

# Zwischenbericht

## Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 26.08.2019**

**aktualisiert am 08.03.2021**

### Autoren:

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

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

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

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

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

## Danksagung

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

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

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

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

## Inhalt

1. Zusammenfassung.....	30
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 .....	43
7. Darstellung Modellvorhaben Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH .....	49
8. Ergebnisse: Effektivität .....	50
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	51
8.2 Ergebnisse Outcomeparameter .....	68
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	70
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	99
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik .....	128
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	174
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	176
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten .....	188
8.2.7 Wiederaufnahmeraten .....	199
8.2.8 Komorbidität .....	206
8.2.9 Mortalität.....	210
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung .....	218
8.2.11 Leitlinienadhärenz .....	235
9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	243
9.1 Patientenmix.....	243
9.2 Leistungserbringung .....	252
10. Ergebnisse: Kosten .....	266
10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	266
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	278
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	285

10.4	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	291
10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 297	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung .....	303
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung .....	310
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung .....	316
11.	Ergebnisse: Effizienz .....	322
12.	Diskussion .....	326
12.1	Hauptergebnisse.....	326
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich) .....	333
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	336
13.	Literatur .....	338
14.	Anhang.....	339
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	339
14.2	Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	379
14.3	Ergebnisse Modellierung .....	408
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 477	
14.5	Ergebnisse Kosten .....	478
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	478
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	488
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	494
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	507
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) .....	517
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 519	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 521	

## Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Treatmenteffekt** bezeichnet die gewählte Nomenklatur für die Wirksamkeit der Intervention. Dabei kann der Treatmenteffekt sowohl den DiD – Schätzer des Interaktionstermes *Gruppe x Zeit* als auch

das Risk Ratio für den Haupteffekt *Gruppe* (in Analysen in denen kein Prä – Post – Vergleich möglich ist) bezeichnen.



## Abkürzungsverzeichnis

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

**Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 74

Abbildung 2: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 82

Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 88

Abbildung 4: Interaktionsdiagramme für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 96

Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 103

Abbildung 6: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 111

Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 117

Abbildung 8: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 125

Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 141

Abbildung 10: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 152

Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 161

Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 170

Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 174

Abbildung 14: Interaktionsdiagramme für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ..... 175

Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 179

Abbildung 16: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene ..... 180

Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche ..... 184

Abbildung 18: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche ..... 186

Abbildung 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .... 191

Abbildung 20: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 197

Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ..... 199

Abbildung 22: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ..... 201

Abbildung 23: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	204
Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	207
Abbildung 25: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	209
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	211
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	212
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche .....	215
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	216
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	221
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	226
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	229
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	234
Abbildung 34: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	235
Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	241
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf- EP.....	244
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf- EP.....	245
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)- EP.....	246
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - KJP .....	248
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - KJP.....	249
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - KJP .....	251
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	267
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	268
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	269
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	272
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	273
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	275

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	278
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	279
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	280
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	282
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	283
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	284
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	285
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	286
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	287
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	288
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	289
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	290
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	291
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	292
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	293
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	294
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	295
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP.....	296

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)- EP .....	298
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)- EP .....	298
Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	299
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) - KJP .....	300
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) - KJP .....	301
Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	302
Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	304
Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	305
Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	306
Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	307
Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	308
Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	309
Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	310
Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	311
Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	312
Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	313
Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	314
Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	315

Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	316
Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	317
Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	318
Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	319
Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	320
Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP.....	321
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	323
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – KJP.....	324
Abbildung 92: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	379
Abbildung 93: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	382
Abbildung 94: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	384
Abbildung 95: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	387
Abbildung 96: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	390
Abbildung 97: Interaktionsdiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	393
Abbildung 98: Interaktionsdiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	396
Abbildung 99: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	398
Abbildung 100: Interaktionsdiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	398
Abbildung 101: Interaktionsdiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	399
Abbildung 102: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	400
Abbildung 103: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	401

Abbildung 104: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	402
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene .....	403
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche .....	403
Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	404
Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	405
Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	406
Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting- EP.....	517
Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - KJP.....	518

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching- EP .....	44
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Erwachsene .....	44
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching- EP .....	45
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching - KJP .....	46
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche .....	47
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching – KJP .....	48
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene.....	52
Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche.....	54
Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene.....	56
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche.....	62
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	71
Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene .....	81
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	85
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	95
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ...	100
Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene...	110
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	114
Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	124
Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	129
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	148
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	155
Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	168
Tabelle 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene.....	174
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene .....	175
Tabelle 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene .....	177
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	180
Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	182
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche.....	186
Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	189



Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	196
Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	199
Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene.....	200
Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche .....	203
Tabelle 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	206
Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene .....	208
Tabelle 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	210
Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	212
Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche ...	214
Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	216
Tabelle 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	219
Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene.....	225
Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche	227
Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche .....	233
Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	236
Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene.....	237
Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ...	238
Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	240
Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)- EP .....	243
Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl)- EP .....	244
Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG)- EP .....	246
Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - KJP.....	248
Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - KJP.....	249
Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - KJP .....	250
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)- EP .....	252
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)- EP.....	252
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)- EP.....	253
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)- EP.....	254
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)- EP .....	254

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)- EP..... 255

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)- EP..... 256

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)- EP..... 257

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) - KJP..... 259

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) - KJP..... 260

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) - KJP..... 261

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) - KJP..... 261

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) - KJP..... 262

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) - KJP..... 263

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) - KJP..... 264

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) - KJP..... 264

Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP..... 266

Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP..... 267

Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP..... 269

Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP ..... 270

Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP ..... 272

Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP ..... 273

Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	275
Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	276
Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	278
Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	279
Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	280
Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	282
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	283
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	284
Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	285
Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP.....	286
Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	287
Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	288
Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP.....	289
Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	290
Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	291
Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	292
Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	293
Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	294
Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	295
Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	296

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)- EP .....	297
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)- EP .....	298
Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	298
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) - KJP .....	300
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) - KJP .....	301
Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	302
Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	303
Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	304
Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	305
Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	307
Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	308
Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	309
Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	310
Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP .....	311
Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP .....	312
Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	313
Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP .....	314
Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	315

Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP..... 316

Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP..... 317

Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP..... 318

Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP ..... 319

Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP..... 320

Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP ..... 321

Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP ..... 322

Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP ..... 322

Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP ..... 324

Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 339

Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche ..... 341

Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene . 343

Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 345

Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene..... 347

Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 355

Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 358

Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 364

Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 365

Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 366

Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 368

Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche ..... 370

Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 371

Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene..... 373

Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche..... 374

Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ..... 375

Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	376
Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	377
Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	409
Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	411
Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	413
Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	415
Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	417
Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	418
Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	419
Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	420
Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	422
Tabelle 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	424
Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	426
Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	428
Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	429
Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	430
Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	431
Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	433
Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene.....	435
Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	437
Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	438
Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	439
Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	440

Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	441
Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene .....	442
Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	443
Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	444
Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene .....	445
Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	446
Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	447
Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	448
Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	449
Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	450
Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene .....	451
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	452
Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	454
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	455
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene .....	456
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	457
Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	458
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	459
Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	460
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	461
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene.....	462
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	463

Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	464
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene.....	465
Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	466
Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	467
Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	468
Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	469
Tabelle 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	470
Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene.....	471
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	472
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	473
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	474
Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	475
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	476
Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	477
Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	478
Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	478
Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	478
Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	479
Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	479
Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	479
Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	480
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	480
Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	480



Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	481
Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	481
Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	481
Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	482
Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	482
Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	483
Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	483
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	483
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	484
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	484
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	484
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP.....	485
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	485
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP.....	485
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	486
Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	486
Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	486
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	487
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	487
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	488
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	488
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	488

Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	489
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	489
Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	489
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP.....	490
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	491
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	491
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	491
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP.....	492
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP.....	492
Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP.....	492
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP .....	493
Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	494
Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	494
Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	495
Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	495
Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	495
Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	496
Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	496
Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	496
Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	497
Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	497
Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	497

Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	498
Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	498
Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	498
Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	499
Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	499
Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	500
Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	500
Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	501
Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	501
Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	501
Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	502
Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	503
Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	503
Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	503
Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	504
Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	504
Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	504
Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	505
Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	505
Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	505
Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	506
Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	507

Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	507
Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	507
Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	508
Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	508
Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	508
Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	509
Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	509
Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	509
Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	510
Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	510
Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	510
Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	511
Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	511
Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	512
Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	512
Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	512
Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	513
Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	513
Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	513
Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	514
Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	514
Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	514

Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	515
Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	515
Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	515
Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	516
Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	516
Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting- EP.....	517
Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - KJP.....	518
Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr- EP.....	519
Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP..	519
Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP....	519
Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP.....	520
Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - KJP.....	520
Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP	520
Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP .	521
Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP.....	521
Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP .....	521
Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP.....	522
Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP .....	523

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach §64b SGB V der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach §64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

### Studiendesign und Methoden

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

Jahre bei dem Zielkriterium Wiederaufnahmerate). Längere Beobachtungszeiten sind für den später folgenden Abschlussbericht vorgesehen.

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

## Analyse

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im 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 3. Modelljahr.

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

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

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



Differenzen in den psychiatrischen Versorgungskosten und den Veränderungen in den AU-Tagen aufgrund von Indexdiagnosen aufeinander bezogen. In diese Analyse flossen ausschließlich Patienten mit Versicherungsstatus „Mitglied“ ein. Für die Analyse des Patientenmix wurden die Anteile der Patienten entsprechend des Behandlungssettings sowohl für die Studienpopulation als auch für die Klinik betrachtet.

## Ergebnisse

Die Studienpopulation für die Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 856 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie sowie 693 Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Daher waren das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

### *Effektivität*

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* (Seite 70 ff.) aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der durchschnittlichen *vollstationären Behandlungsdauer* zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr und war sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG mit 32,0 vollstationären Tagen höher als in der KG mit 25,0 vollstationären Tagen (Seite 71 ff.). Auch bei den linikbekanntem erwachsenen Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem, Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den Präzeitraum und die ersten zwei Modelljahre in der IG höher als in der KG, gleicht sich dieser jedoch über die Zeit an. Im dritten Jahr fällt die vollstationäre Behandlungsdauer in der IG unter das Niveau der KG (Seite 71 ff.). Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (Seite 95 ff.).

Bei dem primären Zielkriterium kumulative *stationäre Behandlungsdauer und Anzahl stationärer Aufenthalte* aufgrund von Indexdiagnosen von linikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster im Verlauf der Dauer vollstationärer Aufenthalte zwischen der Modellklinik (IG) und der Kontrollgruppe (KG) mit vergleichbar niedrigem Prä-Wert, Peak im ersten patientenindividuellem Jahr und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau unterschied sich dabei zwischen IG und KG deutlich im ersten Jahr und war sonst nahezu deckungsgleich. Der Peak war in der IG mit 13,1 vollstationären Tagen geringer als in der KG mit 23,5 vollstationären Tagen. Auch bei den klinikbekanntem Patienten der KJP zeigten sich zwischen

beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer besonders im ersten Behandlungsjahr in der IG geringer als in der KG. Die Dauer teilstationärer Aufenthalte war bei den klinikneuen Patienten im ersten Behandlungsjahr in der IG höher und den klinikbekannten Patienten geringer im Vergleich zur KG. Für die Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen in der IG signifikant verringert im Vergleich zur KG.

Beim zweiten primären Zielkriterium *Arbeitsunfähigkeit* zeigten sich in der IG und in der KG ähnliche Muster. Die Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieb bei den klinikneuen erwachsenen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert. Die durchschnittliche *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient zeigte für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr einen hypothesenkonträren Effekt. Dieser wurde für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr dann hypothesenkonform. Der Anstieg im ersten Jahr war in der IG größer als in der KG. (Seite 189 ff.). Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war der Anstieg im ersten Jahr in der IG größer als in der KG. Erst im dritten Modelljahr hatten Patienten der IG eine erkennbar geringere AU-Dauer als Patienten der KG. Hier lag die IG mit 15,1 Tagen deutlich unter der KG mit 31,1 Tagen. (Seite 189 ff.). Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen dann in der IG signifikant weniger stark an als in der KG (Seite 196 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* (Seite 99 ff.) klinikneuer erwachsener Patienten über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer gleichbleibend niedrigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 2 PIA-Kontakt weniger. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar. Dabei lagen beide Gruppen hier in etwa auf gleichbleibendem Niveau. (Seite 100 ff.). Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten zeigte sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über den gesamten Zeitraum eine geringere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG. Dabei gleicht sich die KG über den Zeitverlauf an das Niveau der IG an. Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt über alle Patienten im ersten Jahr ca. 2 Kontakte über dem Niveau der KG. (Seite 100 ff.). Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich ein signifikant stärkerer Anstieg der Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG über den Zeitverlauf (Seite 124 ff.).

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die *Inanspruchnahme ambulanter Leistungen* klinikneuer Patienten der KJP über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster eines Peaks der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose im ersten Jahr. Dieser war

in der IG um etwa einen Kontakt geringer ausgeprägt im Vergleich zur KG. Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hinsichtlich der Inanspruchnahme über den gesamten Zeitraum in etwa 1,5 Kontakte unter dem Niveau der KG. Bei den klimbekanntem Patienten der KJP zeigte sich für Patienten mit Referenzfall im ersten und dritten Modelljahr eine geringere Zunahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG für das jeweils erste patientenindividuelle Jahr. Bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* zeigte sich auch ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei lag die IG hier im Durchschnitt aller Patienten ca. 2 Kontakte über dem Niveau der KG (Seite 100 ff.). Für die Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zeigte sich ein signifikant geringerer Anstieg der Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG über den Zeitverlauf.

Bei dem Zielparame<sup>ter</sup> *Behandlungskontinuität* (Seite 128 ff.) zeigten sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP für klinikkneue und für klimbekanntem Patienten aller Kohorten im Zeitverlauf keine deutlichen Veränderungen im Zeitverlauf und zwischen den Gruppen.

Beim Zielkriterium *Wiederaufnahme* (Seite 199 ff.) war der Anteil der erwachsenen Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt für Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar. Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung zeigte ebenfalls keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Bei den Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde aufgrund zu geringer Fallzahlen kein statistischer Vergleich durchgeführt.

Bei den Parametern *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 176 ff.), *Komorbidität* (Seite 206 ff.), *Mortalität* (Seite 210 ff.), *Progressionsrate* (Seite 218 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 235 ff.) zeigten sich keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

### *Kosten*

#### *Erwachsene*

Bei den klinikkneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die Kosten der IG signifikant über denen der KG lagen. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Bei den klinikbekannten Patienten lagen die psychiatrischen Versorgungskosten sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant über den Kosten der KG. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten und unterschieden sich nicht zwischen IG und KG.

Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 1.769,44 € je Patient signifikant über den Kosten der KG ( $p = 0,008$ ). In der IG ergab sich somit ein um 1.539,40 € signifikant höherer Kostenanstieg ( $p = 0,021$ ).

### *Kinder und Jugendliche*

Bei den klinikneuen Kindern und Jugendlichen mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG bezogen auf die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten. Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die Kosten der IG unter denen der KG lagen. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und beide Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander.

Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich in Bezug auf die psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten der IG unter den Kosten der KG. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten und unterschieden sich nicht zwischen IG und KG.

Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum keine von der KG verschiedene Kostenhöhe (vgl. Tabelle 43). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei um 1.118,67 € je Patient unter den Kosten der KG ( $p = 0,373$ ). In der IG ergab sich somit ein um 867,19 € nicht signifikant geringerer Kostenanstieg ( $p = 0,482$ ).

### *Kosten-Effektivität*

#### *Erwachsene*

Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage ( $p = 0,84$ ) sowie die AU-Tage ( $p = 0,08$ ) zwischen beiden Gruppen feststellen. In der IG war ein um 0,6 Tage stärkerer Anstieg ( $p = 0,81$ ) vollstationärer Tage, jedoch ein um 7,7 Tage geringerer ( $p = 0,41$ ) Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage stiegen in der IG um 1.539,40 € stärker ( $p = 0,02$ ) als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 1.087,08 € stärkerer ( $p = 0,21$ ) Anstieg der IG zu verzeichnen. Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei -2.616,99 € und bezogen auf die AU-Tage bei 141,63 €. Für jeden zusätzlichen vollstationären Tag fielen demzufolge -2.616,99 € zusätzlich an. Jeder zusätzlich verringerte AU-Tag je Patient der IG war mit höheren Kosten von 141,63 € je Patient verbunden.

#### *Kinder und Jugendliche*

Bei den Kindern und Jugendlichen mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage zwischen beiden Gruppen feststellen. In der IG war ein um 5,2 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage fielen in der IG um 867,19 € weniger stark als die der KG an ( $p = 0,49$ ). Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei -166,18 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag wurden demzufolge 166,18 € eingespart.

## Diskussion

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

In diesem Bericht lassen sich mehrere Haupterkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. 1.) Die Effekte der Modellintervention unterscheiden sich zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP. 2.) In der Erwachsenenpsychiatrie lassen die Ergebnisse sowohl der stationären Behandlungsdauer als auch der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen darauf schließen, dass Modelleffekte hier erst im dritten Modelljahr beginnen, wirksam zu werden. 3.) In der KJP zeigte sich dagegen in allen Kohorten Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. 4.) Hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte zeigten sich in der Erwachsenenpsychiatrie in der Modellklinik im dritten Modelljahr hypothesenkonforme Effekte. In der KJP können Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht durch Unterschiede in der Häufigkeit ambulanter Kontakte erklärt werden. Hier lässt die erhöhte teilstationäre Behandlungsdauer darauf schließen, dass das Modellvorhaben in der KJP eine Umsteuerung vom vollstationären in den teilstationären Bereich bewirkt hat.

Der Peak der klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr ist plausibel, weil die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendig bzw. zeitintensiv war. Insgesamt lassen die Ergebnisse in der Erwachsenenpsychiatrie die Vermutung zu, dass Modellvorhaben ohne modellähnlichen Vorvertrag eine gewisse Implementierungsphase benötigen. So konnten die zunächst hypothesenkonträren Entwicklungen hinsichtlich der vollstationären Behandlungsdauer im dritten Modelljahr zumindest abgeschwächt (Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr) bzw. bereits umgekehrt werden (klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr). Auch hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden zeigten sich positive Modelleffekte vornehmlich erst im dritten Modelljahr.

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

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die kürzere durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer im ersten patientenindividuellen Jahr in der IG im Vergleich zur KG ein Hinweis darauf, dass die Einführung des Modellprojektes hier bereits im ersten Modelljahr verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Die unterschiedlichen Muster der Patientenanteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt und der vollstationären Behandlungsdauer weisen darauf hin, dass klinikneue Patienten insgesamt gleich häufig stationär aufgenommen wurden, jedoch in der IG weniger Tage vollstationär verblieben. Für klinikneue Patienten steht einer Reduktion vollstationärer Behandlungstage eine Erhöhung teilstationärer Behandlungstage im ersten patientenindividuellen Jahr gegenüber. Möglicherweise wurde demnach ein Teil vollstationärer Fälle in den teilstationären Bereich verlagert.

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

### *Kosten*

#### Erwachsene

Die Hypothese, dass die vollstationären Versorgungskosten durch die Modelleffekte in der IG geringer ausfallen, muss an dieser Stelle verworfen werden. So ergaben sich weder für die klinikneuen noch die klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr geringere vollstationäre psychiatrische Versorgungskosten. In allen Vergleichsgruppen lagen die Kosten der IG im ersten Modelljahr über denen der KG. Im Zuge dessen muss auch die Hypothese geringerer gesamter psychiatrischer Versorgungskosten abgelehnt werden.

Zurückzuführen ist dieses Ergebnis hauptsächlich auf einen größeren Anteil an vollstationär behandelten Patienten in der IG und auf höhere Tagessätze in der Modellklinik gegenüber dem Durchschnitt der Kontrollkliniken. Zur abschließenden Beantwortung der Frage nach der Höhe der vollstationären Kosten müssen allerdings zusätzlich die Budgetausgleiche, auf die die höheren Tagessätze zurückzuführen sind, adäquat berücksichtigt werden. Es wird derzeit geprüft, inwieweit sich dies für die Abschlussberichte umsetzen lässt.

#### Kinder und Jugendliche

Die Hypothese der verringerten vollstationären Versorgungskosten kann für die Kinder und Jugendlichen vorerst nicht bestätigt werden. Dennoch greifen auch hier die im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie genannten Limitationen.

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

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

#### **Fazit**

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Hinsichtlich der Bewertung der Ergebnisse muss klar zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden. In der Erwachsenenpsychiatrie legen die Ergebnisse die Vermutung nahe, dass positive Modelleffekte erst im dritten Modelljahr beginnen, sichtbar zu werden. Dies könnte darauf schließen lassen, dass Modellvorhaben ohne bereits existierenden modellähnlichen Vorvertrag eine gewisse Implementationsphase benötigen, um wirksam zu werden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen sich positive Effekte in der stationären Behandlungsdauer jedoch bereits im ersten Modelljahr. Insgesamt müssen für eine abschließende Bewertung der Modellwirksamkeit in der Erwachsenenpsychiatrie hier die Daten des vierten Modelljahres ausgewertet werden.

## **2. Hintergrund**

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## **3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes**

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

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

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

## **5. Methoden**

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.



## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- AOK PLUS
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Debeka BKK
- IKK classic
- Knappschaft
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016) (DAK)
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- atlas BKK ahlmann
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK exklusiv
- BKK firmus
- Metzinger BKK (Fusion mit der BKK MEM zum 01.01.2018 und mit der mhplus BKK zur mhplus BKK zum 01.01.2019)
- BKK Mobil Oil
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- Brandenburgische BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- HEK
- hkk
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)

- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

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

## 6.1 Patientenmatching

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

### Erwachsene

In das Matching flossen in der IG 1.288 Versicherte ein, wobei für 1.271 Versicherte (98,7%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 19.842 Patienten gezogen.

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 1).

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

Die Zahl der Patienten, die in ihrem Prä-Zeitraum bereits einen vertragsärztlichen psychiatrischen Behandlungsfall aufwiesen, war bei den klinikbekannten Patienten der Kohorten 1 und 2 jeweils in der IG signifikant höher als in der KG. Bei den klinikneuen Patienten der zweiten Kohorte lag der Anteil der Patienten mit PIA-Behandlung im Prä-Zeitraum in der IG signifikant über dem der KG. Die weiteren Parameter konnten durch das Matching angeglichen werden

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

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>gesamt</b>	<b>Gesamt</b>	1.623	24.807	1.288 (79%)	19.842 (80%)	1.271 (78% ; 98,7%)	1.271 (5% ; 6%)
	<b>Kohorte 1</b>	559	9.757	454 (81%)	7.893 (81%)	448 (80% ; 98,7%)	448 (5% ; 6%)
	<b>Kohorte 2</b>	523	7.698	420 (80%)	6.170 (80%)	415 (79% ; 98,8%)	415 (5% ; 7%)
	<b>Kohorte 3</b>	541	7.352	414 (77%)	5.779 (80%)	408 (75% ; 98,6%)	408 (6% ; 7%)
<b>klinikneu</b>	<b>klinikneu gesamt</b>	1.367	21.440	1.061 (78%)	17.235 (80%)	1.051 (77% ; 99,1%)	1.051 (5% ; 6%)
	<b>Kohorte 1</b>	380	7.431	295 (78%)	6.137 (83%)	292 (77% ; 99,0%)	292 (4% ; 5%)
	<b>Kohorte 2</b>	472	7.234	374 (79%)	5.808 (80%)	371 (79% ; 99,2%)	371 (5% ; 6%)
	<b>Kohorte 3</b>	515	6.775	392 (76%)	5.290 (80%)	388 (75% ; 99,0%)	388 (6% ; 7%)
<b>klinikbekannt</b>	<b>klinikbekannt gesamt</b>	256	3.367	227 (89%)	2.607 (77%)	220 (86% ; 96,9%)	220 (7% ; 8%)
	<b>Kohorte 1</b>	179	2.326	159 (89%)	1.756 (75%)	156 (87% ; 98,1%)	156 (7% ; 9%)
	<b>Kohorte 2</b>	51	464	46 (90%)	362 (78%)	44 (86% ; 95,7%)	44 (9% ; 12%)
	<b>Kohorte 3</b>	26	577	22 (85%)	489 (77%)	20 (77% ; 90,9%)	20 (3% ; 4%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	19,4	175
2	20,4	254
3	21,5	340
4	21,8	346
5	22,2	230
6	22,4	16
7	22,6	38
8	22,9	16
9	23,1	15
10	23,2	44

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

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	1.271	1.271		448	448		415	415		408	408		IG	KG
	klinikneu	1.051	1.051		292	292		371	371		388	388			
	klimbekannt	220	220		156	156		44	44		20	20			
mittleres Alter	gesamt	49,1	49,1	1,000	48,6	49,9	1,000	49,7	48,1	1,000	49,2	49,2	1	1,000	1,000
	klinikneu	50,0	49,2	1,000	50,6	51,8	1,000	50,3	48,1	0,553					
	klimbekannt	45,2	48,6	0,211	44,8	46,3	1,000	44,6	48,1	1,000					
Anteil Frauen	gesamt	57,7%	54,6%	1,000	53,6%	49,3%	1,000	57,6%	56,9%	1,000	62,5%	58,1%	1	1,000	1,000
	klinikneu	59,2%	55,6%	0,616	56,5%	49,7%	0,691	57,1%	57,7%	1,000					
	klimbekannt	50,9%	50,0%	1,000	48,1%	48,7%	1,000	61,4%	50,0%	1,000					
Anteil klimbekannt- ter Patienten	gesamt	17,3%	17,3%	1,000	34,8%	34,8%	1,000	10,6%	10,6%	1,000	4,9%	4,9%	1	0,015	0,037
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klimbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	36,7%	34,5%	1,000	20,5%	33,5%	<0,001	37,8%	33,5%	1,000	53,4%	36,5%	0,000	<0,001	0,259
	klinikneu	38,4%	31,5%	0,008	17,5%	25,7%	0,166	39,6%	32,3%	0,374					
	klimbekannt	28,6%	48,6%	<0,001	26,3%	48,1%	0,001	22,7%	43,2%	0,557					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	56,6%	54,7%	1,000	67,4%	56,7%	0,011	55,9%	54,9%	1,000	45,3%	52,2%	0,469	<0,001	0,046
	klinikneu	57,8%	57,7%	1,000	75,0%	65,8%	0,166	56,6%	55,5%	1,000					
	klimbekannt	50,9%	40,5%	0,211	53,2%	39,7%	0,153	50,0%	50,0%	1,000					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	6,7%	6,5%	1,000	12,1%	6,0%	0,020	6,3%	6,7%	1,000	1,2%	6,6%	0,001	0,003	1,000
	klinikneu	3,8%	6,4%	0,069	7,5%	5,1%	1,000	3,8%	7,0%	0,516					
	klimbekannt	20,5%	6,8%	<0,001	20,5%	7,7%	0,016	27,3%	4,5%	0,078					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	4,4%	<0,001	0,0%	3,8%	<0,001	0,0%	4,8%	<0,001	0,0%	4,7%	0,000	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	4,5%	<0,001	0,0%	3,4%	0,041	0,0%	5,1%	<0,001					
	klimbekannt	0,0%	4,1%	0,049	0,0%	4,5%	0,153	0,0%	2,3%	1,000					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	8,9%	8,0%	1,000	17,2%	15,0%	1,000	5,3%	6,3%	1,000	3,4%	2,2%	1	1,000	1,000
	klinikneu	1,7%	1,4%	1,000	1,4%	1,7%	1,000	2,2%	2,4%	1,000					
	klimbekannt	43,2%	39,5%	1,000	46,8%	39,7%	1,000	31,8%	38,6%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,9%	1,8%	1,000	4,2%	4,2%	1,000	0,5%	0,5%	1,000	0,7%	0,5%	1	1,000	1,000
	klinikneu	0,1%	0,2%	1,000	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	0,3%	1,000					
	klimbekannt	10,5%	9,5%	1,000	12,2%	11,5%	1,000	4,5%	2,3%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	10,7%	9,1%	1,000	15,0%	17,0%	1,000	13,3%	6,7%	0,026	3,4%	2,9%	1	0,425	1,000
	klinikneu	4,4%	1,0%	<0,001	0,3%	0,3%	1,000	10,8%	2,2%	<0,001					
	klimbekannt	40,9%	48,2%	0,601	42,3%	48,1%	1,000	34,1%	45,5%	1,000					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	53,9%	51,0%	1,000	55,6%	54,5%	1,000	54,7%	51,1%	1,000	51,2%	47,1%	1	1,000	1,000
	klinikneu	49,3%	51,0%	1,000	45,2%	53,8%	0,329	51,5%	52,0%	1,000					
	klimbekannt	75,9%	50,9%	<0,001	75,0%	55,8%	0,005	81,8%	43,2%	0,004					

(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

## Kinder und Jugendliche

In das Matching flossen in der IG 1.032 Versicherte ein, wobei für 981 Versicherte (95,1%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 1). Die Kontrollgruppe wurde aus einer Grundpopulation von 7.879 Patienten gezogen.

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten drei Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen Interventions- und Kontrollgruppe aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 1).

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

Die Inanspruchnahme im Prä-Zeitraum konnte mit Ausnahme für Kohorte 1 der klinikbekannten Patienten, bei denen der Anteil der Patienten mit einem teilstationär psychiatrischen Fall im Prä-Zeitraum in der IG mit 21,3% zu 9,2% signifikant höher und der Anteil der Patienten mit PIA-Behandlung im Prä-Zeitraum mit 77,0% zu 89,1% in der IG deutlich niedriger war, für alle Parameter und Subgruppen angeglichen werden.

**Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching - KJP**

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
gesamt	gesamt	1.325	10.472	1.032 (78%)	7.879 (75%)	981 (74% ; 95,1%)	981 (9% ; 12%)
	Kohorte 1	585	4.071	464 (79%)	3.178 (78%)	441 (75% ; 95,0%)	441 (11% ; 14%)
	Kohorte 2	387	3.282	303 (78%)	2.482 (76%)	288 (74% ; 95,0%)	288 (9% ; 12%)
	Kohorte 3	353	3.119	265 (75%)	2.219 (75%)	252 (71% ; 95,1%)	252 (8% ; 11%)
klinikneu	klinikneu gesamt	1.056	6.765	807 (76%)	4.896 (72%)	776 (73% ; 96,2%)	776 (11% ; 16%)
	Kohorte 1	358	2.387	272 (76%)	1.806 (76%)	267 (75% ; 98,2%)	267 (11% ; 15%)
	Kohorte 2	356	2.281	278 (78%)	1.662 (73%)	264 (74% ; 95,0%)	264 (12% ; 16%)
	Kohorte 3	342	2.097	257 (75%)	1.428 (72%)	245 (72% ; 95,3%)	245 (12% ; 17%)
klinikbekannt	klinikbekannt gesamt	269	3.707	225 (84%)	2.983 (80%)	205 (76% ; 91,1%)	205 (6% ; 7%)
	Kohorte 1	227	1.684	192 (85%)	1.372 (81%)	174 (77% ; 90,6%)	174 (10% ; 13%)
	Kohorte 2	31	1.001	25 (81%)	820 (82%)	24 (77% ; 96,0%)	24 (2% ; 3%)
	Kohorte 3	11	1.022	8 (73%)	791 (80%)	7 (64% ; 87,5%)	7 (1% ; 1%)

(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	22,8	246
2	24,0	408
3	25,3	155
4	28,0	109
5	31,3	120
6	39,4	53
7	39,5	50

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching – KJP

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs. Kohorte 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert		
Anzahl Patienten	gesamt	981	981		441	441		288	288		252	252		IG	KG
	klinikneu	776	776		267	267		264	264		245	245			
	klinikbekannt	205	205		174	174		24	24		7	7			
mittleres Alter	gesamt	10,9	11,2	0,689	10,9	10,7	1,000	10,7	11,5	0,072	11,2	11,6	0,899	1,000	0,040
	klinikneu	11,0	11,2	1,000	10,9	10,6	1,000	10,9	11,4	0,576					
	klinikbekannt	10,5	11,0	0,656	10,9	10,9	1,000	8,1	12,3	0,002					
Anteil Frauen	gesamt	39,1%	38,7%	1,000	32,0%	31,1%	1,000	43,4%	39,9%	1,000	46,8%	50,8%	1	0,954	0,129
	klinikneu	42,8%	42,8%	1,000	37,5%	38,2%	1,000	44,7%	40,5%	1,000					
	klinikbekannt	25,4%	23,4%	1,000	23,6%	20,1%	1,000	29,2%	33,3%	1,000					
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	20,9%	20,9%	1,000	39,5%	39,5%	1,000	8,3%	8,3%	1,000	2,8%	2,8%	1	0,656	0,291
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	73,5%	75,9%	NA	73,0%	76,9%	NA	71,9%	76,0%	NA	76,2%	74,2%	NA	NA	NA
	klinikneu	74,0%	77,6%	NA	72,3%	81,6%	NA	72,7%	76,1%	NA					
	klinikbekannt	71,7%	69,8%	NA	74,1%	69,5%	NA	62,5%	75,0%	NA					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	14,2%	20,1%	NA	12,2%	17,5%	NA	17,0%	21,2%	NA	14,3%	23,4%	NA	NA	NA
	klinikneu	14,6%	19,7%	NA	12,0%	15,0%	NA	17,0%	21,2%	NA					
	klinikbekannt	12,7%	21,5%	NA	12,6%	21,3%	NA	16,7%	20,8%	NA					
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	12,3%	4,0%	NA	14,7%	5,7%	NA	11,1%	2,8%	NA	9,5%	2,4%	NA	NA	NA
	klinikneu	11,5%	2,7%	NA	15,7%	3,4%	NA	10,2%	2,7%	NA					
	klinikbekannt	15,6%	8,8%	NA	13,2%	9,2%	NA	20,8%	4,2%	NA					
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	NA	NA
	klinikneu	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA					
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	4,5%	3,2%	0,689	9,8%	6,3%	0,499	0,3%	1,0%	1,000	0,0%	0,0%	NA	1,000	NA
	klinikneu	0,3%	0,3%	1,000	0,7%	0,0%	1,000	0,0%	0,8%	1,000					
	klinikbekannt	20,5%	14,1%	0,469	23,6%	16,1%	0,427	4,2%	4,2%	1,000					
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,9%	1,7%	0,044	8,4%	3,9%	0,053	0,3%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	NA	NA	1,000
	klinikneu	0,0%	0,1%	1,000	0,0%	0,4%	1,000	0,0%	0,0%	NA					
	klinikbekannt	18,5%	7,8%	0,011	21,3%	9,2%	0,017	4,2%	0,0%	1,000					
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	16,0%	19,8%	0,204	31,3%	36,7%	0,511	3,5%	8,3%	0,129	3,6%	3,2%	1	1,000	1,000
	klinikneu	1,0%	1,9%	1,000	1,5%	2,6%	1,000	0,4%	2,3%	0,576					
	klinikbekannt	72,7%	87,3%	0,002	77,0%	89,1%	0,021	37,5%	75,0%	0,100					
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	49,7%	47,9%	1,000	51,9%	50,6%	1,000	51,0%	47,9%	1,000	44,4%	43,3%	1	1,000	1,000
	klinikneu	49,2%	46,4%	1,000	52,1%	48,7%	1,000	51,1%	47,3%	1,000					
	klinikbekannt	51,7%	53,7%	1,000	51,7%	53,4%	1,000	50,0%	54,2%	1,000					

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



## **7. Darstellung Modellvorhaben Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH**

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

Der Modellvertrag nach §64b SGB V schließt laut Angaben in einer projektbezogenen Befragung nicht an einen Vorläufervertrag oder bestehenden IV-Vertrag an.

Am Heinrich-Braun-Klinikum sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 77 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 21 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kommen 24 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 15 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 Notfallbehandlung. Es handelt sich um ein sektorenübergreifendes Versorgungsmodell mit Festbudget für vereinbarte Kopfzahl (Korridor +- 6%).

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass die Allgemeine Psychiatrie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hingegen ist der Befragung zu Folge auf F9-Diagnosen spezialisiert und halte hierfür auch Familien- sowie Multifamilientherapie bereit.

Laut der Befragung wies die Klinik in den Jahren 2014 und 2016 folgende Versorgungsmodule auf: Home-Treatment, Krisenmanagement / Notfallbehandlung, sektorenübergreifende Sitzungen / Fallkonferenzen, PIA und Familientagesklinik.

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

Die Abrechnung der institutsambulanten Leistungen erfolgt im Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau und den dazugehörigen Kontrollkliniken mittels Einzelleistungsvergütung.

Im stationären Bereich erfolgte bis einschließlich Oktober 2013 die Abrechnung nach Pflegesätzen nach BpflV. Daran anschließend wurde in den Monaten November und Dezember 2013 nach Modellpflegesätzen abgerechnet. Seit 2014 erfolgt die Abrechnung nach PEPP.

Innerhalb der gezogenen Kontrollkliniken wird im stationären Bereich sowohl in der Erwachsenen- als auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie in dem für diesen Zwischenbericht herangezogenen Beobachtungszeitraum in jeweils 2 Kliniken während des gesamten Nachbeobachtungszeitraums (ab 2014) und in jeweils einer ab 2015 nach PEPP abgerechnet.

## 8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

## 8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

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

Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und sowohl bei Referenzfällen im ersten und im dritten Modelljahr verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- depressive Episoden (F32) und
- Somatoforme Störungen (F45).

**Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>292</b>	<b>292</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	74,3 %	75,3 %
• Zwei Diagnosen	21,2 %	20,2 %
• Drei Diagnosen	4,1 %	4,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F45	6	6
2. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F32	5	6
3. F32 & F45	5	5

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

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

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>156</b>	<b>156</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	61,5 %	62,8 %
• Zwei Diagnosen	30,8 %	29,5 %
• Drei Diagnosen	7,7 %	6,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	1,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F45 / KG: F32 & F45	5	5
2. IG: F32 & F45 / KG: F10 & F32	4	4
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F45	4	3

<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**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>408</b>	<b>408</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	66,7 %	67,4 %
• Zwei Diagnosen	28,9 %	27,9 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	4,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	15	15
2. F10 & F32	9	9
3. IG: F33 & F45 / KG: F41 & F43	6	7

<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 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>267</b>	<b>267</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	62,2 %	80,1 %
• Zwei Diagnosen	32,2 %	17,2 %
• Drei Diagnosen	5,2 %	1,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	16	6
2. IG: F90 & F93 / KG: F43 & F92	11	4
3. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	8	3

<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**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>174</b>	<b>174</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	49,4 %	69,0 %
• Zwei Diagnosen	40,8 %	25,9 %
• Drei Diagnosen	7,5 %	4,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,3 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	16	5
2. F93 & F98	7	4
3. IG: F90 & F92 / KG: F90 & F98	7	4

<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**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>252</b>	<b>252</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	71,8 %	79,0 %
• Zwei Diagnosen	22,6 %	19,8 %
• Drei Diagnosen	5,6 %	0,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F43 & F93	7	8
2. IG: F90 & F94 / KG: F90 & F93	5	4
3. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	5	3

<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>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	217	220	292	292
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	2,8 %	2,7 %	2,7 %	2,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,7 %	3,6 %	3,8 %	3,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,7 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	34,6 %	34,1 %	31,8 %	31,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,2 %	10,0 %	9,2 %	10,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,5 %	29,5 %	38,0 %	37,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,6 %	10,9 %	15,1 %	15,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	1,8 %	8,6 %	9,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	4,6 %	5,0 %	10,3 %	11,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,5 %	0,5 %	1,7 %	1,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,9 %	2,4 %	3,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,3 %	0,5 %	2,4 %	1,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,1	53,0	50,6	51,8
• Median	52	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(33 - 63)	(40 - 65)	(35 - 61)	(38 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	51,6 %	45,9 %	56,5 %	49,7 %
• Männer	48,4 %	54,1 %	43,5 %	50,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	81,6 %	73,6 %	82,5 %	74,3 %
• PIA	18,4 %	26,4 %	17,5 %	25,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,8 %	0,9 %	1,7 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,1 %	4,5 %	4,1 %	4,1 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	14,3 %	15,0 %	14,4 %	15,1 %
• Abitur/Fachabitur	5,1 %	6,4 %	5,5 %	5,8 %



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	5,5 %	5,5 %	7,5 %	5,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)	69,1 %	67,7 %	66,8 %	68,5 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,2 %	4,1 %	4,8 %	3,1 %
	19,4 %	21,8 %	18,5 %	21,6 %
	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	2,8 %	2,7 %	3,4 %	2,1 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	5,5 %	3,6 %	6,2 %	4,5 %
	69,1 %	67,7 %	66,8 %	68,5 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	11,5 %	12,7 %	10,6 %	12,0 %
	72,4 %	70,5 %	73,6 %	69,5 %
	16,1 %	16,8 %	15,8 %	18,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	13,4 %	22,7 %	17,1 %	24,3 %
	16,6 %	14,5 %	21,9 %	18,5 %
	70,0 %	62,7 %	61,0 %	57,2 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	52,5 %	48,2 %	53,1 %	48,3 %
	2,3 %	0,9 %	2,7 %	1,4 %
	41,0 %	42,3 %	40,4 %	42,5 %
	4,1 %	8,6 %	3,8 %	7,9 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte 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>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	96	98	156	156
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,0 %	0,6 %	1,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,0 %	2,0 %	0,6 %	1,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	32,3 %	31,6 %	29,5 %	27,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	14,6 %	14,3 %	14,1 %	14,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	25,0 %	27,6 %	38,5 %	39,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,2 %	5,1 %	10,9 %	8,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	6,3 %	6,1 %	16,0 %	16,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	6,3 %	6,1 %	21,2 %	19,2 %
• F 50 (Essstörungen)	1,0 %	1,0 %	0,6 %	3,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,1 %	3,1 %	3,8 %	5,8 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,0 %	0,0 %	5,1 %	2,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,0 %	0,0 %	0,6 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	3,1 %	2,0 %	2,6 %	3,8 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	46,5	47,5	44,8	46,3
• Median	48	49	46	47
• (Interquartilsabstand)	(34 - 57)	(36 - 55)	(30 - 55)	(33 - 55)
Geschlecht (%)				
• Frauen	44,8 %	40,8 %	48,1 %	48,7 %
• Männer	55,2 %	59,2 %	51,9 %	51,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	72,9 %	50,0 %	73,7 %	51,9 %
• PIA	27,1 %	50,0 %	26,3 %	48,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,6 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,3 %	5,1 %	8,3 %	3,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	14,6 %	10,2 %	11,5 %	14,1 %
• Abitur/Fachabitur	5,2 %	9,2 %	5,1 %	6,4 %
• Abschluss unbekannt	1,0 %	4,1 %	5,8 %	5,8 %

• Fehlende Angabe	70,8 %	71,4 %	67,9 %	69,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,3 %	2,0 %	5,8 %	1,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,8 %	16,3 %	19,2 %	19,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,0 %	0,6 %	0,6 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,1 %	6,1 %	1,9 %	4,5 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	1,0 %	3,1 %	4,5 %	4,5 %
• Fehlende Angabe	70,8 %	71,4 %	67,9 %	69,2 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,5 %	2,0 %	9,6 %	2,6 %
• Nein	72,9 %	33,7 %	75,0 %	34,6 %
• Fehlende Angabe	15,6 %	64,3 %	15,4 %	62,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	30,2 %	30,6 %	35,9 %	32,1 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	25,0 %	25,5 %	28,2 %	32,1 %
• Weder A noch B	44,8 %	43,9 %	35,9 %	35,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	53,1 %	55,1 %	57,7 %	54,5 %
• Familienversicherter	5,2 %	3,1 %	3,2 %	4,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	36,5 %	39,8 %	34,6 %	37,8 %
• Fehlende Angabe	5,2 %	2,0 %	4,5 %	3,2 %

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

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	272	275	408	408
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,8 %	2,5 %	1,7 %	2,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,7 %	3,6 %	2,7 %	2,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,4 %	0,4 %	0,7 %	1,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,9 %	19,6 %	22,5 %	22,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,0 %	6,5 %	6,1 %	5,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	31,3 %	30,9 %	36,3 %	37,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	22,4 %	22,2 %	28,9 %	27,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,6 %	2,5 %	8,6 %	9,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	8,1 %	9,1 %	18,6 %	19,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	0,7 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,4 %	0,4 %	1,0 %	1,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,1 %	1,1 %	3,4 %	3,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,1 %	0,7 %	2,5 %	2,7 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,6	51,6	49,2	49,2
• Median	52	51	50	48
• (Interquartilsabstand)	(35 - 66)	(36 - 64)	(33 - 62)	(33 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	60,3 %	56,7 %	62,5 %	58,1 %
• Männer	39,7 %	43,3 %	37,5 %	41,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	48,9 %	61,1 %	46,6 %	63,5 %
• PIA	51,1 %	38,9 %	53,4 %	36,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,7 %	1,0 %	1,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,8 %	4,0 %	5,1 %	4,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	12,9 %	16,7 %	16,4 %	15,7 %
• Abitur/Fachabitur	6,6 %	6,2 %	6,4 %	7,1 %
• Abschluss unbekannt	6,3 %	8,7 %	5,9 %	9,1 %

• Fehlende Angabe	69,5 %	63,6 %	65,2 %	61,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,1 %	5,1 %	6,1 %	4,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,4 %	18,5 %	22,8 %	21,6 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	1,8 %	0,5 %	1,7 %
• Bachelor	0,4 %	0,0 %	0,5 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,9 %	3,3 %	2,5 %	3,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,9 %	7,6 %	2,5 %	6,9 %
• Fehlende Angabe	69,5 %	63,6 %	65,2 %	61,5 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	8,5 %	11,3 %	7,8 %	9,6 %
• Nein	76,1 %	67,6 %	74,5 %	66,7 %
• Fehlende Angabe	15,4 %	21,1 %	17,6 %	23,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	21,0 %	22,2 %	24,0 %	24,0 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	19,5 %	15,3 %	20,6 %	15,0 %
• Weder A noch B	59,6 %	62,5 %	55,4 %	61,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	54,0 %	62,2 %	57,6 %	63,2 %
• Familienversicherter	4,8 %	3,3 %	6,1 %	4,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	38,2 %	32,7 %	34,3 %	30,9 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	1,8 %	2,0 %	1,7 %

<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

**Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	166	214	267	267
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)	0,6 %	0,5 %	1,5 %	0,7 %
• 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)	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	7,8 %	7,5 %	11,2 %	11,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	0,9 %	2,6 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	1,5 %	1,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,9 %	0,7 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	2,6 %	3,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,8 %	1,4 %	1,1 %	2,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	88,0 %	88,3 %	91,4 %	89,9 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	10,6	10,5	10,9	10,6
• Median	10	10	11	10
• (Interquartilsabstand)	(7 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	37,3 %	37,4 %	37,5 %	38,2 %
• Männer	62,7 %	62,6 %	62,5 %	61,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	18,1 %	14,0 %	27,7 %	18,4 %
• PIA	81,9 %	86,0 %	72,3 %	81,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,9 %	1,1 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	1,8 %	2,3 %	1,5 %	1,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,6 %	1,4 %	3,4 %	1,9 %
• Abitur/Fachabitur	0,6 %	1,9 %	1,5 %	2,2 %
• Abschluss unbekannt	2,4 %	0,0 %	1,9 %	0,4 %

• Fehlende Angabe	91,0 %	93,5 %	90,6 %	92,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,0 %	3,7 %	4,9 %	4,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1,2 %	0,9 %	1,9 %	1,1 %
• 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	0,6 %	1,9 %	1,5 %	1,9 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	1,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
• Fehlende Angabe	91,0 %	93,5 %	90,6 %	92,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	4,2 %	4,7 %	4,9 %	5,6 %
• Nein	77,7 %	72,0 %	76,4 %	71,5 %
• Fehlende Angabe	18,1 %	23,4 %	18,7 %	22,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	4,2 %	6,1 %	6,0 %	6,4 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	0,0 %	1,4 %	0,4 %	1,5 %
• Weder A noch B	95,8 %	92,5 %	93,6 %	92,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	12,0 %	8,4 %	11,2 %	7,9 %
• Familienversicherter	78,9 %	80,8 %	80,5 %	80,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	1,2 %	3,7 %	2,2 %	4,1 %
• Fehlende Angabe	7,8 %	7,0 %	6,0 %	7,5 %

<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 I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Population</b>				
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	86	120	174	174
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 %	1,1 %	2,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,2 %	0,8 %	0,6 %	0,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	2,3 %	1,7 %	1,1 %	1,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,5 %	2,5 %	5,2 %	7,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	0,8 %	2,3 %	2,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,8 %	0,6 %	0,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,3 %	0,8 %	5,7 %	4,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	4,7 %	3,3 %	5,2 %	3,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	84,9 %	89,2 %	92,0 %	92,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	10,5	11,0	10,9	10,9
• Median	11	11	11	11
• (Interquartilsabstand)	(7 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	30,2 %	19,2 %	23,6 %	20,1 %
• Männer	69,8 %	80,8 %	76,4 %	79,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	29,1 %	20,8 %	25,9 %	30,5 %
• PIA	70,9 %	79,2 %	74,1 %	69,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,2 %	0,0 %	2,9 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,8 %	0,8 %	3,4 %	2,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	1,2 %	5,0 %	4,6 %	4,0 %
• Abitur/Fachabitur	2,3 %	0,0 %	1,7 %	0,6 %
• Abschluss unbekannt	4,7 %	1,7 %	3,4 %	1,1 %



• Fehlende Angabe	84,9 %	92,5 %	83,9 %	92,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	9,3 %	3,3 %	9,2 %	4,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1,2 %	1,7 %	3,4 %	1,7 %
• Meister-/Techniker- , gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,2 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,5 %	2,5 %	2,3 %	1,7 %
• Fehlende Angabe	84,9 %	92,5 %	83,9 %	92,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,6 %	5,0 %	14,4 %	4,6 %
• Nein	72,1 %	29,2 %	68,4 %	33,9 %
• Fehlende Angabe	16,3 %	65,8 %	17,2 %	61,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	7,0 %	7,5 %	4,6 %	6,9 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	2,3 %	0,8 %	1,1 %	0,6 %
• Weder A noch B	90,7 %	91,7 %	94,3 %	92,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	16,3 %	12,5 %	14,9 %	11,5 %
• Familienversicherter	79,1 %	81,7 %	81,0 %	82,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,3 %	2,5 %	2,3 %	3,4 %
• Fehlende Angabe	2,3 %	3,3 %	1,7 %	2,9 %

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

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

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

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

**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)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	181	199	252	252
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 %	0,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	3,3 %	2,5 %	4,0 %	4,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,4 %	14,6 %	20,6 %	21,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,2 %	2,5 %	1,6 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,7 %	2,0 %	2,4 %	2,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,5 %	1,2 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,6 %	0,5 %	2,4 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	76,8 %	76,9 %	81,0 %	79,4 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	11,2	11,5	11,2	11,6
• Median	11	12	11	12
• (Interquartilsabstand)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 15)	(9 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	45,9 %	48,7 %	46,8 %	50,8 %
• Männer	54,1 %	51,3 %	53,2 %	49,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	16,6 %	17,1 %	23,8 %	25,8 %
• PIA	83,4 %	82,9 %	76,2 %	74,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	0,6 %	1,0 %	0,4 %	0,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	0,6 %	3,0 %	1,6 %	2,8 %
• Abitur/Fachabitur	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• Abschluss unbekannt	0,6 %	2,0 %	0,8 %	2,0 %

• Fehlende Angabe	97,2 %	93,5 %	96,4 %	94,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,2 %	2,5 %	2,0 %	2,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,6 %	3,0 %	0,8 %	2,8 %
• 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 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	0,5 %	0,8 %	0,8 %
• Fehlende Angabe	97,2 %	93,5 %	96,4 %	94,0 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	1,1 %	2,0 %	1,2 %	2,0 %
• Nein	75,7 %	79,4 %	77,8 %	80,6 %
• Fehlende Angabe	23,2 %	18,6 %	21,0 %	17,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	7,2 %	7,5 %	6,3 %	8,3 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	1,1 %	0,0 %	1,2 %	0,4 %
• Weder A noch B	91,7 %	92,5 %	92,5 %	91,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	7,7 %	8,0 %	7,1 %	8,3 %
• Familienversicherter	86,2 %	83,4 %	85,7 %	83,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,2 %	3,0 %	3,2 %	2,8 %
• Fehlende Angabe	3,9 %	5,5 %	4,0 %	5,2 %

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

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

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

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

## 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 Interaktionsdiagrammen für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, die den Vergleich von IG und KG über die Zeit (Präzeit, 1. Jahr, 2. Jahr, 3. Jahr bzw. Prä- vs. 1. Jahr). Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert. Grafiken, für die nicht mindestens 40 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.
- Eine Darstellung der Modellrechnungen für die Outcomeparameter erfolgt im Anhang.
- Für die Outcomeparameter Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten erfolgt zusätzlich im Anhang eine Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive).
- 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>279</b>	<b>279</b>	<b>262</b>	<b>257</b>	<b>273</b>	<b>273</b>	<b>256</b>	<b>250</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)	5,4 %	39,8 %	13,0 %	15,6 %	4,8 %	31,9 %	12,5 %	12,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	3,9 %	1,9 %	1,6 %	1,5 %	4,0 %	1,2 %	0,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,3 %	16,8 %	11,5 %	11,7 %	19,8 %	17,9 %	13,7 %	10,8 %
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)	0,5	32,0	4,0	5,5	1,0	25,0	4,6	4,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	11,6	0,8	1,0	0,1	7,5	1,4	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,5	43,6	4,7	6,5	1,0	32,5	6,0	5,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,8	0,9	0,5	0,5	0,9	0,9	0,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	1,4	0,9	0,5	0,5	0,9	0,9	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	2,8	1,6	2,0	2,7	2,1	2,5	1,5

