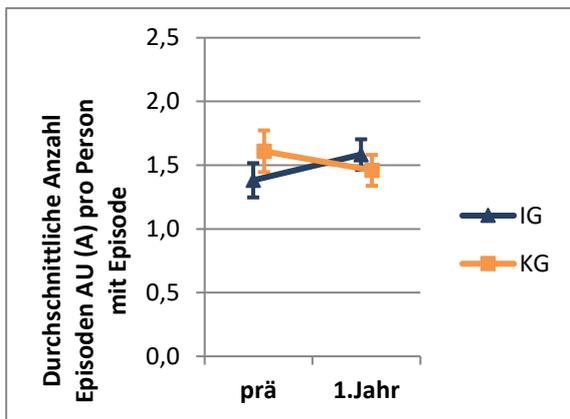
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

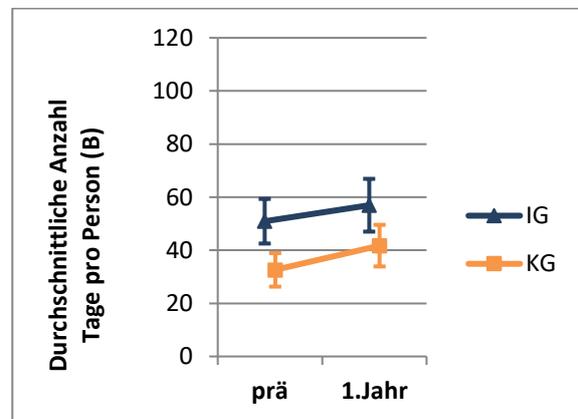
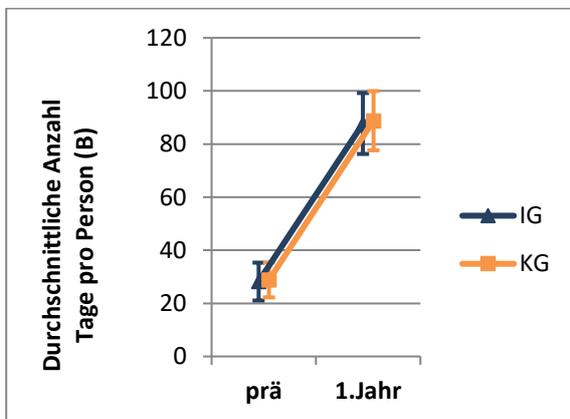
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**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 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

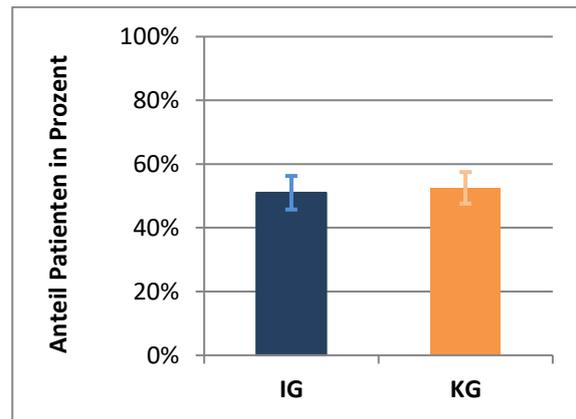
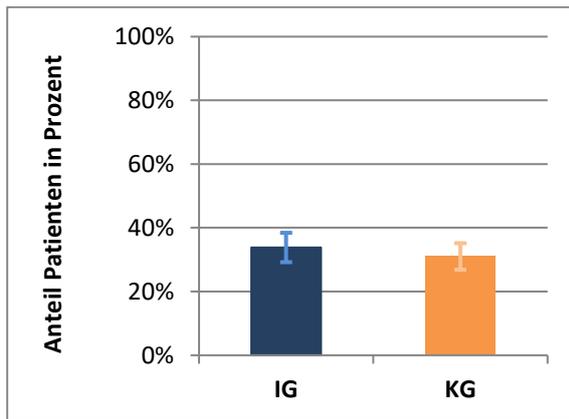
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

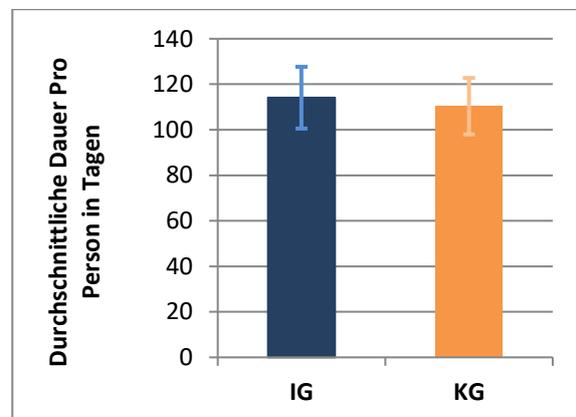
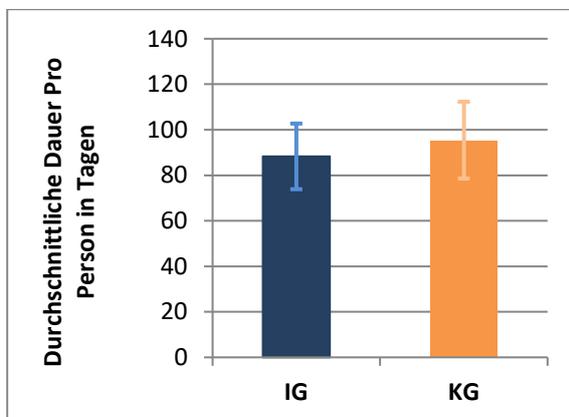
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, 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 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

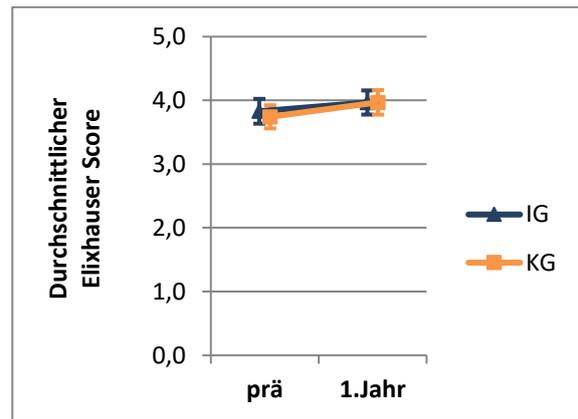
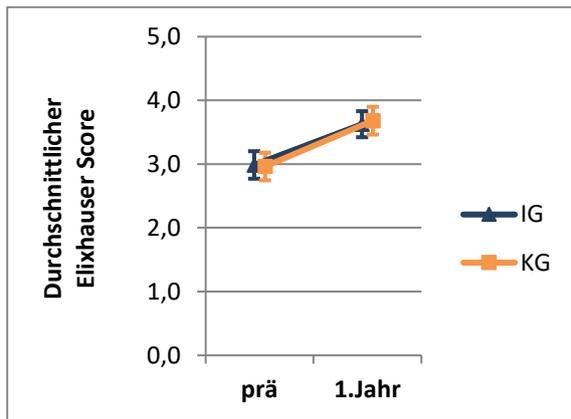
Legende für die folgenden Abbildungen:

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.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Mittlerer Elixhauser Score**



**Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene**

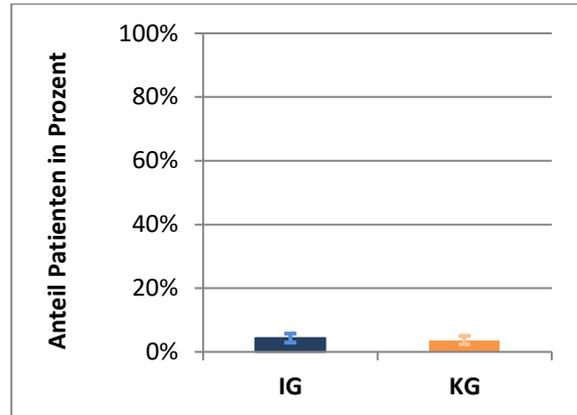
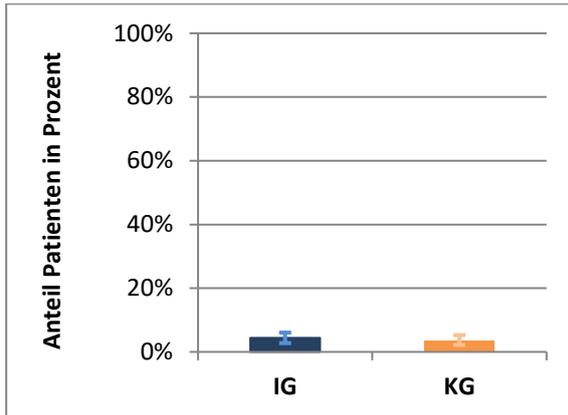
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**



**Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

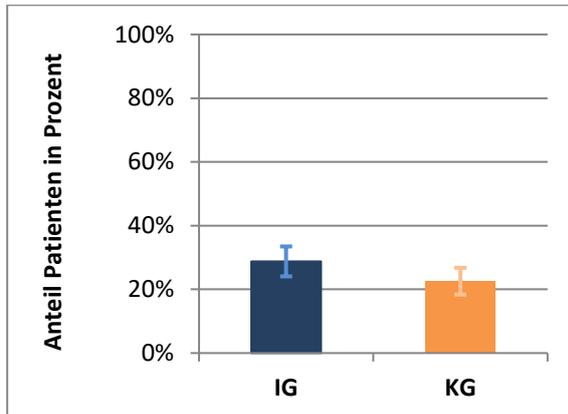
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



Fallzahl zu klein

**Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten****Kinder, 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

Fallzahl zu klein

**Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alle Patienten**

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

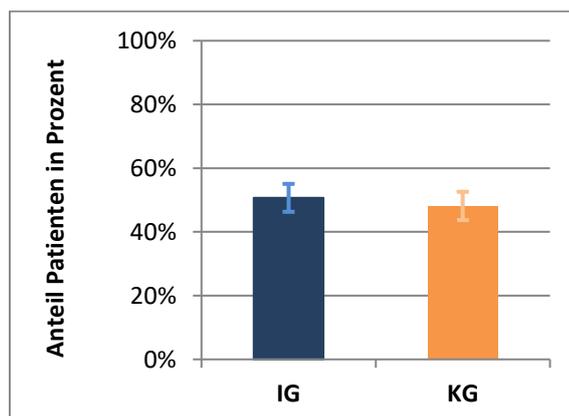
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

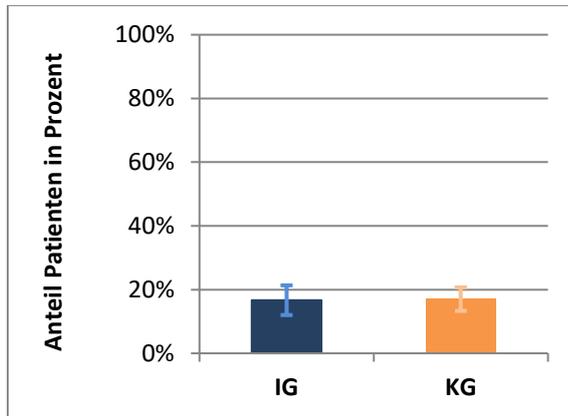
**Demenz F**

Fallzahl zu klein

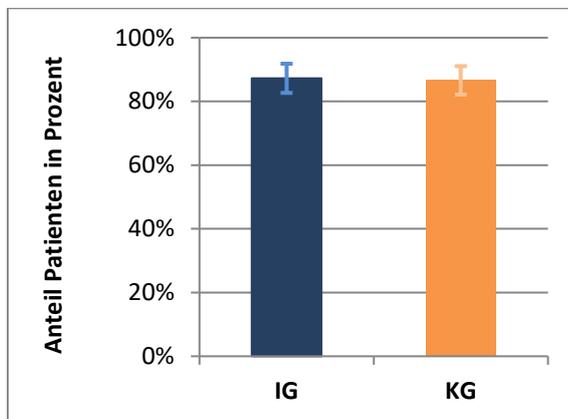
**Depression G**



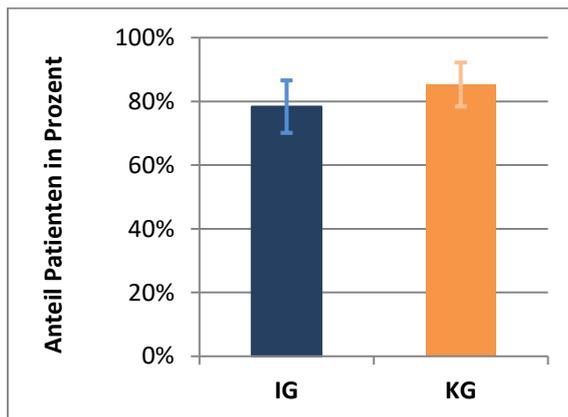
**Depression I**



**Schizophrenie J**



**Schizophrenie K**



**Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

### 14.3 Ergebnisse Modellierung

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

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

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

**Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-3,08*** -3,65...-2,51	kf	-1,41*** -1,64...-1,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,94 0,86...1,02	kf	0,50*** 0,45...0,56
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,69-2,04	kf	0,52* 0,29-0,93	0,93 0,86-1,02	kf	0,50*** 0,44-0,56
Gruppe	0,93 0,57-1,51	kf	1,23 0,78-1,93	1,16 0,90-1,49	kf	1,22 0,67-2,20
Zeit	8,37*** 5,62-12,46	kf	1,07 0,72-1,60	12,54*** 11,81-13,31	kf	1,64*** 1,51-1,78
Indexgruppe 6 (F10)	1,83*** 1,36-2,46	kf	1,13 0,72-1,78	1,27 0,95-1,71	kf	0,65 0,31-1,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,85-1,44	kf	0,79 0,53-1,18	0,86 0,66-1,13	kf	0,59 0,31-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	0,57** 0,40-0,82	kf	0,55* 0,31-0,96	0,62** 0,44-0,87	kf	0,22** 0,08-0,55
Psy A <sup>1</sup>	1,05 0,79-1,40	kf	0,98 0,63-1,52	1,28 0,96-1,71	kf	1,00 0,49-2,05
Psy B <sup>2</sup>	1,21 0,88-1,66	kf	1,38 0,86-2,22	1,19 0,86-1,65	kf	0,93 0,42-2,03
Alter	0,99** 0,98-1,00	kf	1,02*** 1,01-1,04	1,00 0,99-1,01	kf	1,04** 1,02-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,69-1,15	kf	0,67* 0,45-0,99	1,08 0,83-1,40	kf	0,51* 0,27-0,97
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,99-1,10	kf	1,15*** 1,07-1,23	1,00 0,95-1,05	kf	1,27*** 1,12-1,43
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,62* 1,08-2,43	kf	3,99*** 2,33-6,85	2,01** 1,35-3,00	kf	13,28*** 5,37-32,84
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,89*** 1,47-2,43	kf	2,72*** 1,85-4,00	1,27 0,99-1,62	kf	3,23*** 1,75-5,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44*** 0,32-0,59	kf	0,54** 0,35-0,84	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,34** 0,17-0,70