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

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

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

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

**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>152</b>	<b>152</b>	<b>146</b>	<b>145</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>139</b>	<b>135</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>	54,6 %	47,4 %	28,8 %	18,6 %	38,2 %	38,9 %	25,2 %	24,4 %
	6,6 %	5,3 %	1,4 %	1,4 %	11,8 %	4,2 %	5,0 %	5,9 %
	22,4 %	21,7 %	14,4 %	16,6 %	25,7 %	17,4 %	17,3 %	19,3 %
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> <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>	23,6	31,4	14,8	8,5	13,5	21,4	9,5	12,5
	5,0	11,6	2,0	0,1	3,9	8,2	1,7	2,4
	28,6	43,0	16,8	8,7	17,4	29,6	11,1	14,9
	2,3	2,3	0,8	0,9	3,7	1,8	2,0	2,3
	2,2	2,3	0,8	0,9	3,5	1,8	2,0	2,3
	1,8	3,1	2,0	2,2	2,8	2,1	1,3	2,8



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

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

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

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

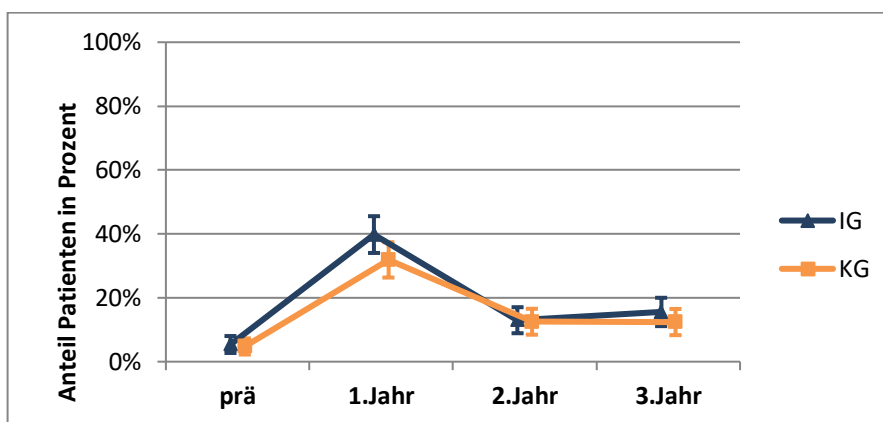
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

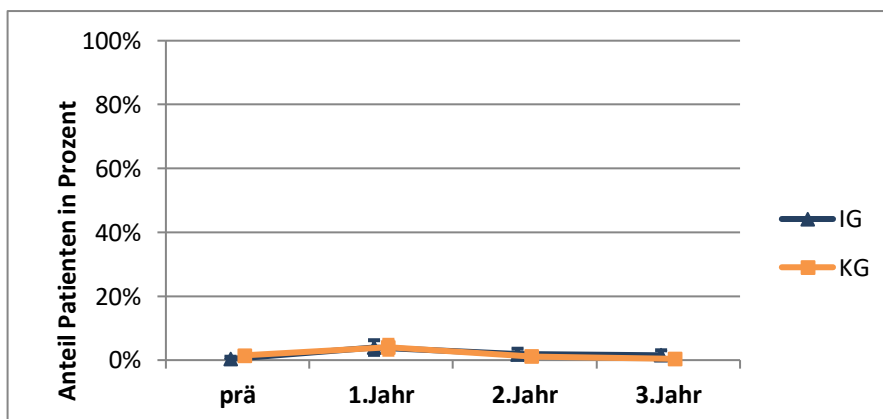
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

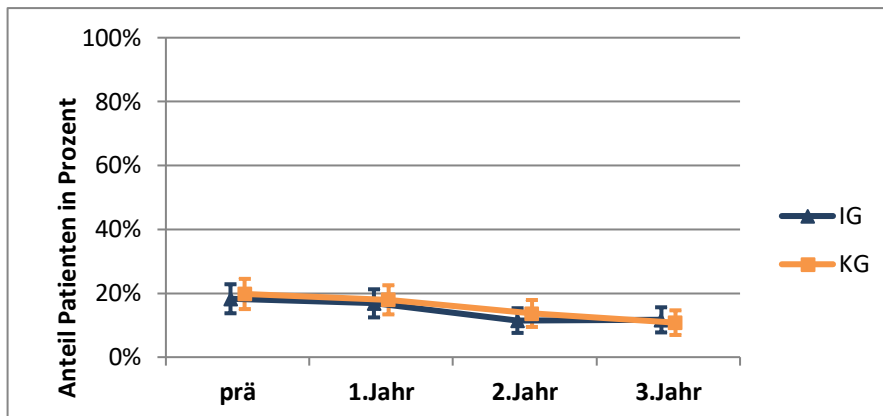
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

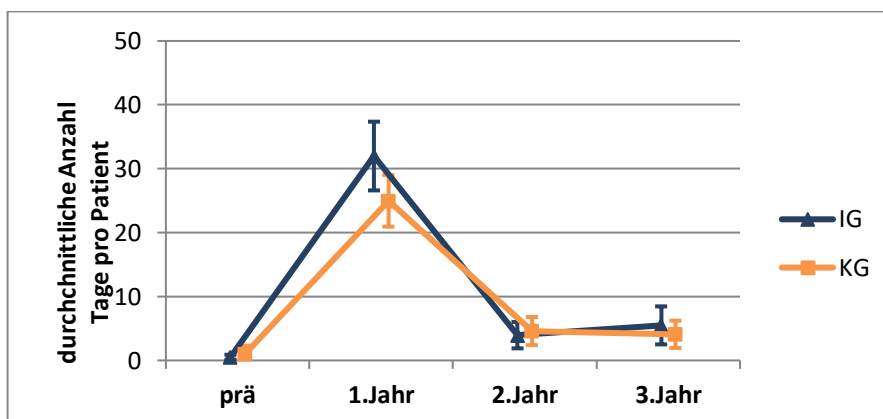


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

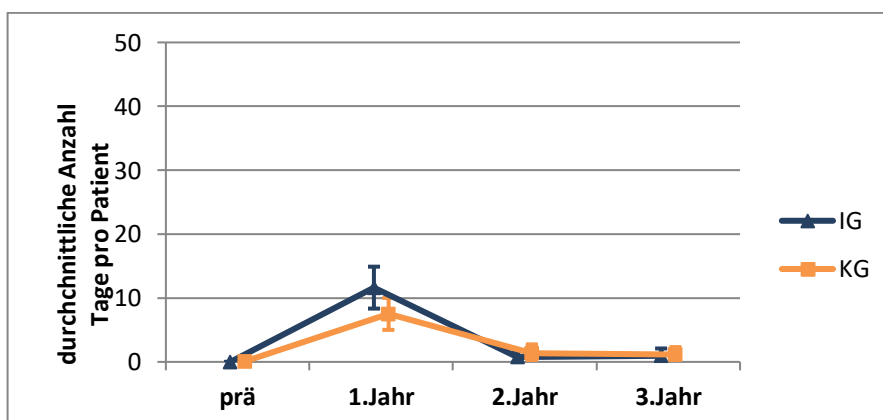


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

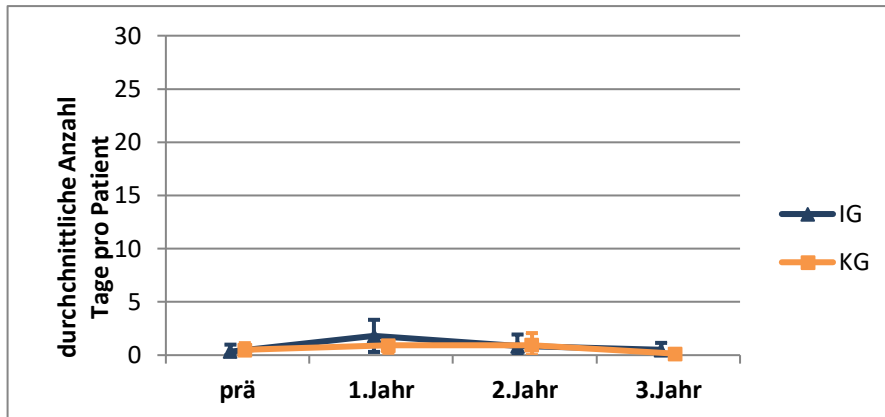
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



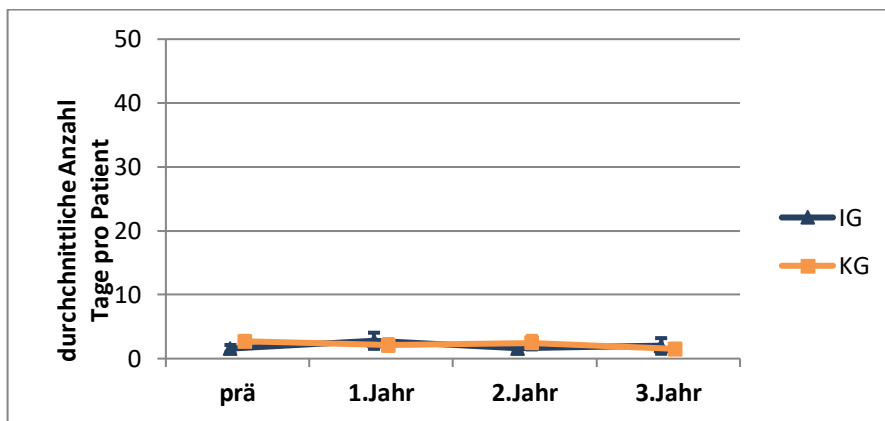
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



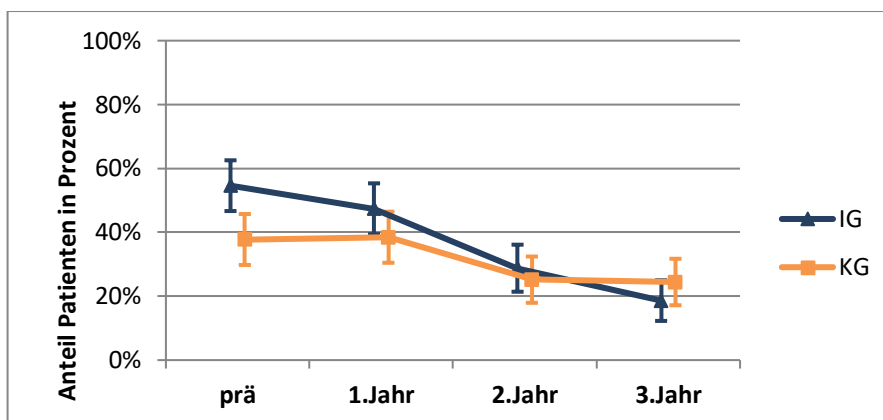
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

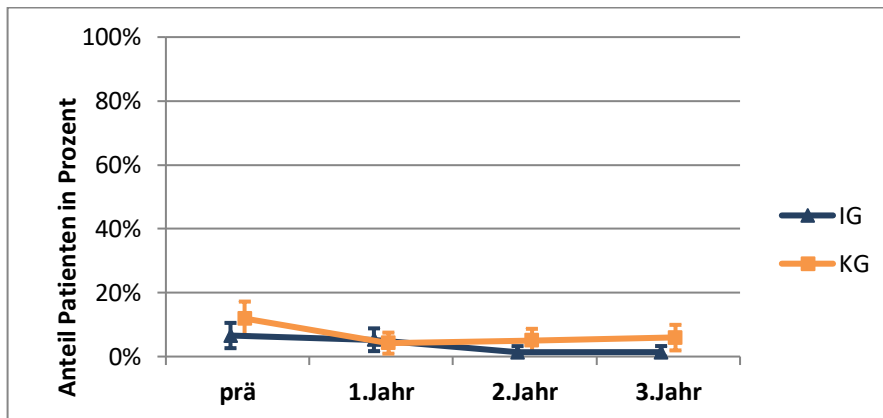
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

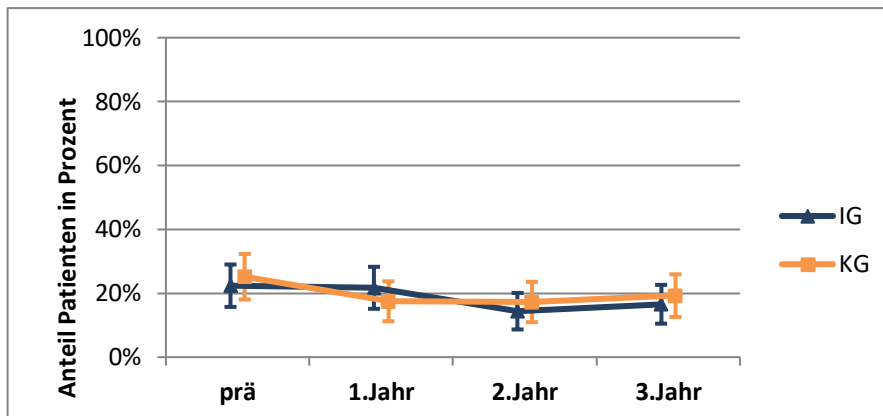
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

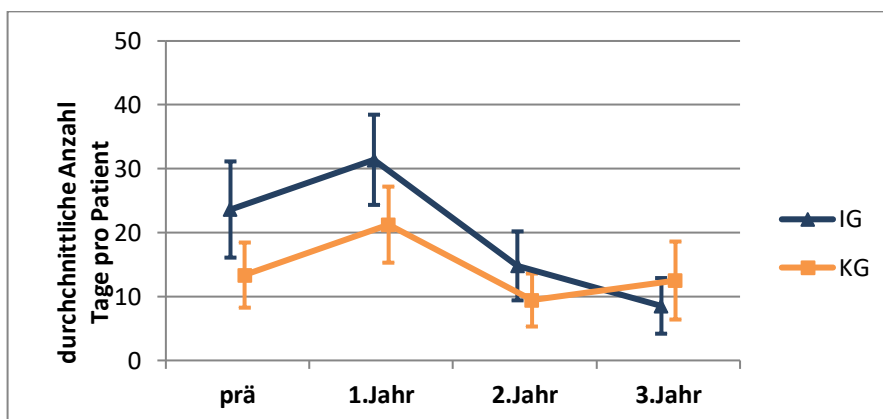


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

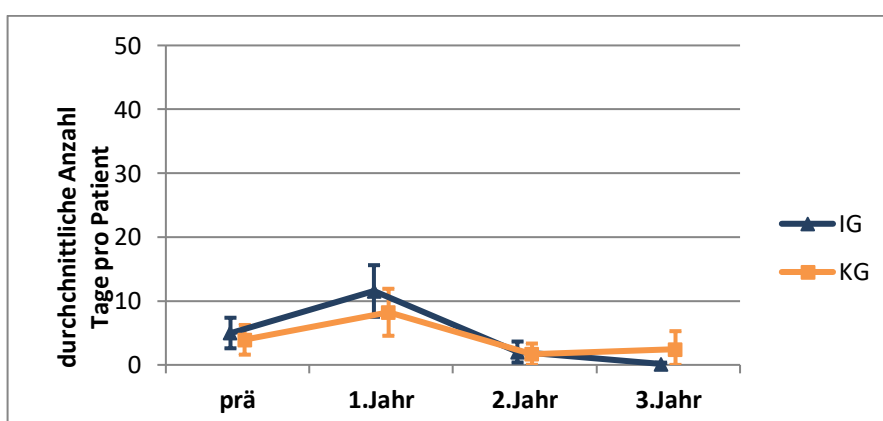


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

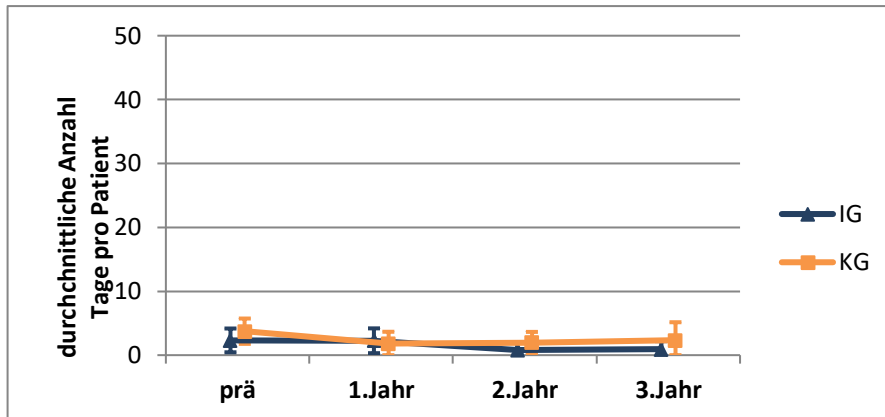
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



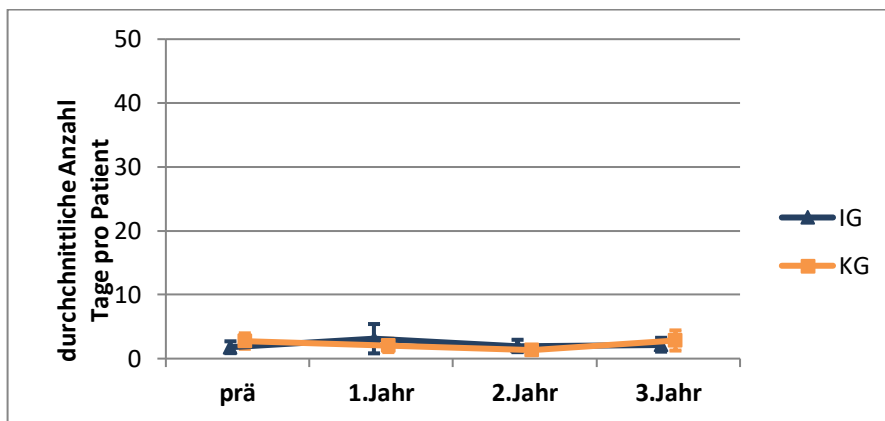
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



- 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=279, KG=273;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=152, KG=144).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klินิกneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 0,5; KG: 1,0 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 32,0; KG: 25,0 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 4,0 und 5,5 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 4,6 und 4,1 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Peak war in der IG mit 32,0 vollstationären Tagen höher als in der KG mit 25,0 vollstationären Tagen. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 11,6 teilstationäre Tage; KG: 7,5 teilstationäre Tage).

Auch bei den kllinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem, in der IG sehr kleinem Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den gesamten Präzeitraum und die ersten zwei Modelljahre in der IG höher als in der KG, glich sich dieser jedoch über die Zeit an. Im dritten Jahr fällt die vollstationäre Behandlungsdauer in der IG unter das Niveau der KG (prä: +10,1; 1. Jahr: +10,0; 2. Jahr: +5,3; 3. Jahr: -4,0 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war hier zwischen beiden Gruppen vergleichbar mit höherem Peak in der IG im Vergleich zur KG im ersten Modelljahr.

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

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



**Tabelle 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>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	6,4 %	27,0 %	3,4 %	29,9 %
	3,4 %	8,3 %	2,0 %	1,2 %
	14,2 %	13,5 %	13,5 %	11,5 %
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>	0,7	20,8	0,3	19,9
	0,0	5,4	0,1	9,7
	0,7	26,2	0,5	29,5
	1,3	6,1	0,9	0,6
	0,8	4,4	0,7	0,4
	1,7	2,4	1,4	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)

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

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

### Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

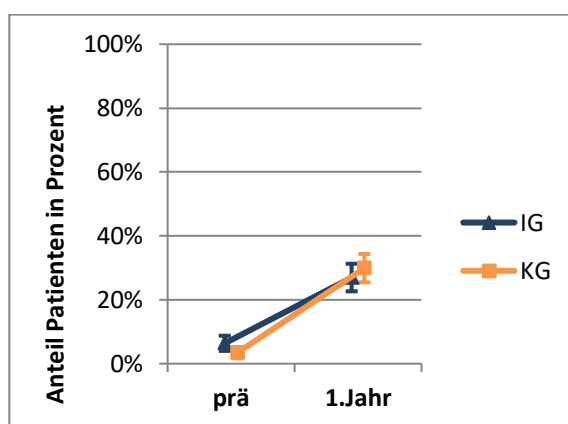
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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)**

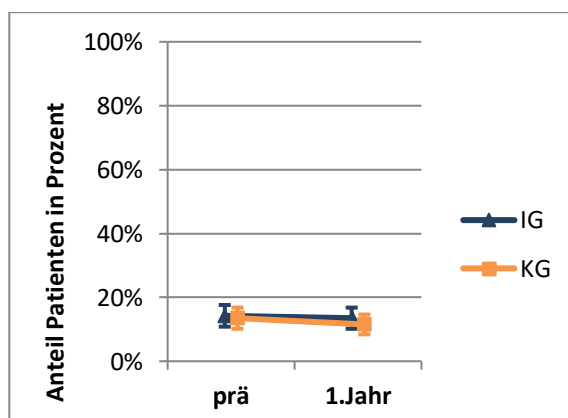
#### - Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



#### - andere psychische Hauptdiagnosen (C)

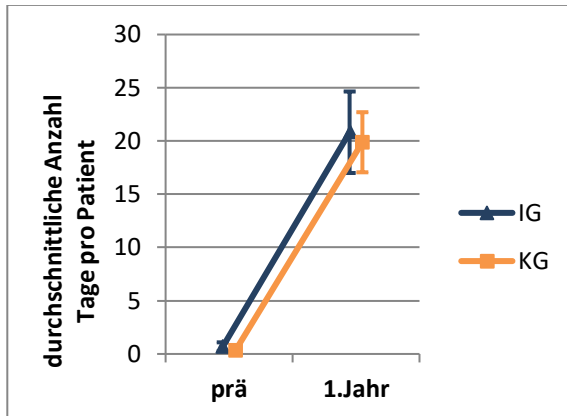
Fallzahl zu klein

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

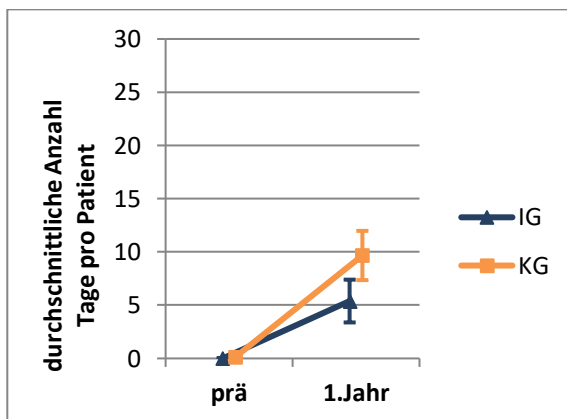


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



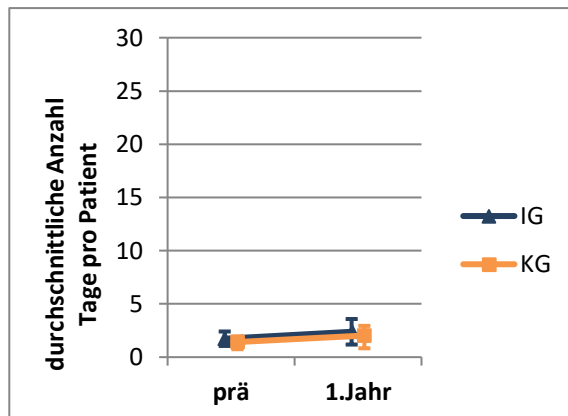
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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

Fallzahl zu klein

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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=408 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine deutlichen Unterschiede zwischen der Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 0,7; KG: 0,3 vollstationäre Tage) und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 20,8; KG: 19,9 vollstationäre Tage).

Für die durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer zeigte sich hier ein ähnliches Muster eines starken Anstiegs in beiden Gruppen. Dieser fiel in der IG jedoch geringer aus als in der KG.

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

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

**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>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</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>	10,9 %	40,1 %	12,1 %	11,3 %	7,6 %	43,3 %	13,4 %	9,2 %
	2,0 %	1,2 %	0,8 %	1,2 %	0,8 %	1,7 %	1,7 %	0,4 %
	3,6 %	4,5 %	2,8 %	2,4 %	2,5 %	4,6 %	2,1 %	2,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3,4</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>	0,6	13,1	2,8	3,3	0,5	23,5	3,5	3,6
	0,1	15,8	1,4	2,4	1,0	13,4	1,5	0,4
	0,7	28,9	4,2	5,7	1,5	36,9	5,0	4,0
	0,4	0,6	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0
	0,4	0,6	0,2	0,1	0,0	0,3	0,3	0,0
	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,4	0,2	0,1

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

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

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

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

**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>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</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)	39,8 %	31,1 %	18,0 %	15,5 %	25,3 %	16,9 %	9,7 %	10,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	2,6 %	2,6 %	1,3 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,6 %	3,7 %	6,2 %	5,0 %	3,2 %	2,6 %	2,6 %	1,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	9,1	10,9	2,8	4,4	9,0	16,6	4,5	2,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	5,2	8,3	3,4	1,5	3,7	14,1	1,5	1,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	14,3	19,2	6,2	5,9	12,7	30,7	6,0	4,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,0	0,0	0,3	1,4	0,9	0,3	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,0	0,0	0,3	0,4	0,9	0,3	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,6	0,2	0,3	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1

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

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

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

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

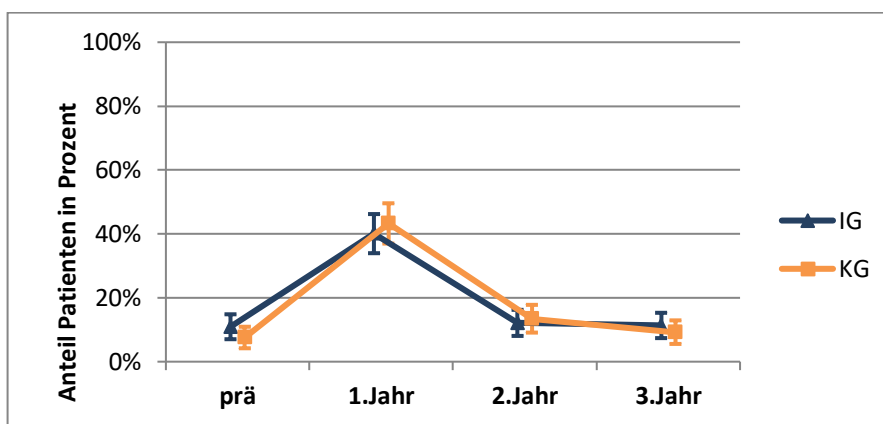
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

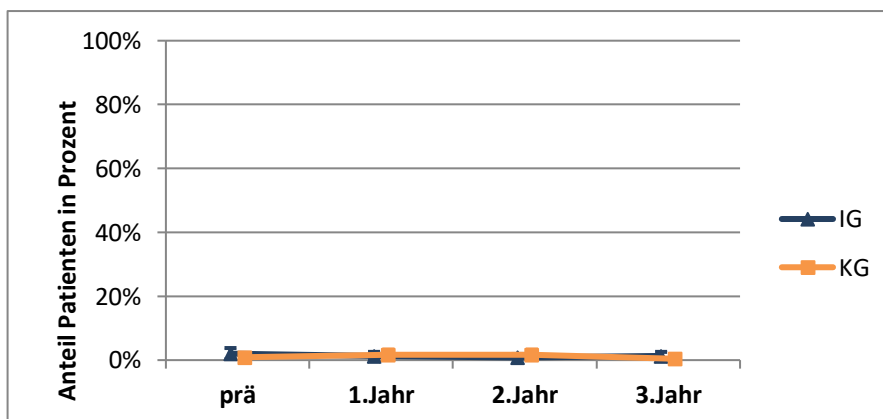
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**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)**

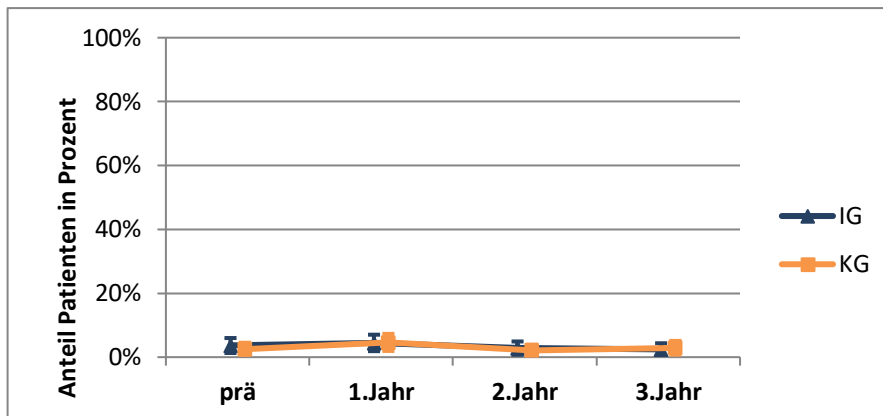


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**



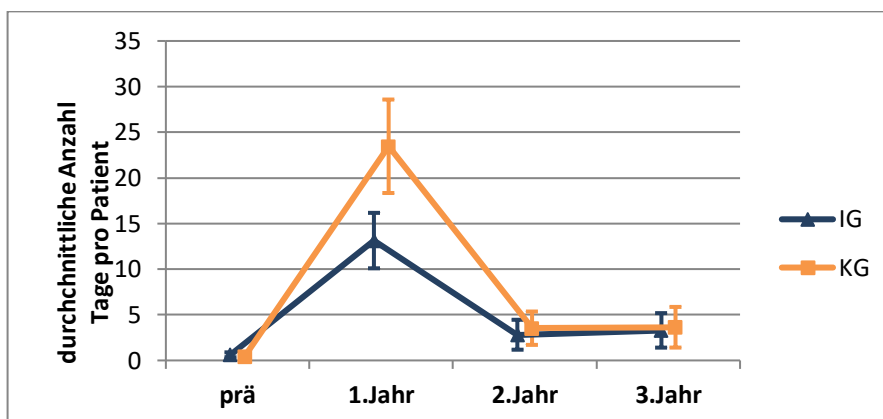


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

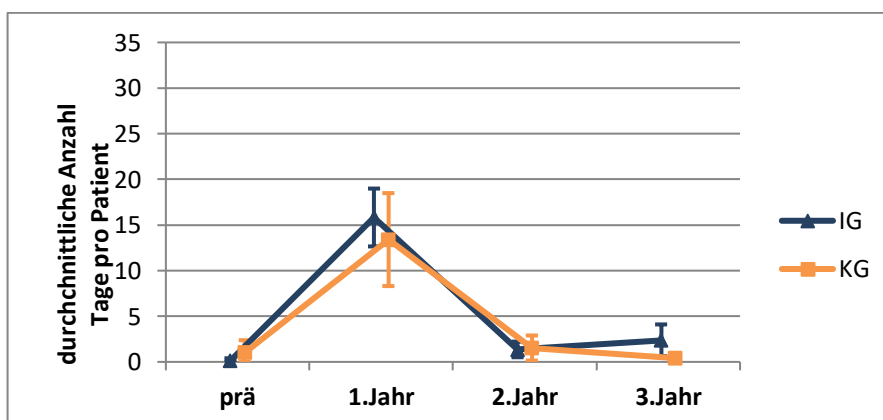


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

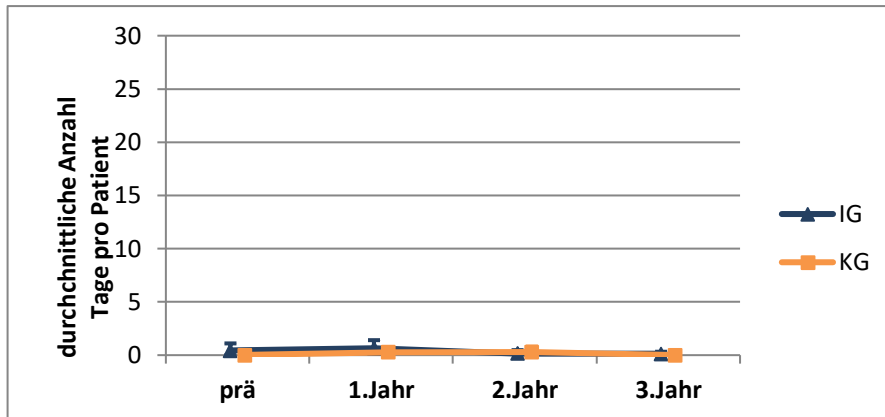
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



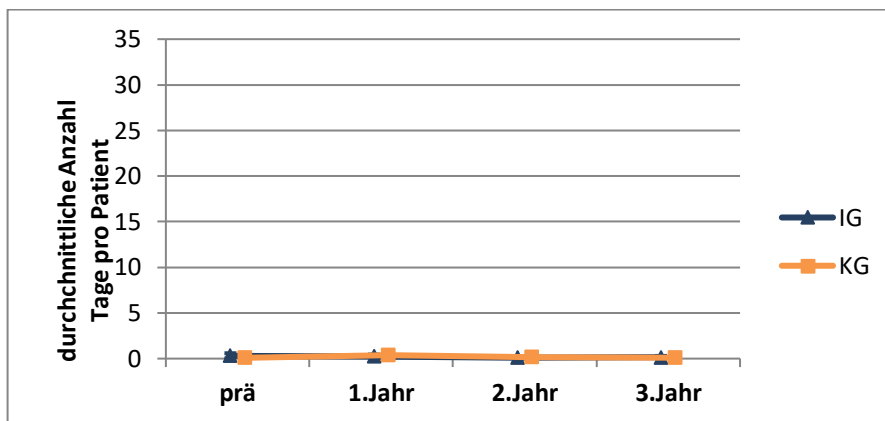
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



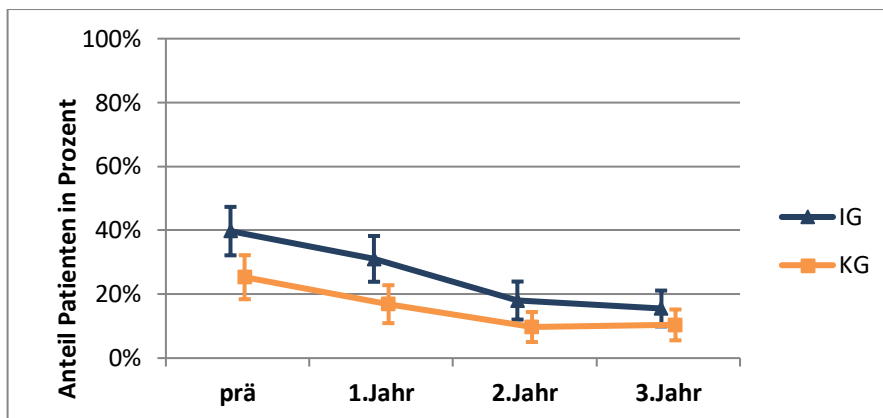
### Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

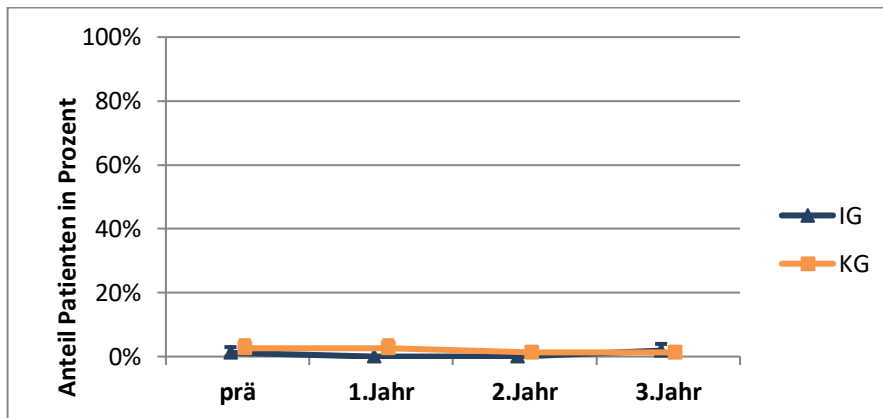
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

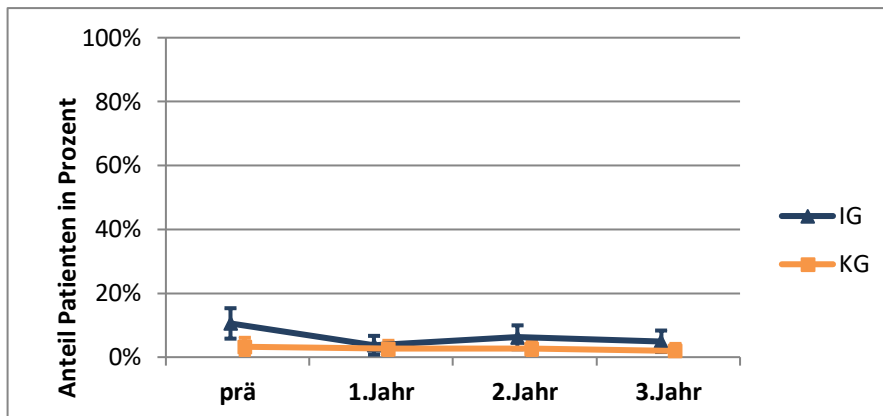
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

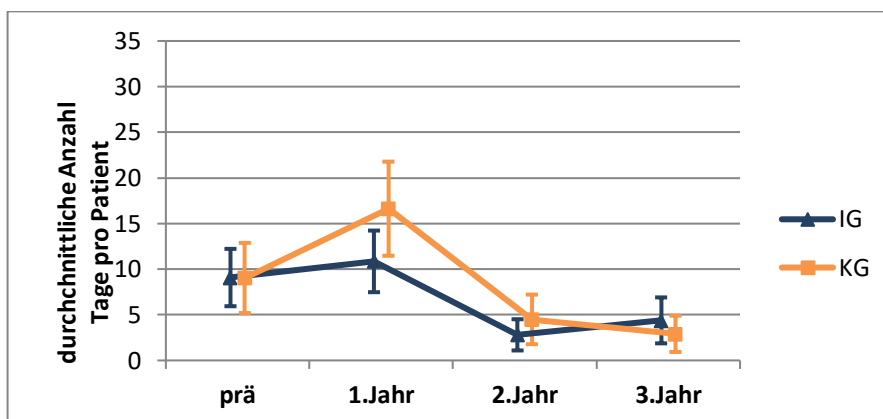


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

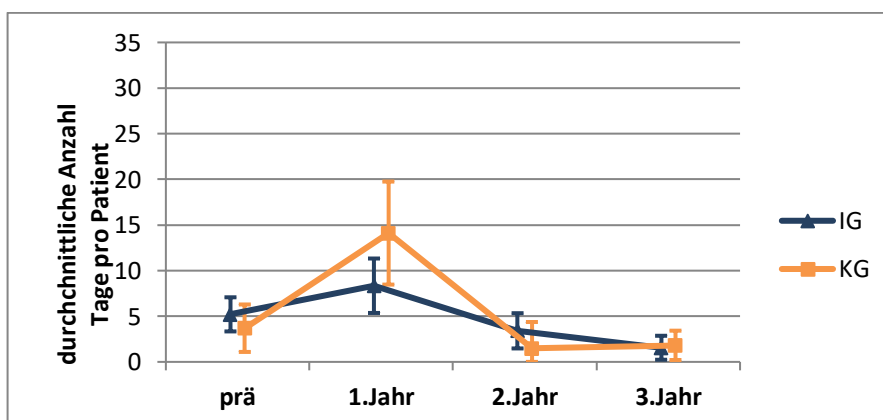


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

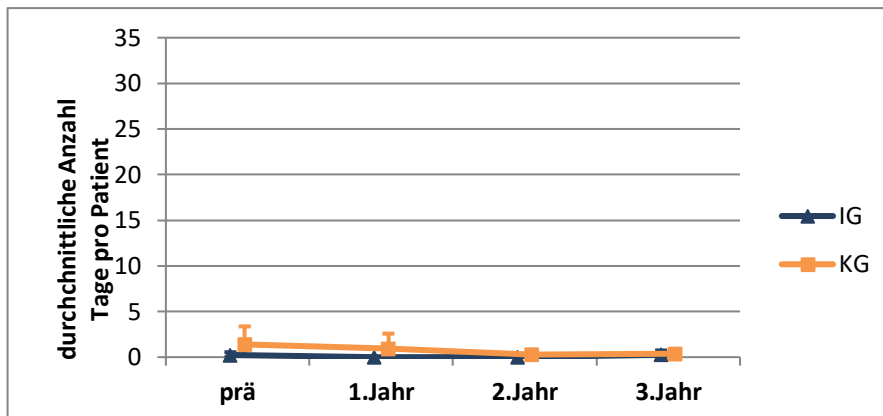
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



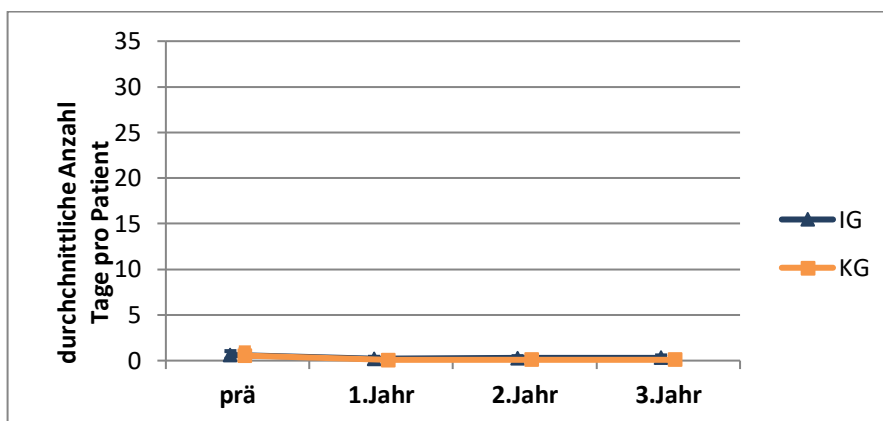
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=247, KG=238;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=161, KG=154).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 0,6; KG: 0,5 vollstationäre Tage), Peak im ersten Modelljahr (IG: 13,1; KG: 23,5 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Modelljahr (IG: 2,8 und 3,3 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,5 und 3,6 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Das Niveau unterschied sich dabei deutlich im ersten Modelljahr und war ab dem zweiten Modelljahr in der IG niedriger als in der KG. Der Peak war in der IG mit 13,1 vollstationären Tagen wesentlich geringer als in der KG mit 23,5 vollstationären Tagen. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Modelljahr und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Der Peak im ersten Jahr war hier in der IG höher als in der KG (IG: 15,8 teilstationäre Tage; KG: 13,4 teilstationäre Tage).

Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer besonders im ersten Behandlungsjahr in der IG geringer als in der KG (prä: +0,1; 1. Jahr: -5,8; 2. Jahr: -1,7; 3. Jahr: +1,5 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich zeigte in beiden Gruppen einen Peak im ersten Jahr, der in der IG geringer ausfiel im Vergleich zur KG (IG: 8,3, teilstationäre Tage; KG: 14,1 teilstationäre Tage).

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

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

**Tabelle 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>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	6,0 %	46,0 %	6,0 %	32,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	2,8 %	0,4 %	1,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,6 %	3,2 %	3,6 %	4,0 %
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)	0,2	15,4	0,2	20,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	15,7	0,2	11,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,2	31,0	0,5	32,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,4	0,0	0,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,3	0,0	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,1	0,2	0,2

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

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

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

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

**Abbildung 4: Interaktionsdiagramme 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:

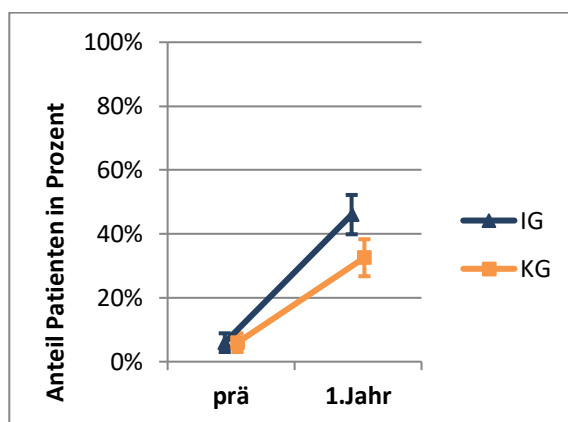
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

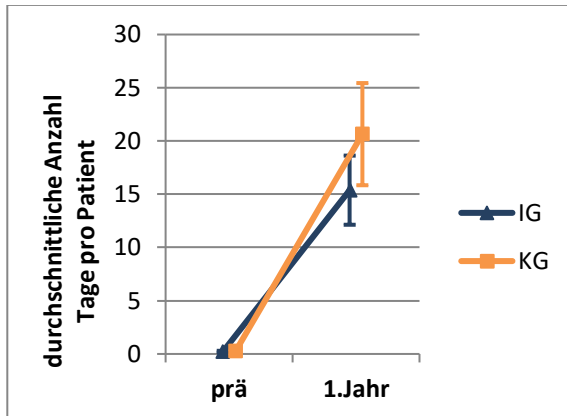
- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

Fallzahl zu klein

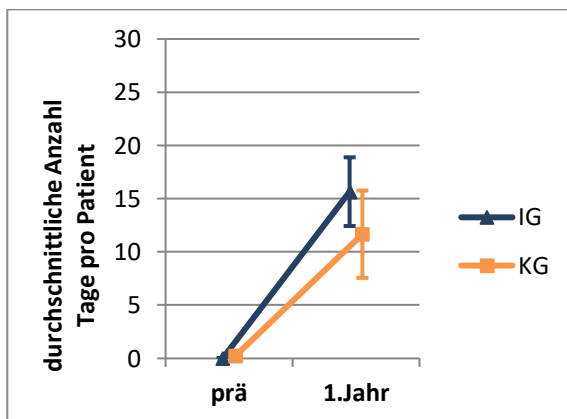


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

- 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 Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n=252 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen Unterschiede zwischen der Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG). Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 0,2; KG: 0,2 vollstationäre Tage) und stiegen im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 15,4; KG: 20,6 vollstationäre Tage). Dabei war der Anstieg in der IG signifikant verringert im Vergleich zur KG.

Für die durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer zeigte sich hier ein ähnliches Muster eines starken Anstiegs in beiden Gruppen. Dieser fiel in der IG jedoch stärker aus als in der KG.

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

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

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 Interaktionsdiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 477ff.).

### **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>279</b>	<b>279</b>	<b>262</b>	<b>257</b>	<b>273</b>	<b>273</b>	<b>256</b>	<b>250</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>259</b>	<b>264</b>	<b>249</b>	<b>246</b>	<b>260</b>	<b>262</b>	<b>247</b>	<b>241</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,0	0,6	0,5	0,0	2,7	2,2	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,1	4,5	4,0	3,2	2,7	5,0	5,1	4,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	4,5	5,7	6,0	5,9	6,1	7,3	7,1	7,3
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)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,3	0,4	0,5	0,8	1,5	1,5	0,9
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	10,6	9,0	8,3	9,0	10,1	17,0	17,7	12,3

<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

### 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>152</b>	<b>152</b>	<b>146</b>	<b>145</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>139</b>	<b>135</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>145</b>	<b>143</b>	<b>137</b>	<b>140</b>	<b>140</b>	<b>142</b>	<b>137</b>	<b>132</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,3	2,2	1,6	2,0	2,8	7,2	5,1	2,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	5,2	6,6	5,7	4,3	4,1	4,6	5,0	4,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	7,2	6,8	7,2	8,0	8,2	8,4	7,6	7,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,3	0,3	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,3	2,0	0,3	0,5	0,0	0,4	0,5	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,1	7,1	6,5	7,0	6,5	8,6	8,6	10,5

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

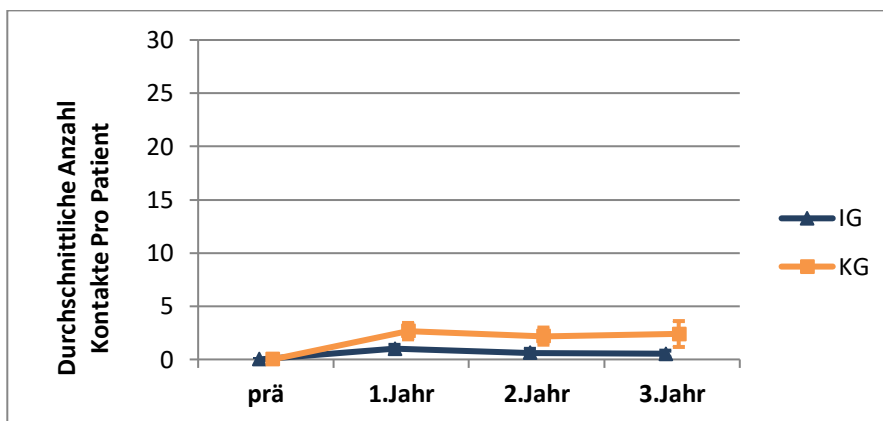
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

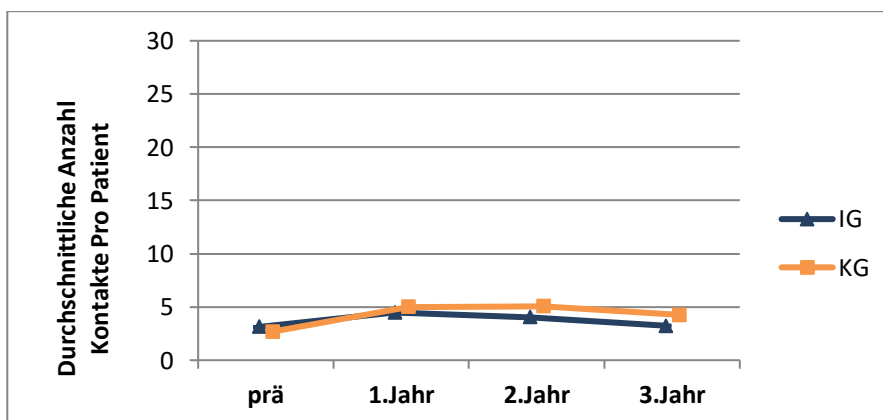
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

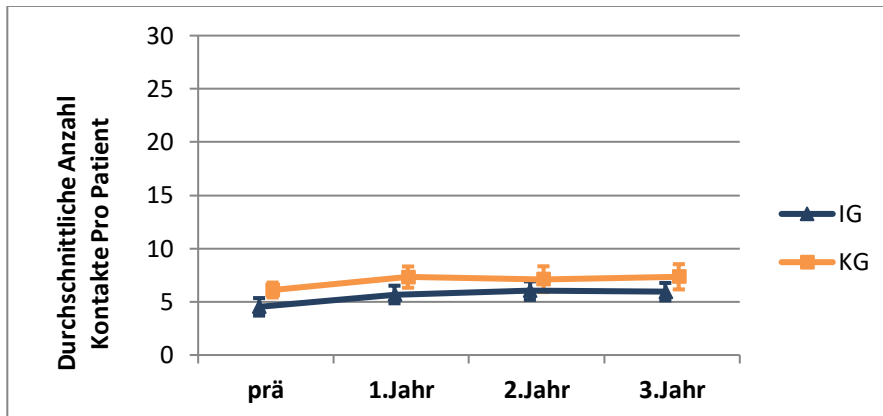
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

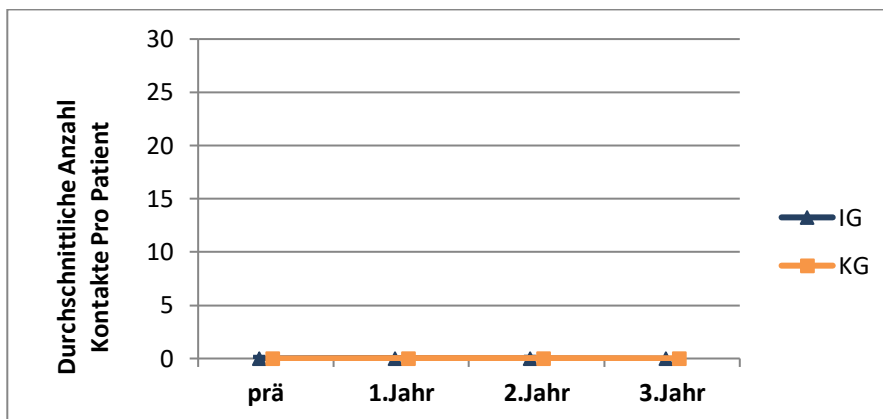


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

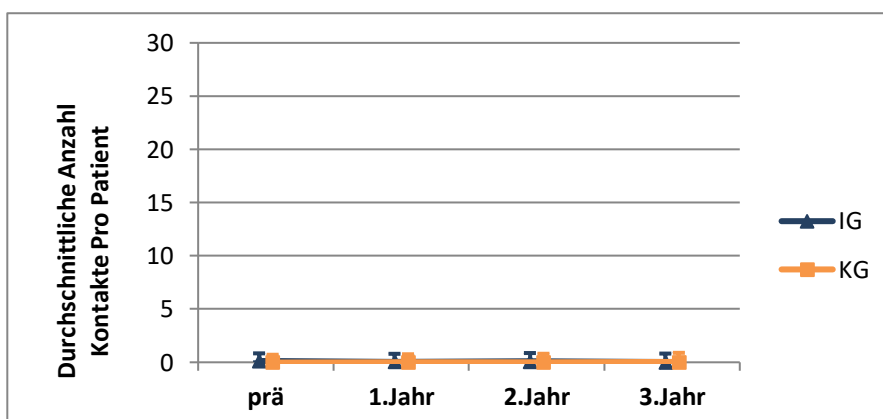


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

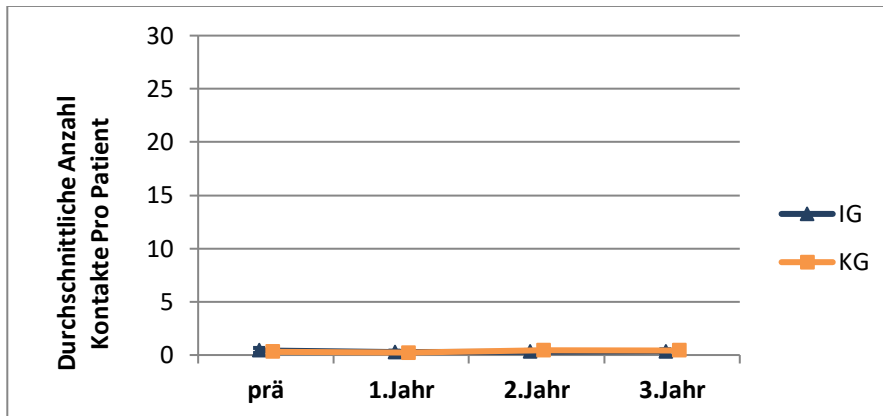


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)**



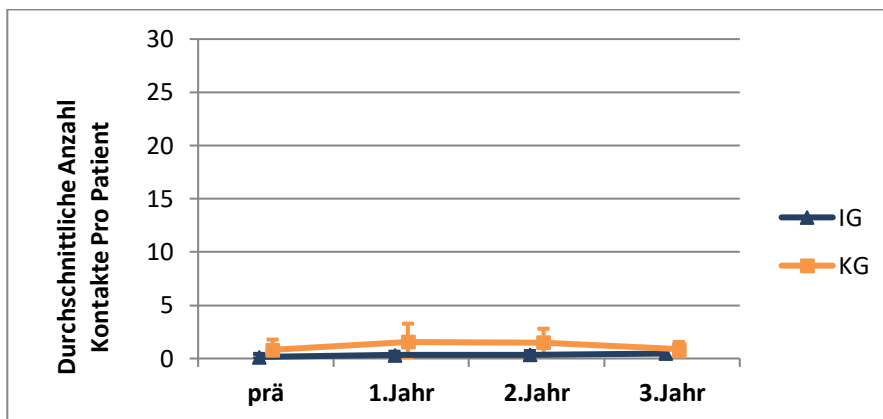


- bei anderen Vertragsärzten (F)

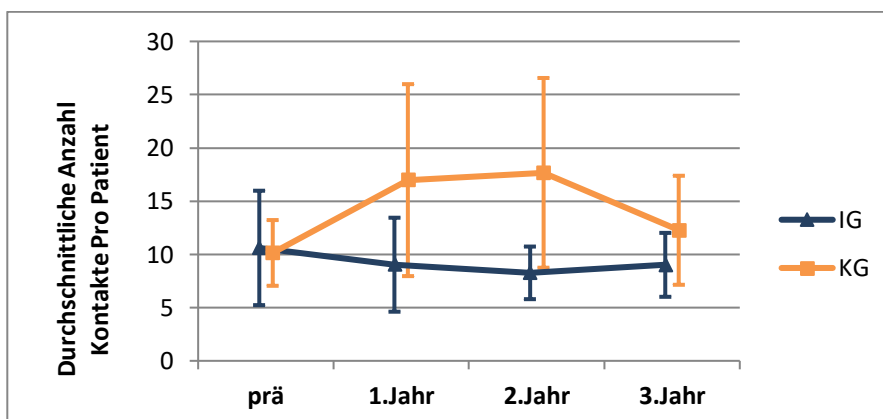


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



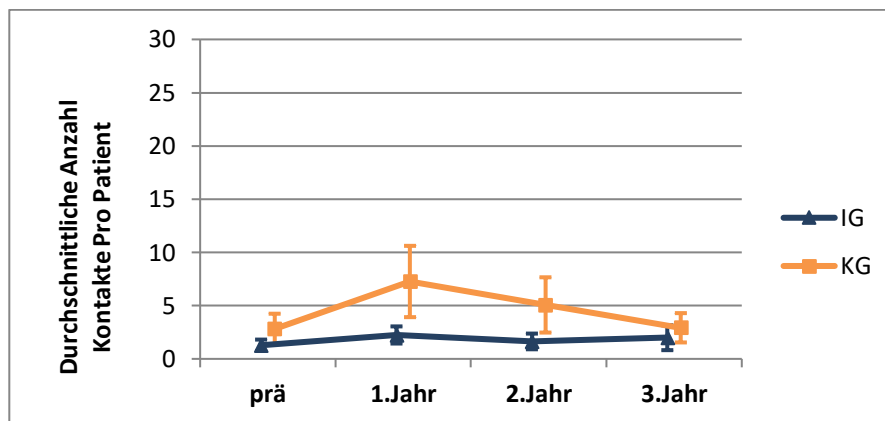
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

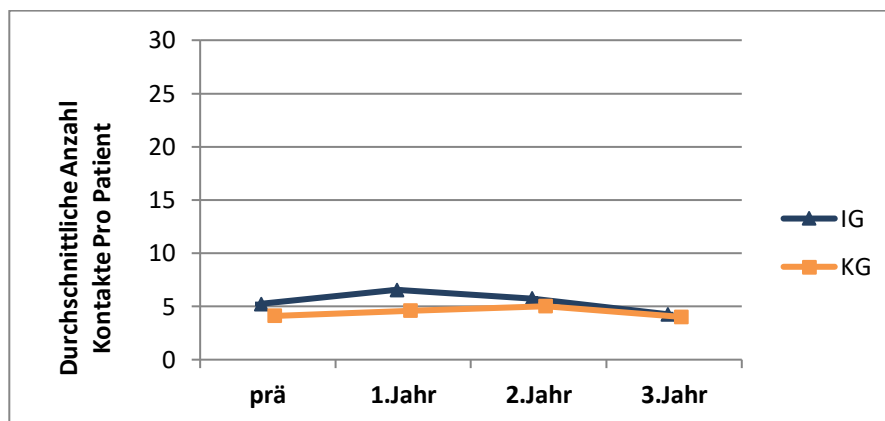
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

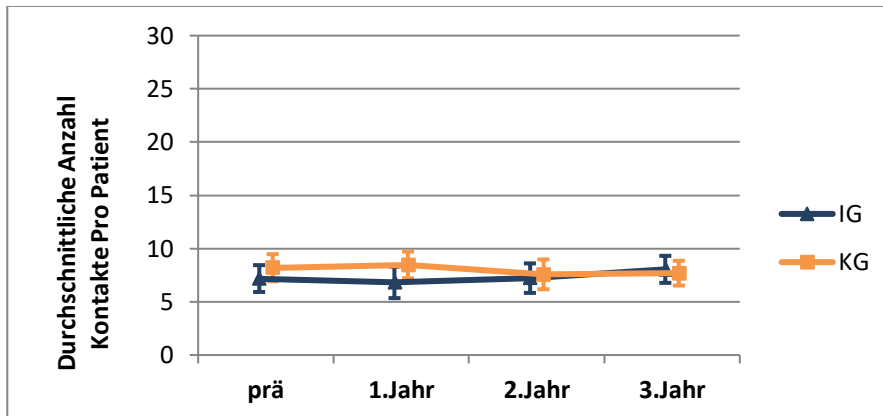
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

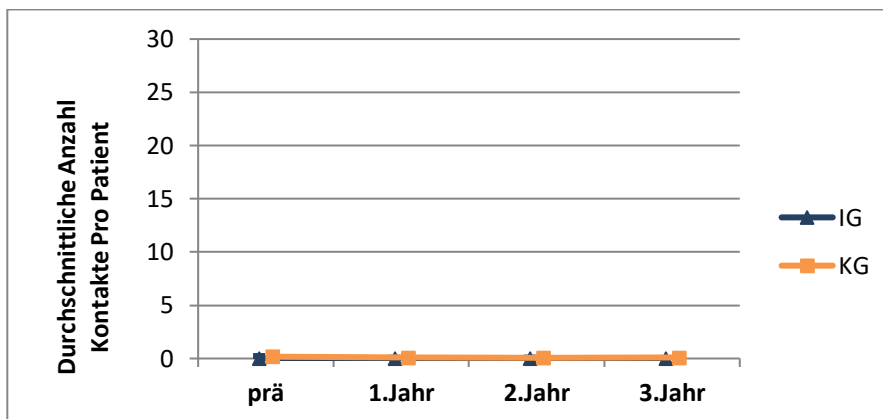


- bei anderen Vertragsärzten (E)

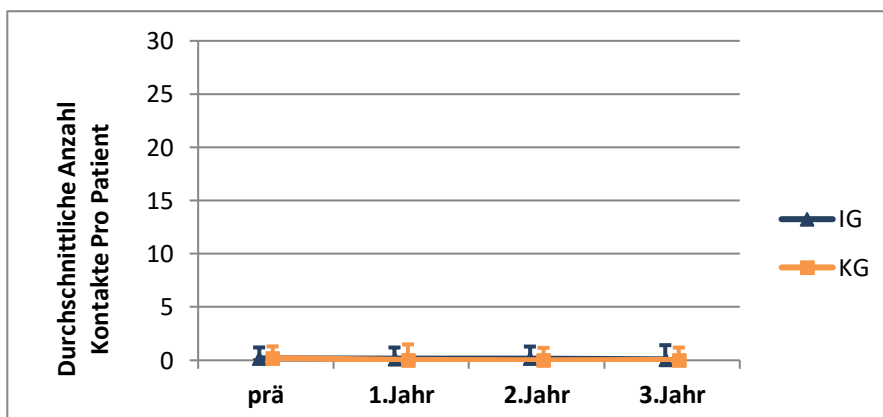


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

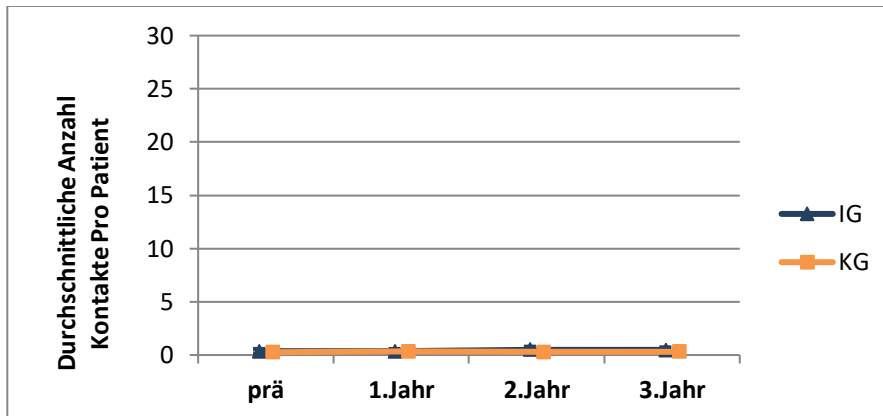
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

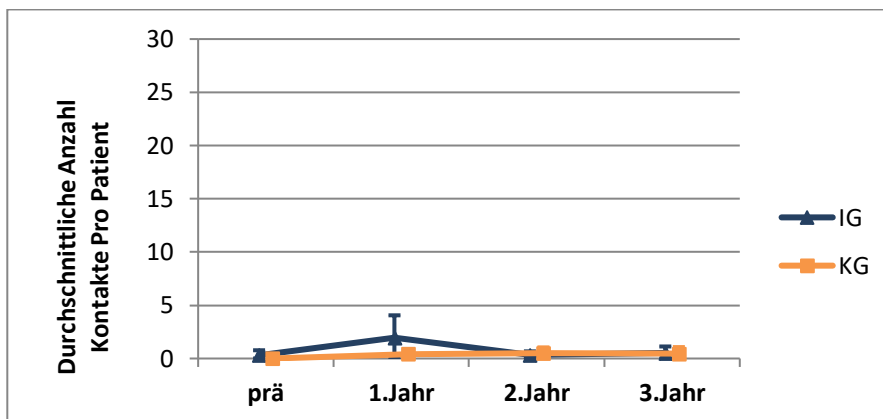


- bei anderen Vertragsärzten (F)

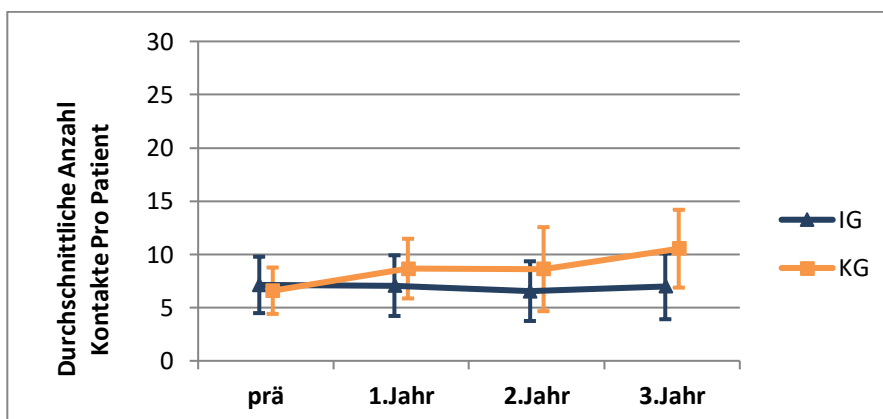


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=279, KG=273;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=152, KG=144). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei linikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster einer gleichbleibend niedrigen ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose. Jedoch hatten klinikneue Patienten der IG über den gesamten Zeitraum durchschnittlich ca. 2 PIA-Kontakt weniger.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar. Dabei lagen beide Gruppen hier in etwa auf gleichbleibendem Niveau.

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über den gesamten Zeitraum eine geringere Inanspruchnahme in der IG im Vergleich zur KG (prä: -1,5; 1. Jahr: -5,0; 2. Jahr: -3,4; 3. Jahr: -0,9 Kontakte). Dabei glich sich die KG über den Zeitverlauf an das Niveau der IG an.

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

**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>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>397</b>	<b>395</b>	<b>396</b>	<b>396</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	3,5	0,0	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,3	4,0	3,1	5,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	5,9	5,9	6,8	7,6
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)	0,2	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,4	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,6	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	11,9	10,5	13,5	12,9

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

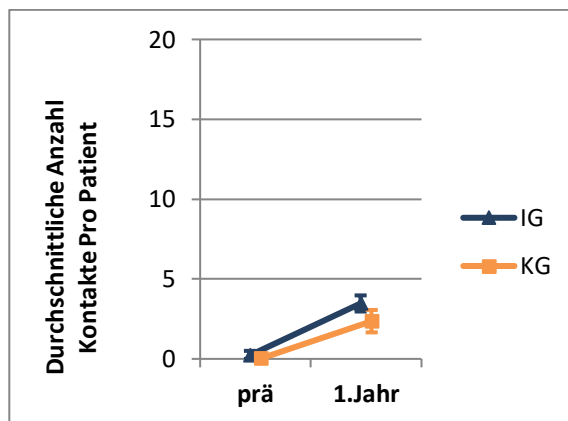
### Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

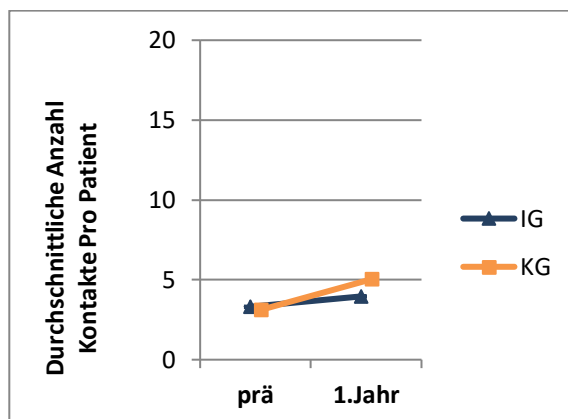
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

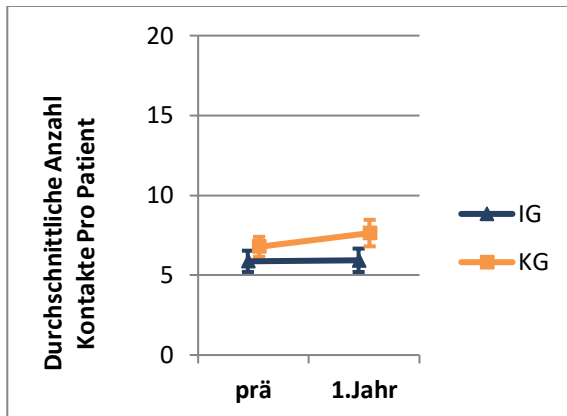
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

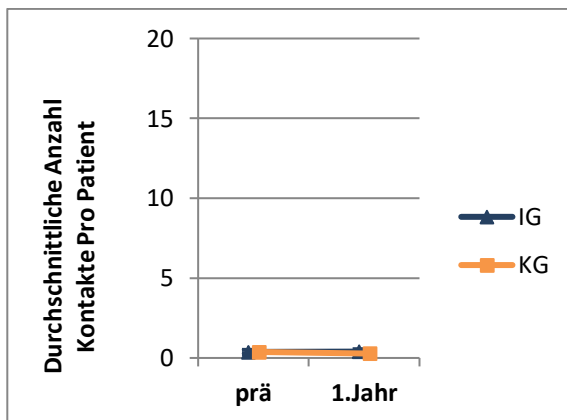
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



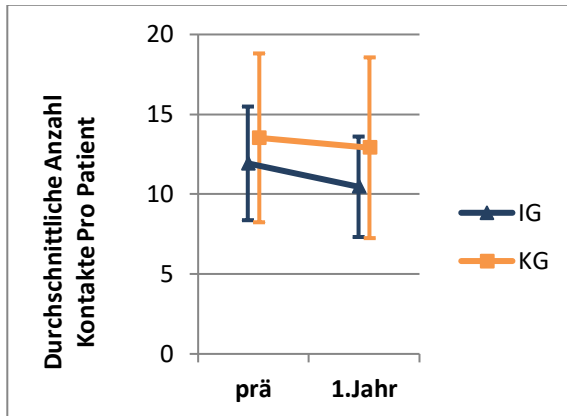
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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= 408) zeigte sich ein signifikant stärkerer Anstieg der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) über den Zeitverlauf (IG: von 0,2 auf 3,5 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0 auf 2,4 Kontakte im 1. Jahr). Der Anstieg der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war in der IG signifikant geringer als in der KG (IG: von 3,3 auf 4,0 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 3,1 auf 5,0 Kontakte im 1. Jahr).

**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>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>240</b>	<b>243</b>	<b>235</b>	<b>232</b>	<b>236</b>	<b>235</b>	<b>232</b>	<b>229</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,3	2,0	1,3	0,0	5,5	2,1	1,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,8	1,7	1,9	1,6	2,9	4,0	4,8	3,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,2	3,1	3,0	2,9	3,8	4,7	4,5	4,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,6	0,5	0,4	0,8	0,6	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,6	6,4	5,6	4,7	7,6	6,6	6,8	5,8

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### 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>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>159</b>	<b>154</b>	<b>151</b>	<b>154</b>	<b>153</b>	<b>153</b>	<b>150</b>	<b>149</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,1	5,7	3,3	2,3	4,2	7,2	3,7	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,4	1,3	1,6	1,3	2,1	2,5	4,2	3,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,6	3,7	3,9	4,2	4,6	4,3	4,4	3,4
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	0,5	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,0	0,6	0,4	0,4	0,9	0,8	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,1	0,6	0,4	0,3	0,3	0,8	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	12,9	12,4	11,2	9,3	9,4	9,1	7,4	5,0

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

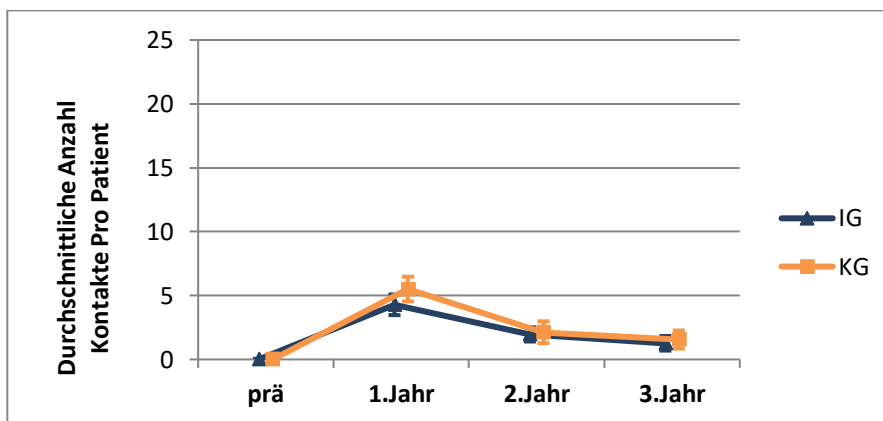
**Klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

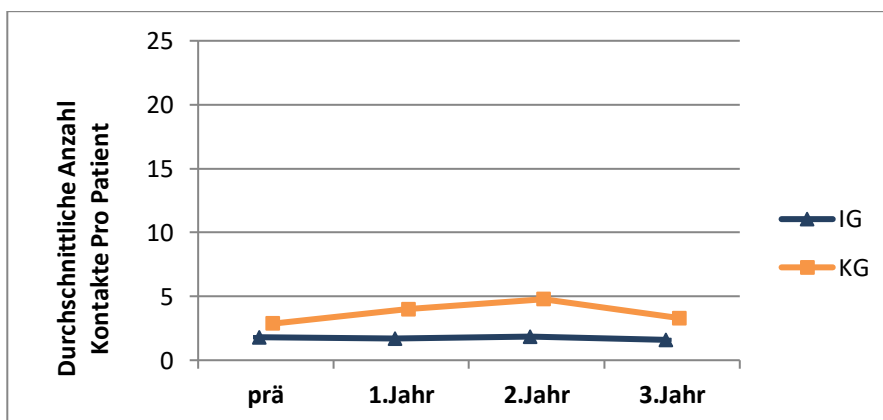
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

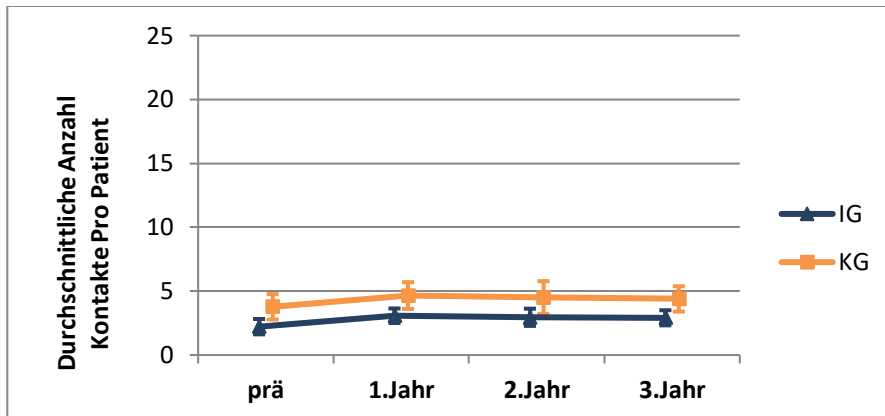
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

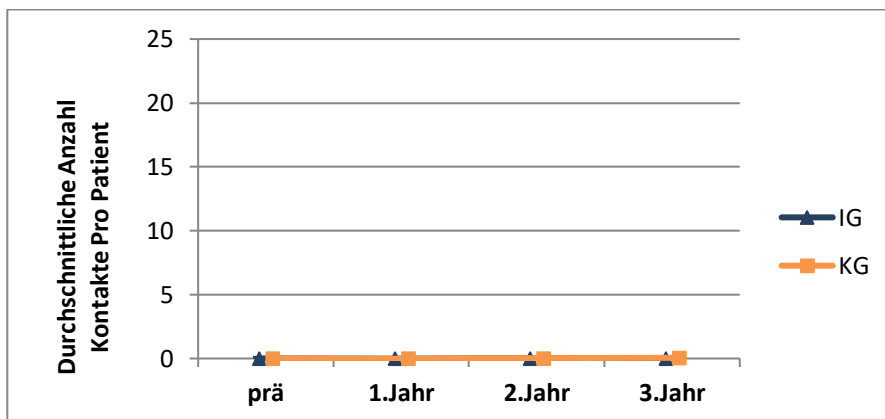


- bei anderen Vertragsärzten (E)

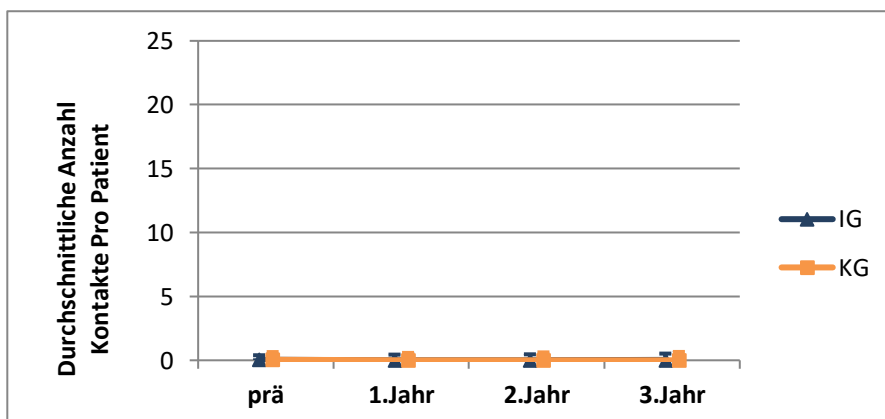


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

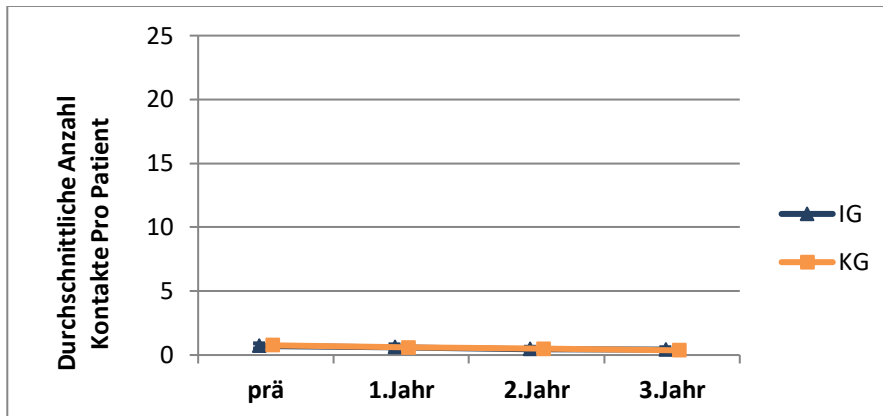
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

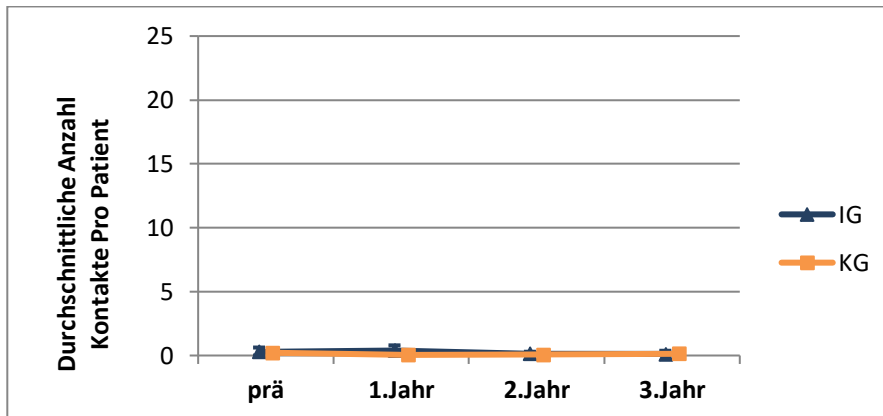


- bei anderen Vertragsärzten (F)

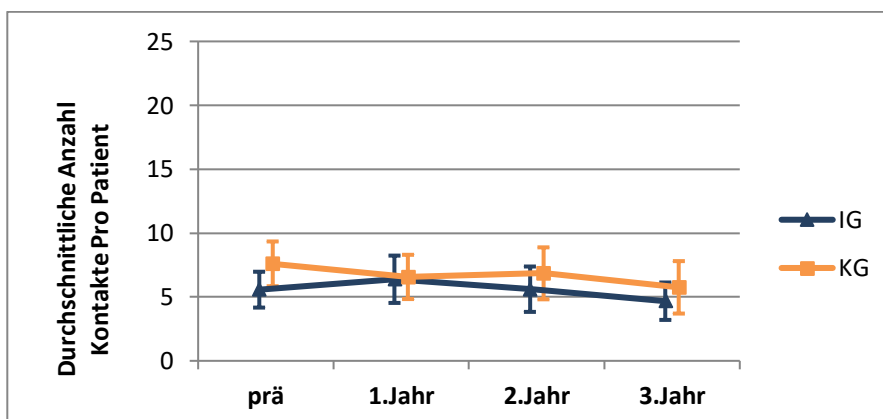


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



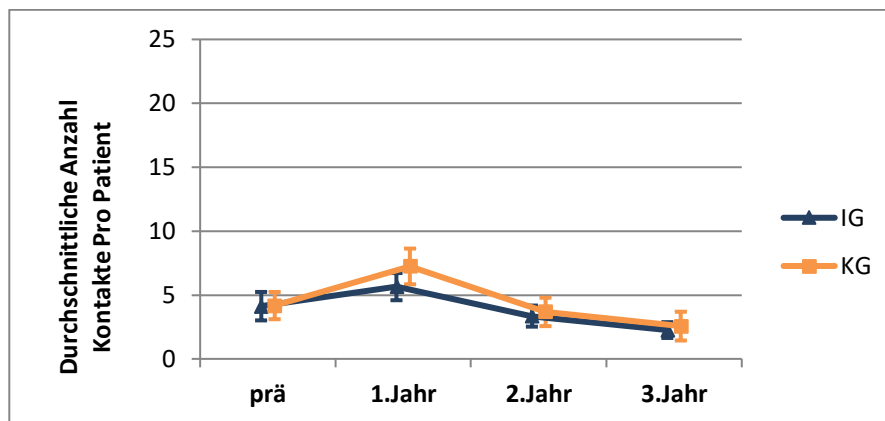
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

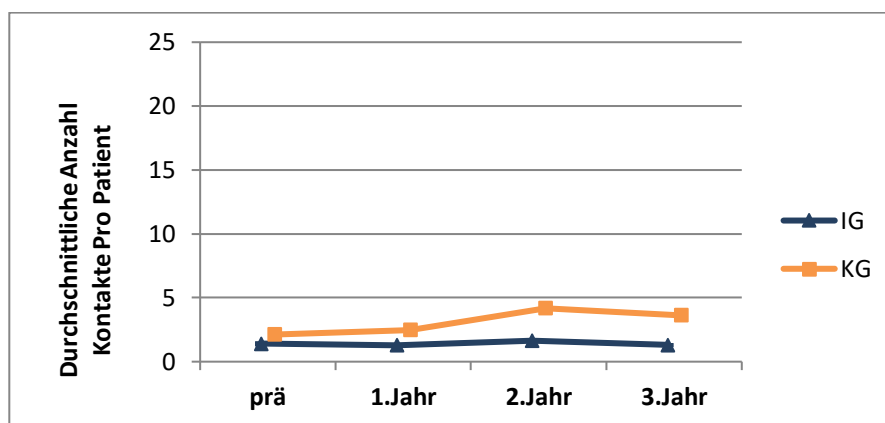
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

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

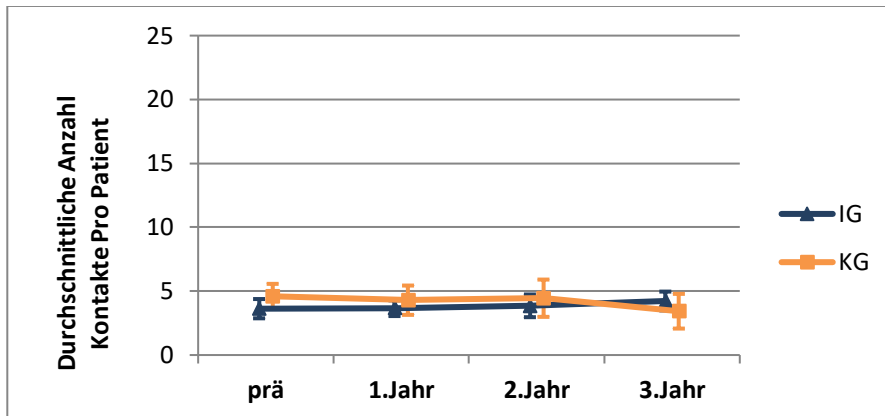


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**



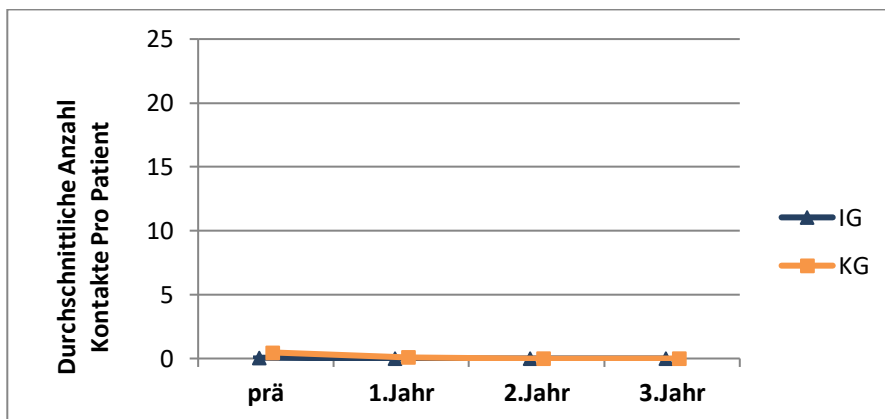


- bei anderen Vertragsärzten (E)

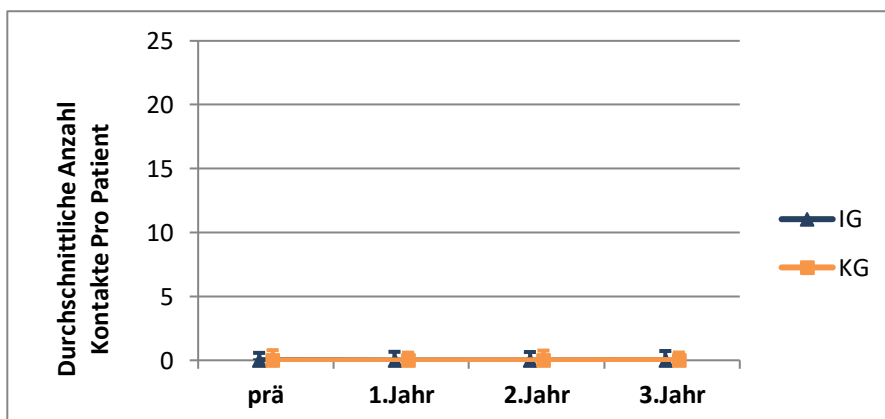


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

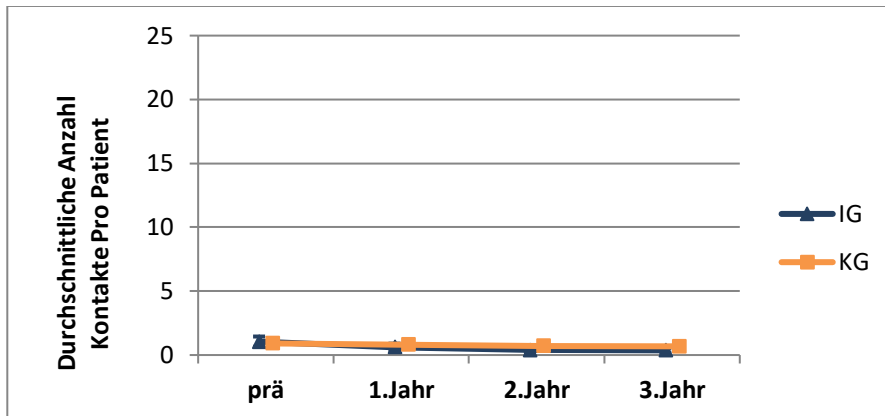
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

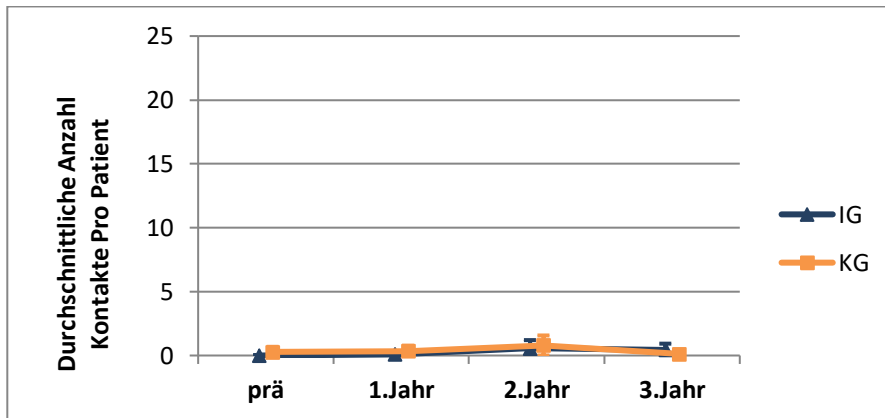


- bei anderen Vertragsärzten (F)

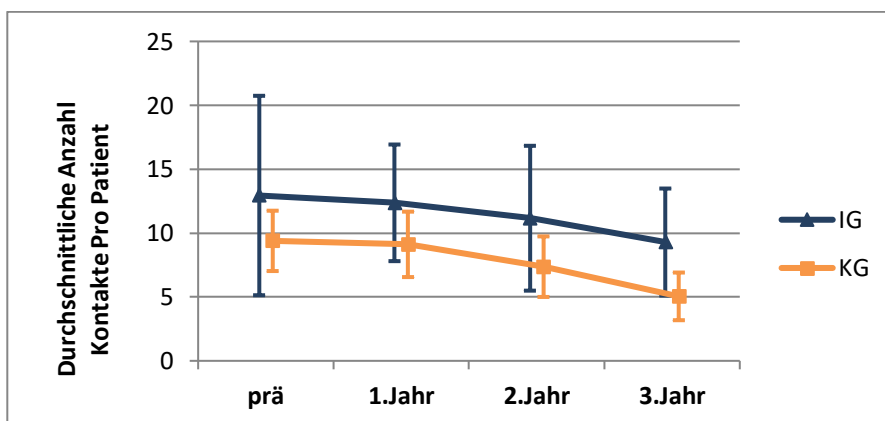


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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=247, KG=238;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=161, KG=154). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klinikneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster eines Peaks der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose im ersten Jahr. Dieser war in der IG um etwa einen Kontakt geringer ausgeprägt im Vergleich zur KG.

Auch das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) vergleichbar. Dabei lag die IG hinsichtlich der Inanspruchnahme über den gesamten Zeitraum in etwa 1,5 Kontakten unter dem Niveau der KG.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich hinsichtlich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte über den gesamten Zeitraum ein ähnlich hohes Niveau in beiden Gruppen. Lediglich der Peak im ersten Jahr war in der IG geringer ausgeprägt als in der KG.

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

**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>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>248</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	3,1	0,0	5,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,6	2,7	4,4	4,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,2	3,6	3,4	4,5
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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,1	0,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,8	1,0	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,2	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,6	5,7	10,0	6,9

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 8: Interaktionsdiagramme für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

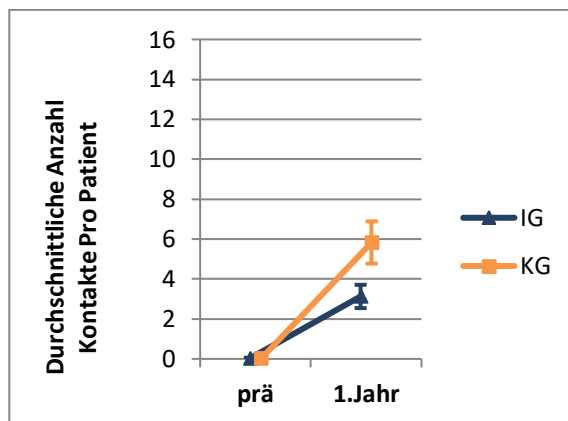
### Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

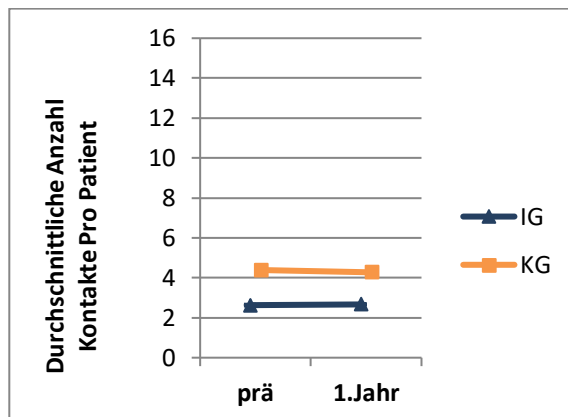
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

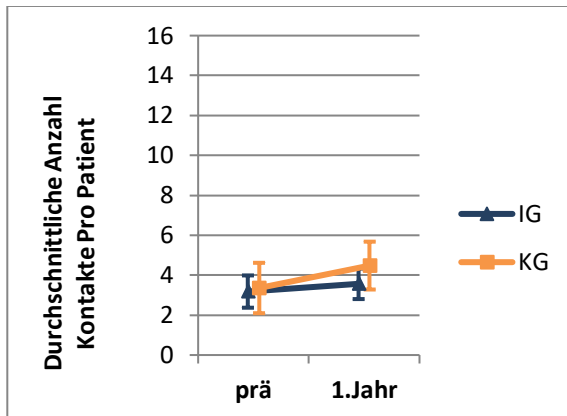
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



- 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

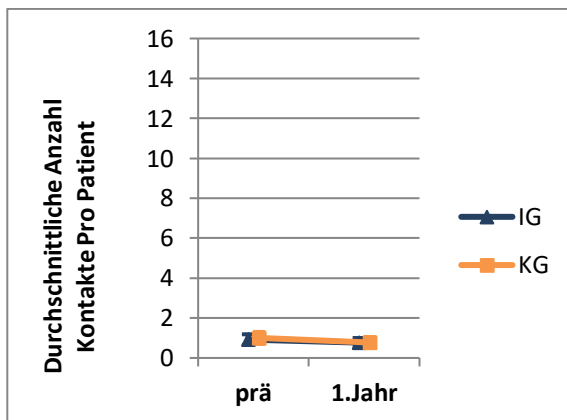
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

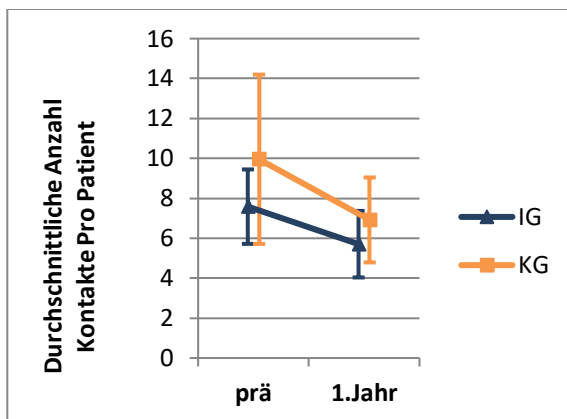


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- **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= 412 und 422) zeigte sich ein signifikant geringerer Anstieg der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der Modellklinik (IG) als in der Kontrollgruppe (KG) über den Zeitverlauf (IG: von 0 auf 3,1 Kontakte im 1. Jahr; KG: von 0 auf 5,8 Kontakte im 1. Jahr).

Der Zeitverlauf der Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen Beiden Gruppen.

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 sowie Abbildung 8 die Interaktionsdiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### 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			
	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>307</b>	<b>38</b>	<b>49</b>	<b>11</b>	<b>269</b>	<b>44</b>	<b>48</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,1 %	2,3 %	15,8 %	10,2 %	0,0 %	6,7 %	15,9 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,1 %	14,0 %	5,3 %	16,3 %	27,3 %	16,7 %	4,5 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,4 %	37,1 %	26,3 %	28,6 %	45,5 %	42,8 %	38,6 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,1 %	14,7 %	10,5 %	12,2 %	9,1 %	12,3 %	13,6 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	4,9 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	5,6 %	2,3 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	3,6 %	10,5 %	2,0 %	9,1 %	4,1 %	4,5 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,2 %	19,9 %	21,1 %	26,5 %	27,3 %	26,0 %	22,7 %	29,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	55,6 %	44,6 %	55,3 %	49,0 %	27,3 %	38,7 %	38,6 %	45,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>124</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>&lt;10</b>	<b>112</b>	<b>17</b>	<b>24</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	5,4 %	17,6 %	4,2 %

• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,3 %	27,4 %	16,7 %	28,6 %	66,7 %	31,3 %	5,9 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	35,5 %	25,0 %	28,6 %	33,3 %	44,6 %	35,3 %	37,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	21,0 %	16,7 %	23,8 %	0,0 %	15,2 %	23,5 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	7,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,0 %	5,9 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	4,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	11,8 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	33,1 %	16,7 %	33,3 %	66,7 %	41,1 %	29,4 %	37,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	32,3 %	58,3 %	38,1 %	0,0 %	25,9 %	35,3 %	37,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>&lt;10</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>51</b>	<b>&lt;10</b>	<b>15</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	0,0 %	0,0 %	0,0 %	—	2,0 %	0,0 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	32,9 %	0,0 %	29,4 %	—	37,3 %	11,1 %	26,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	31,4 %	0,0 %	35,3 %	—	35,3 %	22,2 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	24,3 %	0,0 %	29,4 %	—	17,6 %	11,1 %	6,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,1 %	0,0 %	0,0 %	—	2,0 %	0,0 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,4 %	0,0 %	0,0 %	—	5,9 %	22,2 %	20,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	37,1 %	0,0 %	29,4 %	—	39,2 %	11,1 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	—	31,4 %	100,0 %	35,3 %	—	35,3 %	44,4 %	40,0 %

<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>	<10	294	33	45	<10	244	39	41
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,2 %	5,8 %	18,2 %	11,1 %	11,1 %	10,7 %	17,9 %	17,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,1 %	22,4 %	12,1 %	22,2 %	22,2 %	24,2 %	17,9 %	26,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	57,8 %	45,5 %	46,7 %	77,8 %	63,9 %	59,0 %	56,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	32,7 %	27,3 %	24,4 %	33,3 %	32,8 %	20,5 %	29,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	11,9 %	0,0 %	4,4 %	11,1 %	13,1 %	10,3 %	19,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	12,6 %	15,2 %	13,3 %	11,1 %	7,8 %	10,3 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	33,3 %	30,3 %	35,6 %	44,4 %	40,2 %	38,5 %	51,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,2 %	25,5 %	36,4 %	28,9 %	11,1 %	22,5 %	20,5 %	22,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<10	116	10	18	<10	105	15	20
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	5,2 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	11,4 %	20,0 %	15,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,3 %	42,2 %	30,0 %	44,4 %	50,0 %	42,9 %	33,3 %	40,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	64,7 %	70,0 %	61,1 %	100,0 %	72,4 %	66,7 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	45,7 %	40,0 %	33,3 %	50,0 %	39,0 %	20,0 %	20,0 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	0,0 %	16,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	18,1 %	13,3 %	25,0 %
	33,3 %	13,8 %	10,0 %	16,7 %	0,0 %	8,6 %	26,7 %	15,0 %
	33,3 %	52,6 %	30,0 %	50,0 %	50,0 %	61,0 %	60,0 %	60,0 %
	0,0 %	11,2 %	20,0 %	11,1 %	0,0 %	6,7 %	6,7 %	20,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>&lt;10</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>48</b>	<b>&lt;10</b>	<b>11</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	2,9 %	0,0 %	0,0 %	—	6,3 %	0,0 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	52,9 %	0,0 %	50,0 %	—	52,1 %	37,5 %	54,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	63,2 %	50,0 %	64,3 %	—	66,7 %	50,0 %	45,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	45,6 %	0,0 %	42,9 %	—	47,9 %	12,5 %	9,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	16,2 %	0,0 %	0,0 %	—	12,5 %	12,5 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,9 %	0,0 %	14,3 %	—	10,4 %	50,0 %	27,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	61,8 %	0,0 %	50,0 %	—	58,3 %	50,0 %	63,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	10,3 %	50,0 %	7,1 %	—	6,3 %	12,5 %	18,2 %

<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

**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>&lt;10</b>	<b>264</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>&lt;10</b>	<b>219</b>	<b>33</b>	<b>30</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	8,0 %	18,8 %	20,5 %	33,3 %	13,7 %	27,3 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,3 %	33,0 %	18,8 %	25,6 %	0,0 %	32,9 %	24,2 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	83,3 %	76,9 %	78,1 %	69,2 %	66,7 %	81,7 %	81,8 %	86,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	55,7 %	65,6 %	46,2 %	100,0 %	56,2 %	51,5 %	56,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,7 %	15,5 %	6,3 %	7,7 %	33,3 %	17,8 %	12,1 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	29,9 %	43,8 %	30,8 %	33,3 %	17,4 %	6,1 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	43,9 %	40,6 %	48,7 %	66,7 %	49,3 %	51,5 %	53,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	16,7 %	10,2 %	9,4 %	20,5 %	0,0 %	8,7 %	12,1 %	3,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>104</b>	<b>&lt;10</b>	<b>16</b>	<b>&lt;10</b>	<b>96</b>	<b>11</b>	<b>14</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	50,0 %	8,7 %	0,0 %	18,8 %	100,0 %	12,5 %	36,4 %	21,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	50,0 %	56,7 %	33,3 %	43,8 %	0,0 %	54,2 %	45,5 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	79,8 %	88,9 %	81,3 %	100,0 %	87,5 %	90,9 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	69,2 %	55,6 %	62,5 %	100,0 %	62,5 %	63,6 %	64,3 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	50,0 %	23,1 %	22,2 %	6,3 %	0,0 %	25,0 %	18,2 %	35,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	36,5 %	44,4 %	37,5 %	0,0 %	15,6 %	18,2 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	67,3 %	44,4 %	62,5 %	100,0 %	72,9 %	81,8 %	78,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,0 %	11,1 %	6,3 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>&lt;10</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>43</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	—	6,5 %	0,0 %	16,7 %	—	7,0 %	20,0 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	69,4 %	0,0 %	50,0 %	—	67,4 %	60,0 %	80,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	77,4 %	100,0 %	91,7 %	—	88,4 %	80,0 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	72,6 %	50,0 %	83,3 %	—	74,4 %	40,0 %	60,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	22,6 %	0,0 %	8,3 %	—	14,0 %	20,0 %	20,0 %
— • Keine Fachgruppe (F)	—	35,5 %	50,0 %	41,7 %	—	16,3 %	40,0 %	40,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	77,4 %	0,0 %	66,7 %	—	72,1 %	80,0 %	80,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	1,6 %	0,0 %	0,0 %	—	0,0 %	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