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 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,61*** -5,19...-4,04	-0,15 -0,32...0,03	-0,75*** -0,95...-0,55
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,77*** 0,74...0,80	1,06 0,94...1,19	0,71*** 0,65...0,78
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,67-1,42	1,27*** 1,26-1,27	0,92 0,59-1,43	0,78*** 0,75-0,80	1,03 0,92-1,16	0,71*** 0,65-0,78
Gruppe	0,85 0,65-1,11	1,22*** 1,21-1,22	1,12 0,81-1,54	1,06 0,78-1,46	0,67 0,29-1,56	1,35 0,85-2,16
Zeit	0,57*** 0,44-0,74	0,11*** 0,11-0,12	0,96 0,70-1,31	1,20*** 1,17-1,22	0,51*** 0,47-0,56	1,07 1,00-1,15
Indexgruppe 6 (F10)	1,97*** 1,52-2,56	0,12*** 0,12-0,12	1,00 0,73-1,37	2,27*** 1,49-3,45	0,47 0,15-1,50	0,77 0,42-1,44
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,91*** 1,42-2,56	0,14*** 0,14-0,14	0,51*** 0,35-0,74	5,17*** 3,25-8,23	0,29* 0,08-0,97	0,22*** 0,11-0,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,88-1,43	0,13*** 0,13-0,13	0,56*** 0,42-0,74	1,37 0,92-2,04	0,11*** 0,03-0,36	0,30*** 0,17-0,54
Psy A <sup>1</sup>	1,32 0,96-1,83	0,42*** 0,42-0,42	0,97 0,68-1,39	1,23 0,73-2,05	1,37 0,43-4,40	1,15 0,56-2,40
Psy B <sup>2</sup>	0,89 0,71-1,12	0,59*** 0,59-0,59	0,95 0,71-1,26	1,06 0,73-1,56	0,43 0,16-1,19	0,80 0,46-1,41
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,93*** 0,93-0,94	1,02*** 1,02-1,03	0,99 0,98-1,01	0,98 0,95-1,00	1,04*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,85 0,68-1,06	1,19*** 1,19-1,19	0,89 0,68-1,17	0,84 0,59-1,19	0,72 0,28-1,82	0,53* 0,31-0,89
Komorbidität <sup>3</sup>	0,95* 0,91-0,99	1,34*** 1,33-1,34	1,18*** 1,13-1,24	0,90** 0,84-0,97	1,10 0,93-1,31	1,33*** 1,21-1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,81-1,43	3,57*** 3,56-3,59	1,57** 1,16-2,11	1,25 0,79-1,96	2,75 0,89-8,52	3,11*** 1,67-5,79
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	11,45*** 8,69-15,07	3,44*** 3,43-3,45	3,99*** 2,95-5,39	33,59*** 23,35-48,33	3,27* 1,12-9,49	9,12*** 5,29-15,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,20*** 0,16-0,26	0,43*** 0,43-0,43	0,56*** 0,42-0,73	0,02*** 0,01-0,03	0,37* 0,14-0,95	0,44** 0,26-0,76

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 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-9,43*** -9,94...-8,91	0,94*** 0,77...1,12	-0,93*** -1,15...-0,72
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,18** 1,07...1,31	2,09*** 1,83...2,39	0,63*** 0,57...0,70
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,27 0,76-2,10	3,41*** 3,39-3,43	0,62 0,37-1,04	1,19** 1,07-1,31	1,89*** 1,66-2,16	0,63*** 0,57-0,70
Gruppe	0,64* 0,40-1,00	0,50*** 0,50-0,50	1,59* 1,08-2,34	0,45*** 0,34-0,60	0,61 0,26-1,45	1,46 0,83-2,55
Zeit	7,26*** 5,12-10,30	0,11*** 0,11-0,11	1,39 0,95-2,01	16,24*** 15,31-17,22	0,63*** 0,57-0,69	1,19*** 1,10-1,29
Indexgruppe 6 (F10)	1,50** 1,11-2,01	0,25*** 0,25-0,26	1,08 0,74-1,57	1,32 0,94-1,86	1,45 0,48-4,42	0,88 0,42-1,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,83-1,37	0,61*** 0,61-0,62	0,74 0,54-1,01	0,84 0,62-1,12	0,47 0,17-1,28	0,60 0,32-1,11
Indexgruppe 9 (F43)	0,68* 0,48-0,95	0,53*** 0,53-0,54	1,03 0,67-1,58	0,61** 0,42-0,88	1,78 0,56-5,61	0,84 0,37-1,90
Psy A <sup>1</sup>	1,22 0,92-1,62	1,14*** 1,14-1,15	1,26 0,89-1,78	1,11 0,80-1,54	3,79** 1,40-10,26	0,92 0,46-1,84
Psy B <sup>2</sup>	1,46* 1,08-1,98	0,12*** 0,11-0,12	0,98 0,68-1,43	1,39 0,96-2,00	0,19* 0,05-0,73	1,04 0,50-2,17
Alter	1,00 0,99-1,01	0,98*** 0,98-0,99	1,04*** 1,03-1,05	1,01 1,00-1,02	1,02 0,99-1,05	1,05*** 1,03-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,76-1,22	0,64*** 0,64-0,65	0,71* 0,53-0,96	0,81 0,62-1,07	0,50 0,20-1,21	0,68 0,38-1,22
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,95-1,05	1,10*** 1,09-1,11	1,15*** 1,09-1,22	0,96 0,91-1,03	0,95 0,79-1,15	1,44*** 1,28-1,62
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,75-1,54	0,85*** 0,85-0,86	2,13*** 1,48-3,07	1,82** 1,21-2,75	4,07* 1,23-13,48	8,02*** 3,69-17,45
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,58*** 1,24-2,00	2,28*** 2,27-2,30	2,50*** 1,84-3,41	1,12 0,86-1,47	3,06* 1,19-7,90	2,85*** 1,59-5,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,47*** 0,36-0,62	0,75*** 0,74-0,75	0,50*** 0,36-0,70	0,02*** 0,01-0,02	0,95 0,36-2,50	0,32** 0,17-0,63

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

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene**

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-4,79*** -5,20...-4,38
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-5,12*** -5,51...-4,72
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-8,84*** -9,25...-8,44
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,02 0,94...1,10
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	3,23*** 2,88...3,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,31*** 1,19...1,44
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,95-1,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	3,14*** 2,80-3,52
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,33*** 1,21-1,46

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,98 0,79-1,21
Zeit	14,29*** 13,59-15,02
Indexgruppe 6 (F10)	1,20* 1,01-1,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86 0,74-1,00
Indexgruppe 9 (F43)	0,59*** 0,49-0,72
Psy A <sup>1</sup>	1,09 0,93-1,29
Psy B <sup>2</sup>	1,38** 1,15-1,67
Alter	1,01* 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,78-1,03
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,98-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,59*** 1,27-1,99
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,02 0,89-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,02
2. vs. 1. Jahr	1,15 0,91-1,45
3. vs. 1. Jahr	1,05 0,83-1,32

**Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-7,98*** -9,65...-6,32	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,11 0,87...1,41	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,27 0,16-10,39	kf	kf	1,11 0,87-1,41	kf	kf
Gruppe	0,68 0,10-4,79	kf	kf	0,08* 0,01-0,62	kf	kf
Zeit	15,32** 3,16-74,27	kf	kf	5,37*** 4,67-6,18	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,26 0,65-7,86	kf	kf	5,90 0,50-69,08	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	2,01 0,31-13,07	kf	kf	44,30 0,91-INF	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,92 0,25-3,34	kf	kf	2,13 0,15-30,60	kf	kf
Alter	1,09 0,95-1,25	kf	kf	1,58* 1,11-2,25	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,46 0,17-1,27	kf	kf	0,64 0,08-5,34	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,72 0,24-2,13	kf	kf	0,01*** 0,00-0,13	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-7,60*** -9,40...-5,79
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	1,04 -0,66...2,74
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,82 0,27...2,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	4,43** 1,49...13,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,39*** 0,29...0,51
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,73 0,25-2,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	3,43* 1,21-9,69
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,40*** 0,30-0,52

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

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,90 0,11-7,10
Zeit	196,19*** 92,42-416,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	5,61 1,00-31,55
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,08-8,01
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,54 0,09-3,13
Alter	1,30* 1,03-1,64
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,23-3,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,00-0,08
2. vs. 1.Jahr	8,02 0,67-95,52
3. vs. 1.Jahr	15,72* 1,95-126,55

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 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	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)	3,38*** 3,16...3,60	-1,71*** -2,07...-1,36	-0,13 -0,61...0,35	kf	kf	-0,31*** -0,42...-0,21	kf	0,72** 0,21...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	16,69*** 8,56...32,56	0,74*** 0,69...0,80	0,98 0,93...1,03	kf	kf	0,86 0,64...1,15	kf	1,07* 1,01...1,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	16,99*** 16,98-17,00	0,74*** 0,68-0,79	0,98 0,93-1,03	kf	kf	0,83 0,62-1,11	kf	1,07* 1,01-1,12
Gruppe	0,17*** 0,17-0,17	0,93 0,69-1,25	0,99 0,89-1,11	kf	kf	1,45 0,78-2,68	kf	0,50* 0,29-0,86
Zeit	20,33*** 20,31-20,34	1,67*** 1,59-1,76	1,10*** 1,06-1,14	kf	kf	0,59*** 0,46-0,75	kf	1,07*** 1,03-1,11
Indexgruppe 6 (F10)	0,66*** 0,65-0,66	0,32*** 0,22-0,46	0,98 0,86-1,13	kf	kf	1,06 0,50-2,25	kf	0,32** 0,16-0,63
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,08-1,08	1,54** 1,12-2,13	0,93 0,82-1,05	kf	kf	1,27 0,65-2,46	kf	1,55 0,86-2,80
Indexgruppe 9 (F43)	0,62*** 0,62-0,62	0,76 0,51-1,15	0,77** 0,66-0,90	kf	kf	1,16 0,52-2,61	kf	1,25 0,60-2,59
Psy A <sup>1</sup>	1,21*** 1,21-1,22	4,28*** 2,99-6,12	1,31*** 1,15-1,49	kf	kf	0,90 0,44-1,84	kf	2,38** 1,27-4,45
Psy B <sup>2</sup>	0,76*** 0,76-0,76	2,88*** 1,98-4,19	1,40*** 1,21-1,61	kf	kf	1,26 0,56-2,82	kf	0,72 0,35-1,47
Alter	1,01*** 1,01-1,01	0,99 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,98 0,96-1,00	kf	1,06*** 1,05-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,91*** 0,91-0,91	1,38* 1,01-1,89	1,17** 1,04-1,32	kf	kf	0,86 0,46-1,63	kf	2,03* 1,14-3,60
Komorbidität <sup>3</sup>	0,97*** 0,97-0,98	0,97 0,91-1,04	1,13*** 1,10-1,16	kf	kf	1,32*** 1,15-1,51	kf	1,24*** 1,10-1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79*** 0,79-0,79	1,14 0,70-1,88	1,00 0,84-1,21	kf	kf	0,32 0,10-1,00	kf	1,49 0,61-3,65
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,07*** 1,07-1,07	1,44* 1,07-1,94	1,26*** 1,13-1,41	kf	kf	0,61 0,33-1,13	kf	3,50*** 2,04-6,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	22,44*** 22,42-22,46	0,55*** 0,39-0,77	0,97 0,85-1,09	kf	kf	1,93* 1,01-3,70	kf	1,81 1,00-3,28

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 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	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)	4,35*** 3,99...4,71	-0,41** -0,65...-0,17	0,62** 0,19...1,06	kf	kf	0,29*** 0,20...0,38	kf	2,62*** 2,08...3,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,00*** 1,89...2,11	0,88** 0,81...0,95	1,06** 1,02...1,11	kf	kf	2,10*** 1,68...2,61	kf	1,15*** 1,11...1,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,97*** 1,86-2,08	0,88** 0,81-0,95	1,06** 1,02-1,11	kf	kf	2,19*** 1,75-2,73	kf	1,15*** 1,11-1,19
Gruppe	0,76*** 0,67-0,86	0,71 0,48-1,05	0,87** 0,78-0,96	kf	kf	0,64 0,40-1,03	kf	0,96 0,62-1,49
Zeit	1,25*** 1,21-1,30	1,10*** 1,05-1,16	0,98 0,95-1,02	kf	kf	0,58*** 0,49-0,69	kf	1,08*** 1,05-1,11
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,87-1,21	0,36*** 0,21-0,61	0,98 0,85-1,13	kf	kf	0,42** 0,22-0,81	kf	0,29*** 0,16-0,54
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,62*** 1,36-1,94	0,23*** 0,13-0,41	0,58*** 0,49-0,68	kf	kf	0,53 0,26-1,05	kf	0,06*** 0,03-0,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,90-1,20	0,59* 0,37-0,96	0,78*** 0,68-0,88	kf	kf	0,42** 0,24-0,75	kf	0,57* 0,33-0,98
Psy A <sup>1</sup>	0,99 0,82-1,21	2,28* 1,20-4,33	0,95 0,80-1,13	kf	kf	1,17 0,56-2,46	kf	0,99 0,49-2,00
Psy B <sup>2</sup>	1,35*** 1,16-1,56	2,07** 1,30-3,32	1,46*** 1,28-1,66	kf	kf	0,75 0,43-1,31	kf	2,30** 1,33-3,98
Alter	1,01** 1,00-1,01	0,97*** 0,96-0,99	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,98* 0,96-1,00	kf	1,05*** 1,04-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,13 0,99-1,29	2,91*** 1,89-4,49	1,30*** 1,15-1,46	kf	kf	0,74 0,44-1,23	kf	3,51*** 2,15-5,75
Komorbidität <sup>3</sup>	0,99 0,97-1,02	1,01 0,92-1,09	1,17*** 1,15-1,20	kf	kf	1,28*** 1,16-1,42	kf	1,31*** 1,19-1,43
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,75-1,05	1,55 0,88-2,70	1,21* 1,04-1,41	kf	kf	0,52 0,26-1,04	kf	1,42 0,77-2,62
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,04 0,92-1,18	1,85** 1,21-2,82	1,07 0,95-1,20	kf	kf	1,16 0,70-1,93	kf	1,60 0,99-2,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	10,91*** 9,21-12,93	0,09*** 0,05-0,14	0,78*** 0,69-0,89	kf	kf	0,81 0,46-1,40	kf	1,64 0,96-2,79