**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>109</b>	<b>175</b>	<b>79</b>	<b>45</b>	<b>90</b>	<b>153</b>	<b>73</b>	<b>61</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,4 %	5,7 %	11,4 %	22,2 %	12,2 %	7,2 %	4,1 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,0 %	16,0 %	13,9 %	4,4 %	7,8 %	15,0 %	9,6 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,7 %	33,7 %	38,0 %	22,2 %	25,6 %	35,9 %	19,2 %	26,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,8 %	15,4 %	15,2 %	20,0 %	10,0 %	14,4 %	11,0 %	8,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,5 %	5,1 %	3,8 %	2,2 %	3,3 %	5,2 %	1,4 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	5,1 %	5,1 %	2,2 %	7,8 %	5,2 %	1,4 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,0 %	26,3 %	26,6 %	28,9 %	21,1 %	26,1 %	13,7 %	21,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,0 %	41,1 %	39,2 %	46,7 %	50,0 %	45,1 %	65,8 %	60,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>71</b>	<b>112</b>	<b>47</b>	<b>19</b>	<b>67</b>	<b>95</b>	<b>42</b>	<b>38</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,9 %	8,0 %	19,1 %	36,8 %	14,9 %	6,3 %	4,8 %	15,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,1 %	22,3 %	19,1 %	5,3 %	7,5 %	21,1 %	14,3 %	13,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,1 %	40,2 %	42,6 %	31,6 %	22,4 %	38,9 %	23,8 %	31,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,3 %	14,3 %	14,9 %	26,3 %	13,4 %	15,8 %	14,3 %	13,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,5 %	6,3 %	6,4 %	5,3 %	4,5 %	6,3 %	2,4 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	5,4 %	0,0 %	0,0 %	9,0 %	7,4 %	2,4 %	7,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	35,7 %	40,4 %	47,4 %	23,9 %	31,6 %	19,0 %	28,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,6 %	33,0 %	25,5 %	26,3 %	46,3 %	36,8 %	57,1 %	47,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>33</b>	<b>61</b>	<b>35</b>	<b>12</b>	<b>32</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>23</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,1 %	6,6 %	25,7 %	33,3 %	18,8 %	6,5 %	13,3 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	24,6 %	20,0 %	8,3 %	15,6 %	26,1 %	20,0 %	17,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,4 %	37,7 %	28,6 %	33,3 %	15,6 %	39,1 %	33,3 %	34,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,2 %	18,0 %	20,0 %	41,7 %	12,5 %	15,2 %	26,7 %	17,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	4,9 %	2,9 %	8,3 %	6,3 %	10,9 %	6,7 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	4,9 %	0,0 %	0,0 %	12,5 %	4,3 %	0,0 %	13,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	36,1 %	45,7 %	50,0 %	34,4 %	39,1 %	33,3 %	43,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,4 %	32,8 %	31,4 %	16,7 %	46,9 %	30,4 %	40,0 %	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>85</b>	<b>159</b>	<b>69</b>	<b>39</b>	<b>71</b>	<b>132</b>	<b>58</b>	<b>45</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,5 %	11,3 %	23,2 %	23,1 %	23,9 %	15,2 %	8,6 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,2 %	32,7 %	27,5 %	7,7 %	14,1 %	27,3 %	22,4 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	57,6 %	57,2 %	63,8 %	48,7 %	47,9 %	56,8 %	36,2 %	28,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,9 %	34,0 %	40,6 %	33,3 %	22,5 %	26,5 %	19,0 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,2 %	15,7 %	15,9 %	5,1 %	8,5 %	15,2 %	5,2 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	13,2 %	15,9 %	7,7 %	8,5 %	10,6 %	8,6 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,1 %	49,1 %	50,7 %	35,9 %	42,3 %	48,5 %	29,3 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	23,5 %	20,8 %	14,5 %	30,8 %	26,8 %	21,2 %	39,7 %	40,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>56</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>19</b>	<b>55</b>	<b>81</b>	<b>33</b>	<b>31</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,4 %	15,0 %	38,1 %	36,8 %	27,3 %	12,3 %	12,1 %	22,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	37,5 %	47,0 %	31,0 %	10,5 %	14,5 %	38,3 %	33,3 %	25,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	67,9 %	62,0 %	73,8 %	73,7 %	49,1 %	55,6 %	39,4 %	35,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,0 %	34,0 %	50,0 %	42,1 %	20,0 %	30,9 %	24,2 %	32,3 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	20,0 %	19,0 %	5,3 %	10,9 %	18,5 %	9,1 %	19,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,9 %	11,0 %	11,9 %	15,8 %	10,9 %	12,3 %	12,1 %	25,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,5 %	66,0 %	69,0 %	52,6 %	47,3 %	58,0 %	42,4 %	51,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	11,0 %	0,0 %	5,3 %	21,8 %	16,0 %	27,3 %	25,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>27</b>	<b>52</b>	<b>31</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>42</b>	<b>12</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,5 %	11,5 %	45,2 %	33,3 %	34,6 %	16,7 %	25,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	44,4 %	48,1 %	32,3 %	8,3 %	19,2 %	40,5 %	41,7 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	59,6 %	71,0 %	75,0 %	30,8 %	59,5 %	41,7 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,9 %	40,4 %	58,1 %	50,0 %	19,2 %	33,3 %	33,3 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,1 %	13,5 %	9,7 %	8,3 %	11,5 %	28,6 %	25,0 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,9 %	17,3 %	12,9 %	25,0 %	15,4 %	9,5 %	0,0 %	33,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,1 %	63,5 %	67,7 %	50,0 %	53,8 %	69,0 %	66,7 %	72,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,1 %	11,5 %	0,0 %	8,3 %	23,1 %	7,1 %	16,7 %	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			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>64</b>	<b>135</b>	<b>47</b>	<b>29</b>	<b>49</b>	<b>109</b>	<b>34</b>	<b>32</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	14,1 %	27,7 %	24,1 %	46,9 %	20,2 %	14,7 %	18,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	35,9 %	45,2 %	40,4 %	20,7 %	24,5 %	38,5 %	44,1 %	31,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,6 %	79,3 %	76,6 %	69,0 %	73,5 %	74,3 %	73,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	48,4 %	56,3 %	53,2 %	58,6 %	46,9 %	46,8 %	50,0 %	46,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,1 %	23,0 %	25,5 %	13,8 %	12,2 %	21,1 %	8,8 %	21,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,4 %	29,6 %	40,4 %	44,8 %	20,4 %	17,4 %	20,6 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,4 %	63,0 %	63,8 %	51,7 %	65,3 %	61,5 %	52,9 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	12,6 %	8,5 %	13,8 %	12,2 %	10,1 %	5,9 %	15,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>46</b>	<b>86</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>38</b>	<b>68</b>	<b>21</b>	<b>25</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,6 %	16,3 %	43,3 %	40,0 %	55,3 %	16,2 %	19,0 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	43,5 %	59,3 %	40,0 %	26,7 %	28,9 %	51,5 %	61,9 %	36,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,6 %	89,5 %	90,0 %	93,3 %	81,6 %	75,0 %	81,0 %	76,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,2 %	59,3 %	53,3 %	73,3 %	47,4 %	52,9 %	61,9 %	56,0 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	17,4 %	26,7 %	26,7 %	20,0 %	15,8 %	26,5 %	14,3 %	28,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,1 %	26,7 %	36,7 %	40,0 %	23,7 %	16,2 %	23,8 %	28,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,9 %	79,1 %	76,7 %	73,3 %	76,3 %	70,6 %	71,4 %	60,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,5 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	5,3 %	5,9 %	0,0 %	12,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>37</b>	<b>&lt;10</b>	<b>14</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,1 %	14,6 %	47,6 %	33,3 %	60,0 %	21,6 %	33,3 %	42,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	60,9 %	63,4 %	42,9 %	25,0 %	26,7 %	62,2 %	55,6 %	42,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,6 %	90,2 %	90,5 %	100,0 %	66,7 %	78,4 %	77,8 %	92,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,2 %	63,4 %	57,1 %	83,3 %	33,3 %	64,9 %	55,6 %	64,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	26,1 %	17,1 %	14,3 %	25,0 %	20,0 %	40,5 %	33,3 %	50,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	34,8 %	34,1 %	38,1 %	50,0 %	33,3 %	16,2 %	0,0 %	28,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,0 %	80,5 %	71,4 %	66,7 %	80,0 %	89,2 %	77,8 %	85,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	4,9 %	0,0 %	0,0 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %

<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

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

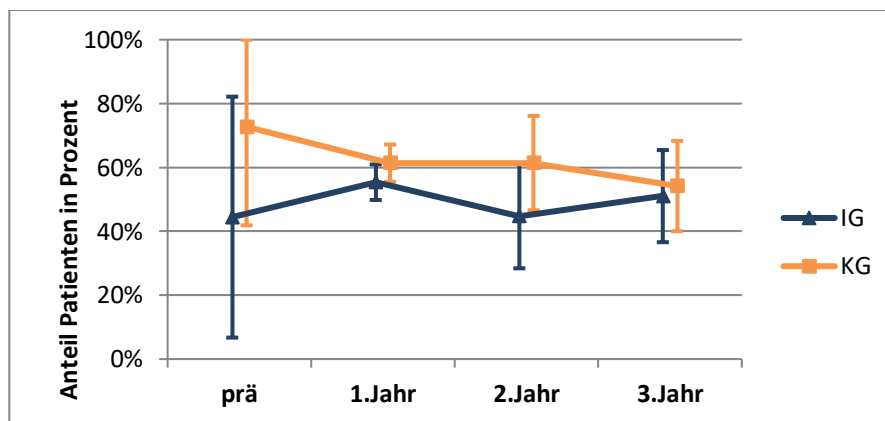
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

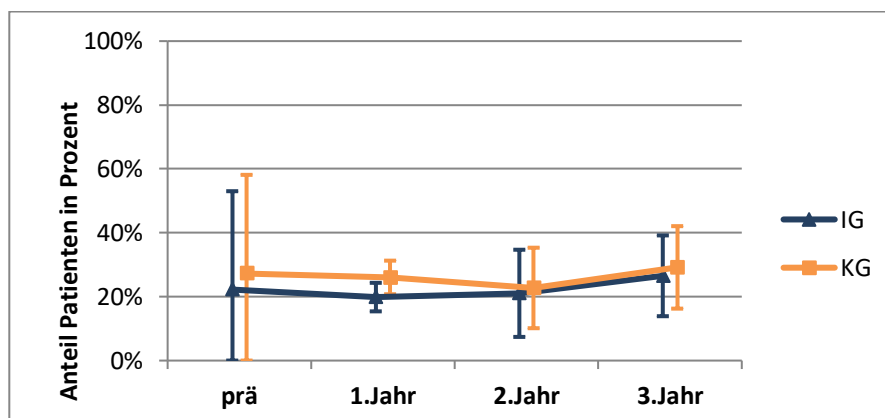
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



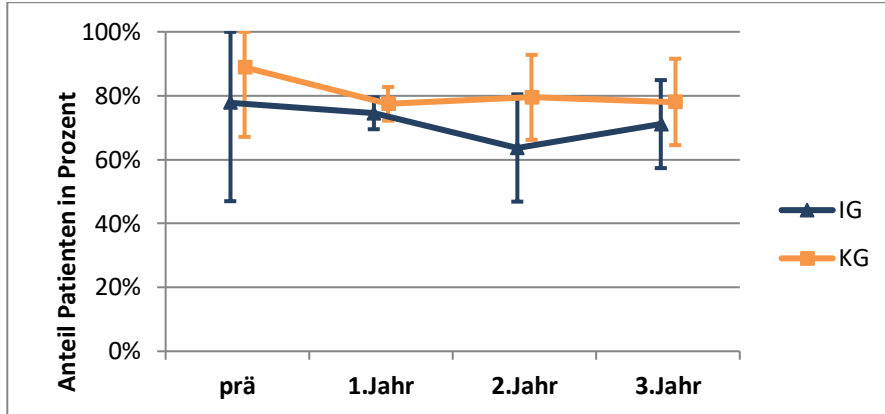
- Alle (psychiatrischer Sektor)



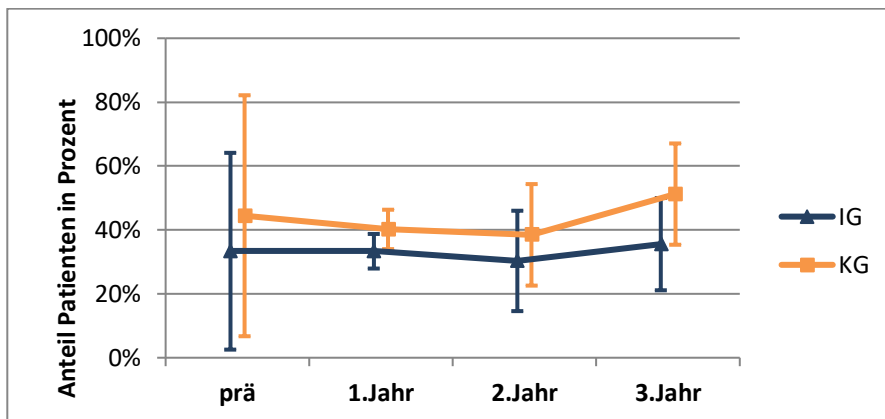
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



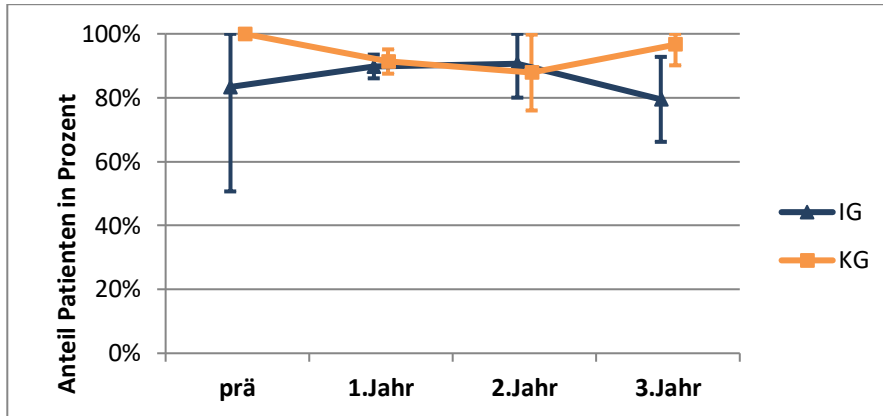
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



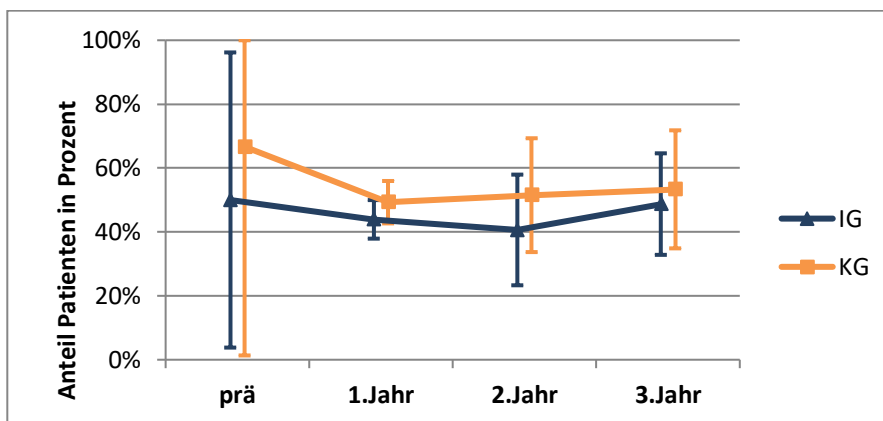
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

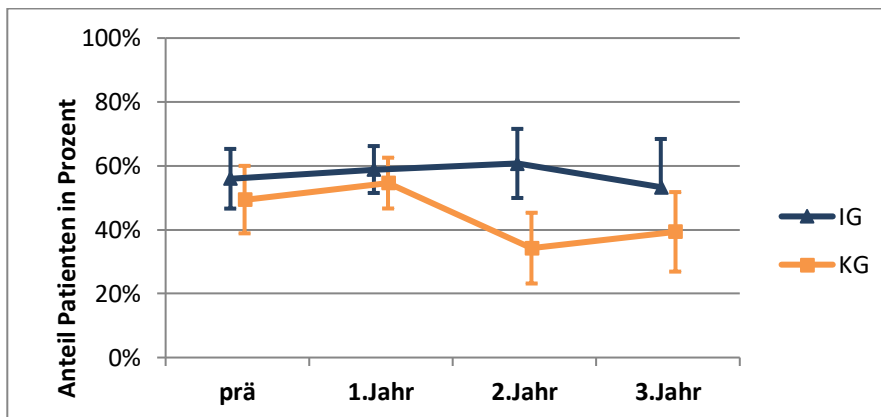
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

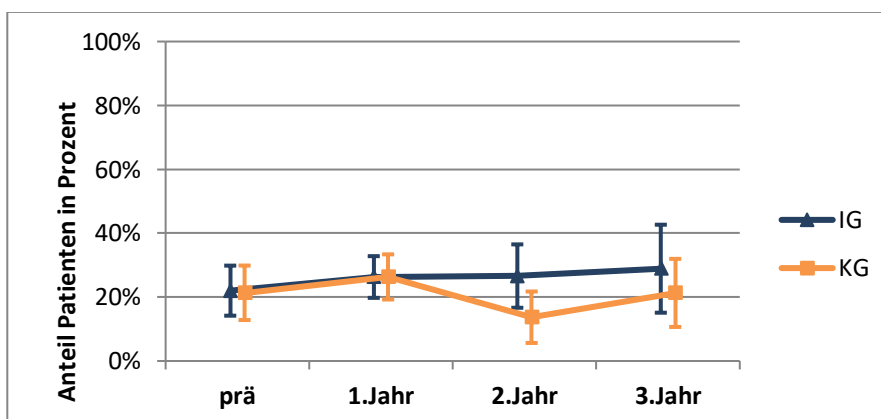
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

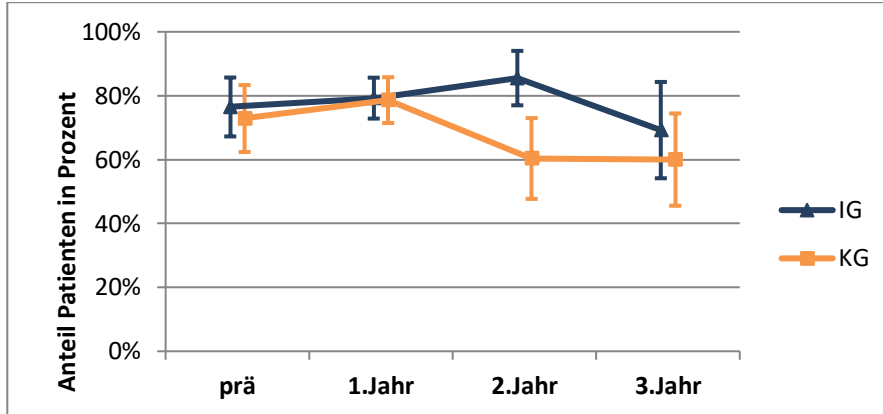




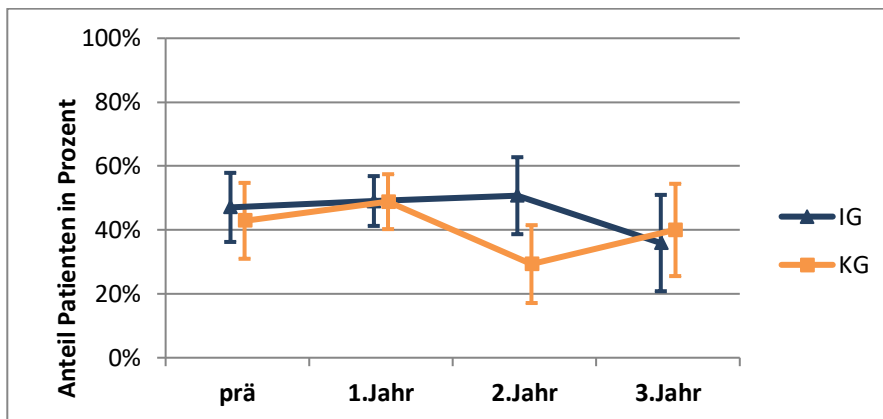
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



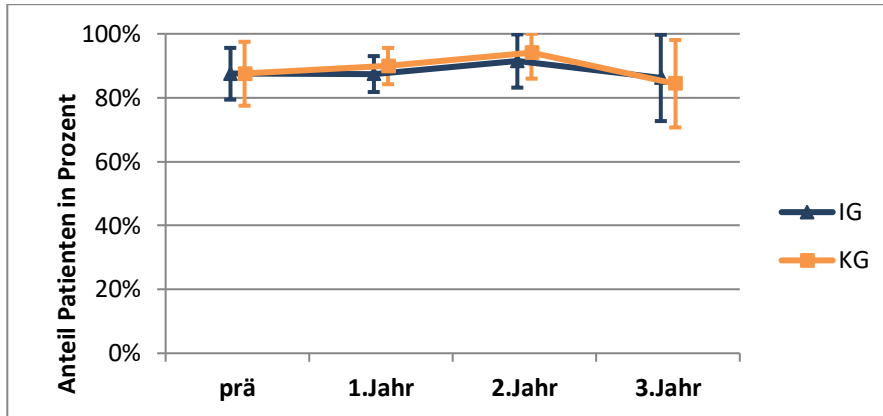
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



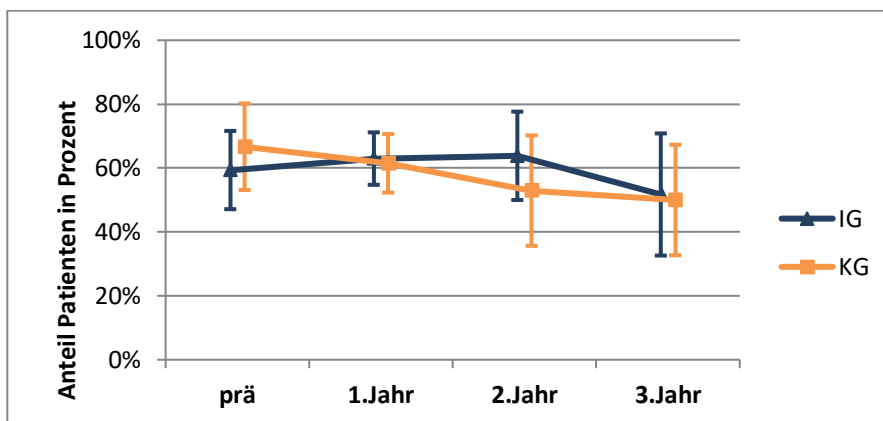
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**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=279, KG=273;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=152, KG=144). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

**Tabelle 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 <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>280</b>	<b>14</b>	<b>342</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,7 %	8,6 %	0,0 %	4,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	13,6 %	7,1 %	16,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,1 %	37,5 %	14,3 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,1 %	10,7 %	7,1 %	10,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	2,5 %	7,1 %	6,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	4,6 %	0,0 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	24,3 %	14,3 %	24,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,8 %	41,4 %	64,3 %	38,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>123</b>	<b>&lt;10</b>	<b>143</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,2 %	10,6 %	0,0 %	4,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	24,4 %	0,0 %	26,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	27,3 %	45,5 %	14,3 %	42,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,2 %	13,0 %	14,3 %	16,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	2,4 %	14,3 %	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,5 %	0,0 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	18,2 %	36,6 %	14,3 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,5 %	26,8 %	57,1 %	30,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>67</b>	<b>&lt;10</b>	<b>63</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	13,4 %	0,0 %	1,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	29,9 %	0,0 %	27,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	33,3 %	46,3 %	0,0 %	41,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	19,4 %	0,0 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	1,5 %	25,0 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	7,5 %	0,0 %	6,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	44,8 %	25,0 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	20,9 %	75,0 %	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

### 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>22</b>	<b>264</b>	<b>&lt;10</b>	<b>330</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	40,9 %	13,6 %	0,0 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	20,8 %	0,0 %	23,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	63,6 %	56,4 %	66,7 %	62,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,9 %	31,8 %	33,3 %	27,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,6 %	8,0 %	22,2 %	16,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	18,2 %	14,0 %	0,0 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	37,5 %	22,2 %	39,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,6 %	21,6 %	22,2 %	20,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>113</b>	<b>&lt;10</b>	<b>137</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	50,0 %	16,8 %	0,0 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	38,9 %	0,0 %	35,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	80,0 %	63,7 %	66,7 %	67,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,0 %	41,6 %	50,0 %	37,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,0 %	13,3 %	33,3 %	24,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,0 %	16,8 %	0,0 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	59,3 %	33,3 %	52,6 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	8,8 %	16,7 %	10,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>60</b>	<b>&lt;10</b>	<b>60</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	66,7 %	18,3 %	0,0 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	46,7 %	0,0 %	38,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	68,3 %	33,3 %	68,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	48,3 %	0,0 %	35,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	10,0 %	66,7 %	18,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	18,3 %	0,0 %	11,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	65,0 %	66,7 %	46,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	5,0 %	33,3 %	8,3 %

<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	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>245</b>	<b>&lt;10</b>	<b>312</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	71,4 %	19,2 %	0,0 %	11,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	26,9 %	16,7 %	34,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	95,2 %	77,1 %	66,7 %	82,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	81,0 %	54,3 %	66,7 %	51,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,3 %	13,1 %	16,7 %	22,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,8 %	32,7 %	16,7 %	19,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,2 %	47,8 %	33,3 %	52,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,8 %	9,4 %	16,7 %	9,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>104</b>	<b>&lt;10</b>	<b>125</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	88,9 %	23,1 %	0,0 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	50,0 %	20,0 %	48,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	84,6 %	80,0 %	88,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	100,0 %	68,3 %	80,0 %	66,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	22,2 %	21,2 %	20,0 %	34,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	41,3 %	20,0 %	18,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	88,9 %	73,1 %	40,0 %	68,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,9 %	0,0 %	2,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>56</b>	<b>&lt;10</b>	<b>50</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	66,7 %	26,8 %	0,0 %	10,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	60,7 %	50,0 %	54,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	91,1 %	50,0 %	92,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	100,0 %	78,6 %	50,0 %	68,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	21,4 %	50,0 %	28,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	44,6 %	0,0 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	82,1 %	100,0 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	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 10: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

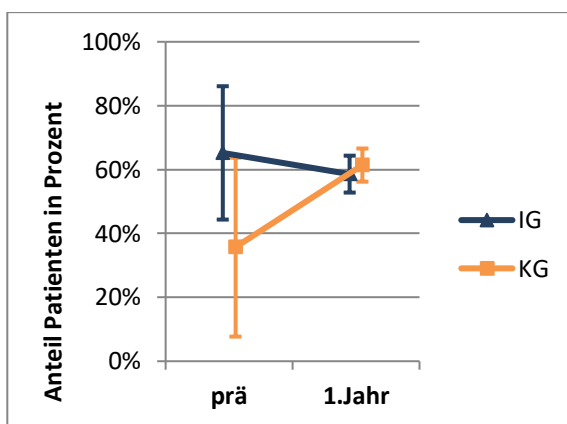
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

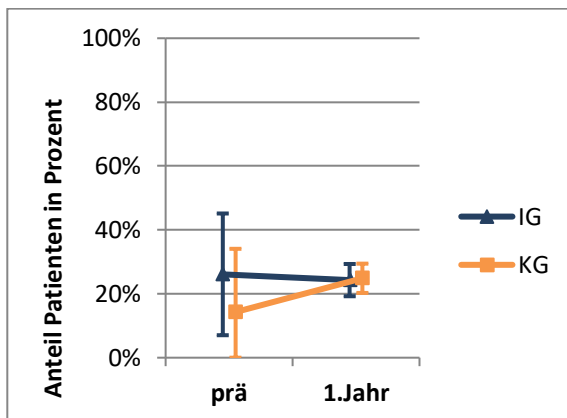
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



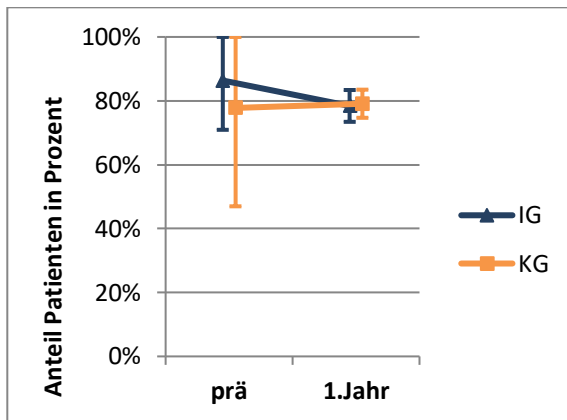
- Alle (psychiatrischer Sektor)



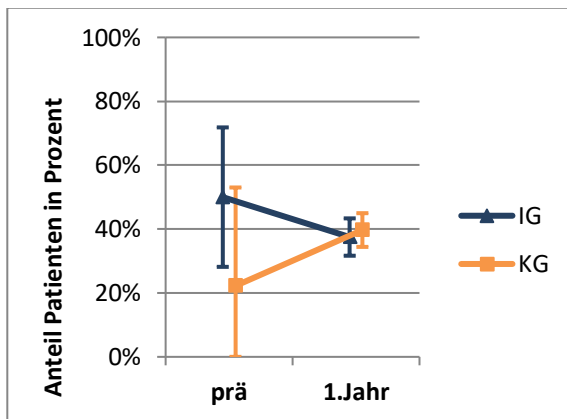


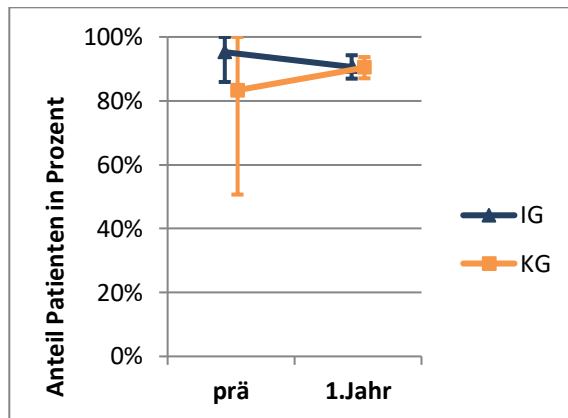
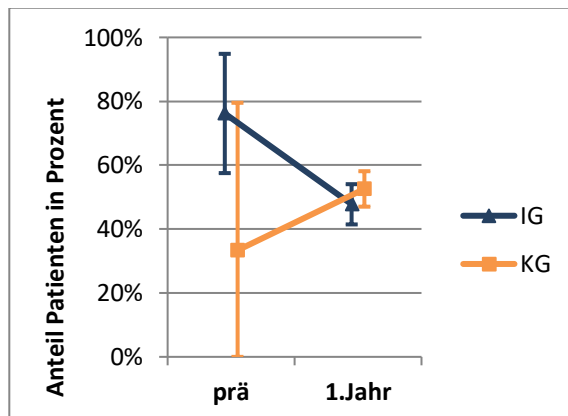
**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich, dass sich die Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) von einem hohen Niveau kommend, im ersten Jahr dem Niveau der KG annähert, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage).

Keiner der geschätzten DID Parameter erreichte hier jedoch statistische Signifikanz.

**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>17</b>	<b>173</b>	<b>35</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>152</b>	<b>37</b>	<b>24</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,8 %	17,3 %	17,1 %	3,2 %	11,1 %	11,2 %	13,5 %	29,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	5,8 %	5,7 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	5,4 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	17,6 %	13,3 %	11,4 %	19,4 %	33,3 %	33,6 %	13,5 %	37,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,8 %	5,2 %	2,9 %	6,5 %	0,0 %	5,3 %	5,4 %	4,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,9 %	3,5 %	5,7 %	3,2 %	5,6 %	3,9 %	16,2 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,7 %	0,0 %	3,2 %	5,6 %	1,3 %	5,4 %	4,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,6 %	26,0 %	25,7 %	6,5 %	16,7 %	16,4 %	35,1 %	37,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	64,7 %	60,1 %	65,7 %	67,7 %	50,0 %	51,3 %	56,8 %	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

**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>14</b>	<b>163</b>	<b>34</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>138</b>	<b>36</b>	<b>24</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,4 %	29,4 %	32,4 %	16,7 %	25,0 %	26,8 %	36,1 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	9,8 %	17,6 %	3,3 %	0,0 %	6,5 %	8,3 %	12,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,9 %	35,6 %	41,2 %	40,0 %	68,8 %	60,9 %	44,4 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,3 %	18,4 %	8,8 %	13,3 %	6,3 %	17,4 %	19,4 %	4,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,3 %	6,1 %	14,7 %	3,3 %	12,5 %	10,1 %	25,0 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	6,7 %	8,8 %	6,7 %	6,3 %	5,1 %	8,3 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	35,7 %	43,6 %	47,1 %	23,3 %	31,3 %	40,6 %	61,1 %	50,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	28,6 %	29,4 %	32,4 %	36,7 %	18,8 %	21,7 %	25,0 %	12,5 %

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

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

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

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

**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>12</b>	<b>150</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>14</b>	<b>129</b>	<b>30</b>	<b>19</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,7 %	44,0 %	50,0 %	39,3 %	42,9 %	35,7 %	43,3 %	47,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,3 %	16,7 %	20,0 %	7,1 %	0,0 %	10,1 %	13,3 %	26,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	91,7 %	67,3 %	63,3 %	82,1 %	92,9 %	84,5 %	73,3 %	73,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	41,7 %	40,0 %	40,0 %	25,0 %	42,9 %	40,3 %	56,7 %	31,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,7 %	10,0 %	10,0 %	3,6 %	21,4 %	20,2 %	20,0 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	12,0 %	26,7 %	10,7 %	21,4 %	11,6 %	13,3 %	21,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,3 %	64,0 %	63,3 %	50,0 %	50,0 %	55,8 %	70,0 %	63,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	6,7 %	13,3 %	7,1 %	0,0 %	8,5 %	6,7 %	5,3 %

<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

**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>85</b>	<b>85</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>41</b>	<b>75</b>	<b>15</b>	<b>17</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	22,4 %	24,7 %	40,7 %	16,1 %	31,7 %	13,3 %	20,0 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	3,5 %	3,7 %	6,5 %	2,4 %	2,7 %	33,3 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	18,8 %	23,5 %	18,5 %	22,6 %	34,1 %	17,3 %	20,0 %	11,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	2,4 %	4,7 %	0,0 %	6,5 %	9,8 %	10,7 %	6,7 %	5,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,3 %	5,3 %	6,7 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	0,0 %	0,0 %	6,5 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,1 %	28,2 %	44,4 %	22,6 %	41,5 %	20,0 %	53,3 %	11,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,9 %	50,6 %	40,7 %	51,6 %	29,3 %	62,7 %	33,3 %	76,5 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	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>61</b>	<b>81</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>36</b>	<b>70</b>	<b>14</b>	<b>17</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,0 %	34,6 %	50,0 %	34,5 %	69,4 %	32,9 %	35,7 %	35,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	4,9 %	3,8 %	13,8 %	2,8 %	5,7 %	35,7 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,0 %	49,4 %	42,3 %	62,1 %	69,4 %	48,6 %	50,0 %	29,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,8 %	13,6 %	15,4 %	10,3 %	30,6 %	18,6 %	28,6 %	5,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,8 %	3,7 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %	7,1 %	21,4 %	11,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	3,7 %	0,0 %	6,9 %	2,8 %	5,7 %	7,1 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,7 %	40,7 %	53,8 %	44,8 %	77,8 %	41,4 %	78,6 %	35,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,0 %	23,5 %	15,4 %	10,3 %	2,8 %	28,6 %	0,0 %	41,2 %

<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

**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>52</b>	<b>74</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>68</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	73,1 %	50,0 %	61,5 %	47,8 %	84,4 %	42,6 %	46,2 %	40,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,8 %	8,1 %	11,5 %	13,0 %	9,4 %	5,9 %	30,8 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,2 %	75,7 %	76,9 %	87,0 %	100,0 %	86,8 %	76,9 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,8 %	39,2 %	26,9 %	34,8 %	43,8 %	39,7 %	38,5 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,5 %	5,4 %	7,7 %	0,0 %	25,0 %	13,2 %	30,8 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,5 %	20,3 %	3,8 %	21,7 %	9,4 %	17,6 %	7,7 %	20,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,6 %	54,1 %	73,1 %	60,9 %	90,6 %	50,0 %	84,6 %	40,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	5,4 %	3,8 %	0,0 %	0,0 %	5,9 %	0,0 %	6,7 %

<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



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

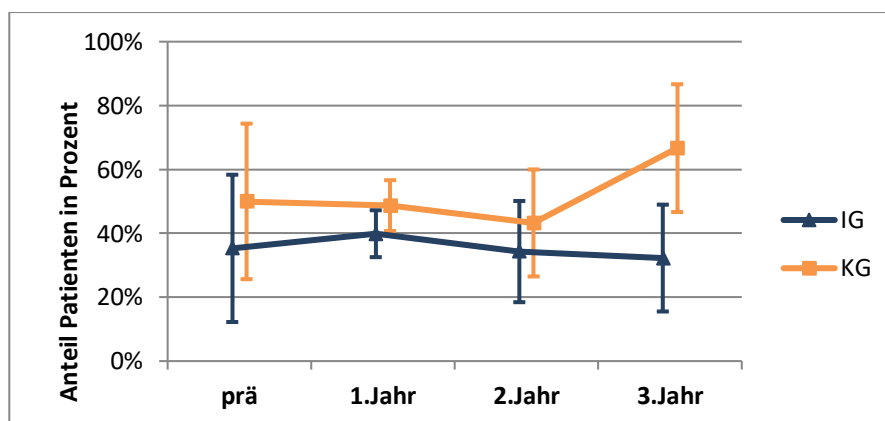
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

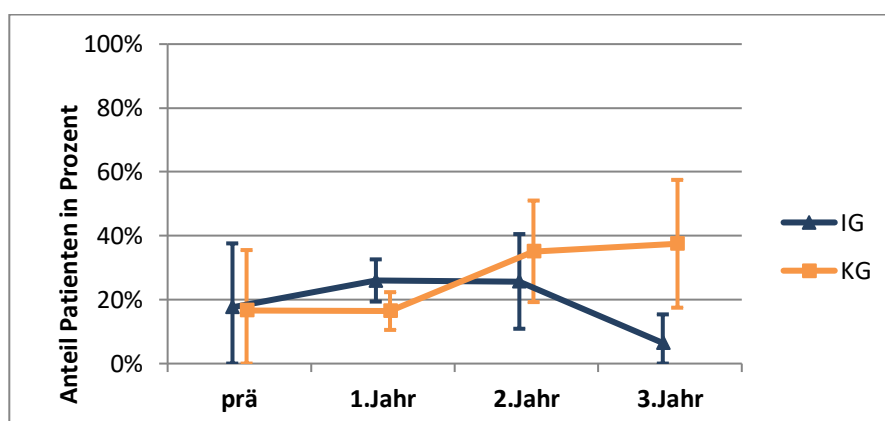
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



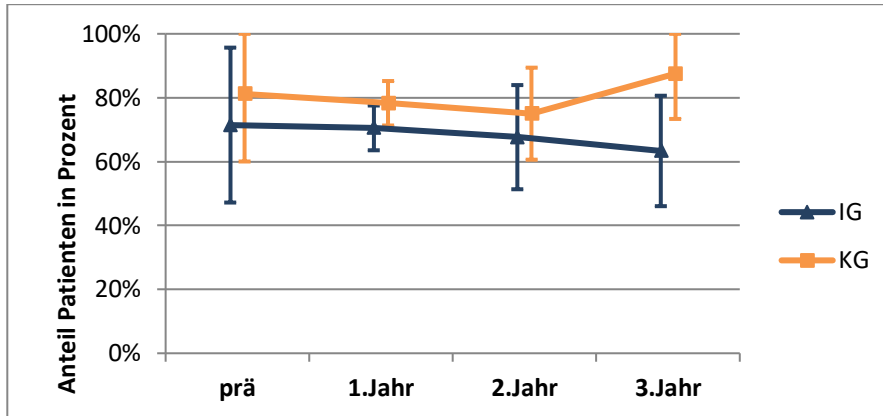
- Alle (psychiatrischer Sektor)



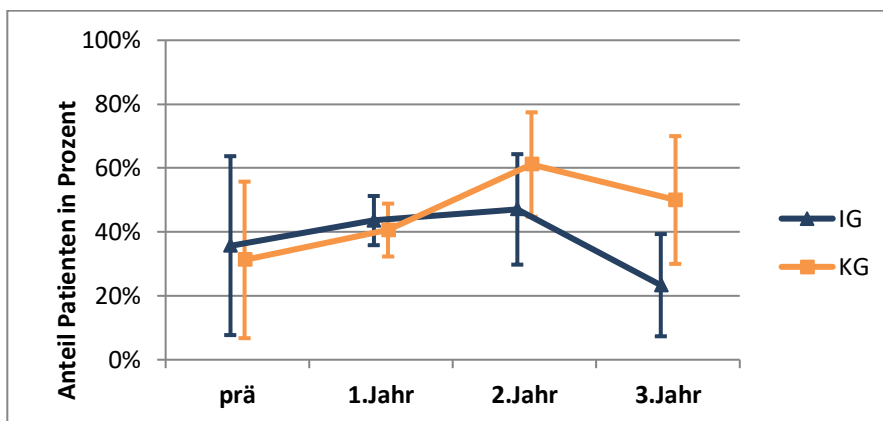
**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



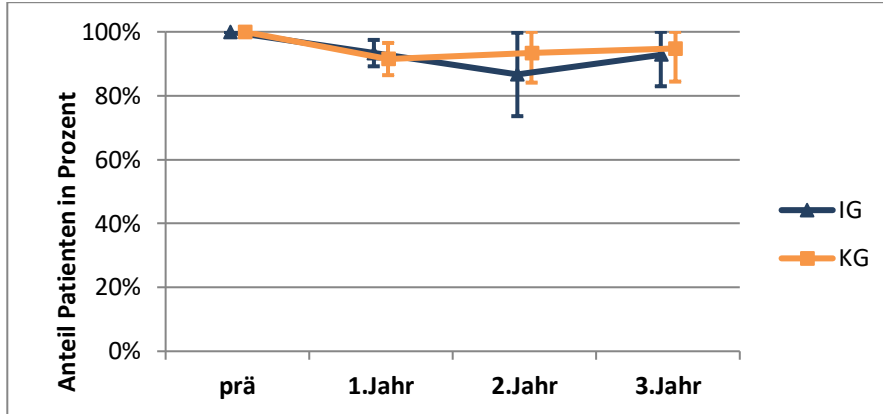
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



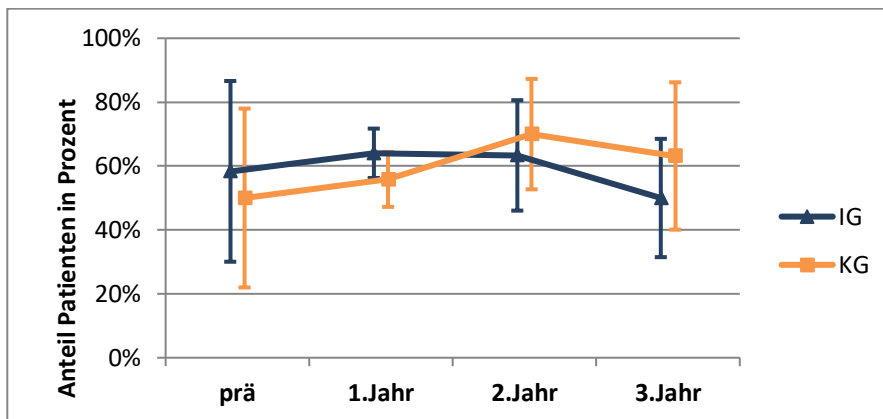
**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



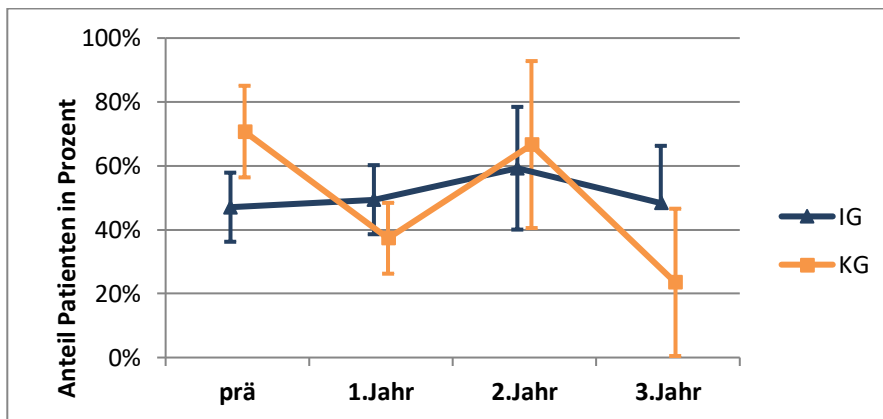
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

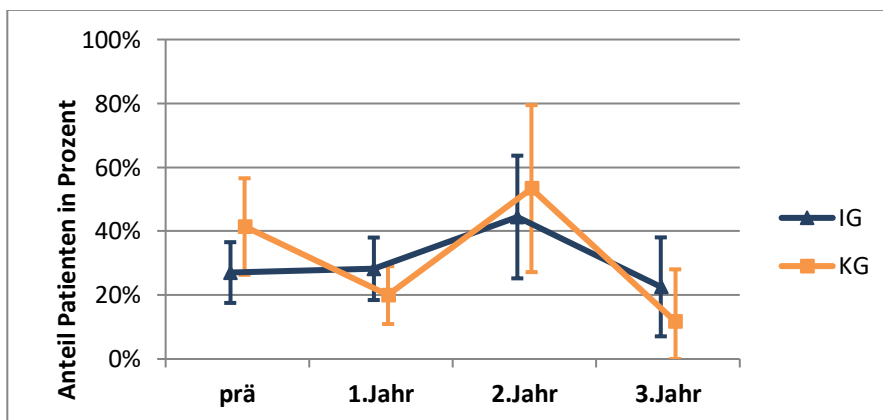
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



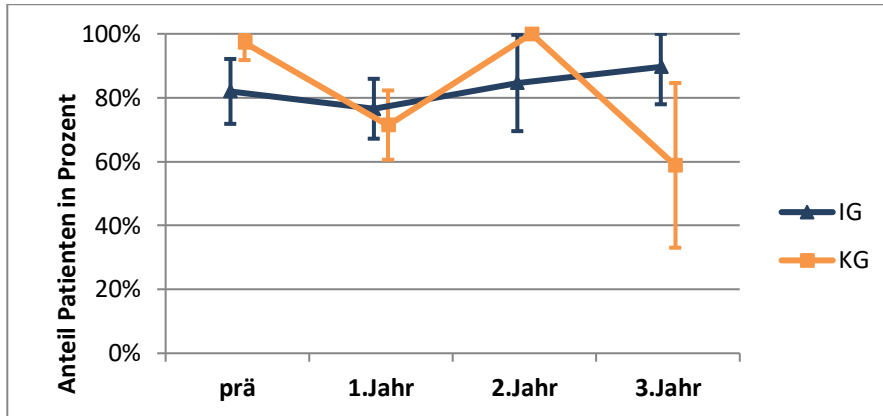
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



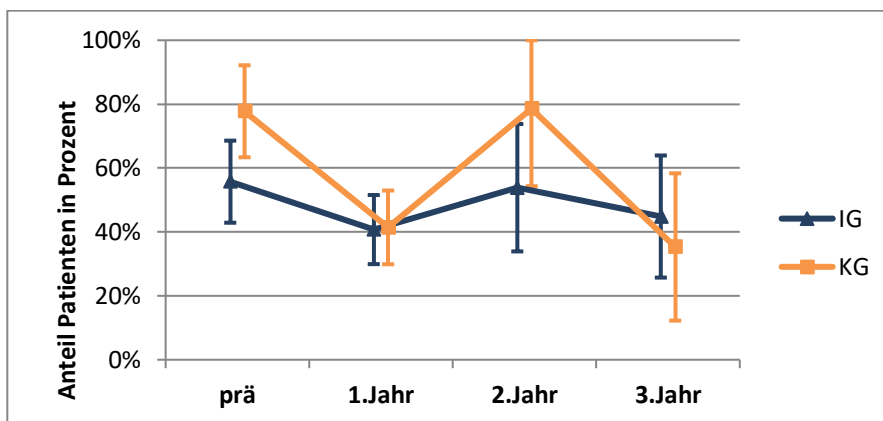
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



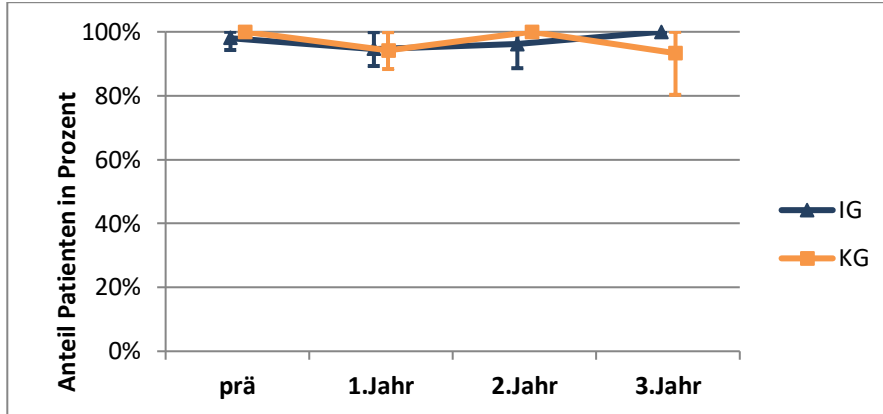
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



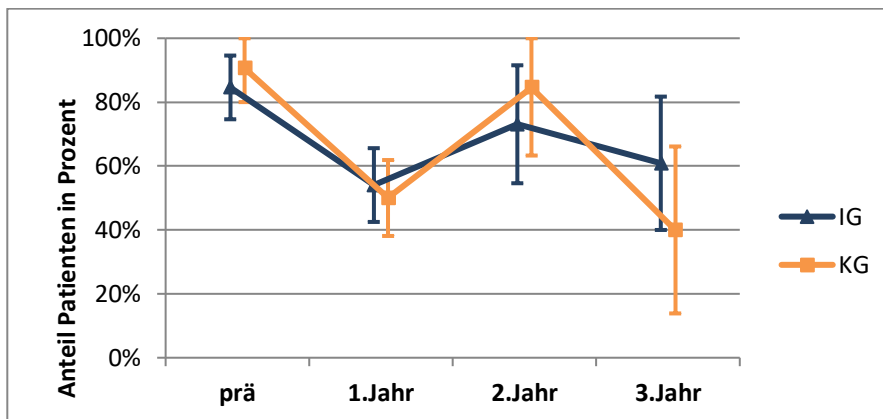
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG=247, KG=238;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=161, KG=154). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

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

**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>203</b>	<b>13</b>	<b>161</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	11,3 %	7,7 %	16,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	2,0 %	0,0 %	4,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	16,7 %	21,7 %	30,8 %	21,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	16,7 %	5,9 %	7,7 %	1,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	3,0 %	0,0 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	16,3 %	7,7 %	26,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	66,7 %	61,1 %	61,5 %	55,9 %

<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

**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>189</b>	<b>13</b>	<b>153</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	26,5 %	15,4 %	28,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	16,7 %	4,2 %	0,0 %	12,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	46,6 %	69,2 %	52,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	66,7 %	25,9 %	38,5 %	11,8 %



• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	10,6 %	0,0 %	15,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	16,7 %	5,8 %	7,7 %	4,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	40,2 %	15,4 %	45,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,7 %	27,0 %	30,8 %	24,8 %

<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>				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>165</b>	<b>11</b>	<b>138</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	37,6 %	54,5 %	36,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,0 %	7,9 %	0,0 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	75,8 %	90,9 %	75,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	75,0 %	44,2 %	54,5 %	36,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	50,0 %	15,8 %	0,0 %	23,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	16,4 %	54,5 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	75,0 %	56,4 %	54,5 %	60,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	10,9 %	0,0 %	10,1 %

<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

**Abbildung 12: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

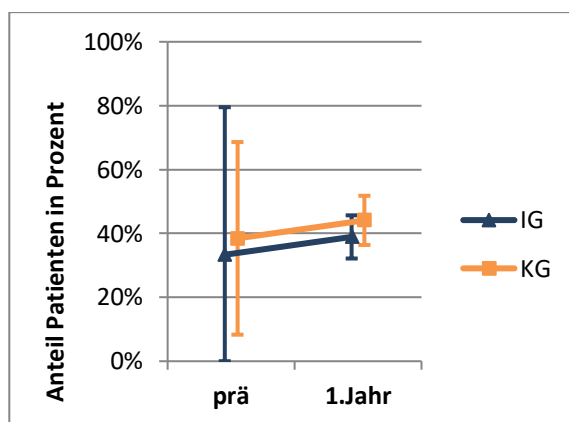
### Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

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.

#### Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

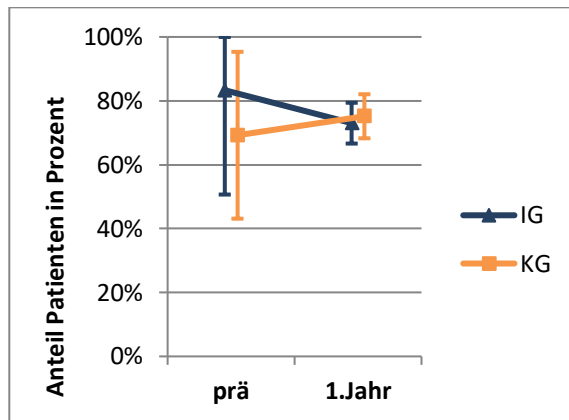


- Alle (psychiatrischer Sektor)

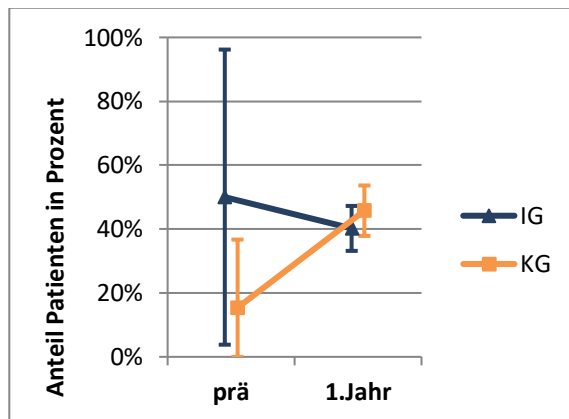
Fallzahl zu klein

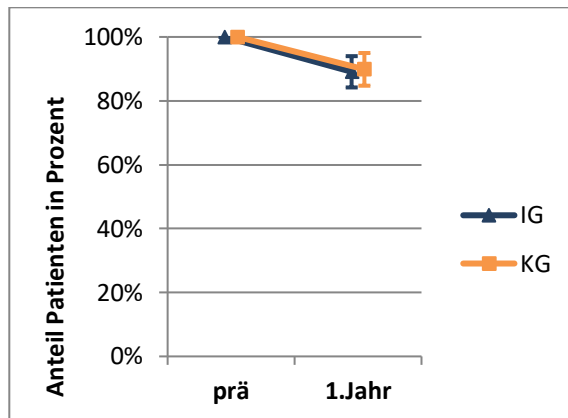
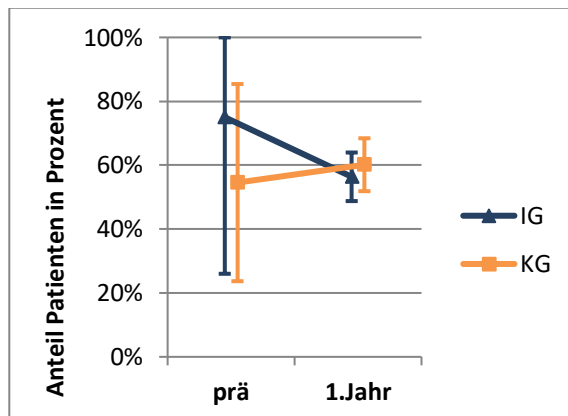
**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich eine höhere Kontinuität der Behandlung im psychiatrischen Sektor in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG), unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7, 30 oder 90 Tage).

Keiner der geschätzten DID Parameter erreichte hier jedoch statistische Signifikanz.

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

Interaktionsdiagramme für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekanntem Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

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

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

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

##### **Tabelle 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: Interaktionsdiagramme 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 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

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>279</b>	<b>279</b>	<b>279</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>273</b>	<b>273</b>	<b>273</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>259</b>	<b>264</b>	<b>249</b>	<b>246</b>	<b>260</b>	<b>262</b>	<b>247</b>	<b>241</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%	0,7%	1,4%	0,7%	1,1%	0,7%	1,1%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,4%	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)

**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>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>144</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>145</b>	<b>143</b>	<b>137</b>	<b>140</b>	<b>140</b>	<b>142</b>	<b>137</b>	<b>132</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,7%	2,6%	1,3%	0,7%	0,7%	0,7%	1,4%	3,5%
• Vier (B)	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	0,7%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

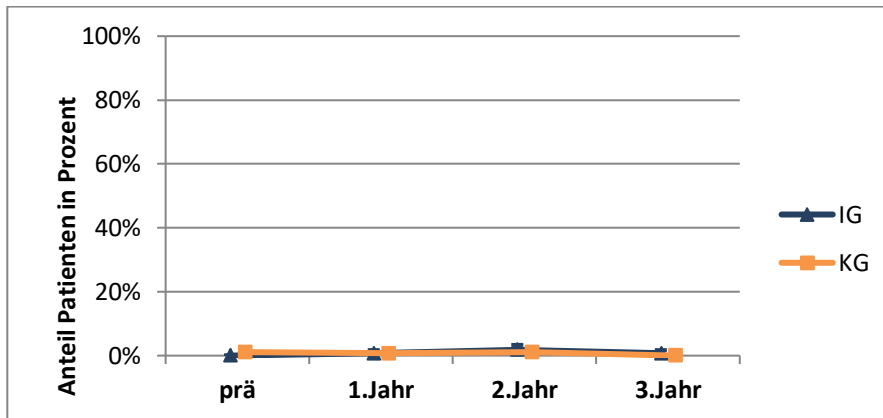
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

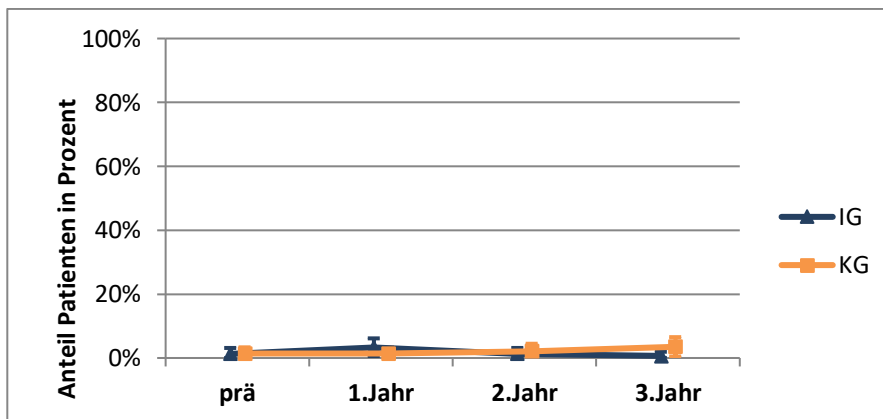
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**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 Krankenhaus-Hopping kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch 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>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>	<b>408</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>397</b>	<b>395</b>	<b>396</b>	<b>396</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)	0,2%	0,7%	1,0%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
• 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 16: Interaktionsdiagramme für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, 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.

Fallzahl zu klein

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

**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>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>240</b>	<b>243</b>	<b>235</b>	<b>232</b>	<b>236</b>	<b>235</b>	<b>232</b>	<b>229</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%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	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>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>159</b>	<b>154</b>	<b>151</b>	<b>154</b>	<b>153</b>	<b>153</b>	<b>150</b>	<b>149</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%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	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%

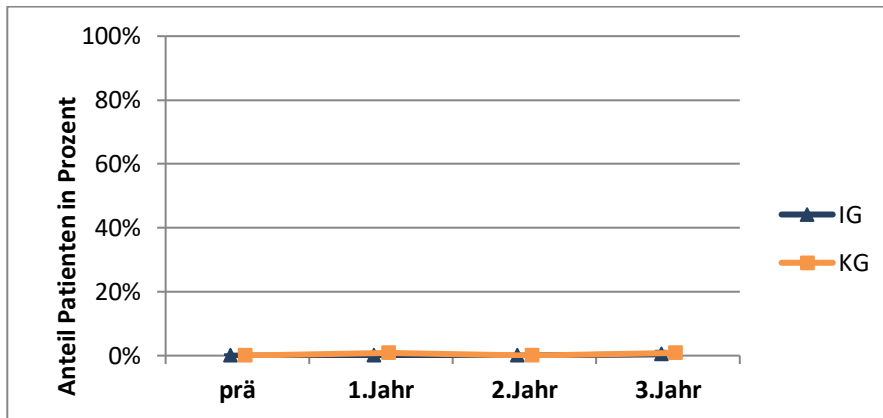
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**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:

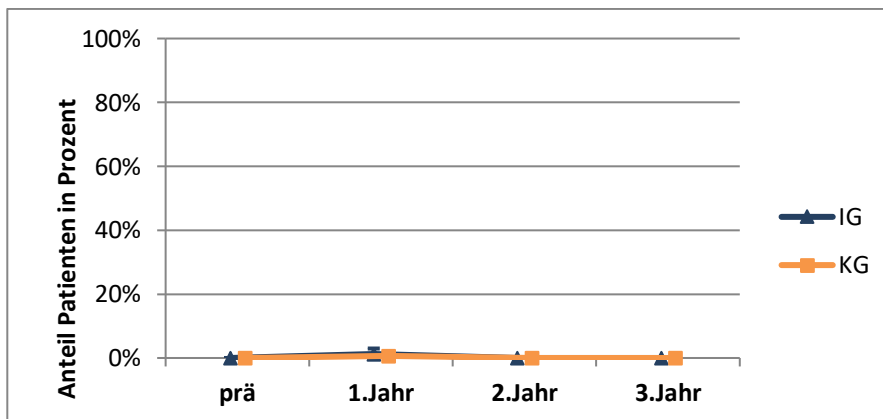
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**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 kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster identisch verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

**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>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>	<b>252</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>248</b>	<b>250</b>	<b>249</b>	<b>250</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%	0,4%
• 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)

**Abbildung 18: Interaktionsdiagramme 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

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

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 Interaktionsdiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### 8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) aufwies (Tabelle 9), hat die IG auch eine geringe 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>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>147</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>129</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	55	135	41	36	49	111	34	32
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,4	1,6	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	16,9	84,0	21,2	10,3	19,3	83,0	19,4	15,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,9%	8,8%	6,1%	2,7%	24,0%	13,2%	5,4%	7,8%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	0
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,0	1,0	1,0	1,0	1,7	1,5	1,0	—
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,6	0,1	0,6	1,5	3,6	1,1	0,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	0,8%	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	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>87</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>75</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>72</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	60	74	33	26	49	55	29	31
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	1,5	2,2	2,3	1,8	2,0	2,2	2,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	56,2	68,5	25,1	15,1	57,1	67,2	27,9	31,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,0%	16,1%	8,0%	2,3%	18,7%	16,0%	8,2%	8,3%
<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	1,0	1,0	1,0	1,3	2,0	1,0	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,6	1,0	0,7	0,9	1,8	1,6	1,6	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	1,3%	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

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

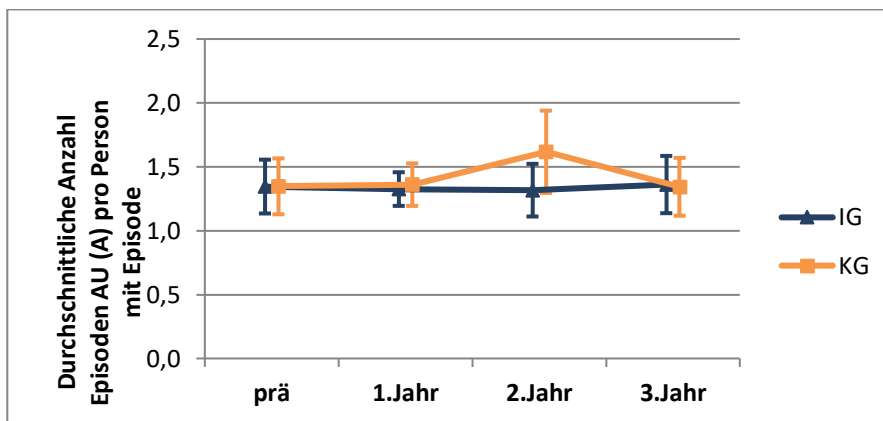
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

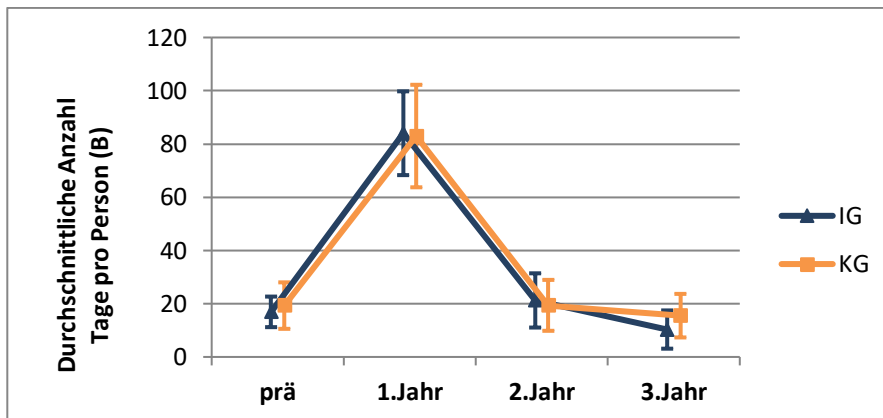
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

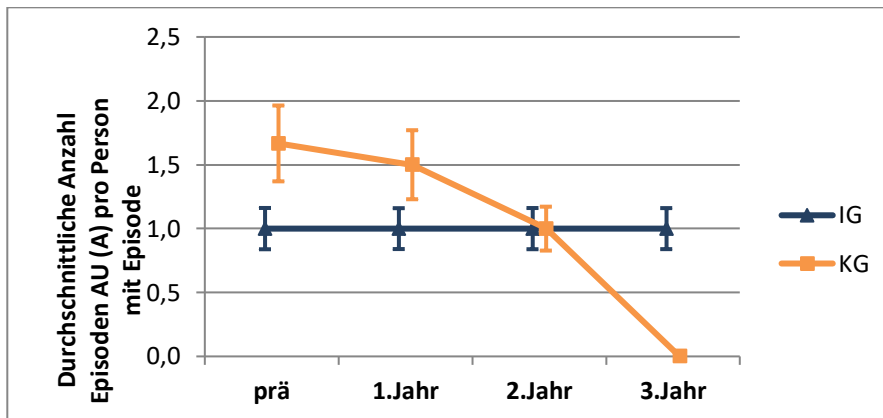


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

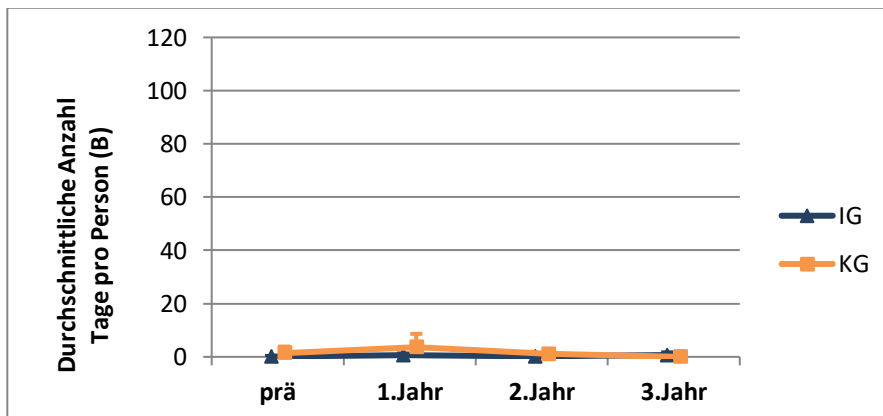


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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





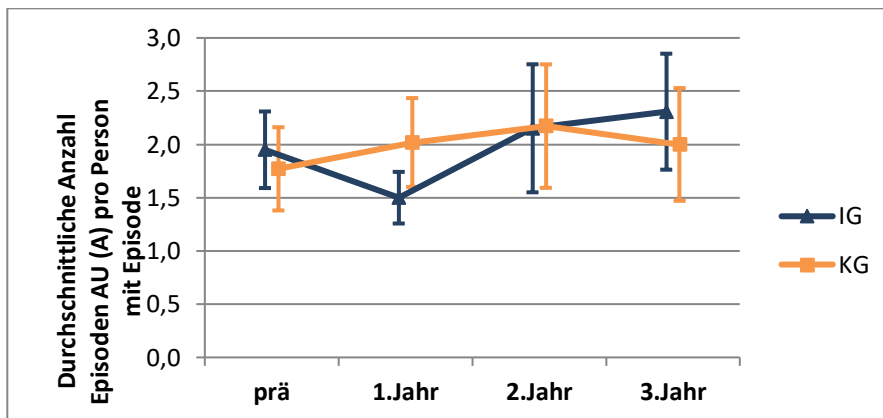
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

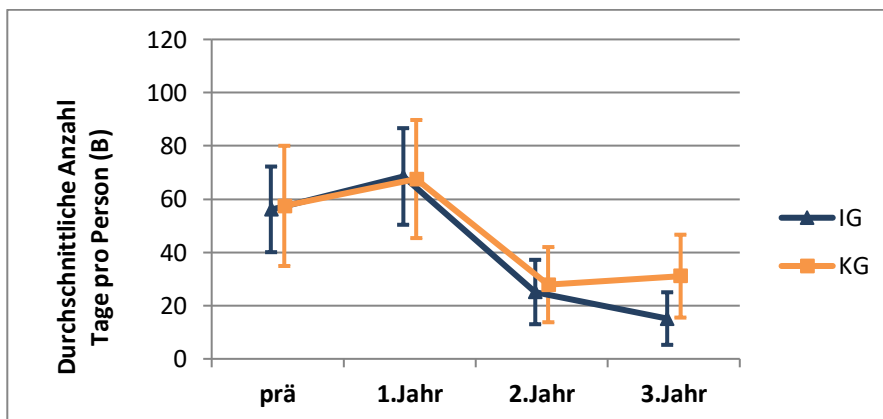
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

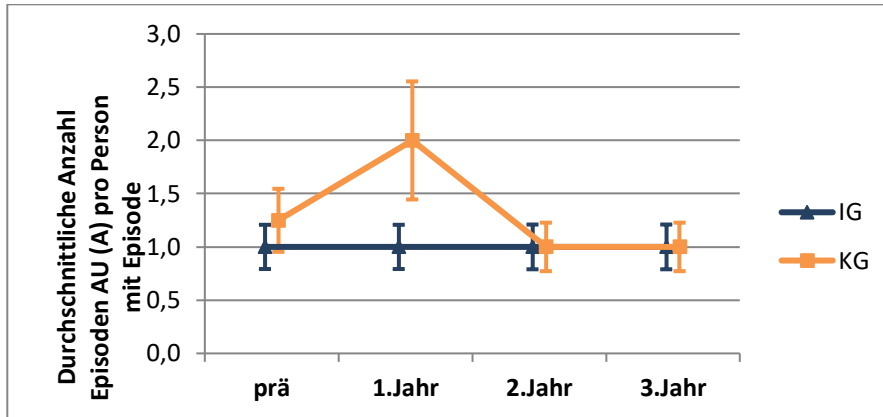


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

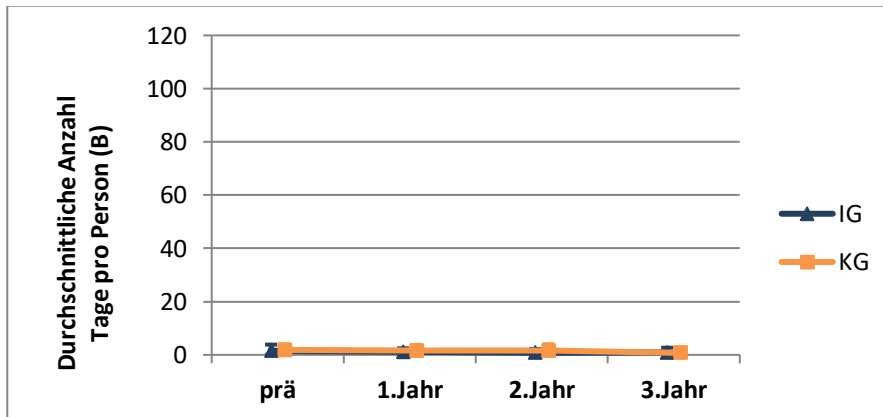


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

- **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=147, KG=129;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=87, KG=75). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl an Episoden von Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich ähnliche Muster. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den klinikneuen Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,3-1,6). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar. Auch der Peak im ersten patientenindividuellen Jahr war in beiden Gruppen vergleichbar hoch (IG: 84,0 AU-Tage, KG: 83,0 AU-Tage).

Bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* nahezu identisch. Lediglich im dritten Modelljahr werden Unterschiede sichtbar. Hier liegt die IG mit 15,1 Tagen deutlich unter der KG mit 31,1 Tagen.

**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>235</b>	<b>235</b>	<b>258</b>	<b>258</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	92	161	112	223
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,4	1,4	1,4	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	24,1	57,8	34,5	75,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	21,7%	8,5%	27,1%	12,0%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	<10	11	<10	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,2	1,2	1,3	1,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,8	3,7	1,4	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	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 ist und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind

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

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

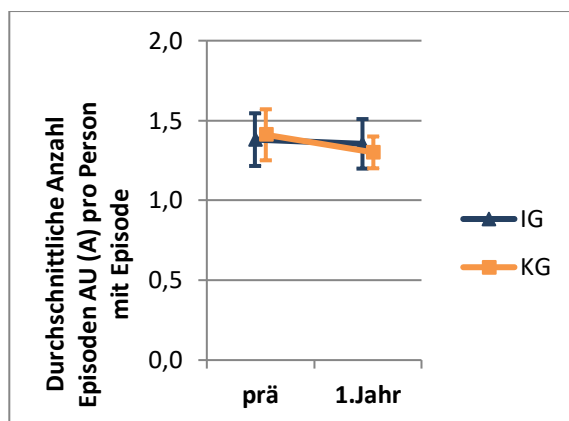
### Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

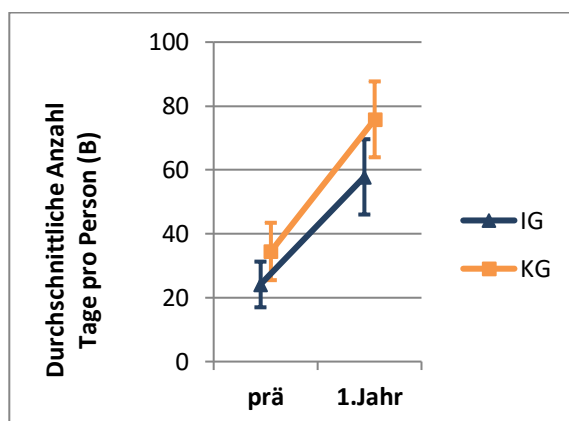
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### 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=235 und 258) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen fast identisch. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG (prä: 24,1 Tage; 1. Jahr: 57,8 Tage) signifikant weniger stark an als in der KG (prä: 34,5 Tage; 1. Jahr: 75,8 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 bei Patienten mit Referenzfall im ersten und im zweiten Jahr in der IG signifikant stärker als in der KG. Bei Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr gibt es den gegenteiligen Effekt. Hier ist der Anstieg in der IG signifikant im Vergleich zur KG signifikant verringert.

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 zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die Interaktionsdiagramme für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 477 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>206</b>	<b>259</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	27,2%	20,1%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	110,8	107,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>89</b>	<b>108</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	13,1%	7,7%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	101,4	94,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>47</b>	<b>44</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	8,3%	5,0%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	97,5	72,4

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

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



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

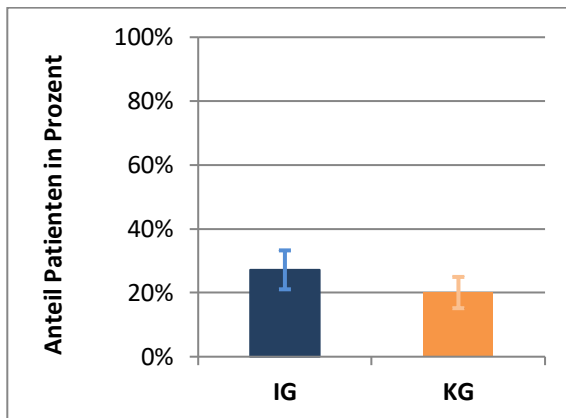
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

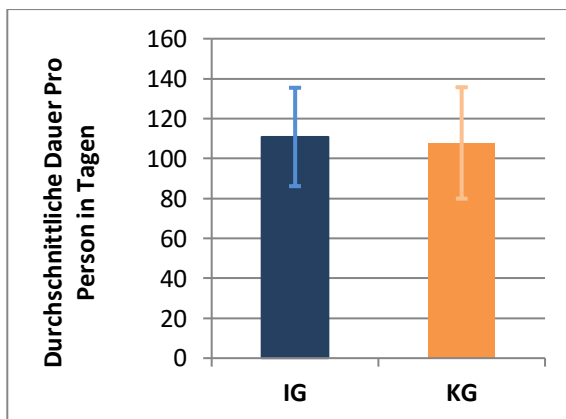
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

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=206 und 259) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahrvergleichbar (IG: 27,2%; KG: 20,1%). Auch die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in beiden Gruppen vergleichbar hoch (IG: 110,8 Tage; KG: 107,8 Tage). Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

**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>121</b>	<b>90</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	39,7% 114,1	31,1% 149,9
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>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>	2,5% 178,0	5,6% 96,4
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>&lt;10</b>	<b>0</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>	0,8% 229,0	0,0% 0,0

<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: Interaktionsdiagramme, 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 Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=349 und 273) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) im patientenindividuellen ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 39,7%; KG: 31,1%). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 114,1 Tage; KG: 149,9 Tage).

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier jedoch keine inferenzstatistischen Aussagen abgeleitet werden.

Abbildung 22 und Abbildung 23 zeigen die Interaktionsdiagramme für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### 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
Anzahl Personen (n)	279	279	262	257	273	273	256	250
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,6	3,4	2,7	2,8	3,0	3,8	3,3	3,3

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	152	152	146	145	144	144	139	135
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,4	3,2	3,3	3,2	3,5	3,4	3,5

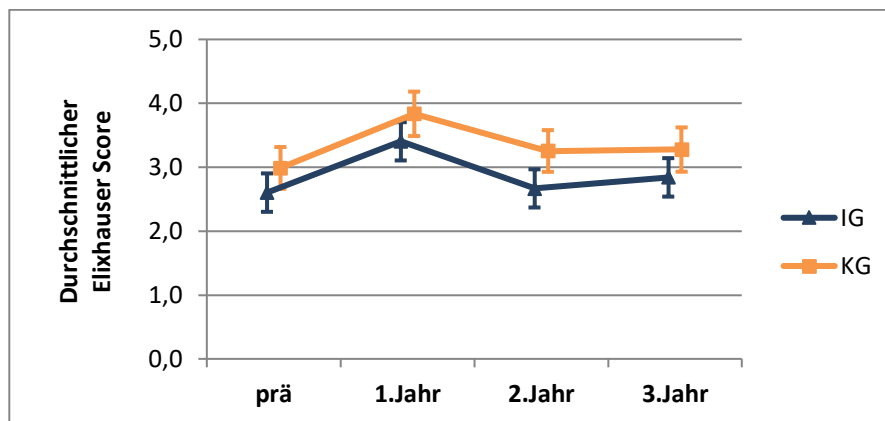
**Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**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**

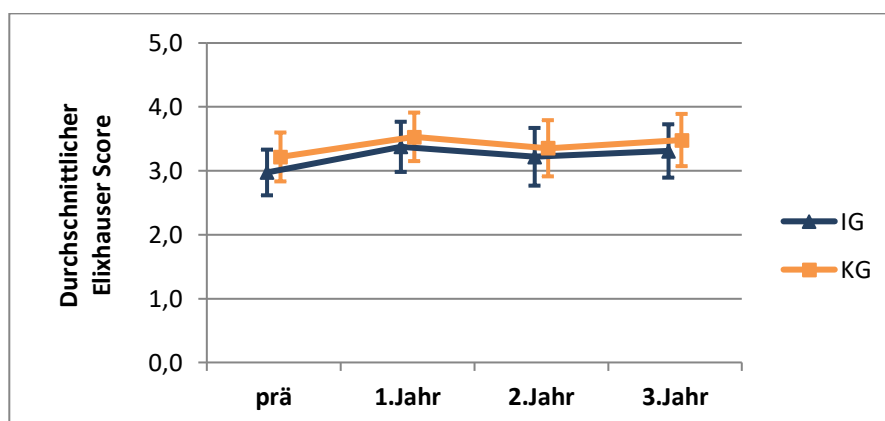


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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=279, KG=273;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=152, KG=144) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch. Sowohl klinikneue als auch klinikbekannte Patienten wiesen über den gesamten Beobachtungszeitraum einen ähnlichen Komorbiditätsverlauf auf. Dabei lag der Score in der IG einen halben Punkt unter dem der KG.

**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>408</b>	<b>408</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,4 3 2 - 5	3,4 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>	1,1 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2



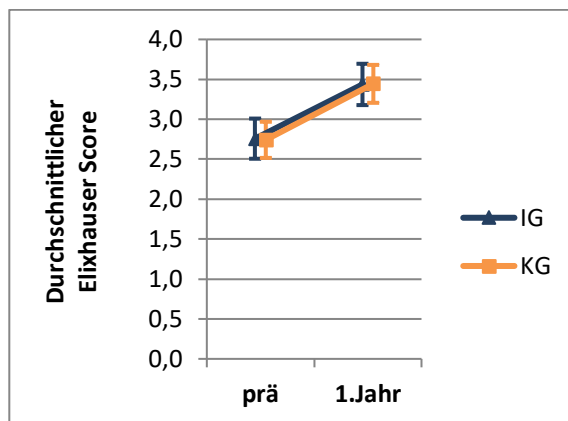
### Abbildung 25: Interaktionsdiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

#### 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.

#### Mittlerer Elixhauser Score



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

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 Interaktionsdiagramme für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### 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>279</b>	<b>279</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>273</b>	<b>273</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,1 %	7,9 %	9,7 %	6,2 %	8,4 %	11,0 %

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>152</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>144</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>	3,9 %	4,6 %	6,6 %	3,5 %	6,3 %	8,3 %

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

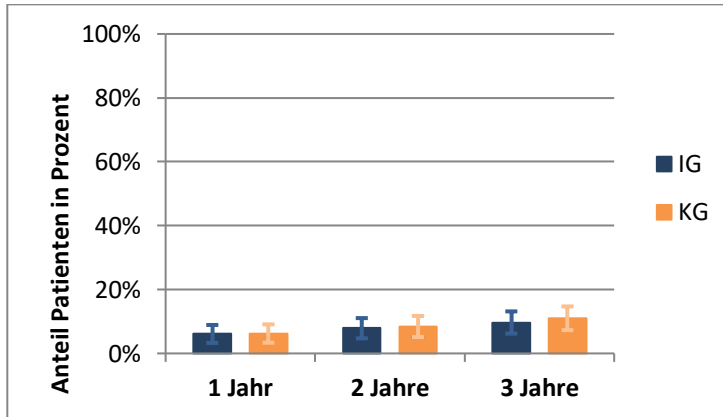
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

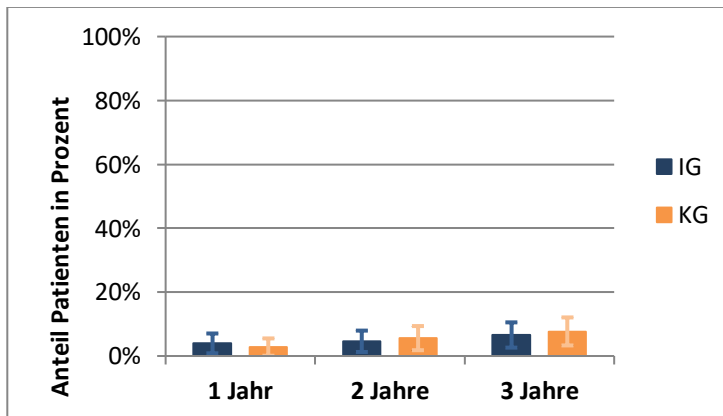
Legende für die folgenden Abbildungen:

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=279, KG=273;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=152, KG=144) zeigten sich sowohl bei linikneuen als auch bei linikbekannten Patienten keine relevanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen.

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

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	408	408
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	3,9 %	2,2 %

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

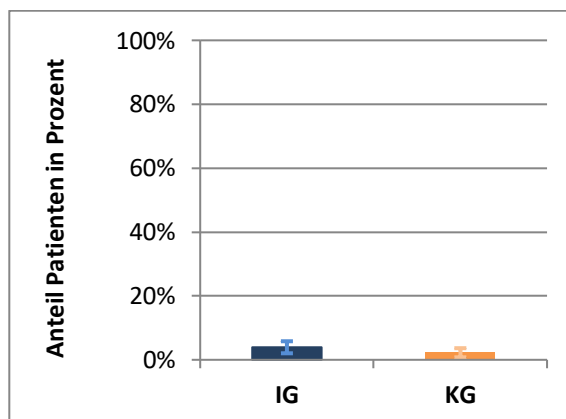
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

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.

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

**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>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</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>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</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 %	0,6 %

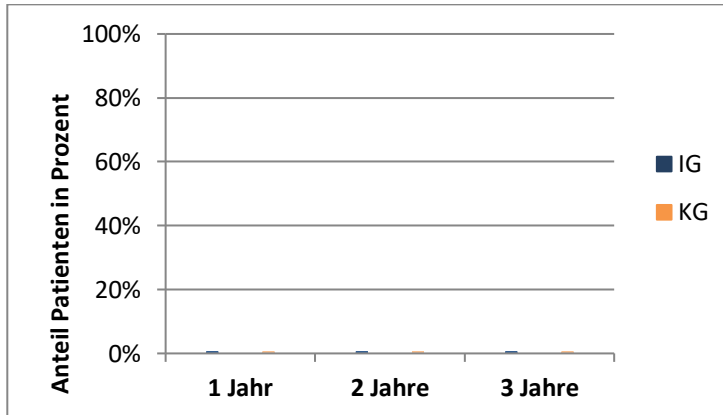
**Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche**

**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**

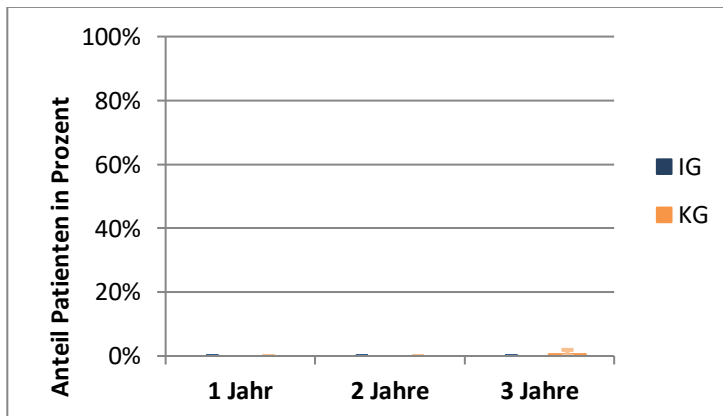


**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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 gab es in der KJP erwartungsgemäß zu wenig Todesfälle um Aussagen abzuleiten.

**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>252</b>	<b>252</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**

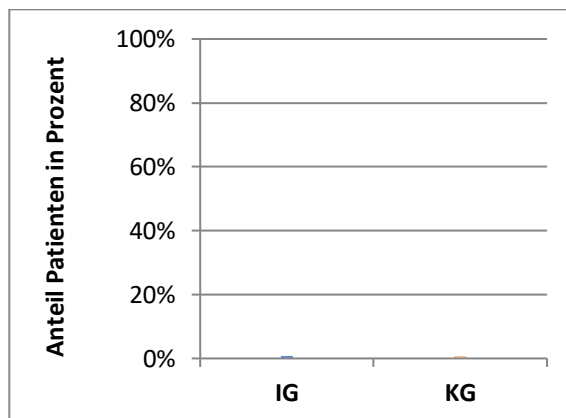
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



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



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es in der KJP erwartungsgemäß zu wenig Todesfälle um Aussagen abzuleiten.

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 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### **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>262</b>	<b>257</b>	<b>252</b>	<b>256</b>	<b>250</b>	<b>243</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	81	83	83	79	80	85
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	126	130	134	133	133	133
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	200	196	192	166	165	158
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	9,9 %	9,6 %	8,4 %	10,1 %	10,0 %	12,9 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	0,0 %	0,8 %	1,5 %	3,8 %	4,5 %	5,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	25,0 %	27,0 %	30,7 %	21,1 %	23,6 %	26,6 %

<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		
	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>146</b>	<b>145</b>	<b>142</b>	<b>139</b>	<b>135</b>	<b>132</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	54	55	54	35	37	39
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	71	72	72	73	74	76
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	83	83	81	70	68	68
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	1,9 %	10,9 %	11,1 %	8,6 %	10,8 %	10,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,8 %	4,2 %	5,6 %	8,2 %	9,5 %	10,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	8,4 %	15,7 %	18,5 %	10,0 %	13,2 %	14,7 %

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

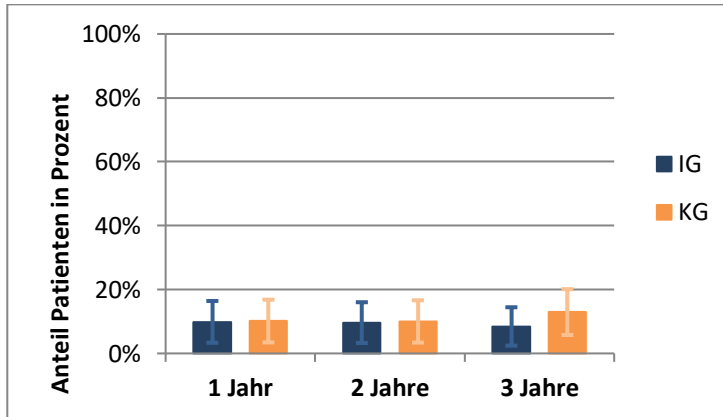
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

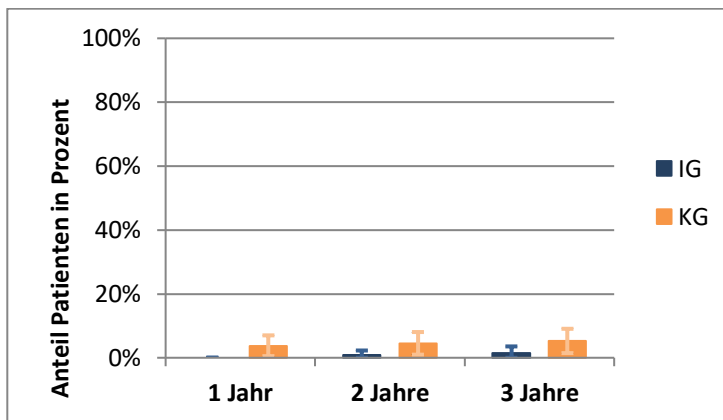
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

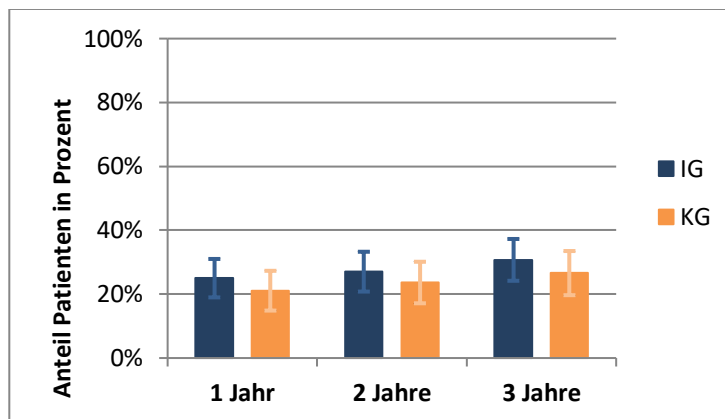
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

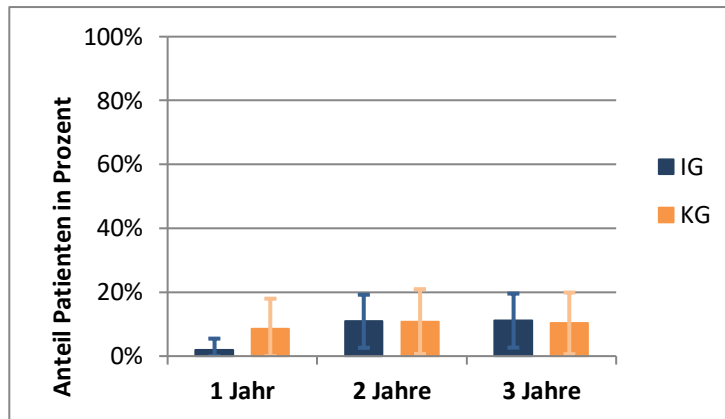
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

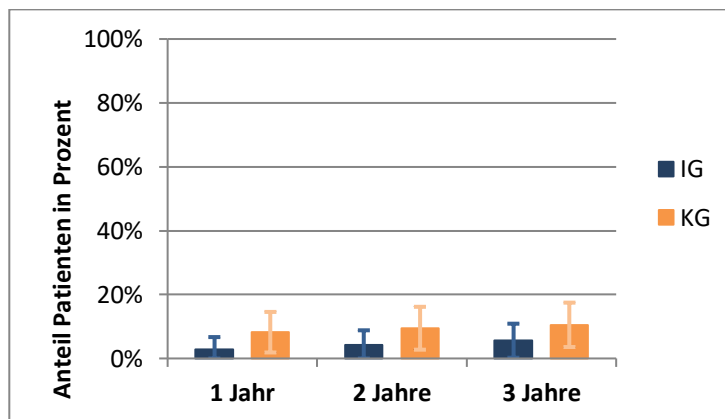
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

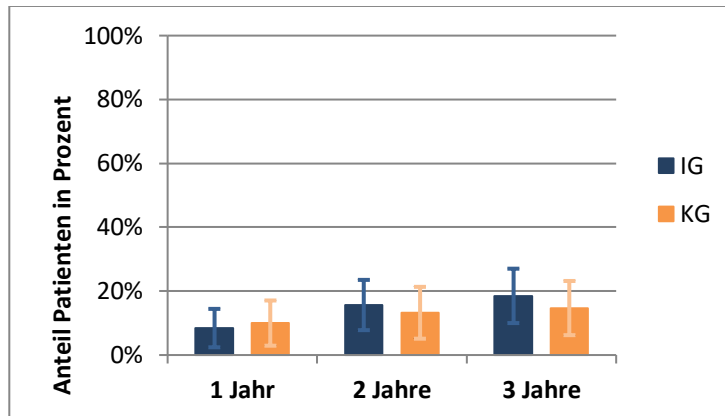
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**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=262, KG=256;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG=146, KG=139) zeigten sich in allen Untersuchungen der Progression psychischer Erkrankung vergleichbare Muster und eine Steigung der Progression über die Zeit, sowohl bei klinikbekannten als auch bei klinikneuen Patienten. Bei den klinikneuen Patienten war der Anteil der Personen, die eine Suchterkrankung entwickelten, in der IG in allen Jahren ca. 4%-Punkte höher als in der KG. Die Anstiege waren jeweils zwischen Modellklinik (IG) und Kontrollgruppe (KG) und über die Zeit 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>392</b>	<b>399</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	129	138
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	193	217
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	302	312
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	5,4 %	10,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	5,2 %	5,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	22,5 %	18,6 %

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

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

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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

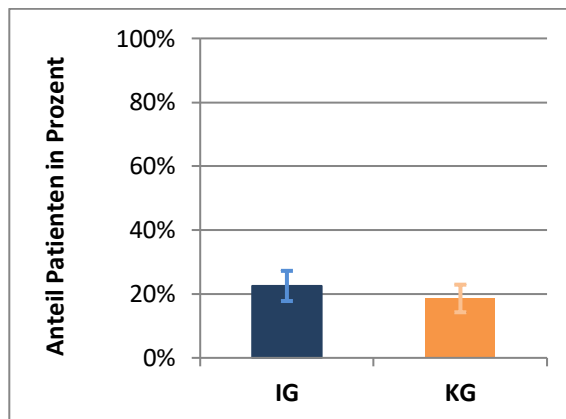
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

**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>247</b>	<b>247</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>238</b>	<b>238</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	10	11	13	21	27	27
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	18	22	24	32	39	39
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	243	243	243	230	230	230
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 %	4,8 %	11,1 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	0,0 %	0,0 %	4,2 %	0,0 %	0,0 %	2,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	2,9 %	5,3 %	7,8 %	6,5 %	7,8 %	9,6 %

<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

**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>161</b>	<b>161</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>153</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	<10	<10	<10	<10	<10	<10
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	<10	10	14	<10	10	14
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	160	160	160	144	144	143
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 %	25,0 %	16,7 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	12,5 %	10,0 %	7,1 %	12,5 %	10,0 %	7,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	1,3 %	2,5 %	4,4 %	2,8 %	4,2 %	4,2 %

<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**

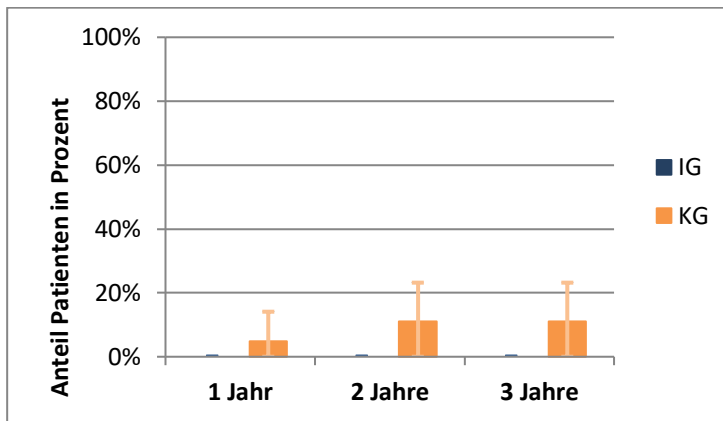
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

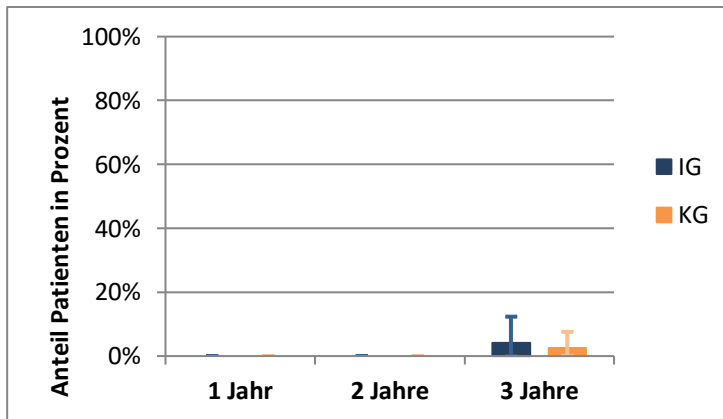
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

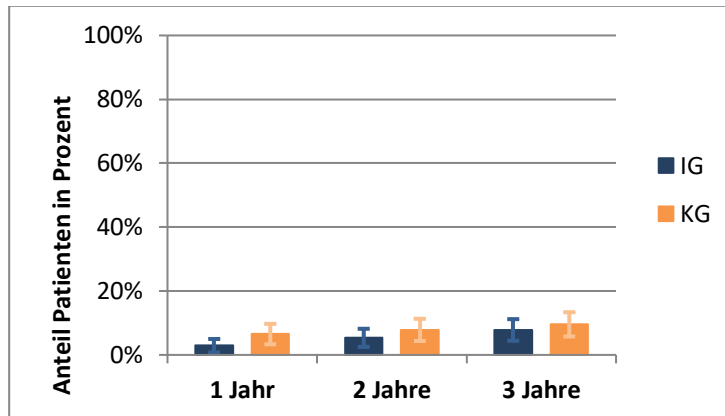
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Kinder, klinikbekannte Patienten**

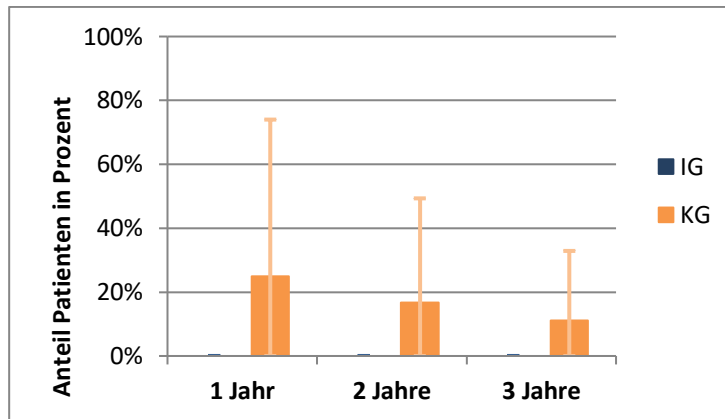
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

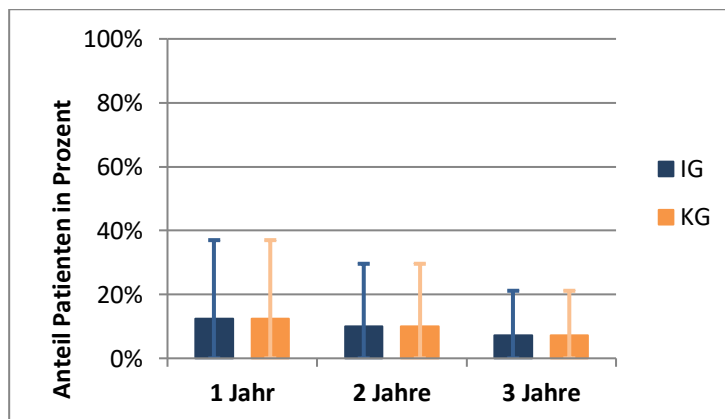
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

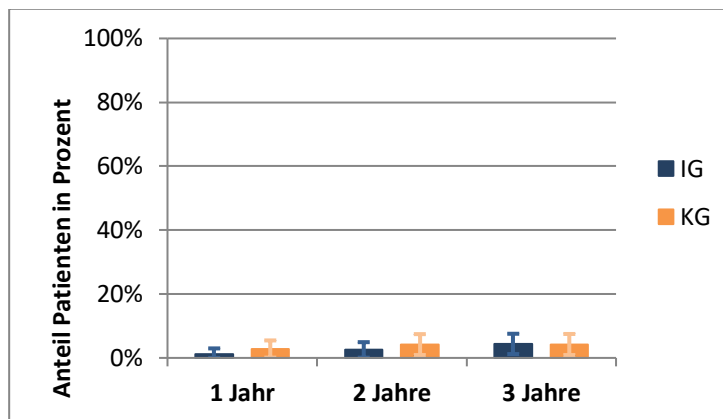
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{klinikkneu}}$ : IG=247, KG=238;  $n_{\text{klinikkbekannt}}$ : IG=161, KG=154) war die Fallzahl zu klein um valide Aussagen für Progression A und B ableiten zu können.



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

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>252</b>	<b>252</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 29 247	31 43 247
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 % 2,8 %	6,5 % 0,0 % 5,7 %

<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 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr****Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneuen und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Fallzahl zu klein

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr konnten aufgrund zu geringer Fallzahlen keine Testungen auf Signifikanz durchgeführt werden.

Abbildung 30 und Abbildung 32 zeigen den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannt 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 klinikbekannt Patienten finden sich im Anhang (Seite 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

### 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

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> </ul>	<b>25</b>	<b>35</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	4,0 %	0,0 %
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> </ul>	<b>34</b>	<b>44</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	2,9 %	0,0 %

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

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

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

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

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

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

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

## Demenz

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

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

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

**Tabelle 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>	<p style="text-align: center;"><b>21</b></p> <p style="text-align: center;">9,5 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>30</b></p> <p style="text-align: center;">3,3 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b></p> <p style="text-align: center;">60,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b></p> <p style="text-align: center;">100,0 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>11</b></p> <p style="text-align: center;">36,4 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>18</b></p> <p style="text-align: center;">44,4 %</p>

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> ACT-Codes: N05A

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

### Depression

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

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

**Tabelle 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>111</b> 55,0 %	<b>136</b> 45,6 %
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>123</b> 22,0 %	<b>141</b> 25,5 %

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

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

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war numerisch in der Modellklinik (IG) höher als in der KG (Kontrollgruppe) (IG: 55,0%; KG: 45,6%).

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode mit Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG numerisch geringer als in der KG (IG: 22,0%; KG: 25,5%).

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

### Schizophrenie

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

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

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

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

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

<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>	<p style="text-align: center;"><b>25</b> 80,0 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>17</b> 82,4 %</p>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>14</b> 85,7 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>13</b> 76,9 %</p>
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>12</b> 33,3 %</p>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</b> 33,3 %</p>

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

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

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

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

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

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

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



**Abbildung 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.

**Erwachsene, alle Patienten**

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

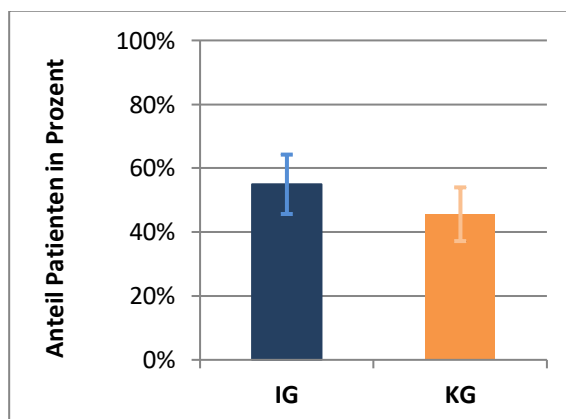
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**

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 379ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 400ff.).