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

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

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

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

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneue und Klinikbekannt) - Erwachsene**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	2,55*** 2,34...2,76	-1,69*** -2,00...-1,37	0,86*** 0,41...1,31	kf	kf	-0,79*** -0,93...-0,66	kf	0,39 -0,15...0,92
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,68*** 1,30...2,17	0,76*** 0,70...0,81	1,10*** 1,05...1,15	kf	kf	0,60*** 0,50...0,73	kf	1,12*** 1,07...1,16
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,67*** 1,29-2,15	0,76*** 0,70-0,82	1,10*** 1,05-1,15	kf	kf	0,63*** 0,52-0,77	kf	1,12*** 1,07-1,17
Gruppe	1,78** 1,25-2,55	0,83 0,63-1,09	0,89 0,80-1,00	kf	kf	1,68 0,73-3,86	kf	0,43** 0,27-0,70
Zeit	16,06*** 13,29-19,40	1,61*** 1,54-1,69	1,05** 1,01-1,09	kf	kf	0,76** 0,64-0,89	kf	1,17*** 1,14-1,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,63* 0,44-0,91	0,40*** 0,28-0,59	0,96 0,83-1,12	kf	kf	0,90 0,32-2,56	kf	0,44* 0,23-0,85
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17 0,88-1,56	1,63** 1,21-2,19	1,03 0,91-1,17	kf	kf	0,63 0,26-1,57	kf	0,80 0,47-1,36
Indexgruppe 9 (F43)	0,56** 0,39-0,82	1,09 0,74-1,59	0,86 0,73-1,01	kf	kf	0,82 0,26-2,54	kf	0,93 0,47-1,83
Psy A <sup>1</sup>	1,20 0,88-1,62	3,89*** 2,79-5,43	1,44*** 1,26-1,65	kf	kf	0,84 0,32-2,23	kf	1,44 0,81-2,56
Psy B <sup>2</sup>	0,72 0,50-1,04	2,50*** 1,76-3,56	1,55*** 1,33-1,81	kf	kf	0,70 0,22-2,29	kf	0,71 0,36-1,37
Alter	1,00 0,99-1,01	0,98*** 0,97-0,99	1,01** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,97-1,02	kf	1,04*** 1,03-1,06
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,72-1,22	1,50** 1,13-2,00	1,27*** 1,13-1,43	kf	kf	0,53 0,23-1,21	kf	2,76*** 1,68-4,54
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,95-1,07	1,02 0,96-1,09	1,13*** 1,10-1,16	kf	kf	1,20* 1,00-1,42	kf	1,32*** 1,19-1,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,62-1,42	0,92 0,60-1,42	1,23* 1,03-1,46	kf	kf	0,62 0,17-2,30	kf	4,85*** 2,29-10,30
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,30 1,00-1,70	1,26 0,95-1,66	1,38*** 1,23-1,55	kf	kf	1,58 0,67-3,69	kf	2,87*** 1,75-4,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	17,20*** 12,74-23,24	0,31*** 0,23-0,42	0,94 0,83-1,07	kf	kf	1,20 0,49-2,91	kf	1,66 0,98-2,81

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 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	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)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	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)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	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)	3,18*** 2,37...3,99	-0,16 -1,47...1,15	-0,05 -0,86...0,75	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,84 0,36...1,93	0,96 0,78...1,19	0,96 0,68...1,36	kf	kf	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,84 0,36-1,94	0,96 0,78-1,19	0,96 0,68-1,36	kf	kf	kf	kf	kf
Gruppe	2,63* 1,12-6,21	1,52 0,44-5,23	1,18 0,68-2,03	kf	kf	kf	kf	kf
Zeit	19,85*** 9,76-40,38	1,07 0,91-1,25	1,18 0,92-1,51	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,69-1,81	3,35 0,64-17,48	1,10 0,54-2,25	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	2,07* 1,01-4,23	32,27** 2,47-422,18	1,86 0,60-5,78	kf	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,46 0,88-2,43	3,10 0,51-18,70	1,35 0,62-2,94	kf	kf	kf	kf	kf
Alter	1,02 0,97-1,07	1,28* 1,06-1,55	1,07 0,99-1,16	kf	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,61-1,25	0,96 0,26-3,61	1,23 0,70-2,15	kf	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,49 0,95-2,34	0,32 0,07-1,50	1,21 0,62-2,36	kf	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,10* -0,19...-0,01	-0,05 -0,16...0,05	-0,07 -0,18...0,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,60...1,77	1,15 0,69...1,92	1,07 0,59...1,94
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,08 0,63-1,86	1,25 0,75-2,10	1,18 0,65-2,15
Gruppe	0,98 0,58-1,65	0,91 0,55-1,51	0,93 0,52-1,66
Zeit	0,99 0,68-1,43	0,94 0,66-1,34	1,05 0,70-1,58
Indexgruppe 6 (F10)	1,09 0,91-1,29	1,09 0,94-1,28	1,07 0,91-1,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,92-1,25	1,03 0,90-1,19	0,99 0,85-1,15
Indexgruppe 9 (F43)	0,95 0,78-1,17	0,92 0,76-1,10	0,87 0,72-1,05
Psy A <sup>1</sup>	1,31** 1,10-1,57	1,16 0,99-1,36	1,09 0,93-1,28
Psy B <sup>2</sup>	0,97 0,81-1,16	1,02 0,86-1,20	1,01 0,85-1,20
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,06 0,91-1,24	1,01 0,88-1,16	0,97 0,84-1,12
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,99-1,05	1,02 0,99-1,05	1,01 0,98-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,62-1,00	0,89 0,72-1,10	1,01 0,81-1,25
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,16* 1,00-1,35	1,13 0,99-1,29	1,04 0,91-1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01 0,79-1,30	0,96 0,76-1,21	1,03 0,82-1,29

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 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,06 -0,03...0,14	0,03 -0,06...0,12	-0,02 -0,10...0,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,21 0,96...1,54	1,09 0,88...1,35	0,98 0,77...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,25 0,99-1,59	1,15 0,93-1,42	1,04 0,82-1,31
Gruppe	0,87 0,73-1,05	0,95 0,81-1,11	0,96 0,80-1,14
Zeit	1,09 0,92-1,30	1,10 0,94-1,28	1,16 0,98-1,38
Indexgruppe 6 (F10)	1,03 0,88-1,20	1,07 0,93-1,23	1,00 0,86-1,16
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,92 0,77-1,09	0,98 0,84-1,15	1,00 0,84-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80** 0,69-0,94	0,86* 0,75-0,99	0,96 0,82-1,11
Psy A <sup>1</sup>	1,08 0,88-1,32	1,00 0,84-1,20	1,04 0,86-1,25
Psy B <sup>2</sup>	1,24** 1,08-1,43	1,16* 1,03-1,32	1,07 0,94-1,23
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,18* 1,03-1,35	1,11 0,98-1,25	1,01 0,89-1,15
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06*** 1,03-1,09	1,03** 1,01-1,06	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,84-1,17	1,01 0,87-1,17	0,97 0,82-1,15
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,14 0,95-1,39	1,13 0,95-1,33	1,07 0,90-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,84-1,10	1,01 0,90-1,14	1,01 0,89-1,15

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

	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)	-0,14 -0,56...0,28	0,00 -0,48...0,47	0,08 -0,48...0,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,81 0,45...1,46	0,99 0,58...1,70	1,09 0,60...1,96
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,80 0,44-1,45	0,98 0,57-1,69	1,10 0,61-2,00
Gruppe	1,35 0,76-2,41	1,04 0,61-1,76	0,89 0,50-1,60
Zeit	1,48 0,99-2,20	1,24 0,88-1,75	1,09 0,76-1,58
Indexgruppe 6 (F10)	0,90 0,75-1,09	0,99 0,85-1,17	1,02 0,87-1,19
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,95-1,30	1,03 0,90-1,18	1,01 0,88-1,16
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,81-1,20	1,01 0,84-1,20	1,01 0,85-1,20
Psy A <sup>1</sup>	1,08 0,91-1,28	1,11 0,95-1,30	1,05 0,90-1,23
Psy B <sup>2</sup>	1,12 0,94-1,34	1,10 0,94-1,29	1,06 0,90-1,25
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,91-1,21	1,07 0,94-1,22	0,99 0,87-1,13
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 1,00-1,06	1,02 1,00-1,05	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00 0,81-1,24	0,96 0,79-1,17	1,01 0,83-1,23
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,18* 1,02-1,37	1,12 0,98-1,27	1,08 0,95-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,77-1,24	0,99 0,80-1,23	0,98 0,79-1,22

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 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	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)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	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)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	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)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	kf	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,87 0,38-2,00	0,94* 0,90-0,99	0,74 0,28-1,98	0,83*** 0,79-0,87
Gruppe	0,94 0,42-2,07	0,60 0,19-1,96	1,16 0,46-2,92	0,67 0,19-2,28
Zeit	9,01*** 5,16-15,72	17,56*** 17,03-18,11	10,00*** 5,04-19,84	20,34*** 19,66-21,04
Indexgruppe 6 (F10)	1,84*** 1,35-2,50	79,65*** 11,67-543,65	1,69** 1,19-2,40	1,81 0,38-8,57
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,68* 0,51-0,91	0,23* 0,06-0,86	0,73 0,52-1,01	0,31 0,08-1,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,73 0,48-1,11	0,43 0,07-2,77	0,98 0,63-1,52	0,78 0,13-4,60
Psy B <sup>2</sup>	0,80 0,60-1,07	0,92 0,27-3,17	0,74 0,54-1,03	0,50 0,14-1,83
Alter	1,00 0,99-1,01	0,97 0,93-1,02	1,00 0,99-1,01	1,01 0,96-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,68-1,21	0,19* 0,05-0,79	0,89 0,64-1,23	1,03 0,27-3,91
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,95-1,06	1,16 0,89-1,52	0,98 0,92-1,05	0,99 0,77-1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,14 0,74-1,74	1,87 0,24-14,54	1,20 0,74-1,95	0,67 0,08-5,47
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,04 0,79-1,36	0,97 0,29-3,22	0,94 0,69-1,27	0,99 0,29-3,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,24*** 0,15-0,38	0,00*** 0,00-0,03	0,17*** 0,09-0,32	0,14* 0,02-0,87

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 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,54*** 0,40-0,73	0,63*** 0,62-0,64	0,67 0,45-1,02	0,65*** 0,63-0,66
Gruppe	1,87*** 1,47-2,37	5,48*** 2,43-12,36	1,75*** 1,32-2,31	8,12*** 2,79-23,64
Zeit	0,98 0,79-1,23	1,53*** 1,51-1,55	0,87 0,64-1,19	1,71*** 1,69-1,74
Indexgruppe 6 (F10)	2,56*** 2,02-3,24	24,59*** 8,21-73,66	1,98*** 1,52-2,57	7,99** 2,41-26,53
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,13 0,86-1,49	0,37 0,12-1,18	1,25 0,93-1,68	1,73 0,40-7,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,66-1,05	0,25** 0,10-0,65	0,94 0,72-1,21	0,73 0,22-2,44
Psy B <sup>2</sup>	0,71** 0,58-0,87	0,19*** 0,08-0,46	0,65*** 0,52-0,82	0,21** 0,07-0,63
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,95** 0,93-0,98	0,99 0,99-1,00	0,95** 0,92-0,99
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,77-1,17	1,22 0,51-2,95	0,87 0,70-1,10	0,46 0,16-1,32
Komorbidität <sup>3</sup>	0,99 0,95-1,04	0,86 0,72-1,02	1,01 0,96-1,06	1,13 0,92-1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24 0,94-1,64	7,94*** 2,49-25,29	1,01 0,74-1,38	0,69 0,16-3,01
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,50*** 1,20-1,88	1,43 0,61-3,33	1,08 0,85-1,38	0,83 0,29-2,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,23-0,34	0,01*** 0,00-0,02	0,24*** 0,19-0,31	0,01*** 0,00-0,02

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	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 Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	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 Prä-Zeit-raum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	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 Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	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 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	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 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,21* 0,01...0,40	-0,44 -2,00...1,11	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,32* 1,06...1,65	1,01 0,98...1,04	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,32* 1,06-1,65	1,01 0,98-1,04	kf	kf
Gruppe	0,87 0,73-1,05	1,20 0,89-1,61	kf	kf
Zeit	1,81*** 1,55-2,11	3,08*** 3,01-3,15	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,04 0,91-1,20	0,53** 0,36-0,78	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,91-1,16	1,61** 1,15-2,25	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,81** 0,70-0,94	0,58** 0,39-0,85	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,04 0,91-1,19	1,46* 1,03-2,08	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,88-1,18	0,69 0,45-1,06	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02** 1,00-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,08 0,96-1,21	1,05 0,77-1,44	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05** 1,02-1,08	1,11* 1,02-1,21	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,68-1,26	0,69 0,29-1,64	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,56*** 0,49-0,65	0,12*** 0,09-0,17	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,00 -0,20...0,21	-3,09*** -4,46...-1,72	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,00 0,82...1,21	0,87*** 0,85...0,90	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,00 0,82-1,22	0,87*** 0,85-0,90	kf	kf
Gruppe	1,17 0,98-1,40	2,25*** 1,47-3,43	kf	kf
Zeit	1,13 0,98-1,31	1,28*** 1,25-1,31	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,55*** 1,28-1,87	1,78 1,00-3,17	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,10 0,89-1,37	1,85 0,98-3,50	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,12 0,94-1,34	2,48** 1,46-4,20	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,28* 1,03-1,60	2,49** 1,28-4,82	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,90 0,76-1,07	0,46** 0,28-0,75	kf	kf
Alter	0,99** 0,98-1,00	0,98** 0,96-0,99	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,88-1,20	1,54 0,97-2,45	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 1,00-1,08	1,07 0,96-1,20	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,13 0,83-1,53	0,79 0,31-2,00	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,39*** 0,33-0,46	0,05*** 0,03-0,09	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,02 -0,16...0,19	-15,92*** -17,31...-14,53	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,83...1,27	0,80*** 0,78...0,82	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,83-1,27	0,80*** 0,78-0,82	kf	kf
Gruppe	1,07 0,89-1,27	1,15 0,88-1,51	kf	kf
Zeit	2,15*** 1,85-2,50	3,27*** 3,20-3,34	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,18* 1,04-1,34	0,71 0,51-1,01	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,09 0,96-1,22	1,92*** 1,41-2,62	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,86-1,14	0,77 0,54-1,11	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,13 0,99-1,27	1,56** 1,13-2,15	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,11 0,97-1,28	0,87 0,59-1,28	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,02*** 1,01-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,93-1,14	1,33* 1,01-1,74	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03* 1,00-1,06	1,10* 1,02-1,19	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72* 0,52-0,98	0,60 0,28-1,26	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,55*** 0,48-0,62	0,09*** 0,07-0,13	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,17*** -3,25...-1,10
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-1,80** -2,85...-0,76
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-11,79*** -12,82...-10,76
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,08*** 1,05...1,11
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,08*** 1,06...1,11
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,93*** 0,91...0,96
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,08*** 1,05-1,11
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,08*** 1,05-1,11
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,93*** 0,91-0,96

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
Gruppe	0,99 0,80-1,24
Zeit	2,71*** 2,66-2,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,63*** 0,52-0,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,70*** 1,44-2,02
Indexgruppe 9 (F43)	0,64*** 0,53-0,78
Psy A <sup>1</sup>	1,70*** 1,43-2,03
Psy B <sup>2</sup>	0,83 0,67-1,03
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,20* 1,03-1,39
Komorbidität <sup>3</sup>	1,10*** 1,05-1,15
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,41*** 0,26-0,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,07-0,10
2. vs. 1.Jahr	1,01 0,79-1,30
3. vs. 1.Jahr	1,04 0,81-1,33

**Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,26 0,93-1,70	0,86*** 0,83-0,88
Indexgruppe 6 (F10)	1,45* 1,00-2,09	1,22*** 1,18-1,25
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,88 0,62-1,24	0,93*** 0,91-0,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,54-1,27	0,93*** 0,89-0,96
Psy A <sup>1</sup>	1,28 0,88-1,85	0,87*** 0,84-0,90
Psy B <sup>2</sup>	1,05 0,70-1,56	1,13*** 1,09-1,16
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,78-1,52	1,05*** 1,02-1,08
Komorbidity <sup>3</sup>	1,09* 1,02-1,17	0,97*** 0,96-0,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,35 0,80-2,28	1,17*** 1,12-1,21
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,33 0,98-1,81	0,88*** 0,86-0,90
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97 0,58-1,64	1,48*** 1,43-1,54