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

##### Erwachsene

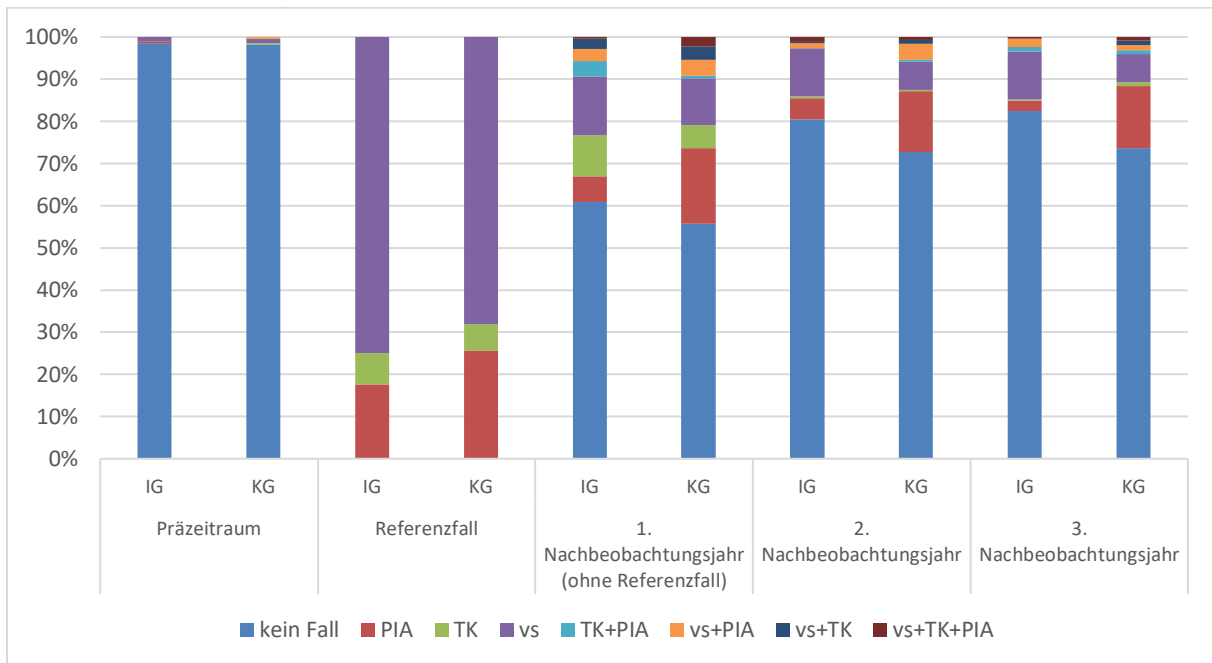
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometre-atment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation* mit Studieneintritt im ersten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

##### Klinikneue Patienten

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs-jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungs-jahr			3. Nachbeobachtungs-jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA							1	6	0,605	3	2	1,000	1	2	1,000
vs+TK							7	9	1,000	1	2	1,000		3	1,000
vs+PIA		1	1,000				8	10	1,000	3	10	0,478	5	3	1,000
TK+PIA							10	2	0,315		1	1,000	3	2	1,000
vs	3	3	1,000	209	186	0,201	39	30	1,000	30	17	0,478	29	17	0,654
TK		1	1,000	21	17	0,664	27	15	0,543	1	1	1,000	1	2	1,000
PIA	1		1,000	49	70	0,110	17	49	<0,001	13	37	0,004	6	37	<0,001
kein Fall	275	268	1,000				170	152	0,975	211	186	0,307	212	184	0,145
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>1,000</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>0,201</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>262</b>	<b>256</b>	<b>0,021</b>	<b>257</b>	<b>250</b>	<b>&lt;0,001</b>

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

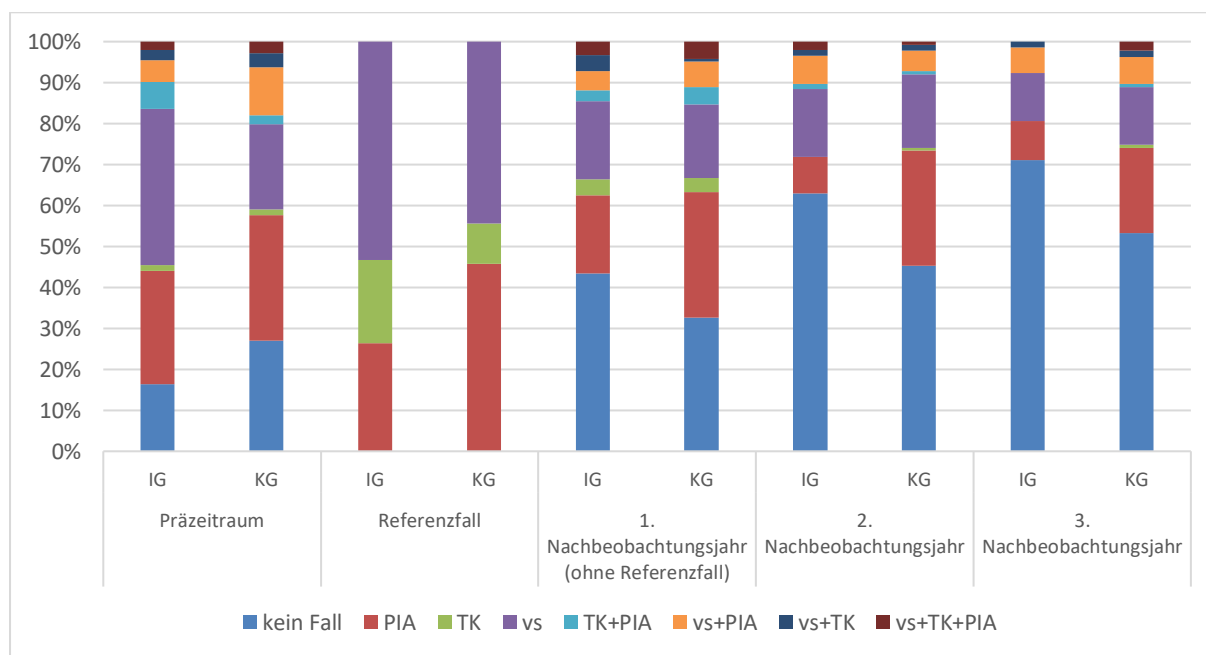


**Klinikbekannte Patienten**

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeobachtungsjahr			3. Nachbeobachtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	3	4	1,000				5	6	1,000	3	1	1,000		3	1,000
vs+TK	4	5	1,000				6	1	1,000	2	2	1,000	2	2	1,000
vs+PIA	8	17	0,418				7	9	1,000	10	7	1,000	9	9	1,000
TK+PIA	10	3	0,545				4	6	1,000	2	1	1,000		1	1,000
vs	58	30	0,016	81	64	0,160	29	26	1,000	24	25	1,000	17	19	1,000
TK	2	2	1,000	31	14	0,033	6	5	1,000		1	1,000		1	1,000
PIA	42	44	1,000	40	66	0,003	29	44	0,281	13	39	<0,001	14	28	0,121
kein Fall	25	39	0,262				66	47	0,589	92	63	0,028	103	72	0,030
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>152</b>	<b>144</b>	<b>0,064</b>	<b>152</b>	<b>144</b>	<b>0,003</b>	<b>152</b>	<b>144</b>	<b>1,000</b>	<b>146</b>	<b>139</b>	<b>0,028</b>	<b>145</b>	<b>135</b>	<b>0,258</b>

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ( $p = 1$ ) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1). Auch bei der Betrachtung der Referenzfälle wurde kein signifikanter Unterschied in den Verteilungen sichtbar. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich, dass in der IG signifikant weniger (9,7% zu 17,9 % in der KG) Patienten ausschließlich in der PIA behandelt wurden; bei den übrigen Settings ergaben sich keine Unterschiede. Auch im zweiten und dritten Jahr ließen sich signifikant höhere Anteile der reinen PIA-Behandlung in der KG feststellen.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich bereits im Prä-Zeitraum ein signifikant höherer Anteil an Patienten mit rein vollstationärer Behandlung (IG= 38,2%; KG = 20,8%). Im Referenzfall ergaben sich höhere Anteile an Patienten der IG, die tagesklinisch behandelt wurden (IG = 20,4%; KG = 9,7%). Umgekehrt dazu wurden in der KG mehr Patienten im Referenzfall in der PIA behandelt (IG = 26,3%; KG = 45,8%). Auffällig für das zweite und dritte Nachbeobachtungsjahr ist, dass ein signifikant höherer Anteil der IG keine Klinikbehandlung erfuhr (IG = 63% bzw. 71%; KG = 45,3% bzw. 53,3%). Für das zweite Nachbeobachtungsjahr zeigte sich ein höherer Anteil an rein in der PIA behandelten Patienten in der KG (IG = 8,9%; KG = 28,1%).

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

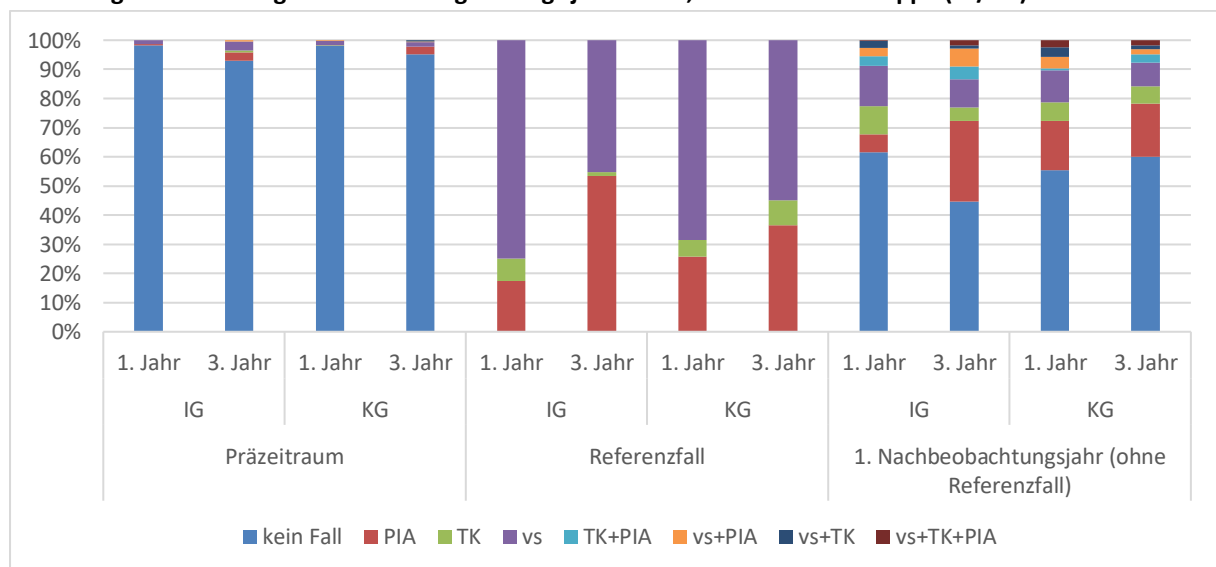
**Erwachsene**

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)- EP**

Behandlungssetting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+PIA									1	7	7	7
vs+TK				2					7	5	10	6
vs+PIA		2	1	1					8	25	11	7
TK+PIA									10	18	2	11
vs	4	12	4	6	219	185	200	224	40	39	32	34
TK		3	1		22	5	17	35	28	19	19	24
PIA	1	12		11	51	218	75	149	18	113	49	74
kein Fall	287	379	286	388					180	182	162	245
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>292</b>	<b>408</b>	<b>292</b>	<b>408</b>	<b>292</b>	<b>408</b>	<b>292</b>	<b>408</b>	<b>292</b>	<b>408</b>	<b>292</b>	<b>408</b>

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



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

Im Prä-Zeitraum ergaben sich Unterschiede beim Vergleich von Kohorte 1 mit Kohorte 3 der IG, wobei in Kohorte 3 signifikant mehr Personen bereits einen klinischen Behandlungsfall aufwiesen (vgl. Tabelle 3 und Abbildung 3). Beim Vergleich der Kohorten der KG zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an Personen mit vorausgegangenem tagesklinischen Behandlungsfall. Beim intrakohorten-intergruppen-Vergleich zeigt sich in Kohorte 3 ein höherer Anteil an Personen der KG mit vorausgegangenem teilstationären Fall.

Für den Referenzfall ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede der Verteilungen zwischen Kohorte Jahr 1 und Kohorte Jahr 3 der IG sowie der KG. In der IG sank der Anteil der vollstationären Referenzfälle von 75% auf 45%. Auch die tagesklinischen Referenzfälle sanken von 8% auf 1%. Umgekehrt dazu stiegen die PIA-Fälle von 17% auf 53%. Auch für das erste Nachbeobachtungsjahr zeigte sich dieses Muster beim Vergleich der Kohorten der IG. Auch in der KG konnte ein Absinken des Anteils der vollstationären Fälle von Kohorte 1 hin zu Kohorte 3 und ein Zuwachs des Anteils der PIA-Fälle verzeichnet werden; jedoch deutlich abgeschwächer und teilweise nicht signifikant.

Lag der Anteil der IG an vollstationären Referenzfällen bei Kohorte 1 mit 75% über dem der KG derselben Kohorte mit 68%, kehrte sich das Verhältnis bei Kohorte 3 um: hier waren es 45% in der IG und 55% in der KG. Umgekehrt dazu entwickelten sich die PIA-Referenzfälle: hier waren es in Kohorte 1 17% und in der KG 53%; in Kohorte 3 waren es in der IG 53% und in der KG 37%.

Im einjährigen Nachbeobachtungszeitraum zeigte sich beim Vergleich der Gruppen in der ersten Kohorte ein höherer Anteil an vollstationär behandelten Patienten in der IG (14%; KG = 11%) und ein geringerer Anteil an in der PIA behandelten Patienten (IG = 6%; KG = 17%). In der dritten Kohorte war der Anteil in der IG jedoch deutlich höher, sowohl gegenüber der ersten Kohorte als auch gegenüber der KG: hier waren es in der IG 28% und in der KG 18%).

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**

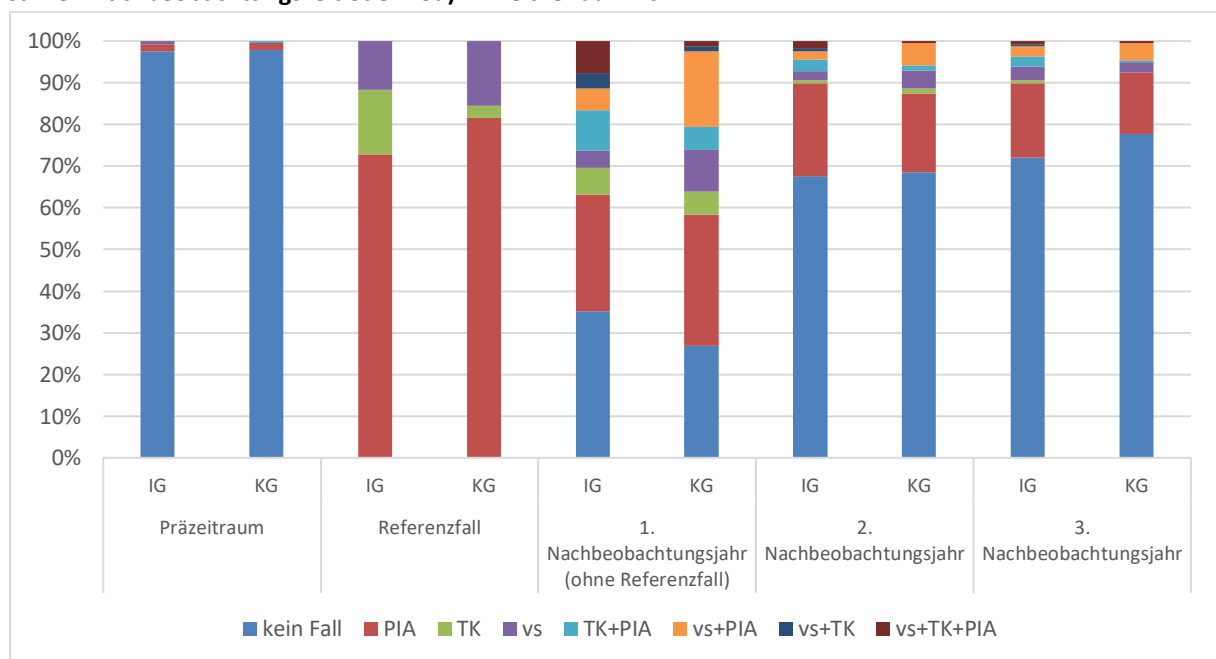
Um den Patientenmix sowie mögliche Umsteuerungseffekte der Modellvorhaben aufzuzeigen, wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA für gematchte Studienpopulation* mit Studieneintritt im ersten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

**Klinikneue Patienten**

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

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs- jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob- achtungsjahr			3. Nachbeob- achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA							19	3	0,010	4	1	1,000	2	1	1,000
vs+TK							9	3	0,487	2		1,000	1		1,000
vs+PIA							13	43	<0,001	5	13	0,703	6	10	1,000
TK+PIA		1	1,000				24	13	0,444	7	3	1,000	6	1	1,000
vs	2		1,000	29	37	0,276	10	24	0,092	5	10	1,000	8	6	1,000
TK				38	7	<0,001	16	13	0,891	2	3	1,000	2		1,000
PIA	4	4	1,000	180	194	0,062	69	75	0,891	55	45	1,000	44	35	1,000
kein Fall	241	233	1,000				87	64	0,299	167	163	1,000	178	185	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>1,000</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>0,885</b>	<b>247</b>	<b>238</b>	<b>1,000</b>

**Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - KJP**



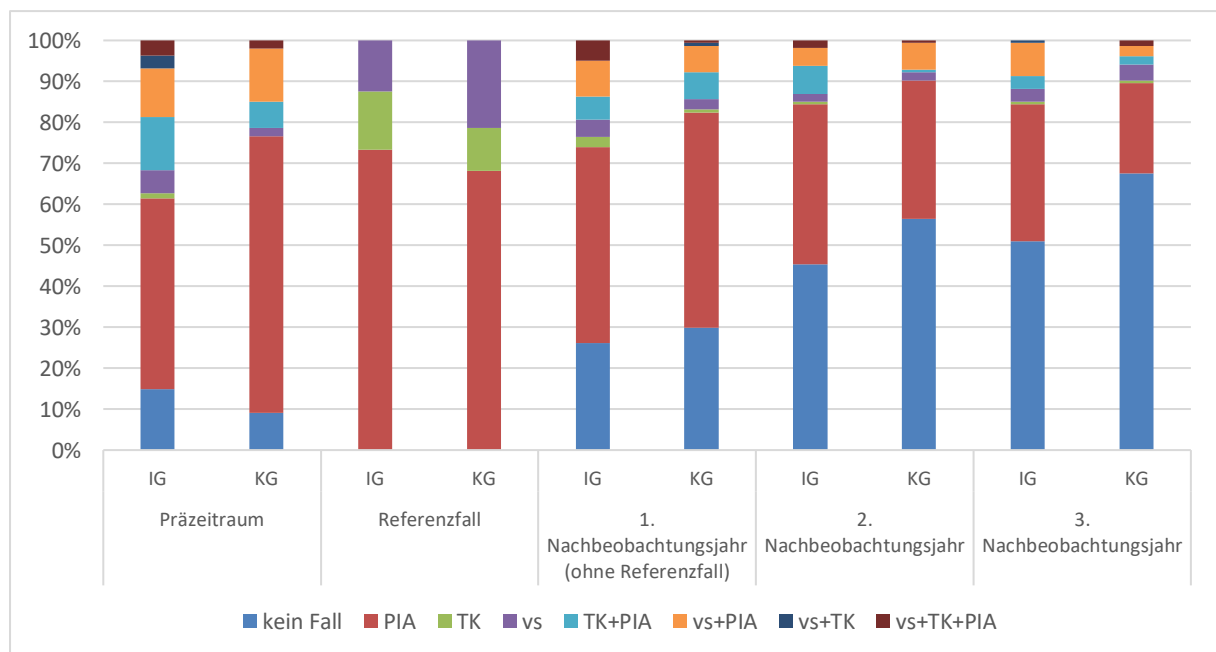


### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) - KJP**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Nachbeobachtungs- jahr (ohne Referenzfall)			2. Nachbeob- achtungsjahr			3. Nachbeob- achtungsjahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+PIA	6	3	1,000				8	1	0,448	3	1	1,000		2	1,000
vs+TK	5		0,547						1,000				1		1,000
vs+PIA	19	20	1,000				14	10	1,000	7	10	1,000	13	4	0,344
TK+PIA	21	10	0,547				9	10	1,000	11	1	0,081	5	3	1,000
vs	9	3	0,791	20	33	0,188	7	4	1,000	3	3	1,000	5	6	1,000
TK	2		1,000	23	16	0,759	4	1	1,000	1		1,000	1	1	1,000
PIA	75	104	0,002	118	105	0,759	77	81	1,000	63	52	1,000	54	34	0,254
kein Fall	24	14	0,791				42	46	1,000	73	87	0,372	82	104	0,036
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>0,019</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>0,240</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>1,000</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>0,302</b>	<b>161</b>	<b>154</b>	<b>0,254</b>

**Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf - KJP**



Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigten sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede ( $p = 1$ ) der Verteilung der Behandlungssettings zwischen Interventions- und Kontrollgruppe (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 1). Bei der Betrachtung der Referenzfälle war jedoch ein signifikanter Unterschied in den Verteilungen deutlich ( $p < 0,001$ ). So wies die IG einen signifikant höheren Anteil an teilstationär behandelten Patienten gegenüber der KG auf. Im Gegenzug dazu war der Anteil der PIA-Referenzfälle in der IG signifikant niedriger. Im ersten Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall) war der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die vollstationär, tagesklinisch und in der PIA behandelt wurden in der IG signifikant höher. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die vollstationär und in der PIA behandelt wurden, war hingegen in der KG höher. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich keine Unterschiede zwischen IG und KG.

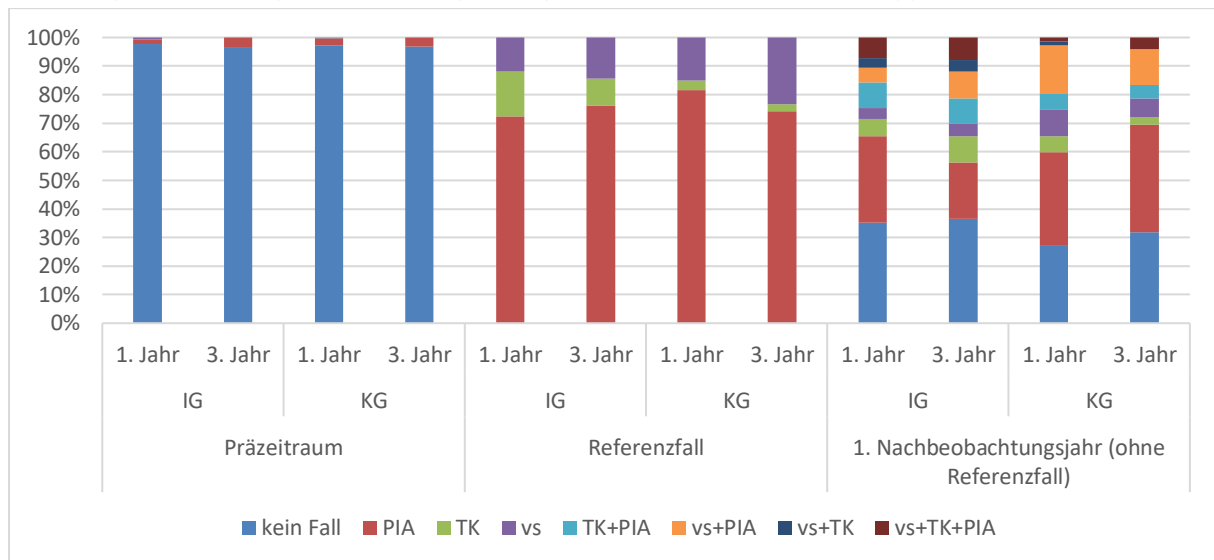
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich bereits im Prä-Zeitraum ein signifikant höherer Anteil an Patienten mit PIA-Behandlung in der KG. Im Referenzfall zeigten sich hingegen keine Unterschiede zwischen IG und KG. Auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungszeiträumen war kein Unterschied feststellbar.

### 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) - KJP**

Behandlungs- setting	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr Nachbeobachtungszeitraum			
	IG		KG		IG		KG		IG		KG	
	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+PIA									19	20	4	10
vs+TK									9	10	3	
vs+PIA									14	24	46	32
TK+PIA			1						24	22	14	12
vs	2				32	36	40	59	10	11	25	16
TK					42	24	9	6	16	23	15	7
PIA	4	9	6	8	193	192	218	187	81	50	87	95
kein Fall	261	243	260	244					94	92	73	80
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>267</b>	<b>252</b>	<b>267</b>	<b>252</b>	<b>267</b>	<b>252</b>	<b>267</b>	<b>252</b>	<b>267</b>	<b>252</b>	<b>267</b>	<b>252</b>

**Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) - KJP**

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

Für den Prä-Zeitraum lassen sich aufgrund der geringen Fallzahlen keine statistisch belastbaren ableiten (vgl. Tabelle 3 und Abbildung 3).

Für den Referenzfall ergaben sich keine Unterschiede in der Verteilung der Behandlungssettings in Bezug auf den Vergleich von Kohorte 1 und 3 sowohl bei der IG als auch bei der KG. Beim intergruppenvergleich zeigte sich für Kohorte 1 ein signifikant höherer Anteil an tagesklinischen Referenzfällen in der IG (16%) gegenüber der KG (10%). Dies bestätigte sich auch beim Vergleich der Kohorte: hier waren es in der IG 10% und in der KG 2%. Für Kohorte 3 unterschied sich auch der Anteil der vollstationär behandelten Kinder und Jugendlichen: in der KG wurden 23% in diesem Setting behandelt, in der IG lediglich 14%.

Im einjährigen Zeitraum nach Beginn des Referenzfalls zeigte sich beim Vergleich von Kohorte 1 und 3 der IG ein Rückgang des Anteils der reinen PIA-Behandlung um 10 Prozentpunkte von 30% auf 20%. In der KG gab es keine Veränderungen der Anteile im Interkohortenvergleich. Beim Intrakohortenvergleich von IG und KG der ersten Kohorte zeigte sich ein signifikant höherer Anteil an Kindern und Jugendlichen in der KG, die sowohl in der PIA als auch vollstationär behandelt wurden. Bei Kohorte 3 zeigte sich in der IG mit 9% ein um 6 Prozentpunkte signifikant höherer Anteil an tagesklinisch behandelten Kindern und Jugendlichen als in der KG. Außerdem lag der Anteil der rein in der PIA behandelten Kinder und Jugendlichen in der IG 20% um 18 Prozentpunkte unter dem der KG.

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).

## 9.2 Leistungserbringung

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

### Kohorte Jahr 1 im Zeitverlauf

#### Erwachsene

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

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 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)- EP**

	Präzeitraum				vs	
	vs		TK		IG	TK
	IG	KG	IG	KG		
<b>N Gesamt</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>279</b>	<b>273</b>	<b>279</b>	<b>273</b>
N mit mind. einem Fall	3	4	-	1	209	
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2	-	-	2,5	
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,4	-	-	6,5	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,8	
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	-	-	1,5	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	-	-	-	1,4	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	-	-	-	1,3	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	0,0	-	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	0,0	-	
<b>Gesamt</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>13,9</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)- EP**

Präzeitraum	Referenzfall	1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)	2. Nachbeobachtungsjahr
-------------	--------------	--	-------------------------

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

	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	279	273	279	273	279	273	279	273	279	273	279	273	262	256	262	256
N mit mind. einem Fall	3	4	-	1	209	186	21	17	55	55	45	32	37	31	5	6
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0	13	-	-	3	4	12	9	7	4	6	6	2	6	2	1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	5	28	-	-	9	17	22	17	15	19	13	14	7	17	3	2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0	3	-	-	1	2	-	-	1	1	-	-	1	1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	6	2	-	-	2	9	-	-	5	10	-	-	5	4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	24	-	-	-	2	2	15	17	3	2	8	5	-	-	-	5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	14	-	-	-	2	2	15	14	3	2	8	5	-	-	-	3
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	3	-	0	-	1	1	4	-	4	-	3	-	7
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	1	-	1	-	2	1	4	-	4	-	2	-	5
			-													
<b>Gesamt</b>	<b>48</b>	<b>46</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>36</b>	<b>64</b>	<b>60</b>	<b>36</b>	<b>46</b>	<b>36</b>	<b>38</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>22</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)- EP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	279	273	279	273	279	273	262	256	257	250
N mit mind. einem Fall	1	1	49	70	36	67	19	50	15	44
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,4	0,5	1,9	0,4	1,5	0,2	1,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	0,0	0,4	0,4	0,5	1,8	0,4	1,5	0,4	1,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,2	-	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3
<b>Gesamt</b>	<b>0,0</b>	<b>0,0</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>1,2</b>	<b>3,9</b>	<b>1,0</b>	<b>3,2</b>	<b>0,8</b>	<b>3,5</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)- EP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	279	273	279	273	279	273	262	256	257	250
<b>N mit mind. einem Fall</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>70</b>	<b>36</b>	<b>67</b>	<b>19</b>	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>44</b>
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	1,0	1,6	1,6	3,7	7,8	5,1	7,4	4,0	7,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	-	1,0	2,0	1,5	3,6	7,4	6,1	7,5	6,2	10,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,9	-	1,7	0,1	2,7	0,3	3,5	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	0,6	0,1	1,1	0,3	1,6
<b>Gesamt</b>	<b>5,0</b>	<b>2,0</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1</b>	<b>9,0</b>	<b>15,9</b>	<b>13,9</b>	<b>16,3</b>	<b>13,9</b>	<b>19,7</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)- EP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	152	144	152	144	152	144	152	144	152	144	152	144	146	139	146	139
N mit mind. einem Fall	73	56	19	14	81	64	31	14	47	42	21	18	39	35	7	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8	2,9	0,4	0,9	2,7	1,8	1,1	0,6	1,4	1,7	0,7	0,9	1,8	0,9	0,3	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	7,1	12,4	2,5	2,9	4,7	5,2	2,0	1,0	3,9	6,8	1,5	1,5	5,8	4,8	0,6	0,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0	-	-	0,1	-	-	-	0,1	0,0	-	-	0,0	0,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,8	7,3	-	-	0,9	2,1	-	-	1,5	3,4	-	-	1,4	1,4	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,0	1,0	0,8	0,7	0,7	0,8	1,6	0,8	0,5	0,2	0,9	0,6	0,2	-	0,3	0,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,5	1,1	1,9	1,2	0,5	0,9	1,6	0,7	0,4	0,1	0,7	0,6	0,0	-	0,3	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	-	-	0,4	-	0,6	-	0,3	0,1	0,8	-	0,5	0,2	-	-	0,2
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	0,4	-	1,3	-	0,4	0,2	1,0	-	0,5	0,3	-	-	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>13,5</b>	<b>24,7</b>	<b>5,7</b>	<b>6,4</b>	<b>9,5</b>	<b>12,7</b>	<b>6,3</b>	<b>3,9</b>	<b>8,0</b>	<b>14,1</b>	<b>3,7</b>	<b>4,5</b>	<b>9,9</b>	<b>7,1</b>	<b>1,6</b>	<b>1,8</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)- EP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	152	144	152	144	152	144	152	144	152	144	152	144	146	139	146	139
N mit mind. einem Fall	73	56	19	14	81	64	31	14	47	42	21	18	39	35	7	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,8	7,5	3,6	9,3	5,0	4,1	5,5	6,4	4,7	6,0	4,9	6,8	6,9	3,7	6,4	8,6
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	14,7	31,9	20,0	29,6	8,8	11,6	9,7	10,7	12,5	23,4	10,8	11,9	21,8	18,9	13,0	16,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,1	-	-	0,1	-	-	-	0,2	0,0	-	-	0,1	0,3	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,7	18,7	-	-	1,7	4,8	-	-	4,9	11,6	-	-	5,3	5,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,1	2,6	6,2	6,7	1,4	1,8	7,7	8,3	1,5	0,6	6,3	4,9	0,7	-	7,0	5,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	3,2	2,8	15,5	11,9	0,9	2,0	7,8	7,0	1,1	0,5	5,0	4,9	0,2	-	7,0	5,4
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	-	-	4,2	-	1,3	-	3,6	0,4	2,7	-	3,7	0,6	-	-	6,6
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	4,6	-	2,9	-	4,4	0,6	3,5	-	3,9	1,3	-	-	5,6
<b>Gesamt</b>	<b>28,1</b>	<b>63,6</b>	<b>45,3</b>	<b>66,3</b>	<b>17,9</b>	<b>28,5</b>	<b>30,8</b>	<b>40,3</b>	<b>25,8</b>	<b>48,2</b>	<b>27,0</b>	<b>36,2</b>	<b>36,9</b>	<b>28,4</b>	<b>33,4</b>	<b>48,8</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)- EP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	152	144	152	144	152	144	146	139	145	135
N mit mind. einem Fall	63	67	40	66	45	65	28	48	23	41
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	2,2	0,4	1,2	1,2	3,1	0,7	2,6	0,7	2,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,2	2,9	0,6	1,4	1,5	5,3	1,3	4,7	1,7	2,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,2	0,0	0,6	0,0	0,6	-	0,6	-
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>2,7</b>	<b>5,2</b>	<b>1,2</b>	<b>2,7</b>	<b>3,3</b>	<b>8,7</b>	<b>2,6</b>	<b>7,4</b>	<b>2,9</b>	<b>4,4</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)- EP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	152	144	152	144	152	144	146	139	145	135
N mit mind. einem Fall	63	67	40	66	45	65	28	48	23	41
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	4,7	1,5	2,7	4,0	6,8	3,9	7,6	4,2	6,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,0	6,3	2,3	3,0	5,2	11,8	6,6	13,6	10,4	8,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,0	0,9	0,0	2,1	0,0	3,0	-	3,8	-
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>6,6</b>	<b>11,2</b>	<b>4,7</b>	<b>5,8</b>	<b>11,2</b>	<b>19,2</b>	<b>13,5</b>	<b>21,3</b>	<b>18,5</b>	<b>14,6</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich bei der stationären Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die linikneuen Patienten zwischen IG und KG. Im Rahmen der stationären Referenzbehandlung zeigten sich in der IG signifikant weniger Therapieeinheiten im vollstationären Bereich, wobei sich dies sowohl auf die Gesamtgruppe bezieht (vgl. Tabelle 54) als auch für die Subgruppe der vollstationär behandelten Patienten bezieht (vgl. Tabelle 55). In der tagesklinischen Behandlung ergaben sich im Referenzfall keine Unterschiede zwischen IG und KG. In den darauffolgenden Beobachtungszeiträumen ergaben sich weder im vollstationären Bereich noch im Rahmen der tagesklinischen Behandlung Unterschiede in der Höhe und Verteilung der Therapieeinheiten zwischen IG und KG.

Im Referenzfall in der PIA zeigte sich in Bezug auf die Gesamtgruppen kein Unterschied bei der Zahl der Kontakte je Person. Es handelt sich aber um einen Effekt verschieden hoher Patientenzahlen (vgl. Tabelle 56), da in der Subgruppe der tatsächlich behandelten mehr Kontakte in der IG stattfanden (vgl. Tabelle 57). Für das erste Nachbeobachtungsjahr ließ sich feststellen, dass in der KG insgesamt mehr Kontakte stattfanden, dieses Mehr jedoch hauptsächlich in der PIA (nicht aufsuchende Behandlung) stattfand, wohingegen in der IG Hometreatment eingesetzt wurde und somit auch mehr Kontakte mit Ärzten oder Psychologen in der aufsuchenden Behandlung stattfanden. Dies setzt sich im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fort, wobei sich die Zahl der Kontakte bei der aufsuchenden Behandlung in der IG auch über die Zeit erhöhte.

Trotz der großen numerischen Differenz in der Zahl der durchschnittlichen Therapieeinheiten ergab sich bei den linikbekannten Patienten im Prä-Zeitraum sowohl vollstationär als auch tagesklinisch keine statistisch signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 58 und

Tabelle 59). Auch im Referenzfall und den darauffolgenden Nachbeobachtungszeiträumen ergaben sich trotz teilweise erheblicher Differenzen keine signifikanten Unterschiede.

Bei der Kontakthäufigkeit in der PIA zeigten sich im Prä-Zeitraum der linikbekannten Patienten keine Unterschiede in der Gesamtzahl der Kontakte. Im Referenzfall zeigte sich in Bezug auf die Gesamtgruppe ein Unterschied im Sinne von mehr Kontakten in der KG. Es zeigte sich dabei, dass in der KG mehr Arztkontakte in der PIA stattfanden und in der IG mehr Arztkontakte in der aufsuchenden Behandlung. Im ersten Nachbeobachtungsjahr war die durchschnittliche Zahl der Kontakte in der KG höher, was aus der größeren Zahl an in der PIA behandelten Menschen resultiert. In der Subgruppe der tatsächlich behandelten ließ sich lediglich die höhere Zahl an Arztkontakten in der aufsuchenden Behandlung in der IG als signifikant nachweisen. Dieses Muster setzte sich im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr fort.

## Kinder

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

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 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) - KJP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238
N mit mind. einem Fall	2	-	-	1	29	37	38	7	51	73	68	32	16	24	15	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	-	-	0,3	2,2	2,3	5,7	1,8	5,8	16,4	6,0	10,9	1,2	1,9	0,6	0,9
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,5	-	-	1,8	14,1	14,3	19,8	6,7	41,0	69,7	30,8	31,3	7,8	9,7	3,3	4,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>2,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2,1</b>	<b>16,3</b>	<b>16,6</b>	<b>25,5</b>	<b>8,5</b>	<b>46,8</b>	<b>86,0</b>	<b>36,8</b>	<b>42,3</b>	<b>9,0</b>	<b>11,5</b>	<b>3,9</b>	<b>5,7</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) - KJP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238
N mit mind. einem Fall	2	-	-	1	29	37	38	7	51	73	68	32	16	24	15	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	17	#DIV/0!	#DIV/0!	82	19	15	37	62	28	53	22	81	19	19	10	31
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	309	#DIV/0!	#DIV/0!	428	120	92	129	228	199	227	112	233	120	96	54	164
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	#DIV/0!	#DIV/0!	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>326</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>510</b>	<b>139</b>	<b>107</b>	<b>166</b>	<b>290</b>	<b>227</b>	<b>280</b>	<b>134</b>	<b>315</b>	<b>139</b>	<b>114</b>	<b>64</b>	<b>195</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**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) - KJP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238
N mit mind. einem Fall	3	5	180	194	125	134	71	62	58	47
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,4	0,7	2,3	1,6	1,2	0,9	0,7	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,3	0,8	3,0	1,0	1,7	1,0	1,0	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,0	-	-	0,0	-	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>2,7</b>	<b>1,6</b>	<b>5,3</b>	<b>2,6</b>	<b>2,9</b>	<b>2,0</b>	<b>1,7</b>	<b>1,4</b>

**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) - KJP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	247	238	247	238	247	238	247	238	247	238
N mit mind. einem Fall	3	5	180	194	125	134	71	62	58	47
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,3	0,8	1,9	0,9	4,6	2,8	4,3	3,6	3,1	4,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	0,4	1,8	1,0	6,0	1,8	5,8	4,0	4,3	2,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	-	-	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	-	0,0	-	0,0	-	-	0,0	-	0,1
<b>Gesamt</b>	<b>5,0</b>	<b>1,2</b>	<b>3,7</b>	<b>1,9</b>	<b>10,5</b>	<b>4,7</b>	<b>10,1</b>	<b>7,6</b>	<b>7,4</b>	<b>6,9</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) - KJP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154
N mit mind. einem Fall	39	26	34	13	20	33	23	16	29	16	21	13	13	14	15	2
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	5,8	0,1	4,9	1,7	9,6	3,0	5,8	3,1	3,3	1,5	4,5	1,7	2,4	1,7	1,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,6	33,0	0,3	19,6	22,0	52,2	11,3	31,6	33,4	21,6	7,4	12,1	9,9	17,6	10,1	2,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>0,9</b>	<b>38,8</b>	<b>0,5</b>	<b>24,5</b>	<b>23,7</b>	<b>61,7</b>	<b>14,4</b>	<b>37,4</b>	<b>36,6</b>	<b>24,9</b>	<b>8,9</b>	<b>16,6</b>	<b>11,6</b>	<b>19,9</b>	<b>11,8</b>	<b>3,9</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) - KJP**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)				2. Nachbeobachtungsjahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N Gesamt	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154	161	154
N mit mind. einem Fall	39	26	34	13	20	33	23	16	29	16	21	13	13	14	15	2
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	34,2	0,6	57,5	14,0	44,7	21,0	55,9	17,5	31,6	11,8	53,2	20,8	25,9	18,0	117,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,7	195,4	1,6	232,7	177,0	243,4	79,4	304,4	185,6	208,1	56,8	143,5	123,1	193,1	108,8	186,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>3,5</b>	<b>229,6</b>	<b>2,3</b>	<b>290,2</b>	<b>191,0</b>	<b>288,1</b>	<b>100,5</b>	<b>360,3</b>	<b>203,1</b>	<b>239,7</b>	<b>68,5</b>	<b>196,7</b>	<b>143,8</b>	<b>219,0</b>	<b>126,8</b>	<b>303,0</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) - KJP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N Gesamt	161	154	161	154	161	154	161	154	161
N mit mind. einem Fall	121	137	118	105	108	102	84	64	72	43
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,1	2,9	0,9	1,2	1,8	2,7	1,4	2,5	1,1	1,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,3	2,3	1,7	1,0	4,0	1,8	3,1	1,3	2,2	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,2	-	0,0	-	0,1	-	0,1	-	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>5,4</b>	<b>5,4</b>	<b>2,6</b>	<b>2,3</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>	<b>4,6</b>	<b>3,9</b>	<b>3,3</b>	<b>2,7</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) - KJP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Nachbeobachtungsjahr (ohne Referenzfall)		2. Nachbeobachtungsjahr		3. Nachbeobachtungsjahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
	N Gesamt	161	154	161	154	161	154	161	154	161
N mit mind. einem Fall	121	137	118	105	108	102	84	64	72	43
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,4	3,3	1,2	1,8	2,7	4,1	2,7	6,1	2,4	5,6
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,8	2,6	2,4	1,5	5,9	2,8	6,0	3,2	4,8	3,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	-	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	-	0,2	-	0,0	-	0,2	-	0,1	-	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>7,2</b>	<b>6,1</b>	<b>3,6</b>	<b>3,4</b>	<b>8,7</b>	<b>7,0</b>	<b>8,7</b>	<b>9,4</b>	<b>7,3</b>	<b>9,6</b>



Im Prä-Zeitraum ergaben sich sowohl bei der stationären als auch bei der tagesklinischen Leistungserbringung keine Unterschiede hinsichtlich der Höhe der Therapieeinheiten für die linikneuen Patienten zwischen IG und KG. Im Referenzfall ergaben sich in der vollstationären Versorgung keine statistischen Unterschiede zwischen IG und KG. In der teilstationären Versorgung ergaben sich in Bezug auf die Gesamtgruppe signifikant mehr Therapieeinheiten je Kind oder Jugendlichen, wobei dies lediglich in der größeren Zahl an tagesklinisch behandelten Kindern und Jugendlichen in der IG liegt. Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigten sich Unterschiede in der Gesamtzahl der erbrachten Therapieeinheiten zwischen IG und KG, dies basiert aber lediglich auf der kleineren Zahl vollstationär behandelter Kinder und Jugendlicher in der IG, sodass weniger TEs resultierten. In der Tagesklinik zeigte sich in der KG nur eine halb so große Zahl behandelter Patienten (IG = 68; KG = 32), diese wurden jedoch in der KG deutlich intensiver ( $TE_{IG}=134$ ;  $TE_{KG}=315$ ) behandelt. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr waren keine Unterschiede in der Zahl der TEs zwischen IG und KG feststellbar.

In der PIA konnten für den Prä-Zeitraum keine Unterschiede in der Zahl der Kontakte zwischen IG und KG festgestellt werden. Im Referenzfall wurden signifikant mehr TEs in der IG erbracht. Dies gilt auch für das erste Nachbeobachtungsjahr. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG. Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden vollstationär in IG und KG im Durchschnitt gleich viele TEs erbracht, in der tagesklinischen Behandlung wurden zwar gleich viele TEs erbracht, aber in der KG wurden weniger Kinder und Jugendliche deutlich intensiver behandelt. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG.

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich zwar im Prä-Zeitraum Unterschiede in der Höhe der vollstationären TEs, aufgrund der großen Differenz (IG = 0,9; KG = 38,8 im vollstationären Bereich) ist zu prüfen, ob es sich hier um ein Artefakt handelt (vgl. Tabelle 58 und Tabelle 59). Dies gilt ebenso für den teilstationären Bereich. Im Referenzfall wurden sowohl voll- als auch teilstationär mehr TEs in der KG erbracht, wobei hier auch deutlich intensiver behandelt wurde.

In der PIA ergaben sich im Prä-Zeitraum und im Referenzfall keine Unterschiede in der Höhe der Kontakte. Es zeigte sich aber, dass in der IG im Referenzfall signifikant mehr Kontakte mit Therapeuten oder Pflegekräften stattfanden. In den darauffolgenden Nachbeobachtungszeiträumen zeigte sich, dass zwar die Zahl der Kontakte in beiden Gruppen gleich groß war, in der KG jedoch signifikant mehr Arztkontakte stattfanden und umgekehrt dazu signifikant weniger Kontakte mit Therapeuten oder Pflegekräften als in der IG.

## 10. Ergebnisse: Kosten

### 10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

#### Erwachsene

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

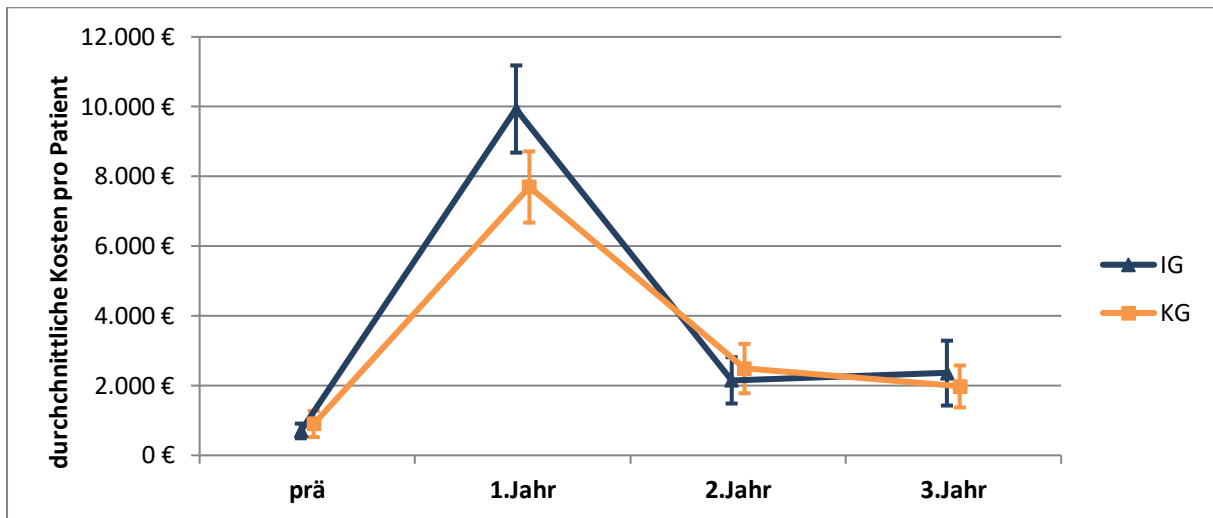
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	216	279	213	211	238	273	228	217
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>699,22 €</b>	<b>9.931,96 €</b>	<b>2.149,32 €</b>	<b>2.357,94 €</b>	<b>898,41 €</b>	<b>7.695,78 €</b>	<b>2.488,29 €</b>	<b>1.974,71 €</b>
Standardabweichung	1.790,81 €	10.656,23 €	5.487,53 €	7.610,94 €	3.165,86 €	8.613,06 €	5.784,26 €	4.848,87 €
Minimum	0,00 €	71,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	47,13 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,82 €	1.490,75 €	25,90 €	15,55 €	24,67 €	1.413,10 €	57,34 €	45,88 €
Median	113,18 €	7.361,65 €	395,89 €	365,00 €	140,51 €	5.215,06 €	563,81 €	439,66 €
75%-Perzentil	714,33 €	13.638,34 €	1.537,11 €	1.118,08 €	760,04 €	10.399,17 €	2.081,68 €	1.481,63 €
Maximum	23.382,33 €	60.707,32 €	46.300,23 €	71.014,43 €	45.390,48 €	57.650,42 €	40.672,50 €	47.895,45 €

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



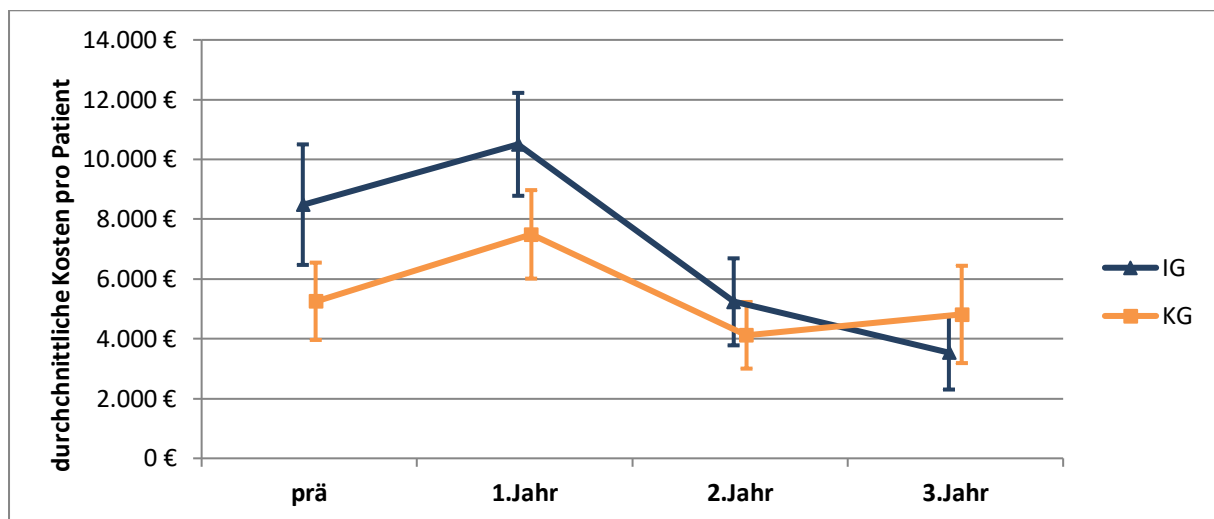
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

**Klinikbekannte Patienten**

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

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	148	152	135	133	140	144	129	127
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8.487,80 €</b>	<b>10.505,63 €</b>	<b>5.235,96 €</b>	<b>3.535,61 €</b>	<b>5.254,04 €</b>	<b>7.493,56 €</b>	<b>4.116,90 €</b>	<b>4.814,66 €</b>
Standardabweichung	12.682,89 €	10.831,20 €	8.974,48 €	7.581,61 €	7.921,17 €	9.066,53 €	6.706,46 €	9.651,25 €
Minimum	0,00 €	61,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	55,14 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	568,50 €	2.570,07 €	275,15 €	153,43 €	462,99 €	1.081,15 €	220,95 €	221,36 €
Median	3.172,66 €	8.100,09 €	1.178,03 €	897,72 €	1.835,17 €	3.666,08 €	1.229,57 €	972,84 €
75%-Perzentil	10.272,92 €	14.925,85 €	4.868,17 €	2.835,43 €	7.380,92 €	10.667,59 €	4.288,02 €	2.775,98 €
Maximum	90.751,53 €	60.854,78 €	49.921,45 €	43.414,45 €	41.916,18 €	50.757,49 €	38.829,80 €	54.214,49 €

Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 71)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in den direkten psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 70). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben oberhalb des Prä-Zeitraum Niveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

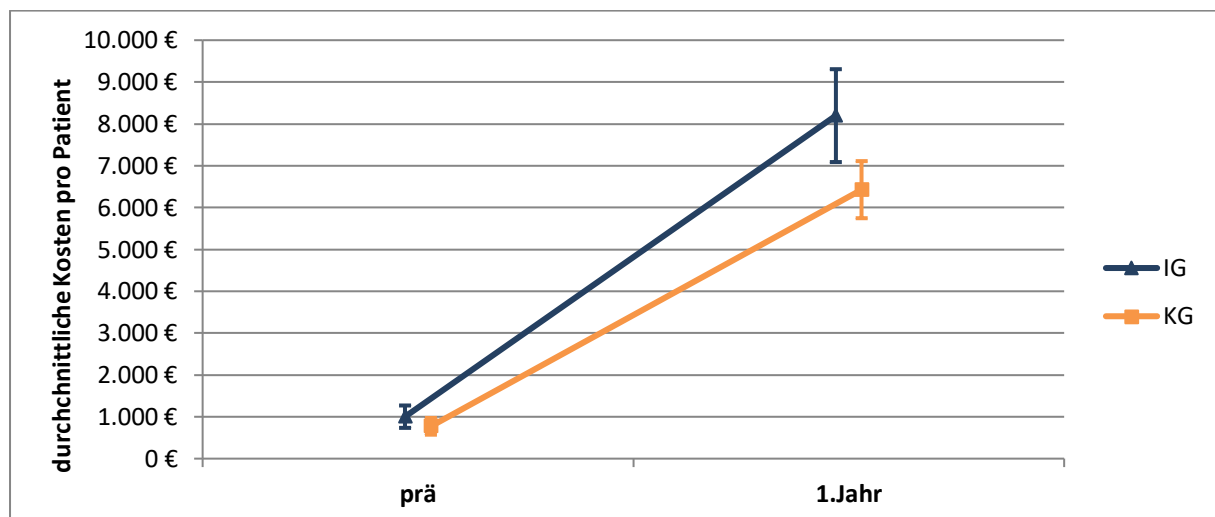
Bei den linikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum ersten Modelljahr signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 71). Im zweiten und dritten Jahr gab es keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen, wobei die Kosten deutlich unterhalb des Niveaus des Prä-Zeitraums sanken.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	343	408	350	408						
durchschnittliche Kosten	1.002,46 €	8.197,27 €	772,43 €	6.427,84 €	230,03 €	0,178	1.769,44 €	0,008	1.539,40 €	0,021
Standardabweichung	2.759,00 €	11.435,12 €	2.064,56 €	7.031,38 €						
Minimum	0,00 €	76,79 €	0,00 €	49,26 €						
25%-Perzentil	24,82 €	643,54 €	29,22 €	875,45 €						
Median	161,68 €	2.382,44 €	150,17 €	4.327,81 €						
75%-Perzentil	717,87 €	12.565,82 €	630,70 €	9.829,31 €						
Maximum	34.747,98 €	75.858,03 €	21.766,27 €	43.274,42 €						

**Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr wiesen im Prä-Zeitraum signifikant höhere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 72). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: die Kosten der IG lagen dabei höher als die Kosten der KG. In der IG ergab sich somit ein um 1.539,40 € höherer Kostenanstieg ( $p = 0,021$ ).

### 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- EP**

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	1.002,50 €	343,1	0,00353	29,64 €	703,455	0,9664	519,00 €	324,9	0,1103
Differenz KG-IG	-230,00 €	485,2	0,63547	-7,36 €	447,305	0,98688	-28,40 €	446,8	0,94934
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	7.194,80 €	485,2	<0,001	5.727,08 €	963,063	<0,001	4.216,60 €	515,1	<0,001
<b>Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)</b>	<b>1.539,40 €</b>	<b>686,1</b>	<b>0,02499</b>	<b>2.099,70 €</b>	<b>638,4</b>	<b>0,00103</b>	<b>1.807,10 €</b>	<b>631,1</b>	<b>0,00425</b>
Alter bis 29 J.				-78,79 €	559,382	0,888			
30 J. bis 47 J.				-575,64 €	509,385	0,25861			
48 J. bis 64 J.				621,88 €	486,688	0,20151			
Weiblich				87,93 €	335,505	0,7933			
Erwerbstätig				-25,41 €	541,735	0,96259			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				246,87 €	1364,638	0,85647			
Referenzdiagnose F00				-2.891,01 €	1747,32	0,09821			
Referenzdiagnose F01				1.770,57 €	3738,692	0,63587			
Referenzdiagnose F02									
Referenzdiagnose F03				-2.917,84 €	1505,308	0,05275			
Referenzdiagnose F07				6.621,64 €	2448,378	0,00691	6.335,50 €	2428,1	0,00916
Referenzdiagnose F10				-994,81 €	673,272	0,13972			
Referenzdiagnose F2x				9.931,80 €	1089,495	<0,001	10.925,40 €	970,7	<0,001
Referenzdiagnose F3x				4.748,64 €	614,183	<0,001	5.529,80 €	472,5	<0,001
Referenzdiagnose F4x				2.395,50 €	643,717	<0,001	2.766,80 €	578,7	<0,001
Referenzdiagnose F43				-849,79 €	636,979	0,18236			
Referenzdiagnose F45				1.901,75 €	811,955	0,01929	2.343,40 €	789,6	0,00304
Referenzdiagnose F50				173,00 €	2448,837	0,94369			
Referenzdiagnose F60.31				-3.348,96 €	2188,491	0,12615			
Referenzdiagnose F7x				2.802,68 €	1256,364	0,02583	3.019,00 €	1243,7	0,01531
Referenzdiagnose F84				-330,02 €	3270,22	0,91963			
Referenzdiagnose F9x				-3.505,21 €	1447,124	0,01554	-3.274,70 €	1412,9	0,02059
vollstat. Fall in Prä				4.422,24 €	885,961	<0,001	4.506,10 €	881	<0,001
teilstat. Fall in Prä				10.497,03 €	2898,421	<0,001	10.169,80 €	2892,6	<0,001
PIA-Fall in Prä				235,48 €	1275,164	0,85352			
vertragsärztl. Fall in Prä				510,61 €	596,158	0,39185			
R <sup>2</sup>			0,18			0,31			0,31

Im Grundmodell ergibt sich eine um 1.539,40 € stärkere Kostensteigerung der IG gegenüber der KG, wobei diese auf 5%-Niveau signifikant war (vgl. Tabelle 73). Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell ein deutlich ausgeprägter Kostenunterschied. Im Gesamtmodell ergibt sich ein stärkerer Kostenanstieg der IG von 2.099,70 € ( $p = 0,001$ ), während die Differenz im gesättigten Modell immer noch 1.807,10 € beträgt ( $p = 0,004$ ).

**Kinder und Jugendliche**

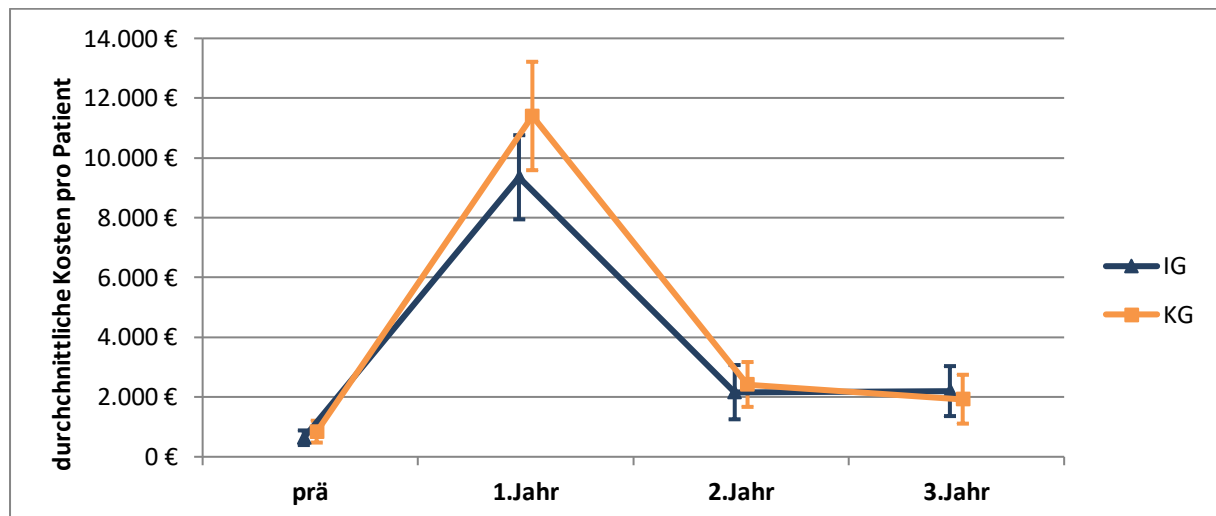
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	206	247	206	183	206	238	202	187
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>637,32 €</b>	<b>9.351,58 €</b>	<b>2.161,72 €</b>	<b>2.197,98 €</b>	<b>841,14 €</b>	<b>11.402,56 €</b>	<b>2.419,98 €</b>	<b>1.926,62 €</b>
Standardabweichung	1.960,63 €	11.290,50 €	7.277,99 €	6.703,58 €	2.877,09 €	14.278,00 €	5.905,67 €	6.437,82 €
Minimum	0,00 €	73,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	64,80 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,20 €	377,24 €	23,17 €	0,00 €	24,88 €	965,64 €	29,62 €	15,81 €
Median	65,85 €	4.754,23 €	196,47 €	116,36 €	80,24 €	3.298,11 €	310,63 €	134,23 €
75%-Perzentil	489,08 €	15.410,41 €	858,83 €	672,98 €	684,39 €	18.842,11 €	1.944,10 €	897,52 €
Maximum	27.711,82 €	55.792,80 €	79.157,13 €	44.737,26 €	34.870,21 €	69.077,54 €	37.011,33 €	66.564,60 €

**Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

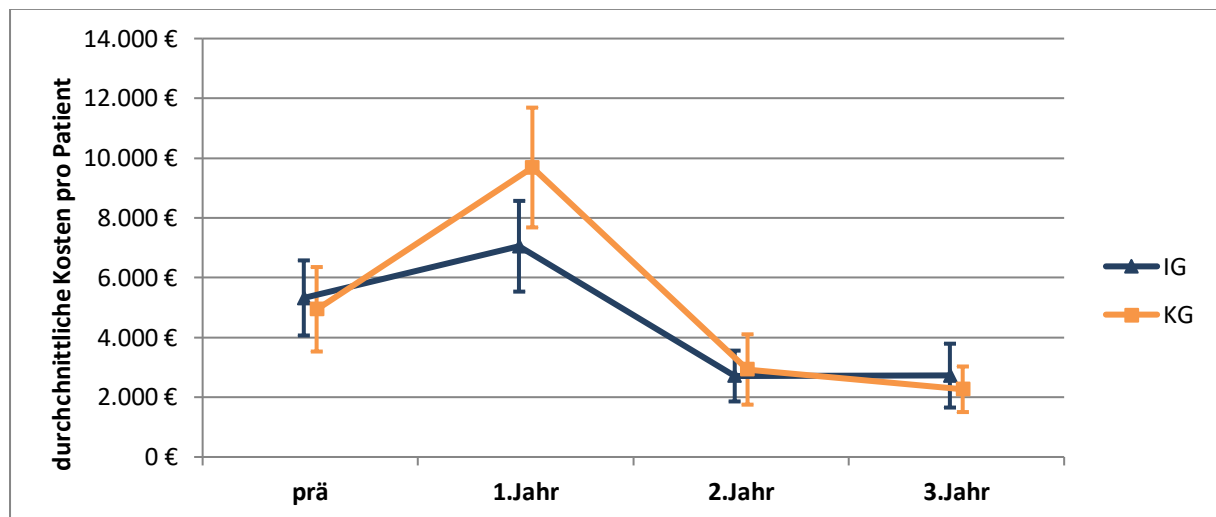


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	156	161	143	137	151	154	132	131
durchschnittliche Kosten	5.321,05 €	7.050,91 €	2.708,71 €	2.722,25 €	4.941,47 €	9.684,80 €	2.927,81 €	2.264,99 €
Standardabweichung	8.134,19 €	9.823,78 €	5.503,32 €	6.915,60 €	8.949,96 €	12.691,13 €	7.449,09 €	4.826,18 €
Minimum	0,00 €	63,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	79,31 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	292,27 €	618,79 €	131,19 €	56,04 €	445,37 €	900,37 €	37,32 €	29,05 €
Median	1.131,13 €	1.744,38 €	573,18 €	436,52 €	1.168,16 €	2.167,80 €	559,77 €	296,16 €
75%-Perzentil	7.658,28 €	9.427,62 €	1.976,43 €	1.722,84 €	3.392,17 €	15.539,64 €	2.054,98 €	1.796,11 €
Maximum	49.011,87 €	45.770,94 €	34.922,28 €	59.744,99 €	39.467,66 €	46.906,82 €	48.141,15 €	26.992,02 €

**Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 75)

Bei den direkten psychiatrischen Versorgungskosten der linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 75). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die KG signifikant teurer war als die IG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben unterhalb des Niveaus des Prä-Zeitraumes, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

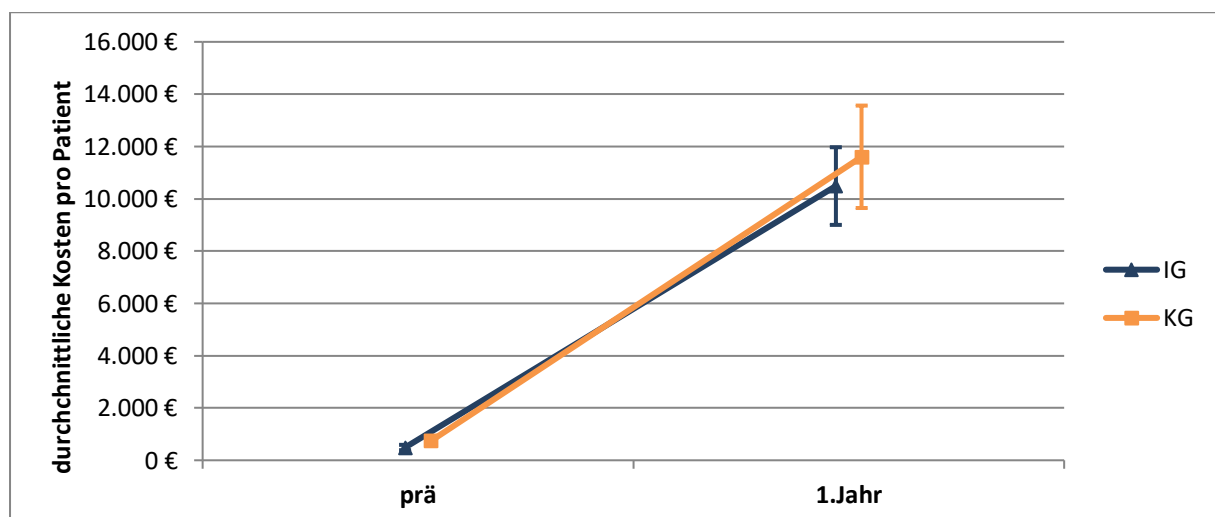
Bei den linikbekannten Patienten sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 76). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein Kostenanstieg, wobei die KG signifikant teurer war als die IG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben unterhalb des Prä-Zeitraumniveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	203	252	214	252						
durchschnittliche Kosten	488,43 €	10.486,30 €	739,90 €	11.604,97 €	-251,47 €	0,016	-1.118,67 €	0,373	-867,19 €	0,482
Standardabweichung	823,32 €	12.025,03 €	1.423,72 €	15.862,21 €						
Minimum	0,00 €	65,45 €	0,00 €	85,85 €						
25%-Perzentil	19,81 €	395,45 €	22,47 €	989,49 €						
Median	88,62 €	6.454,55 €	101,10 €	3.166,86 €						
75%-Perzentil	547,44 €	16.355,67 €	940,09 €	19.006,31 €						
Maximum	4.633,38 €	78.384,73 €	15.525,23 €	112.589,69 €						

**Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten im Prä-Zeitraum signifikant geringere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 76). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, jedoch ergab sich kein signifikanter Kostenunterschied im 1. Jahr. In der IG ergab sich somit ein um - 867,19 € geringerer, jedoch nicht statistisch signifikanter, Kostenanstieg ( $p = 0,482$ ).

### 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**

	Grundmodell			Gesamtmodell			gesättigtes Modell		
	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert	Wert	Standardf.	p-Wert
IG Prä-Zeitraum	488,40 €	629,1	0,438	190,50 €	1315,7	0,8849	488,40 €	621,4	0,43207
Differenz KG-IG	251,50 €	889,7	0,777	129,70 €	884,7	0,88343	251,50 €	878,8	0,77483
Kostenentwicklung IG prä zu Jahr 1	9.997,90 €	889,7	<0,001	3.499,20 €	2154,3	0,10463	3.694,80 €	1730,1	0,03295
<b>Effekt (Differenz der Kostenentwicklung der IG im Vergleich zur KG)</b>	<b>-867,20 €</b>	<b>1258,2</b>	<b>0,491</b>	<b>-952,20 €</b>	<b>1248</b>	<b>0,44568</b>	<b>-904,20 €</b>	<b>1243,2</b>	<b>0,46719</b>
2 bis 5 J.				-2.809,00 €	1535,6	0,06767			
6 bis 9 J.				-485,20 €	943,5	0,60719			
10 bis 14 J.				-341,30 €	859,2	0,69132			
14 bis 18 J.				Referenz für Alter					
Weiblich				204,90 €	652,4	0,75357			
Erwerbstätig				-877,40 €	1731,3	0,6124			
Tod im Nachbeobachtungsjahr				n. V.					
Referenzdiagnose F00				n. V.					
Referenzdiagnose F01				n. V.					
Referenzdiagnose F02				n. V.					
Referenzdiagnose F03				n. V.					
Referenzdiagnose F07				n. V.					
Referenzdiagnose F10				-1.437,70 €	660,5	0,02964			
Referenzdiagnose F2x				n. V.					
Referenzdiagnose F3x				8.427,20 €	2425,5	<0,001	8.186,60 €	2331	0,00047
Referenzdiagnose F4x				6.264,80 €	3043,7	0,03983	5.905,50 €	2971	0,04711
Referenzdiagnose F43				4.853,40 €	1456	<0,001	4.373,10 €	1355,7	0,0013
Referenzdiagnose F45				4.582,40 €	3761,1	0,22338			
Referenzdiagnose F50				12.689,80 €	4554,9	0,00544	12.710,00 €	4507,3	0,0049
Referenzdiagnose F60.31				n. V.					
Referenzdiagnose F7x				-925,80 €	3056,8	0,76206			
Referenzdiagnose F84				19.163,70 €	7230,1	0,00817	18.394,40 €	7145,3	0,01019
Referenzdiagnose F9x				6.760,90 €	1731,6	<0,001	5.819,40 €	1521,5	0,00014
vollstat. Fall in Prä				1.366,20 €	1875,1	0,46644			
teilstat. Fall in Prä				7.504,50 €	7025,4	0,28569			
PIA-Fall in Prä				269,50 €	2452,2	0,91252			
vertragsärztl. Fall in Prä				701,30 €	1149,2	0,54183			

Im Grundmodell ergibt sich eine um 867,20 € geringere, jedoch nicht signifikante, Kostensteigerung der IG gegenüber der KG ( $p = 0,491$ ; vgl. Tabelle 77).

Unter Kontrolle weiterer Variablen ergeben sich im Gesamt- sowie im gesättigten Modell ebenfalls keine signifikanten Kostenunterschiede. Im Gesamtmodell ergibt sich ein geringerer Kostenanstieg der IG von 952,20 € ( $p = 0,446$ ), während die Differenz im gesättigten Modell 904,20 € beträgt ( $p = 0,467$ ).

## 10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

### Erwachsene

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

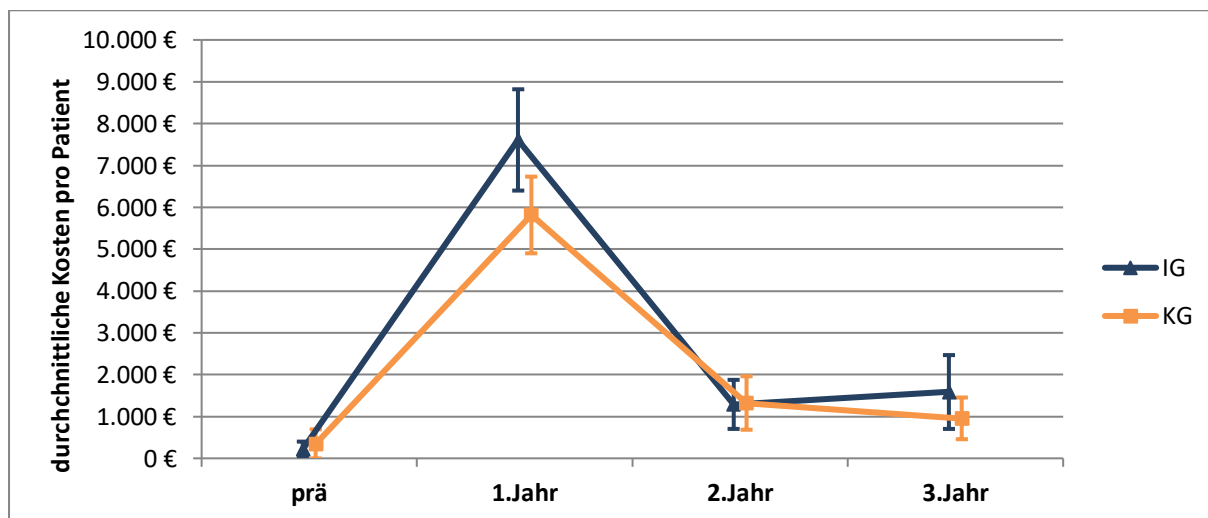
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	16	223	38	37	15	199	30	28
durchschnittliche Kosten	217,66 €	7.609,63 €	1.289,38 €	1.584,89 €	346,69 €	5.816,14 €	1.322,38 €	955,69 €
Standardabweichung	1.552,60 €	10.316,81 €	4.842,40 €	7.214,06 €	2.940,27 €	7.726,61 €	5.215,96 €	4.021,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	375,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	4.130,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.822,23 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	10.673,87 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.838,71 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	22.330,71 €	60.702,25 €	41.215,36 €	70.744,12 €	44.996,04 €	57.185,75 €	39.682,37 €	39.801,69 €

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



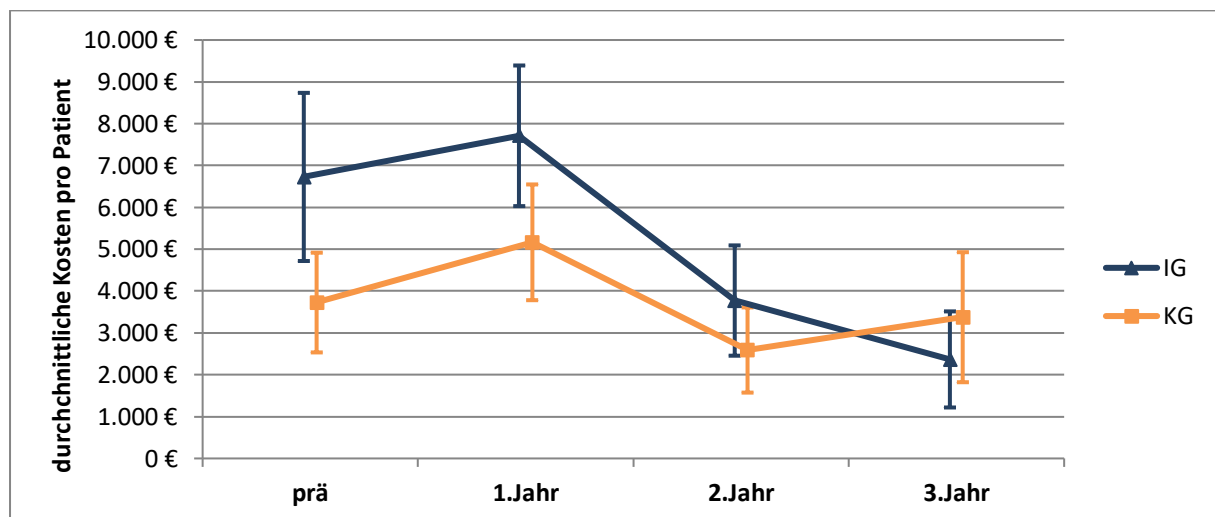
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 78)

## 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)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	75	98	41	29	60	76	35	34
durchschnittliche Kosten	6.727,77 €	7.710,55 €	3.773,04 €	2.365,70 €	3.725,62 €	5.164,89 €	2.590,88 €	3.375,00 €
Standardabweichung	12.638,15 €	10.573,42 €	8.125,87 €	7.055,02 €	7.297,53 €	8.468,16 €	6.123,01 €	9.210,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	3.522,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	272,85 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	8.518,94 €	12.052,80 €	1.528,31 €	0,00 €	5.338,37 €	8.194,05 €	131,86 €	317,83 €
Maximum	90.751,53 €	55.811,93 €	36.229,56 €	42.288,43 €	40.693,61 €	47.266,26 €	38.318,67 €	53.335,19 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 79)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in den vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 78). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG nicht signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben oberhalb des Prä-Zeitraumniveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

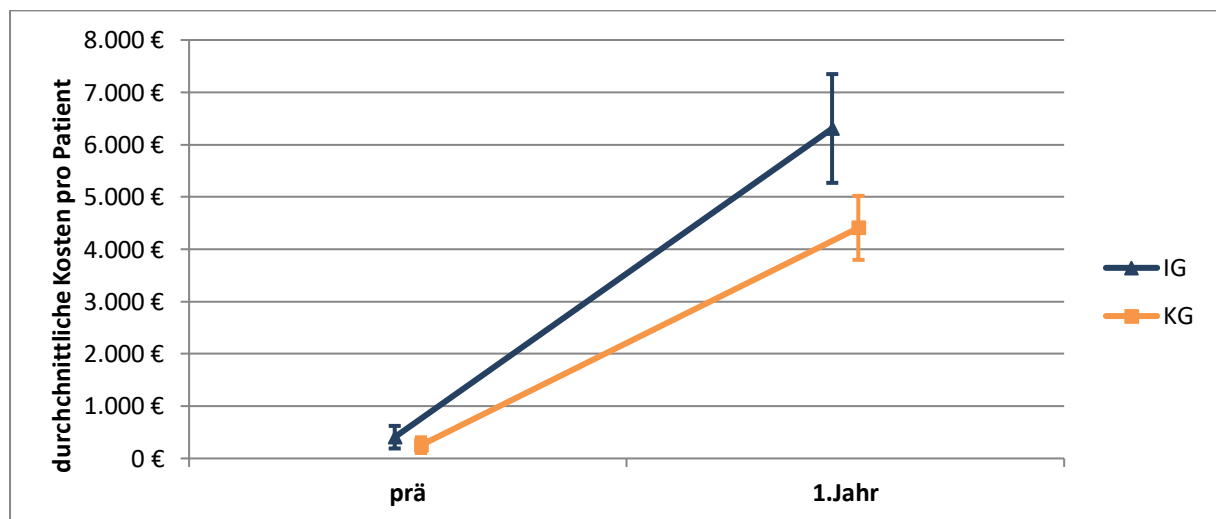
Bei den klirikbekannt Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum ersten Modelljahr nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 79) Im zweiten und dritten Jahr gab es keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen, wobei die Kosten unter das Niveau des Prä-Zeitraums sanken.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	37	224	21	250						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>406,18 €</b>	<b>6.308,48 €</b>	<b>253,40 €</b>	<b>4.408,10 €</b>	<b>152,78 €</b>	<b>0,255</b>	<b>1.900,38 €</b>	<b>0,002</b>	<b>1.747,60 €</b>	<b>0,006</b>
Standardabweichung	2.222,73 €	10.712,71 €	1.543,56 €	6.304,23 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	614,29 €	0,00 €	1.158,11 €						
75%-Perzentil	0,00 €	8.641,16 €	0,00 €	6.793,56 €						
Maximum	32.558,17 €	64.069,10 €	17.843,69 €	33.725,81 €						

**Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**





Im Prä-Zeitraum ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den vollstationär psychiatrischen Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 80). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im nachbeobachtungszeitraum an, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Insgesamt war der Kostenanstieg in der IG um 1.747,60 € signifikant größer als in der KG ( $p = 0,006$ ).

## Kinder und Jugendliche

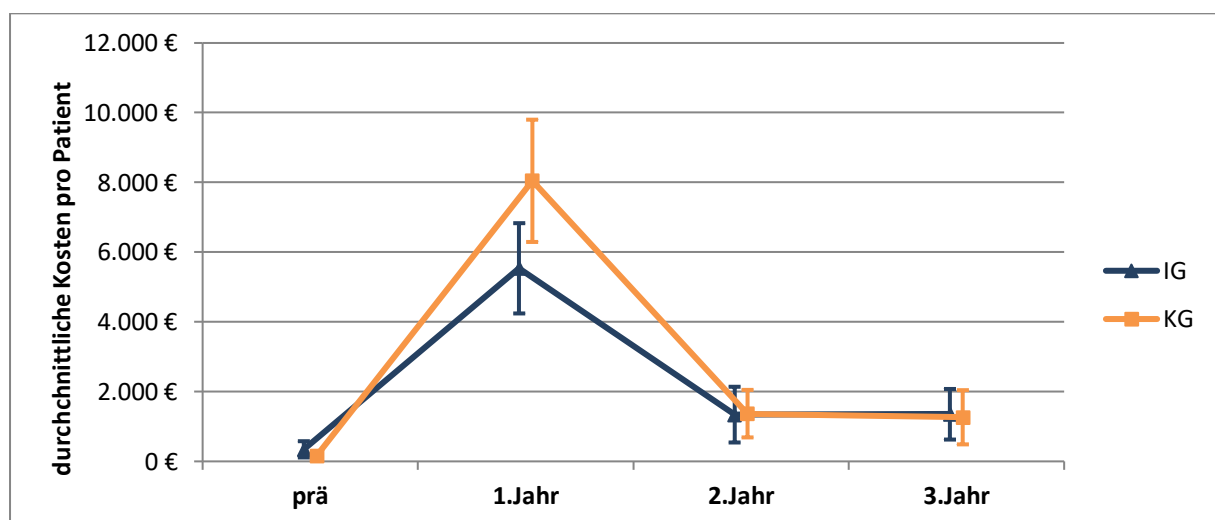
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	30	76	22	23	18	100	28	22
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>345,48 €</b>	<b>5.536,80 €</b>	<b>1.340,95 €</b>	<b>1.351,50 €</b>	<b>166,35 €</b>	<b>8.046,73 €</b>	<b>1.368,83 €</b>	<b>1.264,59 €</b>
Standardabweichung	1.870,39 €	10.379,11 €	6.409,56 €	5.815,87 €	645,81 €	13.801,62 €	5.363,59 €	6.117,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.716,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12.202,65 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	27.555,40 €	51.429,88 €	72.208,20 €	40.232,89 €	4.613,81 €	67.325,46 €	34.954,57 €	65.478,69 €

**Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



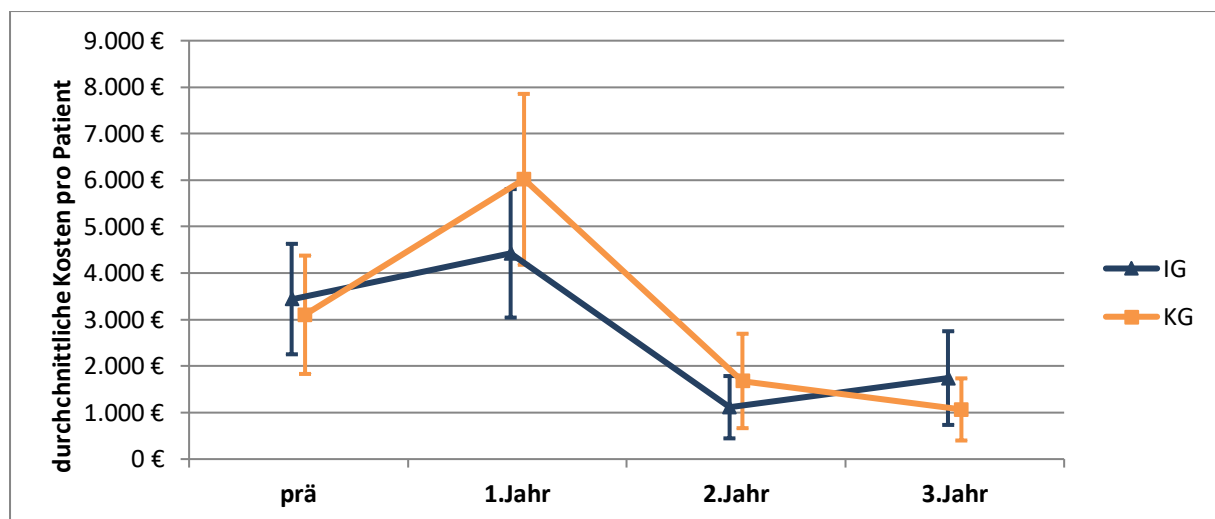
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 81)

### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	43	46	17	22	33	47	15	13
durchschnittliche Kosten	3.441,80 €	4.425,65 €	1.115,96 €	1.742,54 €	3.104,21 €	6.017,63 €	1.680,73 €	1.068,13 €
Standardabweichung	7.691,62 €	8.946,59 €	4.337,85 €	6.523,99 €	8.058,42 €	11.635,49 €	6.428,50 €	4.230,75 €
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	1.956,74 €	2.742,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6.921,47 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	46.544,01 €	44.758,36 €	32.935,99 €	58.588,18 €	39.189,04 €	46.726,09 €	46.707,54 €	26.771,19 €

**Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 82)

Bei den vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten der klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 81). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben oberhalb des Prä-Zeitraum Niveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

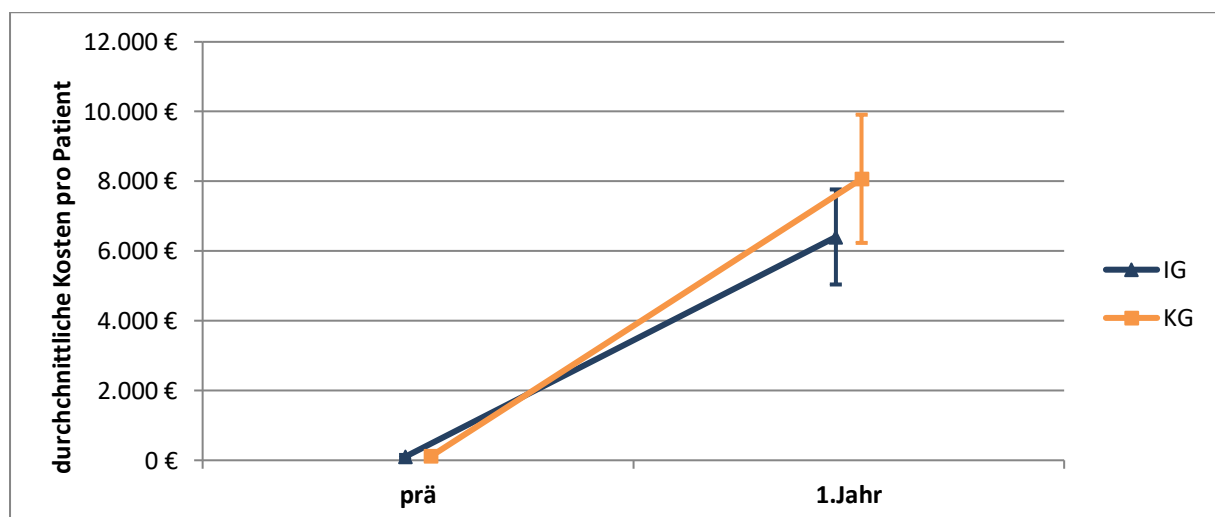
Bei den klinikbekannten Patienten sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 82). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein Kostenanstieg, anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben unterhalb des Prä-Zeitraum Niveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	15	99	15	107						
durchschnittliche Kosten	99,59 €	6.404,44 €	114,80 €	8.073,13 €	-15,21 €	0,705	-1.668,69 €	0,154	-1.653,48 €	0,155
Standardabweichung	429,11 €	11.039,90 €	470,61 €	14.892,38 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	9.802,11 €	0,00 €	11.089,64 €						
Maximum	2.579,21 €	72.484,34 €	2.670,89 €	112.015,62 €						

**Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 83)

Im Prä-Zeitraum ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den vollstationär psychiatrischen Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 83). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im nachbeobachtungszeitraum an, wobei sich keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG ergaben. Insgesamt war der Kostenanstieg in der IG um 1.653,48 € nicht signifikant geringer als in der KG ( $p = 0,155$ ).

### 10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

#### Erwachsene

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

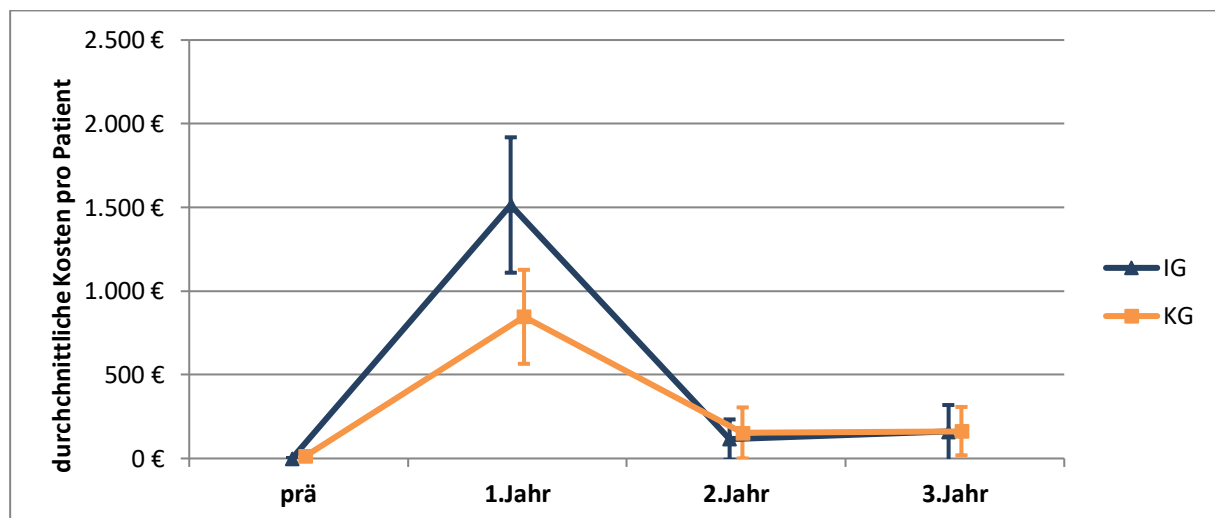
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	0	65	5	5	1	47	6	10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.514,37 €	116,62 €	159,57 €	12,97 €	846,35 €	152,57 €	163,23 €
Standardabweichung	0,00 €	3.447,22 €	1.024,73 €	1.535,03 €	214,34 €	2.367,77 €	1.245,19 €	1.165,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	14.904,86 €	13.649,21 €	22.189,66 €	3.541,46 €	21.005,69 €	13.581,11 €	12.649,05 €

**Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



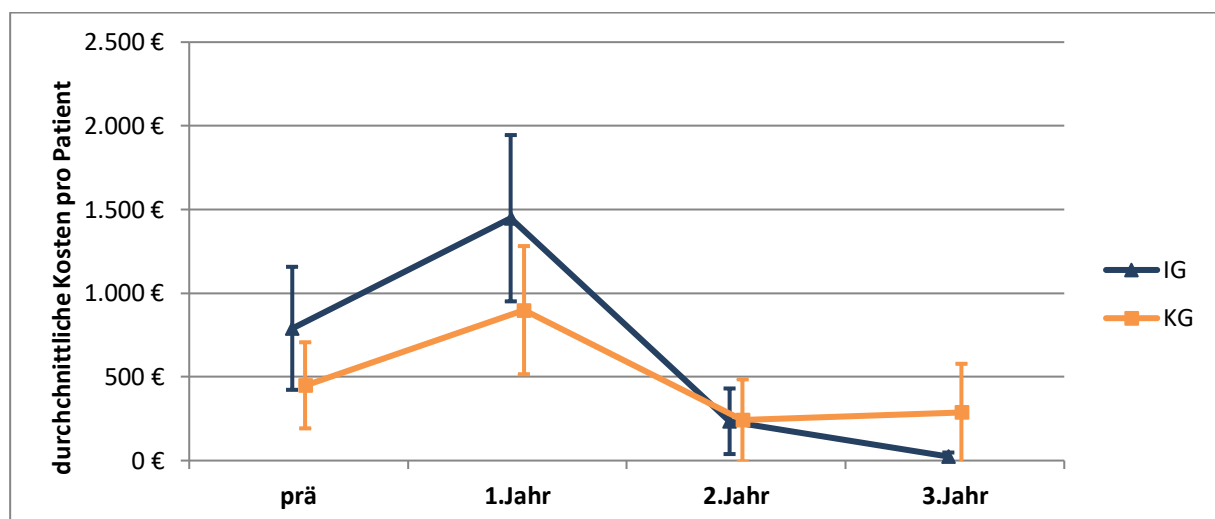
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 84)

## 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)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	19	47	7	2	14	27	5	7
durchschnittliche Kosten	790,11 €	1.448,00 €	234,76 €	24,05 €	449,63 €	898,74 €	242,60 €	289,10 €
Standardabweichung	2.311,60 €	3.124,96 €	1.208,13 €	211,28 €	1.575,12 €	2.344,20 €	1.497,14 €	2.068,33 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	956,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	10.695,81 €	14.231,88 €	9.309,01 €	2.207,39 €	9.474,11 €	11.334,40 €	14.504,62 €	22.250,45 €

**Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 85)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 84). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben oberhalb des Prä-Zeitraum Niveaus, wobei sich keine signifikanten Unterschiede ergaben.

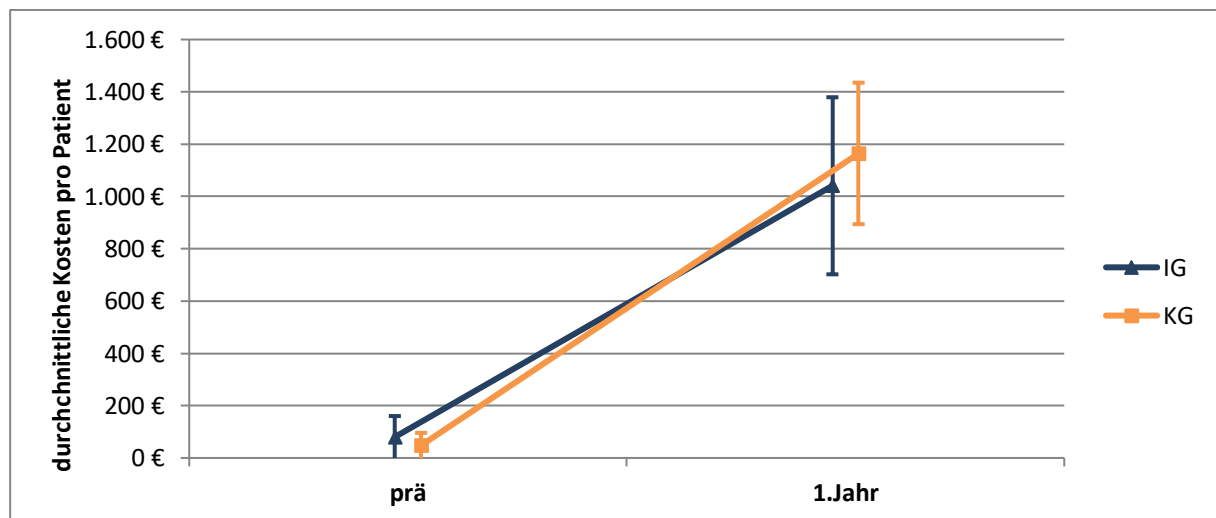
Bei den klinikbekannten Patienten war die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum ersten Modelljahr signifikant teurer als die KG (vgl. vgl. Tabelle 85) Im zweiten und dritten Jahr gab es keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen, wobei die Kosten unterhalb des Niveau des Prä-Zeitraums sanken.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	3	54	2	81						
durchschnittliche Kosten	80,10 €	1.040,71 €	48,02 €	1.164,47 €	32,08 €	0,602	-123,76 €	0,576	-155,84 €	0,499
Standardabweichung	1.008,46 €	3.489,56 €	722,88 €	2.788,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	15.298,08 €	24.133,18 €	13.090,90 €	13.078,41 €						

**Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Im Prä-Zeitraum ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in den teilstationären psychiatrischen Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 86). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im Nachbeobachtungszeitraum an, wobei es keine signifikanten Kostenunterschiede im 1. Jahr gab. Insgesamt war der Kostenanstieg in der IG um 155,80 € geringer als in der KG, jedoch war der Unterschied nicht signifikant ( $p = 0,499$ ).

## Kinder und Jugendliche

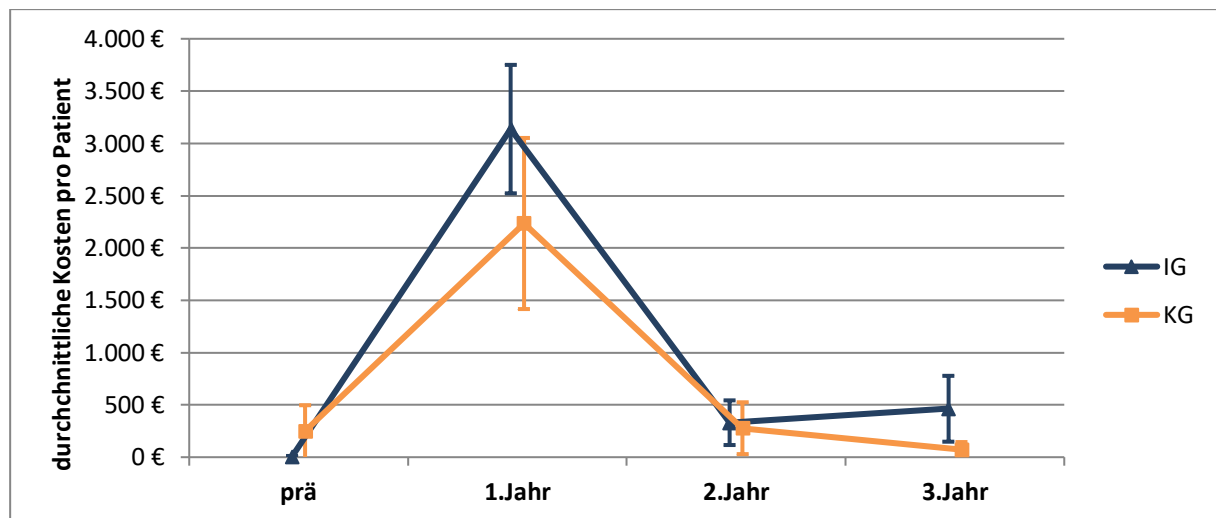
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	1	98	15	11	3	36	7	2
durchschnittliche Kosten	5,85 €	3.136,47 €	329,78 €	462,97 €	248,38 €	2.234,04 €	277,11 €	72,29 €
Standardabweichung	92,00 €	4.923,23 €	1.711,93 €	2.524,85 €	2.576,49 €	6.437,35 €	1.949,97 €	787,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.971,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.445,92 €	21.537,33 €	17.222,49 €	25.206,08 €	32.539,48 €	39.652,57 €	22.443,79 €	8.918,26 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 87)

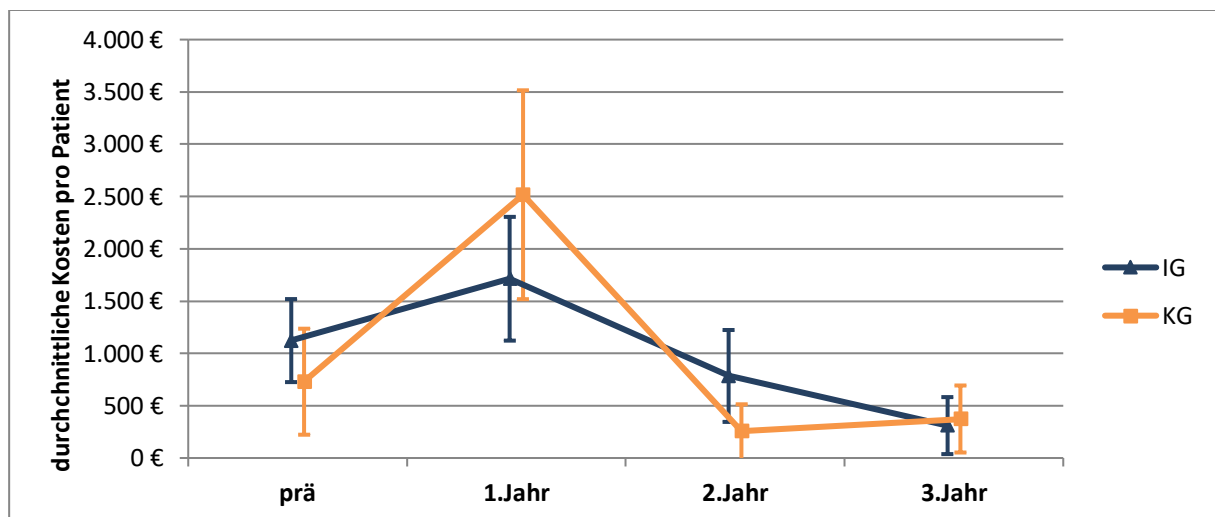


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	34	44	15	7	14	26	2	7
durchschnittliche Kosten	1.122,43 €	1.713,78 €	784,54 €	309,86 €	729,60 €	2.516,79 €	256,70 €	372,95 €
Standardabweichung	2.569,00 €	3.829,39 €	2.843,98 €	1.763,75 €	3.208,48 €	6.321,94 €	3.117,25 €	2.028,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.456,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	12.674,42 €	26.996,91 €	20.085,63 €	16.835,08 €	24.994,04 €	30.208,68 €	38.680,30 €	15.248,65 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 88)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten zwischen IG und KG (Tabelle 87). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die IG signifikant teurer war als die KG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben auf dem Niveau des Prä-Zeitraums.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. die IG vom Prä-Zeitraum bis einschließlich zum ersten Modelljahr signifikant teu-

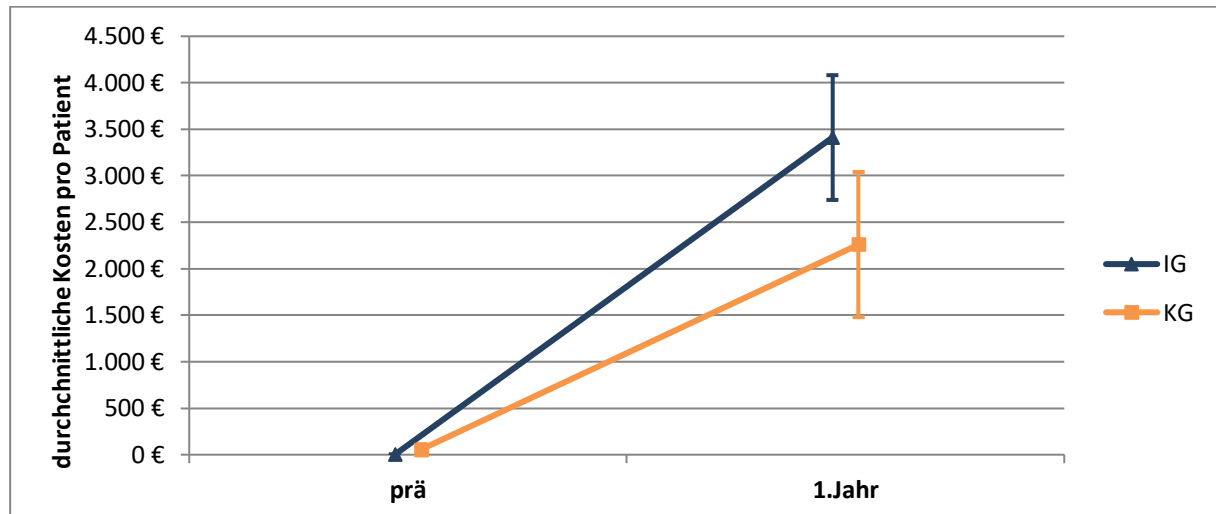
rer als die KG (vgl. Tabelle 88). Im zweiten und dritten Jahr gab es keine signifikanten Kostenunterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen, wobei die Kosten unterhalb des Niveaus des Prä-Zeitraums sanken.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	1	96	1	36						
durchschnittliche Kosten	1,37 €	3.410,82 €	56,15 €	2.260,11 €	-54,78 €	0,33	1.150,71 €	0,029	1.205,49 €	0,023
Standardabweichung	21,71 €	5.433,63 €	891,39 €	6.321,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	5.988,78 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	344,63 €	27.444,50 €	14.150,38 €	29.668,30 €						

**Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Im Rahmen der tagesklinischen Versorgung zeigte sich kein Unterschied in der Höhe der Kosten im Prä-Zeitraum zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 89). Durch die deutlich höhere Zahl versorgter Patienten in der IG (IG: 96; KG: 36) ergab sich ein signifikant höherer Kostenanstieg in der IG von 1.205,49 € je Patient der IG (p = 0,023).