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 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wieder- aufnahme
Gruppe	0,91 0,67-1,23	0,98 0,96-1,00
Index- gruppe 6 (F10)	1,88** 1,25-2,83	0,86*** 0,84-0,88
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,50 0,96-2,35	1,27*** 1,23-1,31
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,71-1,56	1,21*** 1,18-1,25
Psy A <sup>1</sup>	0,82 0,50-1,32	0,86*** 0,83-0,89
Psy B <sup>2</sup>	1,34 0,93-1,92	0,97* 0,95-1,00
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,67-1,32	0,87*** 0,86-0,89
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,97-1,12	1,01*** 1,01-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,71-1,71	0,79*** 0,77-0,81
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	2,04*** 1,46-2,84	1,04** 1,02-1,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,76 0,55-1,05	1,12*** 1,10-1,15

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

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,11 0,82-1,50	1,03* 1,00-1,05
Indexgruppe 6 (F10)	1,47* 1,01-2,13	1,21*** 1,17-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,67-1,34	0,84*** 0,81-0,86
Indexgruppe 9 (F43)	0,61* 0,39-0,96	1,06** 1,02-1,10
Psy A <sup>1</sup>	1,16 0,79-1,71	1,19*** 1,15-1,23
Psy B <sup>2</sup>	1,48 0,99-2,21	1,04* 1,01-1,07
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00*** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,69-1,30	1,07*** 1,05-1,10
Komorbidity <sup>3</sup>	1,00 0,93-1,08	0,99** 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,24 0,76-2,02	1,16*** 1,12-1,21
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	0,81 0,60-1,11	0,97* 0,94-0,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,43-1,46	1,16*** 1,11-1,22

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 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,08 -0,37...0,21
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,89...1,07
DiD-Schätzer	0,98*** 0,98-0,98
Gruppe	1,03*** 1,03-1,03
Zeit	1,24*** 1,24-1,24
Indexgruppe 6 (F10)	1,34*** 1,33-1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05*** 1,05-1,05
Indexgruppe 9 (F43)	1,04*** 1,04-1,04
Psy A <sup>1</sup>	1,15*** 1,15-1,15
Psy B <sup>2</sup>	1,21*** 1,21-1,21
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,89*** 0,89-0,90
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,22*** 1,22-1,22
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,23*** 1,23-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97*** 0,96-0,97

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

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

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

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus 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 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,09 -0,36...0,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,91...1,05
DiD-Schätzer	0,98 0,91-1,05
Gruppe	1,02 0,96-1,09
Zeit	1,06* 1,01-1,12
Indexgruppe 6 (F10)	1,35*** 1,26-1,45
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,97 0,90-1,06
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,04 0,97-1,11
Psy A <sup>1</sup>	1,24*** 1,14-1,35
Psy B <sup>2</sup>	1,12** 1,05-1,19
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,87*** 0,82-0,92
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,26*** 1,17-1,35
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,19*** 1,12-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93* 0,88-1,00

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 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt) - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,05 -0,33...0,22
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,91...1,07
DiD-Schätzer	0,99*** 0,99-0,99
Gruppe	1,02*** 1,02-1,02
Zeit	1,19*** 1,19-1,19
Indexgruppe 6 (F10)	1,21*** 1,21-1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,07-1,08
Indexgruppe 9 (F43)	1,00*** 1,00-1,00
Psy A <sup>1</sup>	1,21*** 1,21-1,22
Psy B <sup>2</sup>	1,19*** 1,19-1,19
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,99*** 0,98-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,27*** 1,27-1,27
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,26*** 1,26-1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00*** 1,00-1,00

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 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,34 0,74-2,41
Psy A <sup>1</sup>	0,96 0,49-1,86
Psy B <sup>2</sup>	0,35 0,12-1,02
Alter	1,09*** 1,06-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,54 0,29-1,02
Komorbidität <sup>3</sup>	1,11* 1,02-1,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,38 0,70-2,70
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	1,36 0,70-2,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,57 0,30-1,10

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 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,25 0,76-2,06
Psy A <sup>1</sup>	0,61 0,32-1,17
Psy B <sup>2</sup>	0,89 0,45-1,78
Alter	1,11*** 1,08-1,14
Geschlecht (m vs. w)	0,55* 0,31-0,96
Komorbidität <sup>3</sup>	1,16*** 1,08-1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,67 0,39-1,16
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,59 0,91-2,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,41-1,67

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 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,03 0,62-1,72
Psy A <sup>1</sup>	0,98 0,54-1,77
Psy B <sup>2</sup>	0,65 0,30-1,39
Alter	1,07*** 1,05-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,65 0,38-1,11
Komorbidität <sup>3</sup>	1,14** 1,05-1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,49-1,55
Anzahl AU Prä- Zeitraum (Me- dian split)	1,00 0,57-1,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,42-1,28

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 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<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 0,94-1,79
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	0,84 0,58-1,21
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,79 0,49-1,28
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	1,00 0,72-1,39
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,84*** 0,77-0,92
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,63 0,33-1,20
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	0,70* 0,50-0,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,88 0,62-1,25

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 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<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 Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<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	1,48* 1,09-2,00
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	0,58** 0,40-0,84
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	1,67* 1,05-2,64
Alter	kf	kf	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,92 0,68-1,25
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,76*** 0,69-0,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,79 0,45-1,39
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	0,94 0,69-1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,70* 0,50-0,97

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

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

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

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus 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 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<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
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<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
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<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
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,12 0,87-1,45	1,01 0,65-1,57	0,97 0,54-1,74	0,50 0,22-1,12	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02** 1,01-1,02	0,99 0,97-1,00	1,01 0,99-1,03	1,01 0,98-1,04	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,24 0,93-1,64	2,13** 1,28-3,56	0,80 0,43-1,48	0,91 0,38-2,18	kf
Komorbidi- tät <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,95-1,06	0,90 0,80-1,00	1,17 0,98-1,40	1,50** 1,14-1,97	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,25 0,79-1,95	0,10* 0,01-0,76	1,83 0,72-4,60	2,43 0,65-9,01	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,27 0,98-1,64	1,67* 1,05-2,66	1,66 0,90-3,07	1,56 0,70-3,46	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,83 0,64-1,09	0,81 0,51-1,30	2,36** 1,30-4,30	1,65 0,63-4,32	kf

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

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

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

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

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>	<u>G</u>	<u>I</u>	<u>J</u>	<u>K</u>	<u>L</u>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,04 0,73-1,50	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,00 0,98-1,01	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,78** 1,23-2,59	kf	kf	kf	kf
Komorbidi- tät <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,10* 1,00-1,20	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,13 0,56-2,27	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	0,82 0,57-1,18	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,93 0,64-1,36	kf	kf	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

#### 14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)

**Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)**

##### Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2018	2018
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>3.329</b>	<b>9.805</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>	51,7 %	54,9 %
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>	26,3	17,4
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>2.145</b>	<b>4.978</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>	1.375 55,1	3.443 60,7

<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)

<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

Erwachsene

**Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	557	558	523	504	538	542	518	510
<b>Mittelwert</b>	<b>3.950,21 €</b>	<b>3.361,86 €</b>	<b>2.971,57 €</b>	<b>3.420,13 €</b>	<b>3.258,90 €</b>	<b>3.308,68 €</b>	<b>3.165,76 €</b>	<b>3.802,99 €</b>
Standardabweichung	11.099 €	9.866 €	7.228 €	10.452 €	9.018 €	6.941 €	7.036 €	16.036 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	216,69 €	218,93 €	184,69 €	220,54 €	232,98 €	233,00 €	231,66 €	223,94 €
Median	757,69 €	699,89 €	763,36 €	706,73 €	804,41 €	789,47 €	877,36 €	883,39 €
75%-Perzentil	3.042,17 €	2.505,62 €	2.944,32 €	2.446,53 €	2.832,15 €	2.676,14 €	3.039,01 €	3.177,35 €
Maximum	121.105 €	178.371 €	117.463 €	171.821 €	159.051 €	63.729 €	77.439 €	342.797 €

**Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	723	748	698	674	754	768	730	699
<b>Mittelwert</b>	<b>3.916,24 €</b>	<b>3.271,92 €</b>	<b>3.438,82 €</b>	<b>4.417,33 €</b>	<b>3.233,99 €</b>	<b>3.210,50 €</b>	<b>3.611,03 €</b>	<b>4.388,10 €</b>
Standardabweichung	15.664 €	8.439 €	7.405 €	13.088 €	8.714 €	7.786 €	7.939 €	14.351 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	175,30 €	221,32 €	232,45 €	225,97 €	278,91 €	282,77 €	304,35 €	314,65 €
Median	767,73 €	923,89 €	944,43 €	1.026,90 €	914,88 €	947,36 €	905,95 €	958,94 €
75%-Perzentil	2.866,36 €	2.986,77 €	3.246,74 €	3.873,02 €	3.019,06 €	2.889,85 €	3.230,40 €	3.241,30 €
Maximum	363.816 €	108.679 €	92.204 €	214.531 €	138.953 €	115.759 €	98.718 €	224.608 €

**Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	165	129	117	97	148	132	111	113
<b>Mittelwert</b>	<b>2.464,94 €</b>	<b>1.903,90 €</b>	<b>1.457,65 €</b>	<b>1.867,56 €</b>	<b>1.741,80 €</b>	<b>1.794,05 €</b>	<b>1.586,89 €</b>	<b>2.089,09 €</b>
Standardabweichung	9.606 €	8.803 €	6.355 €	9.372 €	7.372 €	5.419 €	6.060 €	15.569 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	959,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	735,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	107.758 €	177.349 €	116.805 €	168.468 €	146.880 €	53.844 €	75.523 €	342.797 €

**Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	190	180	174	169	189	180	174	165
<b>Mittelwert</b>	<b>2.425,76 €</b>	<b>1.694,23 €</b>	<b>1.693,10 €</b>	<b>2.453,74 €</b>	<b>1.366,34 €</b>	<b>1.605,01 €</b>	<b>1.873,08 €</b>	<b>2.583,42 €</b>
Standardabweichung	15.002 €	7.047 €	5.409 €	11.594 €	4.536 €	6.488 €	6.561 €	13.474 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	360.333 €	107.034 €	60.392 €	190.329 €	76.972 €	115.264 €	98.350 €	221.088 €

**Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>19,49 €</b>	<b>14,97 €</b>	<b>13,70 €</b>	<b>72,67 €</b>	<b>6,75 €</b>	<b>13,35 €</b>	<b>3,48 €</b>	<b>2,08 €</b>
Standardabweichung	207,01 €	277,31 €	231,41 €	1.677,09 €	102,88 €	280,99 €	67,63 €	34,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.932 €	6.551 €	5.066 €	38.828 €	2.116 €	6.666 €	1.540 €	680 €

**Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>20,38 €</b>	<b>4,76 €</b>	<b>12,49 €</b>	<b>13,46 €</b>	<b>14,71 €</b>	<b>12,61 €</b>	<b>18,34 €</b>	<b>6,77 €</b>
Standardabweichung	272,05 €	95,46 €	308,83 €	244,59 €	265,16 €	213,90 €	238,94 €	130,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.608,13 €	2.185,99 €	8.384,86 €	6.042,84 €	6.064,13 €	4.565,99 €	4.065,36 €	3.401,77 €

**Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	20	41	57	56	50	79	77	67
<b>Mittelwert</b>	<b>7,21 €</b>	<b>13,57 €</b>	<b>86,62 €</b>	<b>84,28 €</b>	<b>43,16 €</b>	<b>79,03 €</b>	<b>138,62 €</b>	<b>121,05 €</b>
Standardabweichung	81,50 €	67,38 €	409,79 €	394,23 €	349,49 €	405,47 €	587,58 €	574,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.792,50 €	710,30 €	4.026,27 €	4.897,17 €	5.504,07 €	3.774,55 €	5.693,52 €	5.281,48 €

**Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	20	37	63	64	66	112	106	98
<b>Mittelwert</b>	<b>5,04 €</b>	<b>14,09 €</b>	<b>48,38 €</b>	<b>70,62 €</b>	<b>34,40 €</b>	<b>57,15 €</b>	<b>67,59 €</b>	<b>76,30 €</b>
Standardabweichung	86,75 €	218,80 €	339,32 €	489,04 €	261,90 €	330,77 €	346,40 €	431,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.352,99 €	5.958,04 €	4.870,80 €	9.830,16 €	4.293,06 €	4.116,41 €	4.462,00 €	6.381,13 €

**Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	551	552	518	499	534	537	513	507
<b>Mittelwert</b>	<b>518,74 €</b>	<b>489,60 €</b>	<b>530,33 €</b>	<b>488,08 €</b>	<b>583,66 €</b>	<b>564,30 €</b>	<b>575,51 €</b>	<b>574,88 €</b>
Standardabweichung	584,98 €	534,18 €	585,26 €	553,76 €	581,58 €	639,99 €	630,41 €	692,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	128,10 €	134,30 €	126,79 €	128,21 €	149,34 €	149,42 €	151,00 €	141,46 €
Median	345,14 €	317,30 €	368,70 €	344,97 €	386,58 €	347,35 €	394,98 €	371,04 €
75%-Perzentil	694,27 €	660,44 €	695,91 €	658,94 €	832,17 €	755,44 €	746,84 €	777,88 €
Maximum	4.225,20 €	3.620,71 €	4.983,96 €	5.122,36 €	3.045,42 €	6.601,37 €	5.578,73 €	9.189,32 €

**Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	703	732	688	663	744	754	722	693
<b>Mittelwert</b>	<b>519,72 €</b>	<b>527,83 €</b>	<b>572,69 €</b>	<b>573,65 €</b>	<b>586,44 €</b>	<b>565,67 €</b>	<b>589,29 €</b>	<b>579,90 €</b>
Standardabweichung	590,64 €	541,00 €	584,19 €	576,78 €	585,06 €	576,12 €	618,87 €	591,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	90,31 €	128,26 €	154,15 €	149,98 €	171,30 €	167,57 €	177,96 €	179,01 €
Median	342,15 €	373,02 €	395,06 €	426,03 €	420,48 €	413,10 €	412,83 €	419,42 €
75%-Perzentil	759,49 €	748,36 €	832,26 €	807,63 €	826,00 €	817,11 €	774,89 €	825,44 €
Maximum	5.288,22 €	4.113,74 €	4.550,03 €	4.908,42 €	5.302,98 €	4.979,40 €	4.104,16 €	5.753,23 €

**Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	443	449	415	412	441	448	422	420
<b>Mittelwert</b>	<b>797,66 €</b>	<b>782,47 €</b>	<b>694,46 €</b>	<b>742,16 €</b>	<b>757,66 €</b>	<b>715,58 €</b>	<b>659,06 €</b>	<b>777,32 €</b>
Standardabweichung	3.725,37 €	3.485,89 €	2.623,18 €	2.854,73 €	3.199,98 €	2.754,65 €	2.231,44 €	2.980,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,59 €	13,82 €	11,20 €	12,82 €	13,57 €	14,15 €	12,86 €	13,98 €
Median	69,76 €	90,52 €	84,02 €	78,64 €	86,27 €	96,49 €	95,80 €	89,64 €
75%-Perzentil	307,65 €	361,02 €	357,66 €	380,65 €	386,19 €	360,34 €	380,79 €	368,48 €
Maximum	56.775 €	47.128 €	31.926 €	38.681 €	50.851 €	36.587 €	24.659 €	35.904 €

**Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	593	628	606	571	628	646	611	598
<b>Mittelwert</b>	<b>775,57 €</b>	<b>835,11 €</b>	<b>875,91 €</b>	<b>1.021,16 €</b>	<b>1.062,68 €</b>	<b>791,95 €</b>	<b>831,33 €</b>	<b>897,24 €</b>
Standardabweichung	3.356,06 €	3.450,64 €	4.026,95 €	4.061,54 €	6.900,93 €	3.044,51 €	3.212,33 €	3.236,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,15 €	15,77 €	17,99 €	15,67 €	15,40 €	26,32 €	19,11 €	23,65 €
Median	107,89 €	131,34 €	133,48 €	140,77 €	112,81 €	133,01 €	134,07 €	132,85 €
75%-Perzentil	434,55 €	503,35 €	506,41 €	541,98 €	422,98 €	505,51 €	455,86 €	521,88 €
Maximum	43.996 €	63.668 €	86.019 €	61.692 €	137.605 €	45.650 €	48.887 €	47.438 €

**Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	577	577	551	536	569	569	547	537
N mit Fall	146	144	137	124	161	161	155	162
<b>Mittelwert</b>	<b>142,18 €</b>	<b>157,35 €</b>	<b>188,80 €</b>	<b>165,39 €</b>	<b>125,87 €</b>	<b>142,36 €</b>	<b>202,20 €</b>	<b>238,55 €</b>
Standardabweichung	512,28 €	589,52 €	702,43 €	619,13 €	377,36 €	438,39 €	660,60 €	886,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	25,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	94,92 €	99,72 €	112,13 €	132,00 €
Maximum	6.867 €	7.258 €	7.922 €	8.878 €	3.859 €	5.824 €	7.394 €	11.642 €

**Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	781	781	746	722	791	791	761	729
N mit Fall	233	226	205	219	224	219	205	213
<b>Mittelwert</b>	<b>169,78 €</b>	<b>195,90 €</b>	<b>236,24 €</b>	<b>284,70 €</b>	<b>169,41 €</b>	<b>178,10 €</b>	<b>231,41 €</b>	<b>244,47 €</b>
Standardabweichung	440,33 €	555,69 €	710,08 €	936,11 €	641,62 €	617,13 €	966,12 €	855,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	94,92 €	109,56 €	99,72 €	132,00 €	94,92 €	97,74 €	99,72 €	118,18 €
Maximum	3.346 €	6.489 €	7.084 €	10.290 €	10.538 €	8.388 €	15.542 €	13.371 €

Kinder und Jugendliche

**Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	20	21	22	21	21	21	21	22
<b>Mittelwert</b>	<b>738,76 €</b>	<b>623,75 €</b>	<b>662,38 €</b>	<b>893,26 €</b>	<b>1.132,29 €</b>	<b>1.631,76 €</b>	<b>1.593,53 €</b>	<b>1.274,53 €</b>
Standardabweichung	1.271,26 €	962,04 €	985,23 €	1.548,59 €	3.590,71 €	5.716,72 €	3.596,85 €	2.905,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	4,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,70 €
25%-Perzentil	147,17 €	94,41 €	93,32 €	62,81 €	38,95 €	50,50 €	77,86 €	77,33 €
Median	266,70 €	197,12 €	174,54 €	251,20 €	126,39 €	145,99 €	159,81 €	174,97 €
75%-Perzentil	459,54 €	720,43 €	927,98 €	623,89 €	472,98 €	754,42 €	453,02 €	763,88 €
Maximum	4.185 €	3.765 €	3.404 €	6.015 €	17.003 €	27.082 €	15.726 €	12.575 €

**Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	28	30	28	28	29	29	28	29
<b>Mittelwert</b>	<b>557,72 €</b>	<b>753,64 €</b>	<b>442,56 €</b>	<b>407,62 €</b>	<b>637,00 €</b>	<b>546,19 €</b>	<b>793,01 €</b>	<b>692,64 €</b>
Standardabweichung	750,84 €	1.453,82 €	895,69 €	707,32 €	1.117,18 €	642,38 €	1.492,30 €	1.003,68 €
Minimum	0,00 €	21,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	130,56 €	127,55 €	63,11 €	83,50 €	79,95 €	108,54 €	80,04 €	82,98 €
Median	276,21 €	289,89 €	185,74 €	184,06 €	231,69 €	341,85 €	337,20 €	297,61 €
75%-Perzentil	685,58 €	526,96 €	408,72 €	474,45 €	495,35 €	557,94 €	884,43 €	660,67 €
Maximum	3.629,95 €	7.291,36 €	3.690,73 €	3.730,53 €	4.439,88 €	2.230,00 €	7.899,22 €	3.847,20 €

**Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>395,00 €</b>	<b>221,84 €</b>	<b>226,84 €</b>	<b>346,82 €</b>	<b>687,79 €</b>	<b>988,92 €</b>	<b>824,39 €</b>	<b>671,04 €</b>
Standardabweichung	1.038,07 €	676,32 €	687,60 €	1.220,06 €	2.559,32 €	4.263,04 €	2.089,20 €	1.794,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.586 €	2.975 €	3.005 €	5.364 €	11.947 €	20.041 €	8.507 €	6.618 €

**Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>208,76 €</b>	<b>409,83 €</b>	<b>138,75 €</b>	<b>50,84 €</b>	<b>193,01 €</b>	<b>98,26 €</b>	<b>352,09 €</b>	<b>201,17 €</b>
Standardabweichung	736,72 €	1.153,29 €	583,31 €	278,46 €	649,70 €	315,56 €	1.222,73 €	662,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.586,54 €	5.024,62 €	3.025,12 €	1.525,21 €	3.104,66 €	1.411,97 €	6.374,15 €	2.986,01 €

**Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	11,78 €	73,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	104,05 €	0,00 €
Standardabweichung	55,25 €	342,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	488,02 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	259,17 €	1.606,82 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.289,03 €	0,00 €

**Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €

**Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,08 €	41,02 €	196,29 €	195,15 €	3,70 €	96,82 €	225,19 €	41,26 €
Standardabweichung	0,39 €	141,55 €	621,38 €	658,32 €	17,37 €	416,30 €	710,26 €	168,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1,84 €	649,36 €	2.842,65 €	2.877,53 €	81,47 €	1.953,00 €	2.992,67 €	788,94 €

**Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,05 €	2,86 €	2,86 €	14,88 €	4,82 €	5,36 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,26 €	15,66 €	15,66 €	81,49 €	18,16 €	20,41 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1,45 €	85,80 €	85,80 €	446,35 €	73,62 €	81,47 €	0,00 €	0,00 €

**Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	20	21	21	20	21	21	21	22
<b>Mittelwert</b>	<b>203,78 €</b>	<b>213,52 €</b>	<b>166,48 €</b>	<b>256,68 €</b>	<b>199,76 €</b>	<b>198,89 €</b>	<b>196,12 €</b>	<b>274,27 €</b>
Standardabweichung	171,05 €	194,60 €	142,18 €	272,82 €	279,54 €	196,86 €	181,84 €	322,99 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	14,70 €
25%-Perzentil	96,76 €	85,17 €	70,43 €	44,66 €	38,95 €	44,62 €	74,50 €	75,59 €
Median	145,26 €	141,38 €	132,31 €	170,72 €	98,36 €	101,61 €	126,83 €	144,70 €
75%-Perzentil	285,37 €	313,09 €	248,54 €	335,79 €	238,02 €	350,03 €	225,23 €	336,93 €
Maximum	523,71 €	727,36 €	589,49 €	1.006,91 €	1.190,72 €	616,67 €	610,50 €	1.234,00 €

**Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	27	29	28	28	28	28	27	29
<b>Mittelwert</b>	<b>198,76 €</b>	<b>201,12 €</b>	<b>149,77 €</b>	<b>175,16 €</b>	<b>233,40 €</b>	<b>265,34 €</b>	<b>285,41 €</b>	<b>254,07 €</b>
Standardabweichung	189,63 €	141,87 €	134,98 €	145,35 €	304,54 €	237,93 €	314,95 €	227,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	70,27 €	76,94 €	51,69 €	68,97 €	66,74 €	75,70 €	60,94 €	76,66 €
Median	169,21 €	227,08 €	99,27 €	148,05 €	137,42 €	210,47 €	238,81 €	188,75 €
75%-Perzentil	250,91 €	262,96 €	206,51 €	219,26 €	235,95 €	384,61 €	411,39 €	407,35 €
Maximum	887,73 €	635,74 €	490,40 €	518,05 €	1.369,23 €	955,94 €	1.408,29 €	903,82 €

**Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	15	15	15	15	13	14	17	16
<b>Mittelwert</b>	<b>116,34 €</b>	<b>63,78 €</b>	<b>41,79 €</b>	<b>61,21 €</b>	<b>241,03 €</b>	<b>342,69 €</b>	<b>243,78 €</b>	<b>273,91 €</b>
Standardabweichung	255,44 €	182,34 €	68,88 €	76,40 €	993,83 €	1.403,25 €	918,43 €	1.094,62 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,09 €	0,73 €
Median	23,76 €	14,18 €	16,18 €	27,12 €	14,32 €	26,72 €	28,72 €	26,92 €
75%-Perzentil	110,47 €	46,45 €	48,78 €	98,33 €	44,01 €	66,41 €	79,60 €	59,83 €
Maximum	1.164,36 €	865,56 €	290,44 €	258,39 €	4.686,11 €	6.620,35 €	4.345,80 €	5.168,33 €

**Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	22	26	20	21	22	24	23	21
<b>Mittelwert</b>	<b>49,94 €</b>	<b>46,80 €</b>	<b>38,93 €</b>	<b>38,71 €</b>	<b>60,33 €</b>	<b>60,26 €</b>	<b>62,71 €</b>	<b>63,08 €</b>
Standardabweichung	63,10 €	56,42 €	58,17 €	53,32 €	108,35 €	74,15 €	74,91 €	96,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,13 €	1,69 €	0,00 €	0,00 €	0,13 €	2,28 €	4,74 €	0,00 €
Median	18,72 €	30,07 €	18,62 €	17,38 €	14,66 €	24,60 €	42,36 €	21,88 €
75%-Perzentil	75,09 €	48,52 €	52,74 €	42,98 €	70,73 €	110,44 €	88,27 €	96,67 €
Maximum	244,60 €	200,01 €	251,06 €	177,67 €	532,84 €	286,64 €	267,15 €	471,20 €

**Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	22	22	22	22	22	22	22	22
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>11,79 €</b>	<b>10,55 €</b>	<b>30,99 €</b>	<b>33,40 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>4,44 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>14,06 €</b>
Standardabweichung	51,60 €	37,57 €	113,79 €	101,02 €	0,00 €	20,84 €	0,00 €	46,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	242,22 €	166,84 €	515,00 €	440,00 €	0,00 €	97,74 €	0,00 €	191,82 €

**Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	30	30	30	30	30	30	30	30
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>100,21 €</b>	<b>93,04 €</b>	<b>112,25 €</b>	<b>128,03 €</b>	<b>145,44 €</b>	<b>116,96 €</b>	<b>92,79 €</b>	<b>174,32 €</b>
Standardabweichung	259,11 €	326,88 €	596,24 €	658,26 €	387,22 €	412,28 €	398,71 €	563,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	922,73 €	1.670,37 €	3.267,68 €	3.605,89 €	1.936,85 €	1.984,44 €	2.139,00 €	2.920,67 €

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

Erwachsene

**Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	664	656	664	666						
Mittelwert	3.970,69 €	3.357,60 €	3.931,45 €	3.685,35 €	39,24 €	0,937	-327,74 €	0,555	-366,98 €	0,622
Standardabweichung	8.814 €	7.715 €	9.617 €	12.392 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	240,82 €	229,62 €	273,42 €	263,77 €						
Median	809,86 €	927,54 €	852,04 €	812,07 €						
75%-Perzentil	3.026,84 €	3.014,56 €	3.320,46 €	3.167,42 €						
Maximum	84.734 €	88.219 €	133.201 €	264.110 €						

**Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	184	172	181	162						
Mittelwert	2.353,35 €	1.869,52 €	2.344,16 €	2.025,63 €	9,19 €	0,983	-156,11 €	0,749	-165,31 €	0,797
Standardabweichung	7.078 €	6.590 €	8.443 €	10.988 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	939,97 €	0,00 €	822,57 €	0,00 €						
Maximum	82.793 €	82.774 €	124.943 €	249.172 €						

**Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	20,96 €	8,51 €	19,62 €	63,26 €	1,34 €	0,917	-54,74 €	0,331	-56,08 €	0,332
Standardabweichung	236,19 €	159,26 €	238,92 €	1.470,83 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.734 €	3.307 €	3.964 €	38.484 €						

**Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	40	65	81	97						
<b>Mittelwert</b>	<b>12,45 €</b>	<b>58,62 €</b>	<b>69,97 €</b>	<b>115,22 €</b>	<b>-57,52 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-56,60 €</b>	<b>0,011</b>	<b>0,92 €</b>	<b>0,972</b>
Standardabweichung	69,91 €	295,17 €	342,45 €	502,20 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	966,96 €	3.182,11 €	4.163,53 €	6.272,87 €						

**Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	658	646	661	657						
<b>Mittelwert</b>	<b>601,27 €</b>	<b>564,85 €</b>	<b>621,39 €</b>	<b>554,00 €</b>	<b>-20,12 €</b>	<b>0,576</b>	<b>10,85 €</b>	<b>0,738</b>	<b>30,96 €</b>	<b>0,522</b>
Standardabweichung	656,69 €	597,03 €	677,35 €	606,85 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	172,59 €	141,60 €	171,45 €	153,08 €						
Median	424,17 €	377,33 €	414,02 €	366,41 €						
75%-Perzentil	806,45 €	827,13 €	831,54 €	745,37 €						
Maximum	5.944,09 €	4.903,74 €	5.103,67 €	5.433,05 €						

**Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	547	531	528	520						
<b>Mittelwert</b>	<b>839,30 €</b>	<b>671,45 €</b>	<b>663,74 €</b>	<b>636,20 €</b>	<b>175,56 €</b>	<b>0,358</b>	<b>35,24 €</b>	<b>0,795</b>	<b>-140,32 €</b>	<b>0,549</b>
Standardabweichung	4.449,70 €	2.925,81 €	2.316,70 €	2.034,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	14,15 €	13,89 €	12,32 €	11,85 €						
Median	102,00 €	110,31 €	88,20 €	88,17 €						
75%-Perzentil	406,99 €	432,59 €	394,52 €	381,11 €						
Maximum	70.142 €	56.655 €	27.629 €	29.295 €						

**Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	690	690	690	690						
N mit Fall	164	165	202	190						
<b>Mittelwert</b>	<b>143,35 €</b>	<b>184,65 €</b>	<b>212,57 €</b>	<b>291,03 €</b>	<b>-69,22 €</b>	<b>0,140</b>	<b>-106,37 €</b>	<b>0,040</b>	<b>-37,16 €</b>	<b>0,594</b>
Standardabweichung	981,47 €	840,37 €	745,73 €	1.064,16 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	119,37 €	117,48 €						
Maximum	23.598 €	15.610 €	10.363 €	11.882 €						

Kinder und Jugendliche

**Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	53	53	53	53						
Mittelwert	994,25 €	728,90 €	485,95 €	594,66 €	508,30 €	0,195	134,24 €	0,503	-374,06 €	0,394
Standardabweichung	2.825,36 €	1.234,92 €	727,12 €	843,07 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	135,67 €	128,85 €	113,32 €	62,56 €						
Median	273,59 €	247,58 €	193,36 €	191,30 €						
75%-Perzentil	902,25 €	512,27 €	475,22 €	890,80 €						
Maximum	20.934 €	5.492 €	3.577 €	4.085 €						

**Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	515,32 €	164,08 €	31,56 €	34,33 €	483,76 €	0,171	129,75 €	0,275	-354,01 €	0,340
Standardabweichung	2.613,95 €	867,43 €	236,18 €	180,12 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	19.377 €	5.176 €	1.767 €	994 €						

**Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6,10 €	0 €		-6,10 €	0,320	-6,10 €	0,318
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	45,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	341,83 €						

**Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>56,68 €</b>	<b>182,97 €</b>	<b>65,68 €</b>	<b>181,67 €</b>	<b>-9,00 €</b>	<b>0,875</b>	<b>1,30 €</b>	<b>0,992</b>	<b>10,30 €</b>	<b>0,940</b>
Standardabweichung	290,31 €	665,01 €	313,65 €	644,94 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.022,87 €	3.510,59 €	2.051,39 €	3.700,06 €						

**Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	52	52	53	52						
<b>Mittelwert</b>	<b>211,17 €</b>	<b>209,69 €</b>	<b>187,34 €</b>	<b>196,33 €</b>	<b>23,83 €</b>	<b>0,433</b>	<b>13,35 €</b>	<b>0,724</b>	<b>-10,48 €</b>	<b>0,829</b>
Standardabweichung	167,61 €	186,05 €	152,53 €	212,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	104,82 €	99,24 €	92,21 €	41,98 €						
Median	142,75 €	162,51 €	142,50 €	130,30 €						
75%-Perzentil	301,22 €	266,76 €	240,96 €	265,77 €						
Maximum	703,47 €	945,61 €	663,18 €	880,66 €						

**Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	40	42	38	42						
<b>Mittelwert</b>	<b>61,22 €</b>	<b>55,64 €</b>	<b>56,42 €</b>	<b>64,82 €</b>	<b>4,80 €</b>	<b>0,846</b>	<b>-9,18 €</b>	<b>0,694</b>	<b>-13,98 €</b>	<b>0,681</b>
Standardabweichung	111,97 €	71,47 €	146,83 €	159,01 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	2,18 €	0,00 €	2,18 €						
Median	33,92 €	31,46 €	21,04 €	24,80 €						
75%-Perzentil	55,66 €	85,53 €	59,10 €	56,00 €						
Maximum	767,28 €	338,43 €	1.075,32 €	1.144,14 €						

**Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	56	56	56	56						
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>149,87 €</b>	<b>116,52 €</b>	<b>144,96 €</b>	<b>111,40 €</b>	<b>4,91 €</b>	<b>0,958</b>	<b>5,12 €</b>	<b>0,943</b>	<b>0,20 €</b>	<b>0,999</b>
Standardabweichung	516,74 €	360,18 €	454,95 €	388,46 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.872,20 €	1.992,80 €	2.377,30 €	2.032,20 €						

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

Erwachsene

Klinikneue Patienten

**Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	525	591	520	591						
Mittelwert	1.115 €	11.832 €	1.346 €	8.968 €	-230,44 €	0,348	2.863,89 €	<0,001	3.094,33 €	<0,001
Standardabweichung	4.275 €	18.433 €	4.168 €	9.659 €						
Minimum	0,00 €	86,46 €	0,00 €	55,00 €						
25%-Perzentil	34,76 €	1.715,79 €	39,98 €	1.899,64 €						
Median	138,80 €	4.991,95 €	184,70 €	5.969,61 €						
75%-Perzentil	766 €	14.635 €	843 €	12.588 €						
Maximum	64.043 €	191.760 €	49.624 €	60.221 €						

**Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	39	354	52	410						
Mittelwert	557,64 €	8.165,26 €	669,66 €	6.174,48 €	-112,01 €	0,619	1.990,78 €	0,010	2.102,79 €	0,009
Standardabweichung	4.117 €	16.848 €	3.605 €	8.502 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	1.969,11 €	0,00 €	2.517,21 €						
75%-Perzentil	0 €	8.481 €	0 €	10.271 €						
Maximum	63.224 €	182.460 €	48.518 €	51.909 €						

**Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	< 10	124	< 10	168						
Mittelwert	1,73 €	2.243,27 €	15,82 €	1.614,27 €	-14,09 €	0,166	629,00 €	0,030	643,09 €	0,026
Standardabweichung	42,13 €	6.236,28 €	243,18 €	3.250,79 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.098,11 €						
Maximum	1.024 €	56.021 €	4.517 €	22.128 €						

**Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	< 10	320	< 10	200						
<b>Mittelwert</b>	<b>4,18 €</b>	<b>622,50 €</b>	<b>6,53 €</b>	<b>199,67 €</b>	<b>-2,35 €</b>	<b>0,464</b>	<b>422,83 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>425,18 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	51,10 €	1.414,77 €	59,14 €	375,95 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	78,27 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	704,43 €	0,00 €	276,85 €						
Maximum	937 €	13.026 €	880 €	2.389 €						

**Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	18	34	10	18						
<b>Mittelwert</b>	<b>33,55 €</b>	<b>50,28 €</b>	<b>22,23 €</b>	<b>44,85 €</b>	<b>11,33 €</b>	<b>0,497</b>	<b>5,42 €</b>	<b>0,777</b>	<b>-5,90 €</b>	<b>0,816</b>
Standardabweichung	333,18 €	316,24 €	231,24 €	342,64 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.734,03 €	4.219,41 €	3.986,81 €	5.029,85 €						

**Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	518	522	500	532						
<b>Mittelwert</b>	<b>335,23 €</b>	<b>418,55 €</b>	<b>341,13 €</b>	<b>531,76 €</b>	<b>-5,89 €</b>	<b>0,893</b>	<b>-113,20 €</b>	<b>0,039</b>	<b>-107,31 €</b>	<b>0,127</b>
Standardabweichung	676,60 €	878,30 €	825,49 €	1.002,27 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	21,52 €	26,77 €	23,68 €	39,96 €						
Median	78,81 €	108,12 €	82,01 €	128,19 €						
75%-Perzentil	313,00 €	363,82 €	283,13 €	427,65 €						
Maximum	4.509,18 €	9.746,36 €	8.506,97 €	7.129,18 €						

**Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	295	409	309	394						
<b>Mittelwert</b>	<b>165,10 €</b>	<b>272,89 €</b>	<b>265,78 €</b>	<b>334,78 €</b>	<b>-100,67 €</b>	<b>0,176</b>	<b>-61,88 €</b>	<b>0,393</b>	<b>38,79 €</b>	<b>0,709</b>
Standardabweichung	607,65 €	629,80 €	1.703,63 €	1.642,86 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	74,52 €	12,55 €	71,20 €						
75%-Perzentil	108,71 €	321,78 €	120,05 €	270,55 €						
Maximum	12.016 €	9.420 €	30.908 €	31.821 €						

**Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	14	24	19	31						
<b>Mittelwert</b>	<b>18,04 €</b>	<b>59,07 €</b>	<b>24,78 €</b>	<b>68,13 €</b>	<b>-6,74 €</b>	<b>0,483</b>	<b>-9,06 €</b>	<b>0,686</b>	<b>-2,31 €</b>	<b>0,924</b>
Standardabweichung	158,83 €	400,04 €	171,01 €	368,23 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.372,77 €	5.318,30 €	2.308,05 €	3.428,38 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	796	807	791	807						
<b>Mittelwert</b>	<b>7.342,24 €</b>	<b>8.337,83 €</b>	<b>6.062,41 €</b>	<b>7.883,55 €</b>	<b>1.279,83 €</b>	<b>0,028</b>	<b>454,28 €</b>	<b>0,580</b>	<b>-825,56 €</b>	<b>0,412</b>
Standardabweichung	13.251 €	16.634 €	9.880 €	16.344 €						
Minimum	0,00 €	78,27 €	0,00 €	102,39 €						
25%-Perzentil	984,17 €	1.089,82 €	994,92 €	1.286,96 €						
Median	2.006,18 €	2.705,50 €	1.922,08 €	2.305,83 €						
75%-Perzentil	7.407,63 €	8.777,35 €	7.109,05 €	8.459,41 €						
Maximum	120.047 €	229.890 €	88.289 €	322.683 €						

**Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	312	292	313	294						
<b>Mittelwert</b>	<b>5.380,23 €</b>	<b>5.676,05 €</b>	<b>4.353,15 €</b>	<b>5.555,96 €</b>	<b>1.027,08 €</b>	<b>0,065</b>	<b>120,09 €</b>	<b>0,881</b>	<b>-906,99 €</b>	<b>0,352</b>
Standardabweichung	12.657 €	16.190 €	9.471 €	15.981 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	4.632,56 €	4.297,95 €	5.067,82 €	5.030,09 €						
Maximum	118.804 €	229.842 €	83.416 €	322.641 €						

**Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	63	75	57	99						
<b>Mittelwert</b>	<b>619,10 €</b>	<b>676,07 €</b>	<b>354,41 €</b>	<b>647,88 €</b>	<b>264,69 €</b>	<b>0,025</b>	<b>28,20 €</b>	<b>0,841</b>	<b>-236,49 €</b>	<b>0,197</b>
Standardabweichung	2.910,86 €	3.166,81 €	1.679,95 €	2.415,69 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	44.182 €	33.455 €	18.144 €	22.560 €						

**Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	568	674	554	613						
<b>Mittelwert</b>	<b>480,88 €</b>	<b>1.011,45 €</b>	<b>462,45 €</b>	<b>622,19 €</b>	<b>18,44 €</b>	<b>0,384</b>	<b>389,26 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>370,82 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	412,95 €	1.435,15 €	436,76 €	526,14 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	234,81 €	0,00 €	85,00 €						
Median	411,84 €	626,16 €	376,14 €	562,48 €						
75%-Perzentil	880,44 €	1.174,05 €	826,05 €	1.101,76 €						
Maximum	1.246 €	14.858 €	3.649 €	1.948 €						

**Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	30	26	12	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>47,08 €</b>	<b>39,67 €</b>	<b>10,58 €</b>	<b>17,37 €</b>	<b>36,50 €</b>	<b>0,004</b>	<b>22,31 €</b>	<b>0,099</b>	<b>-14,20 €</b>	<b>0,446</b>
Standardabweichung	342,24 €	331,54 €	124,45 €	193,56 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.388,68 €	6.461,67 €	2.463,48 €	3.157,81 €						

**Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	668	669	686	690						
<b>Mittelwert</b>	<b>245,77 €</b>	<b>264,82 €</b>	<b>281,85 €</b>	<b>306,73 €</b>	<b>-36,08 €</b>	<b>0,258</b>	<b>-41,90 €</b>	<b>0,224</b>	<b>-5,82 €</b>	<b>0,901</b>
Standardabweichung	568,36 €	625,71 €	704,72 €	751,18 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	13,36 €	13,95 €	21,16 €	21,59 €						
Median	58,72 €	58,42 €	75,44 €	68,84 €						
75%-Perzentil	198,31 €	194,41 €	213,66 €	248,61 €						
Maximum	4.167,61 €	4.856,27 €	6.941,61 €	7.793,94 €						

**Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	613	661	654	693						
<b>Mittelwert</b>	<b>502,93 €</b>	<b>566,09 €</b>	<b>569,68 €</b>	<b>657,16 €</b>	<b>-66,75 €</b>	<b>0,222</b>	<b>-91,07 €</b>	<b>0,146</b>	<b>-24,31 €</b>	<b>0,770</b>
Standardabweichung	1.114,89 €	1.070,94 €	1.078,38 €	1.420,36 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	13,49 €	42,50 €	31,22 €	54,39 €						
Median	173,01 €	230,89 €	186,34 €	250,73 €						
75%-Perzentil	536,32 €	617,50 €	690,67 €	699,12 €						
Maximum	12.923 €	10.822 €	11.662 €	20.091 €						

**Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	29	37	29	37						
<b>Mittelwert</b>	<b>66,25 €</b>	<b>103,66 €</b>	<b>30,30 €</b>	<b>76,27 €</b>	<b>35,95 €</b>	<b>0,050</b>	<b>27,39 €</b>	<b>0,324</b>	<b>-8,56 €</b>	<b>0,797</b>
Standardabweichung	468,51 €	623,35 €	227,96 €	484,18 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	9.099,00 €	8.952,55 €	3.526,43 €	6.588,88 €						

Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

**Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	22	24	18	24						
Mittelwert	1.046 €	30.211 €	461 €	12.425 €	585,05 €	0,088	17.785 €	0,057	17.200 €	0,063
Standardabweichung	1.490 €	41.969 €	694 €	15.319 €						
Minimum	0,00 €	86,66 €	0,00 €	163,55 €						
25%-Perzentil	22,70 €	1.232,87 €	10,28 €	2.903,25 €						
Median	165 €	10.623 €	108 €	6.108 €						
75%-Perzentil	2.036 €	45.544 €	549 €	20.723 €						
Maximum	5.456 €	126.960 €	2.272 €	71.713 €						

**Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG				Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	22	22	22	22	22	22	22	22						
N mit Fall	< 10	13	< 10	< 10	< 10	15	< 10	< 10						
Mittelwert	61 €	20.204 €	9.110 €	233 €	0 €	8.512 €	1.945 €	324 €						
Standardabweichung	201 €	37.128 €	33.568 €	1.092 €	0 €	14.982 €	5.009 €	1.090 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	2.135,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.841,96 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0 €	15.084 €	0 €	0 €	0 €	11.890 €	0 €	0 €						
Maximum	766 €	126.421 €	153.434 €	5.123 €	0 €	66.045 €	18.669 €	4.947 €						

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	14	< 10	16						
Mittelwert	56 €	21.450 €	0 €	8.762 €	56,33 €	0,159	12.689 €	0,127	12.632 €	0,125
Standardabweichung	193 €	37.201 €	0 €	14.737 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	2.135,22 €	0,00 €	1.841,96 €						
75%-Perzentil	0 €	16.451 €	0 €	13.145 €						
Maximum	766 €	126.421 €	0 €	66.045 €						

**Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,00 €	7.145,03 €	0,00 €	2.572,43 €	0 €		4.572,60 €	0,293	4.572,60 €	0,290
Standardabweichung	0 €	20.274 €	0 €	5.707 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0 €	81.189 €	0 €	20.106 €						

**Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	21	< 10	17						
Mittelwert	0,00 €	593,05 €	0,00 €	348,01 €	0 €		245,03 €	0,148	245,03 €	0,144
Standardabweichung	0,00 €	705,53 €	0,00 €	408,80 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	151,66 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	481,56 €	0,00 €	128,19 €						
75%-Perzentil	0,00 €	630,49 €	0,00 €	591,48 €						
Maximum	0,00 €	3.178,16 €	0,00 €	1.261,52 €						

**Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	88,88 €	46,64 €	206,00 €	212,96 €	-117,12 €	0,433	-166,31 €	0,247	-49,20 €	0,811
Standardabweichung	414,95 €	158,11 €	594,78 €	676,88 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.034,73 €	577,06 €	2.272,39 €	2.872,07 €						

**Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	22	20	17	18						
Mittelwert	763,00 €	880,25 €	200,61 €	482,10 €	562,39 €	0,075	398,15 €	0,329	-164,24 €	0,747
Standardabweichung	1.447,07 €	1.662,67 €	444,43 €	1.066,19 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	19,30 €	37,28 €	0,00 €	0,87 €						
Median	57,40 €	222,72 €	24,06 €	84,83 €						
75%-Perzentil	516,76 €	673,57 €	160,48 €	295,36 €						
Maximum	5.455,55 €	6.126,59 €	2.108,56 €	4.617,97 €						

**Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	13	< 10	< 10						
Mittelwert	57,57 €	76,63 €	34,99 €	29,97 €	22,58 €	0,675	46,66 €	0,126	24,08 €	0,696
Standardabweichung	224,34 €	135,44 €	136,27 €	55,84 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	24,68 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	90,11 €	0,00 €	23,98 €						
Maximum	1.087,69 €	576,91 €	663,62 €	189,05 €						

**Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	79,99 €	19,00 €	19,12 €	18,31 €	60,86 €	0,304	0,69 €	0,979	-60,17 €	0,351
Standardabweichung	271,00 €	93,10 €	93,69 €	89,72 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	967,05 €	456,10 €	458,98 €	439,52 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	30	30	30	30						
<b>Mittelwert</b>	<b>15.515 €</b>	<b>11.264 €</b>	<b>3.005 €</b>	<b>4.069 €</b>	<b>12.510 €</b>	<b>0,003</b>	<b>7.195,06 €</b>	<b>0,194</b>	<b>-5.314,84 €</b>	<b>0,433</b>
Standardabweichung	21.144 €	29.256 €	4.822 €	6.668 €						
Minimum	267,88 €	173,32 €	10,70 €	300,65 €						
25%-Perzentil	764,04 €	1.407,19 €	311,72 €	853,91 €						
Median	2.964,50 €	3.048,27 €	1.102,41 €	1.570,49 €						
75%-Perzentil	30.014 €	6.423 €	2.968 €	4.593 €						
Maximum	89.290 €	156.472 €	18.708 €	35.332 €						

**Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG				Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30	30	30	30	30						
N mit Fall	13	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>13.923 €</b>	<b>6.597 €</b>	<b>9.362 €</b>	<b>2.213 €</b>	<b>1.375 €</b>	<b>557 €</b>	<b>0 €</b>	<b>627 €</b>	<b>12.548 €</b>	<b>0,002</b>	<b>6.039,96 €</b>	<b>0,216</b>	<b>-6.508,34 €</b>	<b>0,298</b>
Standardabweichung	21.053 €	26.403 €	38.394 €	8.518 €	4.235 €	1.888 €	0 €	3.433 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	28.190 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	87.734 €	144.352 €	203.035 €	38.043 €	16.697 €	8.705 €	0 €	18.802 €						

**Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>394,26 €</b>	<b>2.786,17 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2.087,85 €</b>	<b>394,26 €</b>	<b>0,155</b>	<b>698,32 €</b>	<b>0,740</b>	<b>304,06 €</b>	<b>0,886</b>
Standardabweichung	1.500,39 €	9.192,40 €	0,00 €	6.831,39 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.928 €	47.142 €	0 €	35.151 €						

**Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	27	29	26	28						
Mittelwert	442,33 €	656,03 €	553,11 €	611,63 €	-110,78 €	0,244	44,41 €	0,700	155,19 €	0,298
Standardabweichung	296,78 €	468,07 €	421,27 €	419,74 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	202,78 €	317,84 €	291,95 €	296,42 €						
Median	391,75 €	524,89 €	484,02 €	589,93 €						
75%-Perzentil	668,30 €	960,65 €	887,22 €	894,51 €						
Maximum	986,28 €	2.041,44 €	1.182,96 €	1.563,77 €						

**Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	138,28 €	82,15 €	340,52 €	174,93 €	-202,24 €	0,437	-92,78 €	0,523	109,45 €	0,712
Standardabweichung	528,92 €	334,43 €	1.311,10 €	716,37 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.276,14 €	1.737,00 €	7.126,37 €	3.813,91 €						

**Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	21	24	22	24						
Mittelwert	448,53 €	779,15 €	611,45 €	493,47 €	-162,92 €	0,618	285,68 €	0,364	448,60 €	0,321
Standardabweichung	1.013,51 €	1.280,07 €	1.461,36 €	1.131,49 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	9,80 €	2,26 €	15,57 €						
Median	85,17 €	72,13 €	70,36 €	55,37 €						
75%-Perzentil	240,18 €	584,34 €	122,53 €	247,31 €						
Maximum	3.745,22 €	3.888,16 €	6.019,85 €	4.412,72 €						

**Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	17	19	< 10	11						
<b>Mittelwert</b>	<b>168,45 €</b>	<b>314,65 €</b>	<b>125,18 €</b>	<b>143,49 €</b>	<b>43,27 €</b>	<b>0,536</b>	<b>171,15 €</b>	<b>0,127</b>	<b>127,88 €</b>	<b>0,330</b>
Standardabweichung	277,48 €	537,24 €	261,26 €	280,23 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	30,06 €	71,90 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	165,26 €	272,38 €	81,47 €	68,25 €						
Maximum	1.116,70 €	2.025,66 €	1.116,70 €	987,57 €						

**Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-bekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>0,00 €</b>	<b>48,33 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0 €</b>		<b>48,33 €</b>	<b>0,321</b>	<b>48,33 €</b>	<b>0,319</b>
Standardabweichung	0,00 €	264,72 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	1.449,92 €	0,00 €	0,00 €						

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

Erwachsene

**Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	569	571	559	564						
<b>Mittelwert</b>	<b>3.922,22 €</b>	<b>3.313,41 €</b>	<b>3.220,91 €</b>	<b>3.235,81 €</b>	<b>701,31 €</b>	<b>0,228</b>	<b>77,60 €</b>	<b>0,874</b>	<b>-623,71 €</b>	<b>0,412</b>
Standardabweichung	10.979 €	9.756 €	8.926 €	6.835 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	216,83 €	215,41 €	230,94 €	221,20 €						
Median	762,82 €	699,52 €	787,82 €	759,81 €						
75%-Perzentil	3.084,56 €	2.512,10 €	2.756,49 €	2.669,38 €						
Maximum	121.105 €	178.371 €	159.051 €	63.729 €						

**Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	170	130	150	134						
<b>Mittelwert</b>	<b>2.449,66 €</b>	<b>1.863,35 €</b>	<b>1.682,33 €</b>	<b>1.745,29 €</b>	<b>767,32 €</b>	<b>0,119</b>	<b>118,06 €</b>	<b>0,779</b>	<b>-649,26 €</b>	<b>0,315</b>
Standardabweichung	9.501,54 €	8.702,13 €	7.240,67 €	5.337,34 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.082,48 €	0,00 €	656,87 €	0,00 €						
Maximum	107.758 €	177.349 €	146.880 €	53.844 €						

**Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>19,03 €</b>	<b>14,62 €</b>	<b>6,50 €</b>	<b>12,86 €</b>	<b>12,53 €</b>	<b>0,182</b>	<b>1,76 €</b>	<b>0,912</b>	<b>-10,77 €</b>	<b>0,561</b>
Standardabweichung	204,57 €	274,01 €	100,96 €	275,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.931,98 €	6.550,54 €	2.115,99 €	6.665,99 €						

**Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	20	43	52	81						
Mittelwert	7,04 €	13,39 €	46,32 €	82,23 €	-39,29 €	0,009	-68,84 €	<0,001	-29,55 €	0,202
Standardabweichung	80,53 €	66,66 €	356,38 €	422,33 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.792,50 €	710,30 €	5.504,07 €	3.774,55 €						

**Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	563	565	555	559						
Mittelwert	519,98 €	492,02 €	579,28 €	557,09 €	-59,31 €	0,079	-65,07 €	0,057	-5,76 €	0,905
Standardabweichung	584,08 €	539,49 €	577,35 €	631,88 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	127,29 €	133,67 €	149,50 €	149,03 €						
Median	346,57 €	319,45 €	381,00 €	347,15 €						
75%-Perzentil	701,10 €	659,91 €	831,24 €	746,49 €						
Maximum	4.225,20 €	3.620,71 €	3.045,42 €	6.601,37 €						

**Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	454	458	458	463						
Mittelwert	785,03 €	771,77 €	783,19 €	700,50 €	1,84 €	0,993	71,27 €	0,693	69,43 €	0,799
Standardabweichung	3.682,27 €	3.445,89 €	3.345,82 €	2.710,31 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	12,61 €	13,68 €	13,54 €	13,70 €						
Median	69,13 €	89,69 €	81,24 €	87,89 €						
75%-Perzentil	314,10 €	360,59 €	371,06 €	356,48 €						
Maximum	56.775 €	47.128 €	50.851 €	36.587 €						

**Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	591	591	591	591						
N mit Fall	151	149	167	163						
<b>Mittelwert</b>	<b>141,50 €</b>	<b>158,27 €</b>	<b>123,29 €</b>	<b>137,85 €</b>	<b>18,21 €</b>	<b>0,481</b>	<b>20,42 €</b>	<b>0,496</b>	<b>2,21 €</b>	<b>0,955</b>
Standardabweichung	506,96 €	588,71 €	371,13 €	431,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	46,13 €	29,78 €	94,92 €	98,73 €						
Maximum	6.866,60 €	7.257,60 €	3.859,02 €	5.823,67 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	747	774	769	782						
<b>Mittelwert</b>	<b>3.825,89 €</b>	<b>3.220,40 €</b>	<b>3.475,98 €</b>	<b>3.413,06 €</b>	<b>349,90 €</b>	<b>0,606</b>	<b>-192,65 €</b>	<b>0,678</b>	<b>-542,56 €</b>	<b>0,509</b>
Standardabweichung	15.419 €	8.337 €	11.555 €	10.201 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	175,45 €	221,56 €	275,19 €	279,99 €						
Median	760,46 €	911,01 €	899,95 €	926,70 €						
75%-Perzentil	2.860,57 €	2.926,79 €	3.001,77 €	2.857,06 €						
Maximum	363.816 €	108.679 €	220.878 €	192.325 €						

**Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	196	184	191	181						
<b>Mittelwert</b>	<b>2.367,55 €</b>	<b>1.673,41 €</b>	<b>1.418,98 €</b>	<b>1.600,28 €</b>	<b>948,57 €</b>	<b>0,083</b>	<b>73,14 €</b>	<b>0,827</b>	<b>-875,43 €</b>	<b>0,172</b>
Standardabweichung	14.763 €	6.966 €	4.807 €	6.467 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	360.333 €	107.034 €	76.972 €	115.264 €						

**Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>19,72 €</b>	<b>4,61 €</b>	<b>14,42 €</b>	<b>12,36 €</b>	<b>5,30 €</b>	<b>0,688</b>	<b>-7,76 €</b>	<b>0,342</b>	<b>-13,06 €</b>	<b>0,400</b>
Standardabweichung	267,65 €	93,91 €	262,52 €	211,77 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.608,13 €	2.185,99 €	6.064,13 €	4.565,99 €						

**Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	20	39	70	116						
<b>Mittelwert</b>	<b>4,87 €</b>	<b>13,64 €</b>	<b>34,69 €</b>	<b>56,85 €</b>	<b>-29,82 €</b>	<b>0,002</b>	<b>-43,21 €</b>	<b>0,002</b>	<b>-13,39 €</b>	<b>0,426</b>
Standardabweichung	85,34 €	215,25 €	259,72 €	327,71 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.352,99 €	5.958,04 €	4.293,06 €	4.116,41 €						

**Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	727	758	758	768						
<b>Mittelwert</b>	<b>514,61 €</b>	<b>523,84 €</b>	<b>583,85 €</b>	<b>561,27 €</b>	<b>-69,23 €</b>	<b>0,018</b>	<b>-37,42 €</b>	<b>0,176</b>	<b>31,81 €</b>	<b>0,429</b>
Standardabweichung	585,72 €	535,76 €	588,98 €	574,51 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	91,49 €	129,23 €	166,60 €	164,01 €						
Median	340,69 €	364,56 €	415,67 €	402,63 €						
75%-Perzentil	746,87 €	745,47 €	823,34 €	803,97 €						
Maximum	5.288,22 €	4.113,74 €	5.302,98 €	4.979,40 €						

**Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	610	646	641	656						
<b>Mittelwert</b>	<b>754,40 €</b>	<b>814,12 €</b>	<b>1.250,75 €</b>	<b>997,41 €</b>	<b>-496,34 €</b>	<b>0,141</b>	<b>-183,29 €</b>	<b>0,474</b>	<b>313,05 €</b>	<b>0,460</b>
Standardabweichung	3.303,91 €	3.397,09 €	3.989,70 €	6.423,44 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	11,82 €	15,67 €	15,53 €	23,66 €						
Median	99,46 €	128,03 €	110,82 €	129,62 €						
75%-Perzentil	413,73 €	490,98 €	419,68 €	501,57 €						
Maximum	43.996 €	63.668 €	166.982 €	161.347 €						

**Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	807	807	807	807						
N mit Fall	236	231	228	225						
<b>Mittelwert</b>	<b>164,72 €</b>	<b>190,78 €</b>	<b>173,30 €</b>	<b>184,89 €</b>	<b>-8,57 €</b>	<b>0,756</b>	<b>5,88 €</b>	<b>0,845</b>	<b>14,46 €</b>	<b>0,724</b>
Standardabweichung	434,12 €	547,61 €	654,19 €	659,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	94,92 €	102,26 €	94,92 €	97,74 €						
Maximum	3.346 €	6.489 €	10.538 €	8.388 €						

Kinder und Jugendliche

**Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	22	23	23	23						
Mittelwert	698,22 €	606,07 €	1.057,14 €	1.506,78 €	-358,92 €	0,632	-900,72 €	0,431	-541,79 €	0,691
Standardabweichung	1.222,62 €	922,68 €	3.440,50 €	5.478,91 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	148,46 €	95,20 €	48,80 €	61,90 €						
Median	266,70 €	216,03 €	135,08 €	145,99 €						
75%-Perzentil	388,45 €	697,89 €	346,67 €	689,15 €						
Maximum	4.185 €	3.765 €	17.003 €	27.082 €						

**Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	362,08 €	203,35 €	630,48 €	906,51 €	-268,40 €	0,622	-703,16 €	0,409	-434,76 €	0,665
Standardabweichung	998,16 €	649,27 €	2.453,21 €	4.083,03 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.586 €	2.975 €	11.947 €	20.041 €						

**Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	10,80 €	66,95 €	0,00 €	0,00 €	10,80 €	0,323	66,95 €	0,323	56,15 €	0,410
Standardabweichung	52,90 €	327,99 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	259,17 €	1.606,82 €	0,00 €	0,00 €						

**Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>0,08 €</b>	<b>37,60 €</b>	<b>3,39 €</b>	<b>88,76 €</b>	<b>-3,32 €</b>	<b>0,334</b>	<b>-51,15 €</b>	<b>0,555</b>	<b>-47,84 €</b>	<b>0,580</b>
Standardabweichung	0,38 €	135,75 €	16,63 €	398,72 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1,84 €	649,36 €	81,47 €	1.953,00 €						

**Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	22	23	23	23						
<b>Mittelwert</b>	<b>197,97 €</b>	<b>205,51 €</b>	<b>202,32 €</b>	<b>193,31 €</b>	<b>-4,35 €</b>	<b>0,947</b>	<b>12,19 €</b>	<b>0,824</b>	<b>16,55 €</b>	<b>0,845</b>
Standardabweichung	168,09 €	188,36 €	267,52 €	189,28 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	82,20 €	83,78 €	48,80 €	44,74 €						
Median	145,26 €	141,38 €	114,71 €	101,61 €						
75%-Perzentil	284,90 €	300,26 €	259,16 €	313,04 €						
Maximum	523,71 €	727,36 €	1.190,72 €	616,67 €						

**Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	17	17	13	14						
<b>Mittelwert</b>	<b>116,49 €</b>	<b>82,98 €</b>	<b>220,95 €</b>	<b>314,13 €</b>	<b>-104,46 €</b>	<b>0,605</b>	<b>-231,14 €</b>	<b>0,409</b>	<b>-126,69 €</b>	<b>0,712</b>
Standardabweichung	244,53 €	197,02 €	952,07 €	1.344,34 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	25,92 €	16,11 €	11,96 €	23,58 €						
75%-Perzentil	124,50 €	65,50 €	32,51 €	53,93 €						
Maximum	1.164,36 €	865,56 €	4.686,11 €	6.620,35 €						

**Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	24	24	24	24						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>10,80 €</b>	<b>9,67 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>4,07 €</b>	<b>10,80 €</b>	<b>0,290</b>	<b>5,59 €</b>	<b>0,509</b>	<b>-5,21 €</b>	<b>0,692</b>
Standardabweichung	49,41 €	36,02 €	0,00 €	19,95 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	242,22 €	166,84 €	0,00 €	97,74 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	28	30	29	29						
<b>Mittelwert</b>	<b>557,72 €</b>	<b>753,64 €</b>	<b>637,00 €</b>	<b>546,19 €</b>	<b>-79,28 €</b>	<b>0,748</b>	<b>207,45 €</b>	<b>0,478</b>	<b>286,73 €</b>	<b>0,452</b>
Standardabweichung	750,84 €	1.453,82 €	1.117,18 €	642,38 €						
Minimum	0,00 €	21,65 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	130,56 €	127,55 €	79,95 €	108,54 €						
Median	276,21 €	289,89 €	231,69 €	341,85 €						
75%-Perzentil	685,58 €	526,96 €	495,35 €	557,94 €						
Maximum	3.629,95 €	7.291,36 €	4.439,88 €	2.230,00 €						

**Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>208,76 €</b>	<b>409,83 €</b>	<b>193,01 €</b>	<b>98,26 €</b>	<b>15,75 €</b>	<b>0,930</b>	<b>311,57 €</b>	<b>0,159</b>	<b>295,82 €</b>	<b>0,297</b>
Standardabweichung	736,72 €	1.153,29 €	649,70 €	315,56 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.586,54 €	5.024,62 €	3.104,66 €	1.411,97 €						

**Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		0 €		0 €	
Standardabweichung	0 €	0 €	0 €	0 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0 €	0 €	0 €	0 €						

**Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
Mittelwert	0,05 €	2,86 €	4,82 €	5,36 €	-4,77 €	0,155	-2,50 €	0,596	2,27 €	0,694
Standardabweichung	0,26 €	15,66 €	18,16 €	20,41 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1,45 €	85,80 €	73,62 €	81,47 €						

**Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	27	29	28	28						
Mittelwert	198,76 €	201,12 €	233,40 €	265,34 €	-34,64 €	0,599	-64,22 €	0,209	-29,59 €	0,721
Standardabweichung	189,63 €	141,87 €	304,54 €	237,93 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	70,27 €	76,94 €	66,74 €	75,70 €						
Median	169,21 €	227,08 €	137,42 €	210,47 €						
75%-Perzentil	250,91 €	262,96 €	235,95 €	384,61 €						
Maximum	887,73 €	635,74 €	1.369,23 €	955,94 €						

**Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	22	26	22	24						
<b>Mittelwert</b>	<b>49,94 €</b>	<b>46,80 €</b>	<b>60,33 €</b>	<b>60,26 €</b>	<b>-10,39 €</b>	<b>0,652</b>	<b>-13,47 €</b>	<b>0,432</b>	<b>-3,08 €</b>	<b>0,914</b>
Standardabweichung	63,10 €	56,42 €	108,35 €	74,15 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,13 €	1,69 €	0,13 €	2,28 €						
Median	18,72 €	30,07 €	14,66 €	24,60 €						
75%-Perzentil	75,09 €	48,52 €	70,73 €	110,44 €						
Maximum	244,60 €	200,01 €	532,84 €	286,64 €						

**Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	30	30	30	30						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>100,21 €</b>	<b>93,04 €</b>	<b>145,44 €</b>	<b>116,96 €</b>	<b>-45,23 €</b>	<b>0,597</b>	<b>-23,92 €</b>	<b>0,804</b>	<b>21,31 €</b>	<b>0,868</b>
Standardabweichung	259,11 €	326,88 €	387,22 €	412,28 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	922,73 €	1.670,37 €	1.936,85 €	1.984,44 €						

### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

#### Erwachsene

**Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene**

Behandlungs- setting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	<10	1	45	92	0,196	39	136	1	62	173	0,139	71	172	0,114	85	156	0,002
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	1	34	64	0,196	44	139	1	67	379	0,010	81	341	0,077	70	345	<0,001
vs+PIA	11	19	1	132	336	0,391	186	506	0,474	291	699	<0,001	365	672	<0,001	377	677	<0,001
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	1	20	74	0,437	22	152	0,002	53	215	0,690	69	223	0,980	91	214	0,130
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	114	196	1	340	778	<0,001	528	1.289	<0,001	758	3.073	0,125	821	3.117	<0,001	862	2.892	<0,001
TK	<10	10	1	24	48	0,391	30	106	1	81	521	<0,001	91	551	<0,001	100	602	<0,001
PIA	30	43	1	396	1.542	<0,001	642	2.290	<0,001	987	3.619	0,595	1.313	3.893	0,009	1.561	4.105	<0,001
HT																		
Gesamtergebnis	168	284	1	991	2.934	<0,001	1.491	4.618	<0,001	2.299	8.679	<0,001	2.811	8.969	<0,001	3.146	8.991	<0,001

 (N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 8)

**Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene**

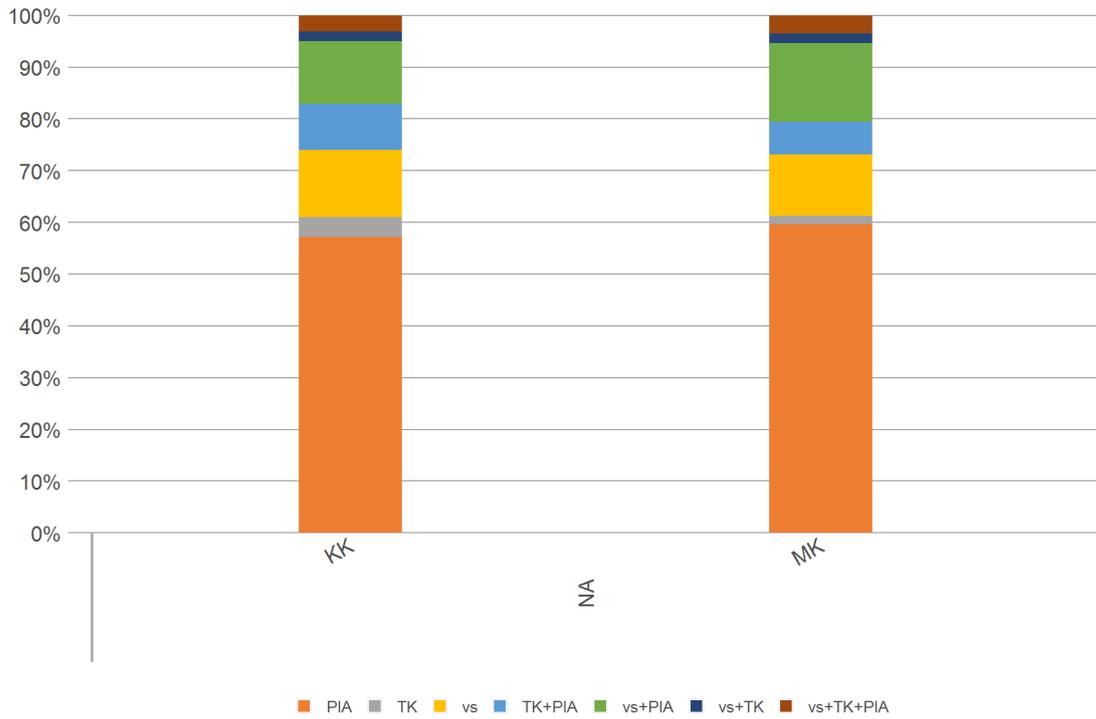
#### Kinder und Jugendliche

**Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Kinder und Jugendliche**

Behandlungs- setting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert	IG	KG	p- Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA				<10	<10	1	<10	20	1	<10	27	1	<10	32	0,569	<10	36	1
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10		1	<10	<10	1	<10	<10	1	<10	19	1	<10	19	1	<10	24	1
vs+PIA	<10	<10	1	10	20	0,479	14	57	1	21	117	0,040	17	117	0,843	17	128	1
vs+HT																		
TK+PIA	<10		1	<10	19	1	<10	51	0,167	<10	86	1	<10	70	1	14	87	1
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	1	<10	29	1	14	49	1	15	151	1	<10	125	0,277	18	116	1
TK		<10	1	<10	<10	1	<10	12	1	<10	40	1	<10	40	0,866	<10	40	0,486
PIA	<10	<10	1	24	116	1	40	225	1	49	571	1	64	595	1	96	551	1
HT																		
Gesamtergebnis	15	11	1	47	200	1	78	422	1	95	1.011	0,745	100	998	0,253	153	982	1

 (N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 3)

Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Kinder und Jugendliche



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

Erwachsene

**Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2.811	8.599	3.146	8.606	3.113	7.555
Anzahl Fälle	7.030	24.223	7.752	24.564	7.847	20.038
Summe Kosten	19.652.146 €	58.311.815 €	21.987.223 €	61.257.483 €	21.036.117 €	52.307.742 €
Ausgaben je Patient	6.991,2 €	6.781,2 €	6.988,9 €	7.118,0 €	6.757,5 €	6.923,6 €
Ausgaben je Fall	2.795 €	2.407 €	2.836 €	2.494 €	2.681 €	2.610 €

**Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.338	4.075	1.394	3.862	1.292	3.437
Anzahl Fälle	1.860	6.596	2.027	6.189	1.867	5.266
Summe Kosten	15.500.724 €	44.770.591 €	16.903.438 €	47.225.889 €	15.419.990 €	39.677.677 €
Ausgaben je Patient	11.585 €	10.987 €	12.126 €	12.228 €	11.935 €	11.544 €
Ausgaben je Fall	8.333,7 €	6.787,5 €	8.339,1 €	7.630,6 €	8.259,2 €	7.534,7 €

**Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	312	1.281	346	1.312	319	1.246
Anzahl Fälle	331	1.858	384	1.820	362	1.697
Summe Kosten	2.518.413 €	9.558.248 €	3.326.645 €	9.974.493 €	3.640.271 €	9.373.987 €
Ausgaben je Patient	8.072 €	7.462 €	9.615 €	7.603 €	11.412 €	7.523 €
Ausgaben je Fall	7.608 €	5.144 €	8.663 €	5.480 €	10.056 €	5.524 €

**Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.818	4.926	2.114	5.104	2.140	4.342
Anzahl Fälle	4.838	15.769	5.336	16.555	5.605	13.075
Summe Kosten	1.616.718 €	3.982.975 €	1.752.941 €	4.057.101 €	1.922.115 €	3.256.078 €
Ausgaben je Patient	889,3 €	808,6 €	829,2 €	794,9 €	898,2 €	749,9 €
Ausgaben je Fall	334,2 €	252,6 €	328,5 €	245,1 €	342,9 €	249,0 €

## Kinder und Jugendliche

**Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche**

	2017		2018		2019	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	100	985	153	968	177	900
Anzahl Fälle	240	2.974	374	2.956	450	2.759
Summe Kosten	2.239.375 €	6.276.838 €	2.763.872 €	8.211.023 €	2.548.510 €	7.999.814 €
Ausgaben je Patient	22.394 €	6.372 €	18.065 €	8.482 €	14.398 €	8.889 €
Ausgaben je Fall	9.331 €	2.111 €	7.390 €	2.778 €	5.663 €	2.900 €

**Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche**

	2017		2018		2019	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	31	289	42	301	50	253
Anzahl Fälle	39	509	56	523	71	431
Summe Kosten	1.787.920 €	3.762.869 €	1.977.289 €	5.167.886 €	1.658.141 €	5.105.413 €
Ausgaben je Patient	57.675 €	13.020 €	47.078 €	17.169 €	33.163 €	20.179 €
Ausgaben je Fall	45.844 €	7.393 €	35.309 €	9.881 €	23.354 €	11.846 €

**Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche**

	2017		2018		2019	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	14	161	22	187	23	153
Anzahl Fälle	14	231	23	270	26	207
Summe Kosten	399.953 €	2.019.515 €	708.974 €	2.532.551 €	781.665 €	2.385.920 €
Ausgaben je Patient	28.568 €	12.544 €	32.226 €	13.543 €	33.985 €	15.594 €
Ausgaben je Fall	28.568 €	8.742 €	30.825 €	9.380 €	30.064 €	11.526 €

**Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr; Kinder und Jugendliche**

	2017		2018		2019	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	92	807	130	794	151	746
Anzahl Fälle	187	2.234	295	2.163	353	2.121
Summe Kosten	51.502 €	494.454 €	77.609 €	510.587 €	108.705 €	508.480 €
Ausgaben je Patient	560 €	613 €	597 €	643 €	720 €	682 €
Ausgaben je Fall	275,4 €	221,3 €	263,1 €	236,1 €	307,9 €	239,7 €

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

Erwachsene

**Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.115,48 €		591	11.831,83 €		591	10.716,35 €	
	KG	1.345,92 €		591	8.967,94 €		591	7.622,03 €	
	Diff (IG - KG)	-230,44 €	0,348		2.863,89 €	<0,001		3.094,33 €	<0,001
KH-Tage	IG	1,8		591	21,5		591	19,6	
	KG	2,0		591	24,7		591	22,7	
	Diff (IG - KG)	-0,1	0,850		-3,2	0,104		-3,1	0,147
<b>ICER</b>		<b>-1.005,36 €/d</b>							

**Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	832,26 €		382	10.101,78 €		382	9.269,52 €	
	KG	972,02 €		363	8.650,22 €		363	7.678,20 €	
	Diff (IG - KG)	-139,76 €	0,575		1.451,57 €	0,155		1.591,32 €	0,135
AU-Tage	IG	28,2		382	87,7		382	59,5	
	KG	28,8		363	88,8		363	60,0	
	Diff (IG - KG)	-0,6	0,901		-1,1	0,896		-0,4	0,963
<b>ICER</b>		<b>-3.585,73 €/d</b>							

Kinder und Jugendliche

**Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr; Kinder und Jugendliche**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.045,77 €		24	30.210,94 €		24	29.165,17 €	
	KG	460,73 €		24	12.425,45 €		24	11.964,72 €	
	Diff (IG - KG)	585,05 €	0,090		17.785,49 €	0,060		17.200,45 €	0,062
KH-Tage	IG	0,1		24	32,4		24	32,3	
	KG	0,0		24	29,9		24	29,9	
	Diff (IG - KG)	0,1	0,327		2,5	0,867		2,4	0,871
<b>ICER</b>		<b>7.242,29 €/d</b>							