### 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.

#### Erwachsene

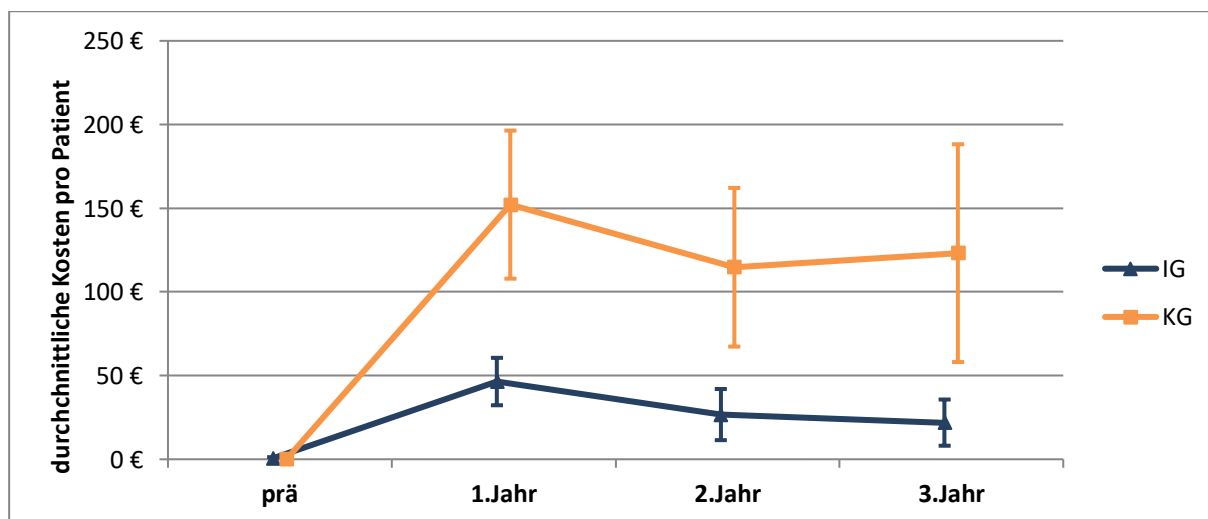
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### 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)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	1	69	19	16	1	95	53	46
durchschnittliche Kosten	0,63 €	46,44 €	26,71 €	21,90 €	0,12 €	152,16 €	114,74 €	123,15 €
Standardabweichung	10,51 €	120,73 €	126,23 €	113,01 €	1,95 €	372,92 €	386,91 €	524,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	123,87 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	175,56 €	913,94 €	1.065,72 €	1.062,41 €	32,25 €	2.438,74 €	2.760,20 €	5.453,76 €

**Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



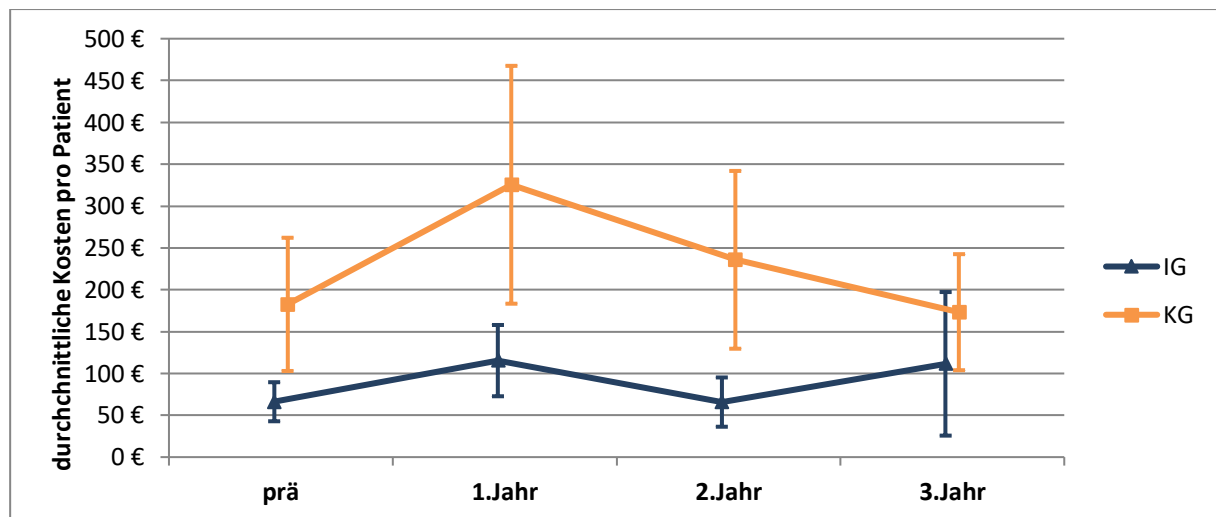
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 90)

### 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)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	63	61	29	23	68	85	51	42
durchschnittliche Kosten	66,17 €	115,30 €	65,74 €	111,46 €	182,53 €	325,45 €	235,74 €	173,17 €
Standardabweichung	146,84 €	267,93 €	181,43 €	527,05 €	487,33 €	870,07 €	638,99 €	411,18 €
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 €	78,53 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	78,63 €	80,92 €	0,00 €	0,00 €	165,71 €	330,76 €	189,95 €	150,46 €
Maximum	1.354,41 €	1.594,89 €	1.183,93 €	5.799,38 €	3.476,24 €	9.231,95 €	4.562,26 €	2.506,00 €

**Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 91)

Bei den klinikneuen Patienten verliefen die durchschnittlichen Kosten der PIA-Versorgung proportional zu der Zahl versorgter Patienten, wobei in der KG deutlich mehr Patienten in der PIA behandelt wurden (vgl. Tabelle 90). Während sich im Prä-Zeitraum, aufgrund der geringen Fallzahl von je einem Patienten, keine signifikanten Kostenunterschiede ergaben, stieg die Fallzahl in beiden Gruppen zum ersten Jahr an. Da die Fallzahlen in der KG durchweg höher waren als in der IG, wies die KH über den gesamten Zeitraum höhere durchschnittliche Kosten auf

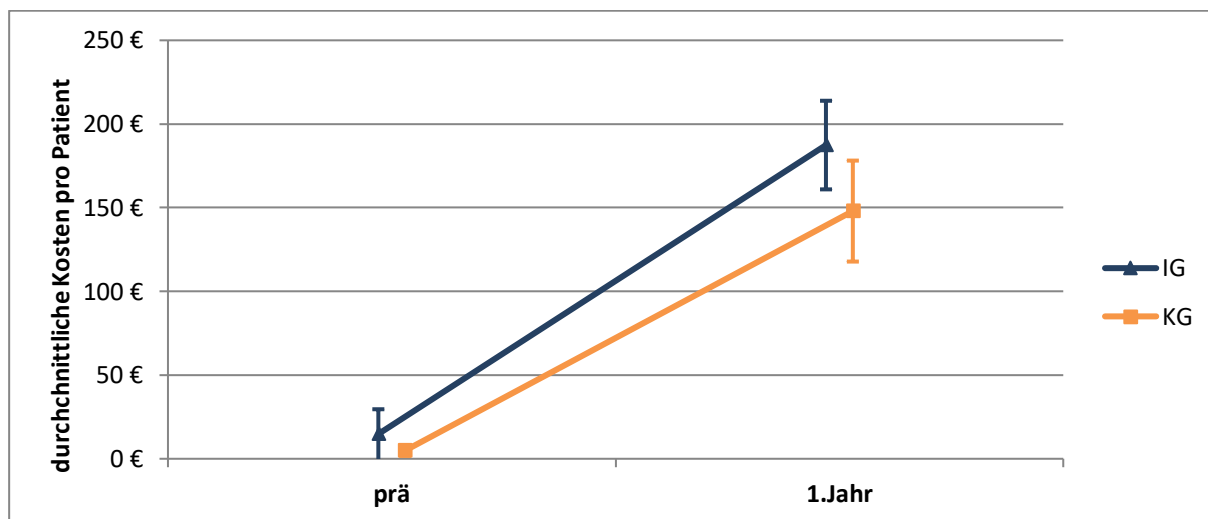
Bei den klinikbekannten Patienten waren die durchschnittlichen Kosten der IG sowohl im Prä-Zeitraum als auch in den Nachbeobachtungsjahren höher als in der KG, wobei sich lediglich für das dritte Nachbeobachtungsjahr kein signifikanter Unterschied ergab (vgl. Tabelle 91).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	14	247	12	180						
durchschnittliche Kosten	14,79 €	187,43 €	4,92 €	147,98 €	9,87 €	0,272	39,44 €	0,054	29,57 €	0,128
Standardabweichung	178,19 €	272,81 €	33,08 €	310,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	96,17 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	287,93 €	0,00 €	200,82 €						
Maximum	3.002,91 €	3.159,87 €	395,46 €	3.289,88 €						

**Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Bei Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei sich kein signifikanter Kostenunterschied ergab ( $p = 0,054$ ), trotz deutlich größerer Anzahl an Fällen in der IG (247) ggü. der KG (180; Tabelle 92). Insgesamt war der Anstieg in der IG um 29,57 € nicht signifikant stärker als in der KG ( $p = 0,128$ ), wobei hier die deutlich größere Anzahl an Fällen mit PIA-Behandlung in der IG berücksichtigt werden muss.

## Kinder und Jugendliche

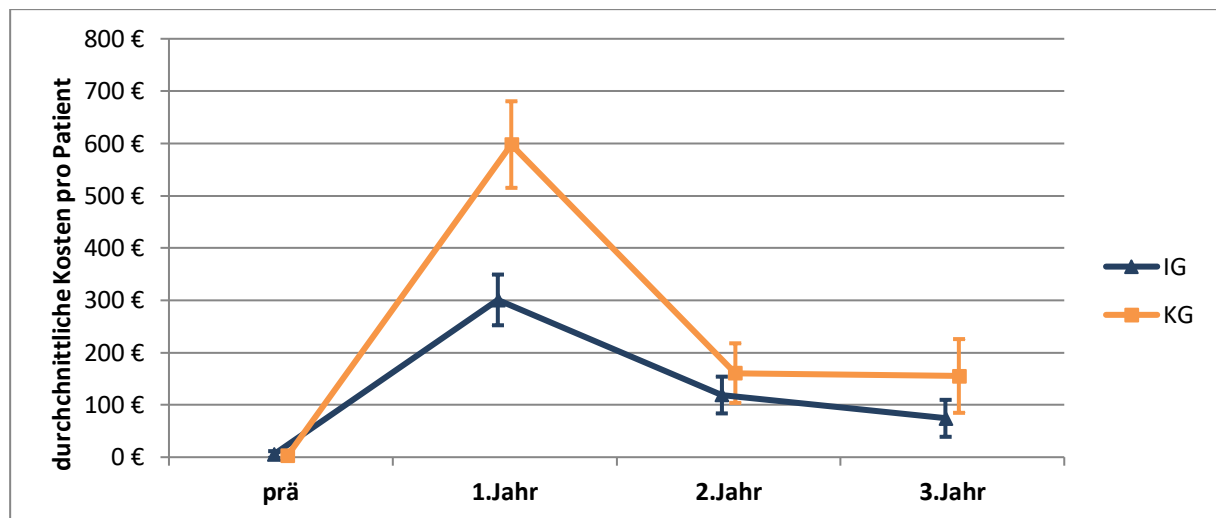
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	4	214	72	59	5	211	62	50
durchschnittliche Kosten	5,79 €	300,71 €	118,84 €	74,33 €	2,94 €	597,74 €	160,80 €	155,33 €
Standardabweichung	57,26 €	388,59 €	281,73 €	283,32 €	22,15 €	651,65 €	448,29 €	554,85 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	92,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	137,79 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	161,92 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	411,82 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	388,51 €	101,98 €	0,00 €	0,00 €	852,70 €	76,43 €	0,00 €
Maximum	819,72 €	2.622,00 €	2.346,97 €	3.548,50 €	230,58 €	4.797,32 €	3.394,27 €	5.530,97 €

**Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



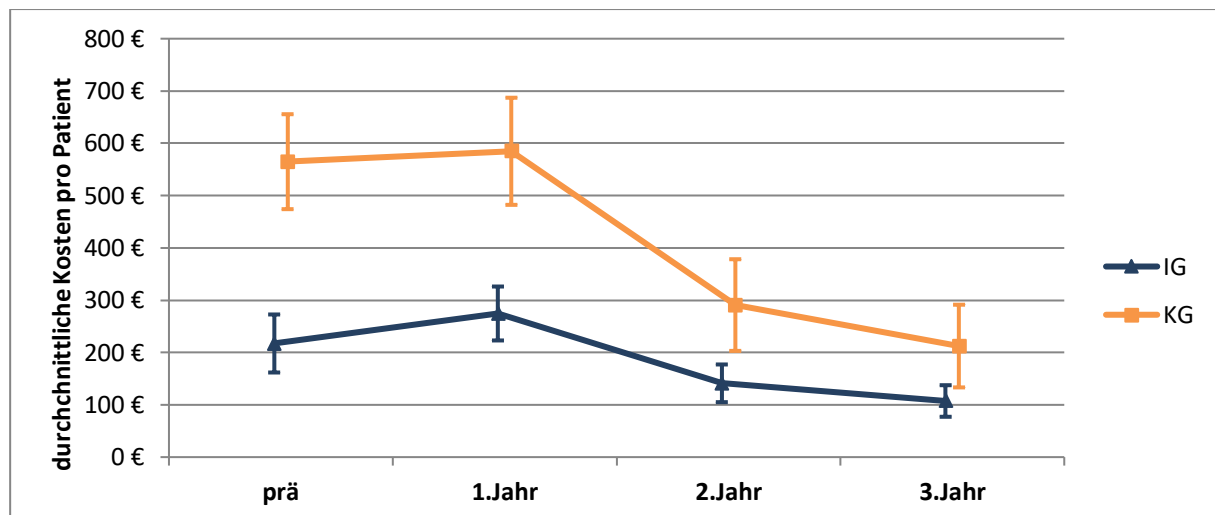
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 93)

### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	121	139	84	72	137	129	64	44
durchschnittliche Kosten	217,25 €	274,62 €	141,09 €	107,32 €	564,85 €	584,72 €	290,73 €	212,32 €
Standardabweichung	359,14 €	333,79 €	233,20 €	195,41 €	574,53 €	648,35 €	554,79 €	500,54 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	29,01 €	79,21 €	0,00 €	0,00 €	143,17 €	86,95 €	0,00 €	0,00 €
Median	117,58 €	177,09 €	61,95 €	0,00 €	408,12 €	336,79 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	238,72 €	366,75 €	196,23 €	151,20 €	772,54 €	862,77 €	320,55 €	204,03 €
Maximum	3.029,44 €	2.208,52 €	1.795,35 €	1.455,40 €	3.012,37 €	3.375,89 €	3.145,87 €	4.035,10 €

**Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 94)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich im Prä-Zeitraum kein Unterschied in den durchschnittlichen PIA-Behandlungskosten zwischen IG und KG (Tabelle 93). Im ersten Jahr erfolgte in beiden Gruppen ein starker Anstieg, wobei die KG signifikant teurer war als die IG. Anschließend fielen die Kosten im zweiten und dritten Jahr wieder ab und verblieben oberhalb des Niveaus des Prä-Zeitraums.

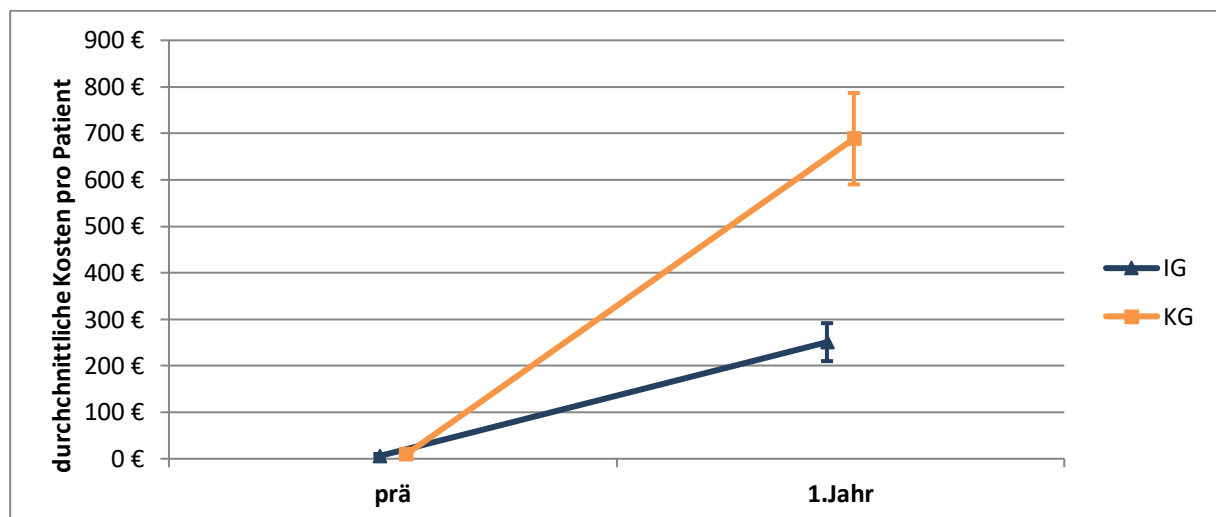
Bei den klinikbekannten Patienten war die KG in allen Beobachtungszeiträumen signifikant teurer als die IG, bei gleich großer Anzahl an Patienten mit PIA-Behandlung. In beiden Gruppen stiegen die durchschnittlichen Kosten im ersten Jahr an, um dann im zweiten und dritten Jahr unterhalb des jeweiligen Ausgangsniveaus zu sinken.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	9	215	8	220						
durchschnittliche Kosten	5,86 €	250,82 €	9,43 €	688,46 €	-3,57 €	0,429	-437,65 €	<0,001	-434,08 €	<0,001
Standardabweichung	35,58 €	330,60 €	62,19 €	796,16 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	92,98 €	0,00 €	130,14 €						
Median	0,00 €	150,53 €	0,00 €	411,60 €						
75%-Perzentil	0,00 €	295,90 €	0,00 €	1.036,22 €						
Maximum	322,22 €	2.348,76 €	696,57 €	4.583,71 €						

**Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Bei den durchschnittlichen PIA-Behandlungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr waren im Prä-Zeitraum keinen signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG zu finden (vgl. Tabelle 92). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten stark (und proportional zur Anzahl der Behandlungsfälle) stark an, wobei die IG um 437,65 € signifikant günstiger war ( $p < 0,001$ ). Insgesamt verzeichnete die IG einen um 434,08 € signifikant günstigeren Kostenanstieg als die KG ( $p < 0,001$ ).



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

### Erwachsene

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

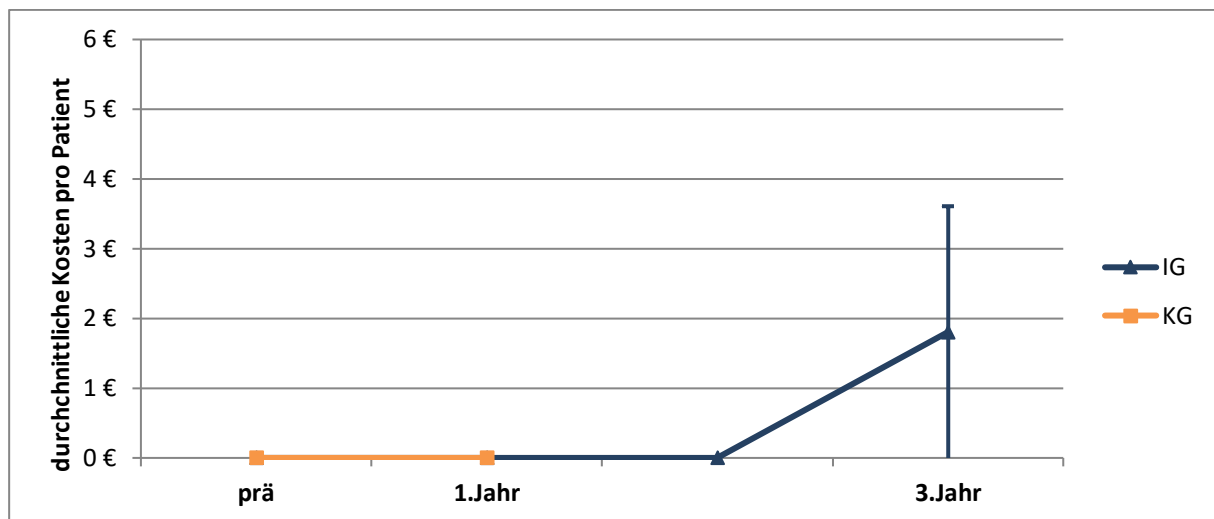
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 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)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	0	0	0	1	0	0	0	0
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>1,80 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	28,93 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	463,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

**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)- EP**



(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)- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**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)- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Da es bei linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr im gesamten Beobachtungszeitraum nur in einem Fall sonstige psychiatrische Leistungen im Krankenhaus erbracht wurden, kann hierzu keine statistisch belastbare Aussage bzgl. der Kosten getroffen werden (vgl. Tabelle 96). Klinikbekannte Patienten nahmen die Leistung nicht in Anspruch.

### 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- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr keine Kosten nahmen keine sonstige im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen in Anspruch.

**Kinder**

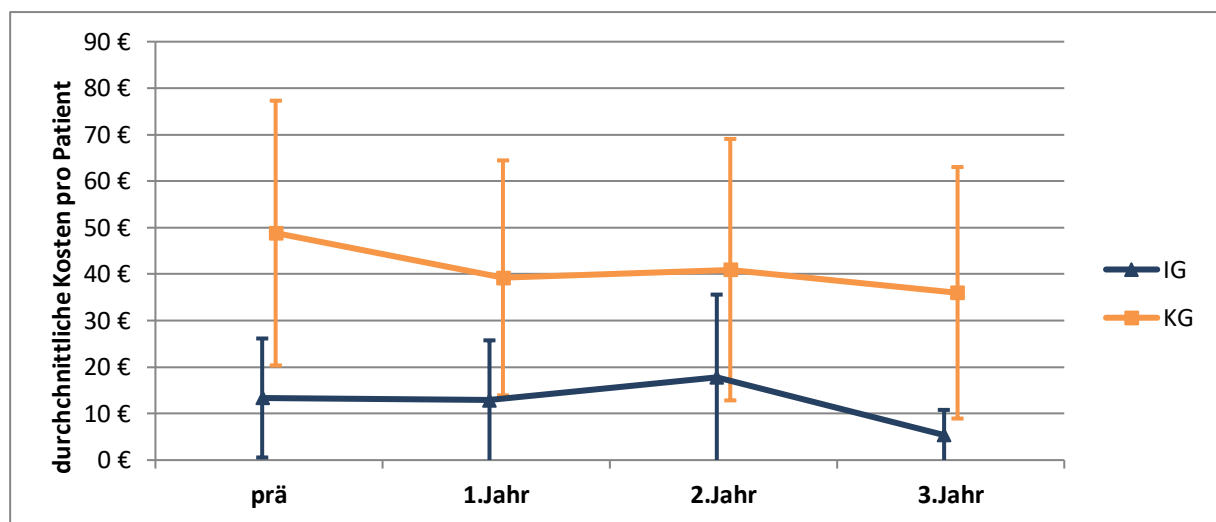
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	5	4	4	3	14	12	9	8
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>13,36 €</b>	<b>12,88 €</b>	<b>17,80 €</b>	<b>5,40 €</b>	<b>48,83 €</b>	<b>39,19 €</b>	<b>40,96 €</b>	<b>35,99 €</b>
Standardabweichung	102,62 €	125,77 €	171,30 €	51,78 €	224,14 €	198,91 €	221,30 €	212,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.198,00 €	1.797,00 €	2.396,00 €	666,74 €	1.762,30 €	1.564,57 €	1.703,56 €	1.752,20 €

**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) - KJP**



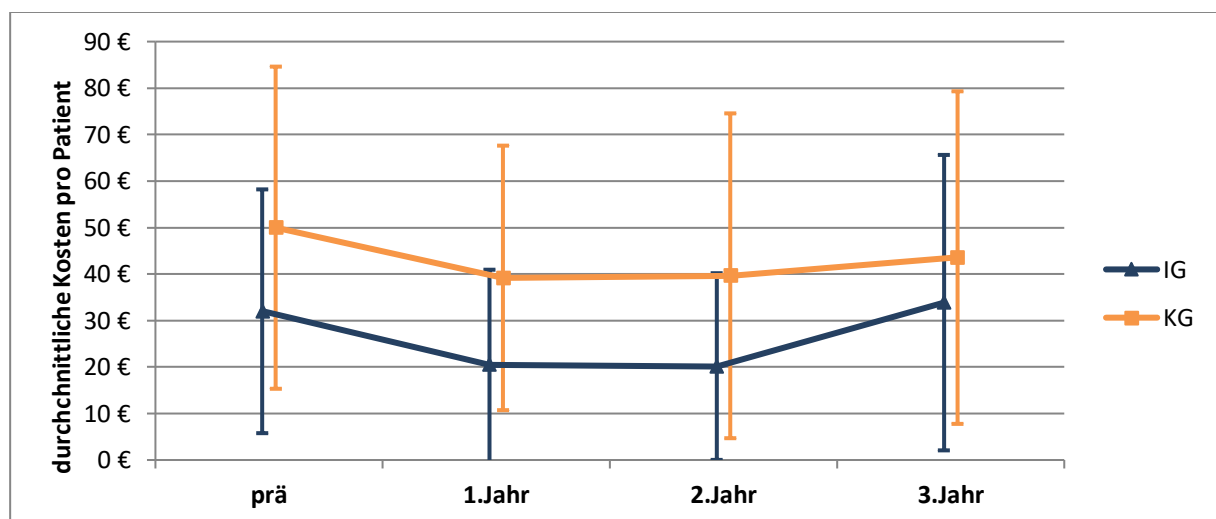
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 99)

### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	7	5	5	5	9	9	6	6
durchschnittliche Kosten	31,99 €	20,47 €	20,11 €	33,85 €	49,97 €	39,17 €	39,62 €	43,54 €
Standardabweichung	169,73 €	141,43 €	129,98 €	205,71 €	219,37 €	180,12 €	221,19 €	226,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.493,48 €	1.535,44 €	1.180,71 €	1.620,72 €	1.370,24 €	1.333,48 €	1.859,78 €	1.666,85 €

**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) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 100)

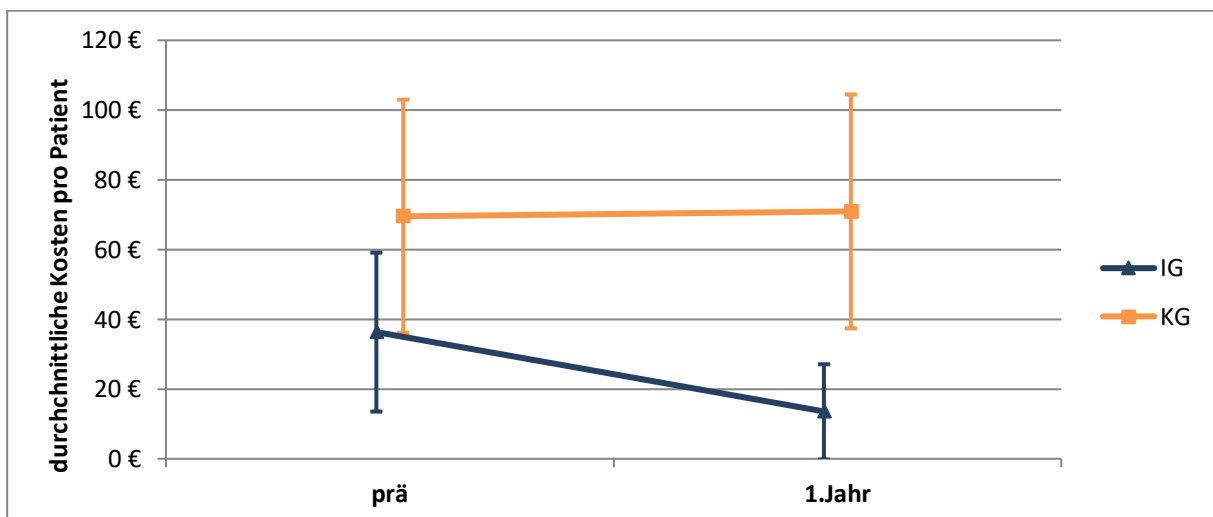
Die Unterschiede der Durchschnittskosten der linikneuen und linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr verhalten sich proportional zur jeweiligen (insgesamt relativ geringen) Fallzahl. (vgl. Tabelle 99 Tabelle 100). Die Kosten unterschieden sich in keinen der Beobachtungszeiträume statistisch signifikant voneinander.

**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 - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	11	5	18	18						
durchschnittliche Kosten	36,33 €	13,55 €	69,53 €	70,94 €	-33,20 €	0,109	-57,38 €	0,002	-24,18 €	0,140
Standardabweichung	184,61 €	111,61 €	270,94 €	271,83 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.333,48 €	1.333,48 €	1.492,16 €	1.513,84 €						

**Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr sind die durchschnittlichen Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter Leistungen in der KG teurer als in der IG, was jedoch auf die geringen und dadurch relativ stark abweichenden Fallzahlen zurückzuführen ist (vgl. Tabelle 101).

## 10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

### Erwachsene

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

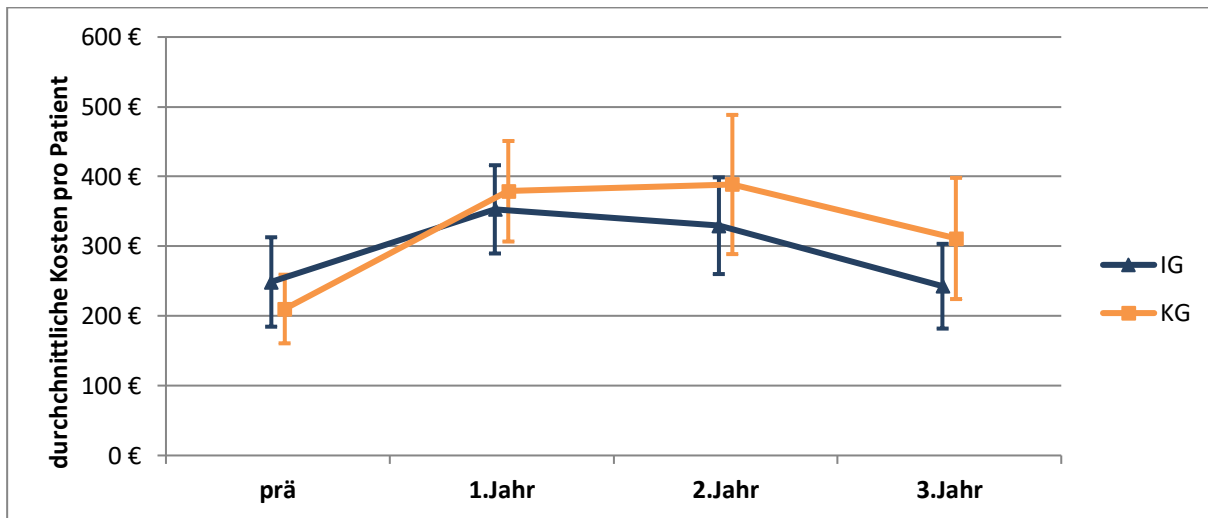
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)-EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	201	226	202	202	234	243	217	208
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>248,76 €</b>	<b>352,90 €</b>	<b>329,45 €</b>	<b>242,70 €</b>	<b>210,00 €</b>	<b>378,85 €</b>	<b>388,54 €</b>	<b>311,19 €</b>
Standardabweichung	546,34 €	539,41 €	572,52 €	497,04 €	414,91 €	607,70 €	814,74 €	701,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	14,71 €	8,87 €	7,27 €	14,33 €	25,43 €	19,77 €	18,78 €
Median	51,65 €	138,91 €	102,50 €	57,61 €	59,85 €	107,00 €	79,87 €	76,72 €
75%-Perzentil	210,41 €	394,18 €	333,08 €	286,07 €	219,44 €	408,36 €	316,17 €	320,66 €
Maximum	3.178,65 €	2.750,21 €	3.025,48 €	3.823,57 €	2.944,83 €	3.531,68 €	7.245,52 €	7.123,83 €

**Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 102)

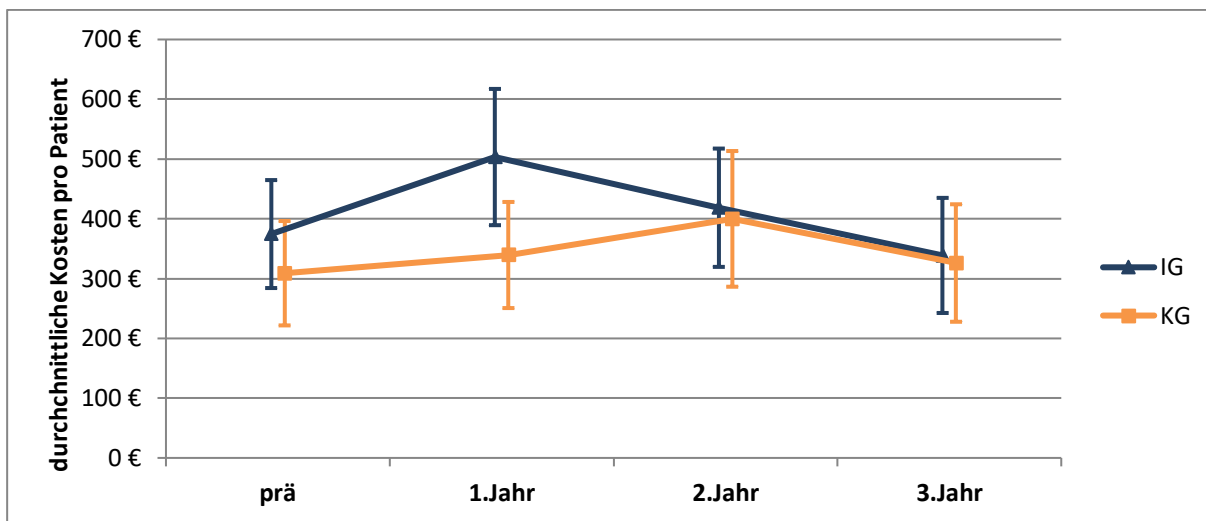
**klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	141	136	128	130	132	131	122	121
durchschnittliche Kosten	374,50 €	503,32 €	418,55 €	338,75 €	308,98 €	339,45 €	399,90 €	326,06 €
Standardabweichung	567,98 €	716,93 €	610,11 €	591,52 €	534,49 €	543,41 €	682,82 €	582,57 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	39,10 €	47,59 €	32,76 €	29,58 €	24,94 €	36,80 €	28,38 €	30,21 €
Median	148,43 €	209,53 €	186,84 €	109,92 €	104,44 €	127,04 €	105,18 €	109,97 €
75%-Perzentil	368,82 €	518,00 €	463,64 €	338,71 €	317,20 €	343,79 €	395,98 €	352,38 €
Maximum	2.605,82 €	3.024,06 €	3.198,47 €	3.561,11 €	2.736,28 €	2.978,27 €	3.469,17 €	4.864,62 €



**Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 103)

Bei den klinikneuen Patienten ergaben sich keine signifikanten Kostenunterschiede in der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 102). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, um dann bis zum dritten Jahr auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums zu sinken.

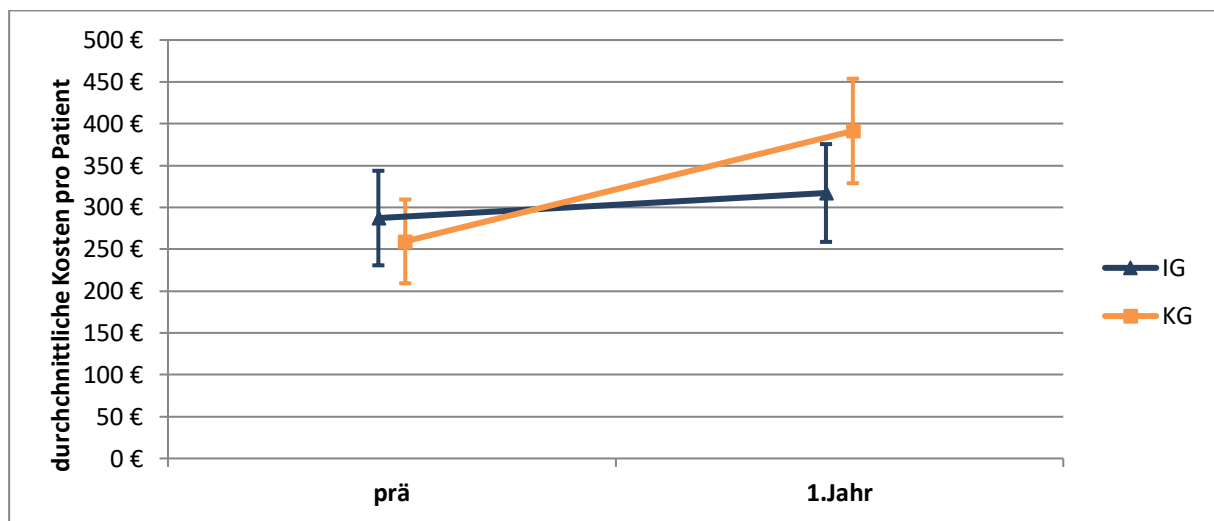
Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich signifikante Kostenunterschiede nur im ersten Modelljahr, wobei hier die IG signifikant teurer war. In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, um dann bis zum dritten Jahr auf etwa das Niveau des Prä-Zeitraums zu sinken.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	333	343	342	364						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>287,26 €</b>	<b>317,22 €</b>	<b>259,40 €</b>	<b>391,37 €</b>	<b>27,87 €</b>	<b>0,47</b>	<b>-74,16 €</b>	<b>0,09</b>	<b>-102,02 €</b>	<b>0,019</b>
Standardabweichung	582,41 €	602,11 €	516,14 €	643,39 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	14,30 €	15,84 €	19,86 €	40,55 €						
Median	66,80 €	70,10 €	66,79 €	135,74 €						
75%-Perzentil	259,94 €	307,50 €	263,81 €	411,90 €						
Maximum	3.868,80 €	4.489,83 €	4.773,02 €	6.949,17 €						

**Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung zeigten sich im Prä-Zeitraum keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 104). Die Kosten stiegen in beiden Gruppen an, wobei sich im ersten Jahr kein signifikanter Kostenunterschied ( $p = 0,09$ ) ergab. Insgesamt fiel der Kostenanstieg in der IG um 102,02 € signifikant geringer aus ( $p = 0,019$ ).

**Kinder**

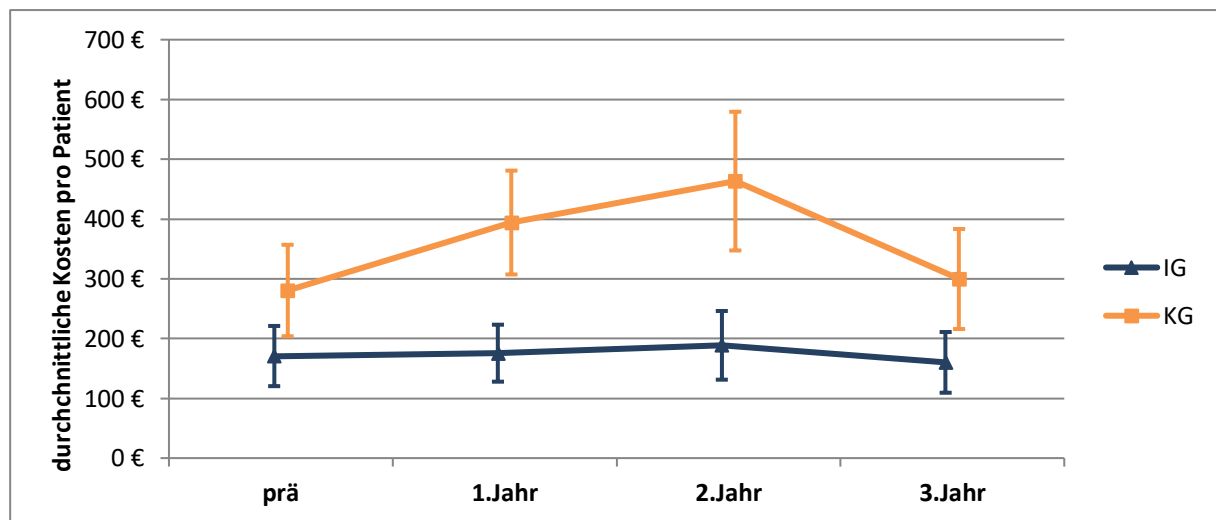
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	199	202	187	171	201	216	196	181
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>170,70 €</b>	<b>175,52 €</b>	<b>188,66 €</b>	<b>160,14 €</b>	<b>280,37 €</b>	<b>394,08 €</b>	<b>463,38 €</b>	<b>299,61 €</b>
Standardabweichung	403,86 €	382,33 €	460,75 €	407,40 €	602,22 €	683,92 €	913,27 €	658,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,19 €	15,40 €	7,58 €	0,00 €	18,40 €	31,97 €	15,86 €	6,46 €
Median	48,10 €	52,62 €	50,32 €	40,51 €	62,94 €	99,74 €	85,71 €	75,62 €
75%-Perzentil	129,00 €	129,25 €	138,94 €	127,52 €	222,86 €	358,33 €	356,16 €	218,12 €
Maximum	2.658,62 €	2.477,16 €	3.962,53 €	2.918,93 €	4.196,45 €	3.227,27 €	4.957,88 €	4.408,68 €

**Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



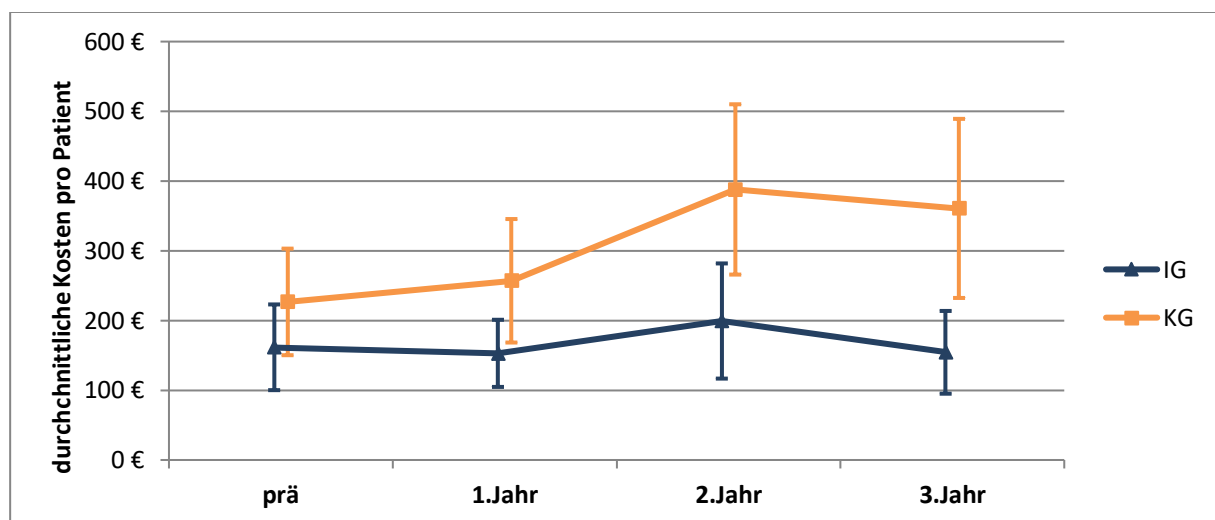
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 105)

### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	137	124	123	119	133	137	126	129
durchschnittliche Kosten	161,63 €	152,93 €	199,31 €	154,41 €	226,69 €	256,99 €	387,98 €	360,77 €
Standardabweichung	397,88 €	311,69 €	534,51 €	384,03 €	483,77 €	560,61 €	773,07 €	812,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,68 €	6,16 €	10,41 €	0,00 €	16,84 €	32,30 €	15,68 €	21,24 €
Median	64,36 €	60,31 €	59,03 €	67,52 €	62,27 €	70,56 €	77,01 €	63,43 €
75%-Perzentil	127,28 €	131,95 €	160,44 €	132,75 €	168,64 €	165,96 €	257,98 €	196,01 €
Maximum	2.590,30 €	2.538,24 €	4.388,56 €	3.154,48 €	2.618,11 €	4.001,02 €	4.946,85 €	4.543,24 €

**Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 106)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich bei den durchschnittlichen vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgungskosten im Prä-Zeitraum signifikante Unterschiede zwischen IG und KG, wobei die KG teurer war (vgl. Tabelle 105). In der KG stiegen die Kosten im Zeitverlauf deutlich an, und sank im dritten Jahr in etwa auf das Niveau des Prä-Zeitraums zurück. Die Kosten in der IG hingegen verblieben im Zeitverlauf konstant, weswegen die KG über alle Beobachtungszeiträume signifikant teurer war.

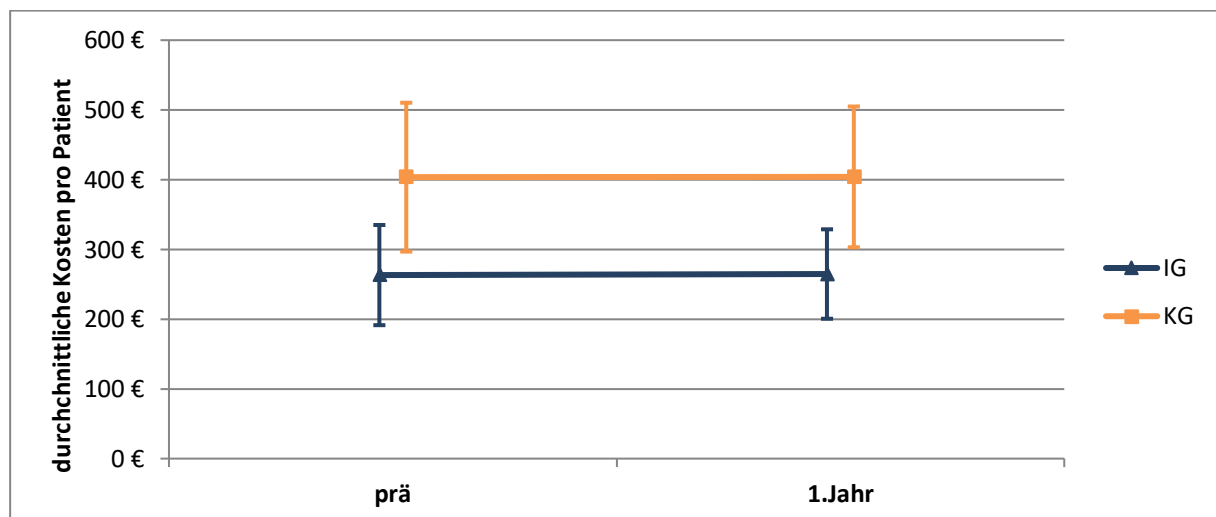
Bei den klinikbekannten Patienten war die KG über alle Beobachtungszeiträume teurer als die IG, wobei der Kostenunterschied (nur) im Prä-Zeitraum nicht signifikant war (vgl. Tabelle 106). In der KG stiegen die Kosten im Zeitverlauf an, während sie in der IG nahezu konstant blieben.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	199	207	212	225						
durchschnittliche Kosten	263,18 €	264,67 €	403,61 €	403,99 €	-140,44 €	0,033	-139,31 €	0,023	1,12 €	0,986
Standardabweichung	581,75 €	519,38 €	864,44 €	817,52 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,86 €	17,04 €	16,85 €	31,73 €						
Median	67,27 €	74,41 €	64,93 €	103,71 €						
75%-Perzentil	172,06 €	216,05 €	278,64 €	354,55 €						
Maximum	3.349,42 €	3.574,50 €	6.005,19 €	6.437,52 €						

**Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Im Rahmen der vertragsärztlich psychiatrischen Versorgung veränderten sich die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen im Zeitverlauf nicht (vgl. Tabelle 107). Sowohl im Prä-Zeitraum, als auch im ersten Jahr war die KG signifikant teurer als die IG (Prä-Zeitraum:  $p = 0,033$ ; erstes Jahr:  $p = 0,023$ ). Da es im Zeitverlauf in keiner Gruppe zu einem Kostenanstieg kam, gab es auch keinen signifikanten Unterschied im Kostenanstieg zwischen den Gruppen ( $p = 0,986$ ).

## 10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung

### Erwachsene

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

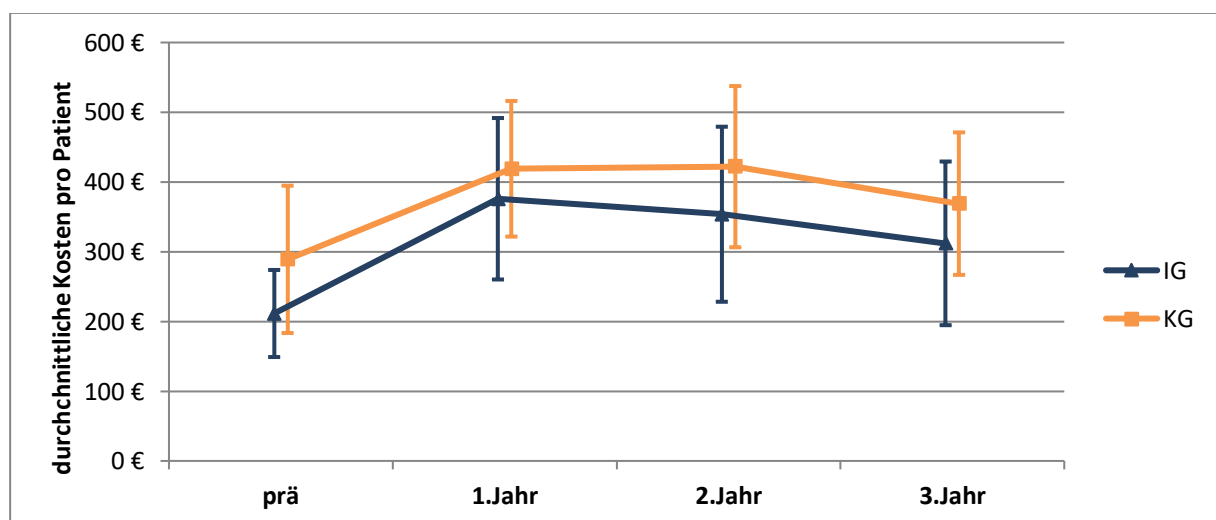
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	142	168	146	135	153	185	157	151
durchschnittliche Kosten	211,42 €	375,94 €	353,74 €	312,00 €	289,07 €	418,91 €	421,99 €	368,96 €
Standardabweichung	532,04 €	986,45 €	1.036,54 €	959,76 €	890,34 €	819,67 €	943,59 €	824,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	11,90 €	68,12 €	50,14 €	25,07 €	16,04 €	131,65 €	81,91 €	72,85 €
75%-Perzentil	145,03 €	284,21 €	236,82 €	244,52 €	163,80 €	449,83 €	386,68 €	368,82 €
Maximum	4.790,38 €	7.872,96 €	7.816,04 €	8.539,87 €	11.267,59 €	6.036,91 €	8.585,84 €	7.507,42 €

**Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



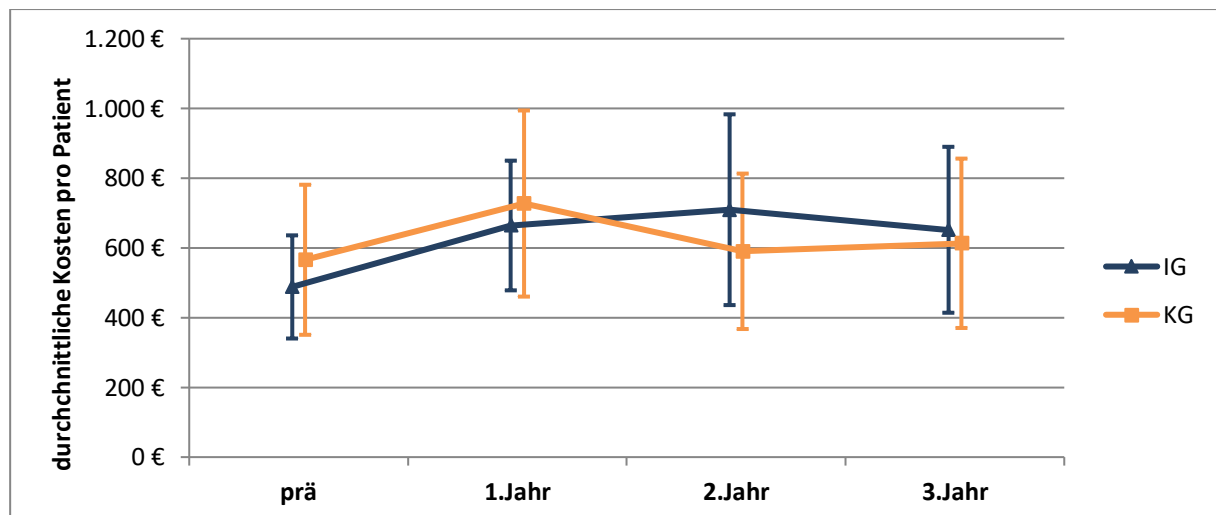
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 108)

## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	107	118	105	93	106	114	103	97
durchschnittliche Kosten	488,07 €	664,23 €	709,56 €	651,99 €	565,96 €	727,25 €	590,22 €	613,24 €
Standardabweichung	930,60 €	1.169,74 €	1.686,34 €	1.461,75 €	1.317,63 €	1.634,15 €	1.340,59 €	1.439,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	18,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	27,11 €	0,00 €	0,00 €
Median	80,63 €	193,32 €	160,36 €	150,05 €	119,11 €	219,17 €	156,36 €	128,97 €
75%-Perzentil	431,66 €	738,70 €	657,80 €	691,86 €	602,96 €	623,32 €	563,03 €	556,53 €
Maximum	5.034,39 €	6.670,34 €	12.474,29 €	13.212,48 €	8.898,53 €	10.731,37 €	9.402,03 €	9.279,31 €

**Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 109)

Bei den klinikneuen Patienten ergab sich in keinem der Beobachtungszeiträume ein signifikanter Unterschied in den durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 108). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr leicht an, um bis zum dritten Jahr auf ein Niveau oberhalb des Prä-Zeitraums zu sinken.

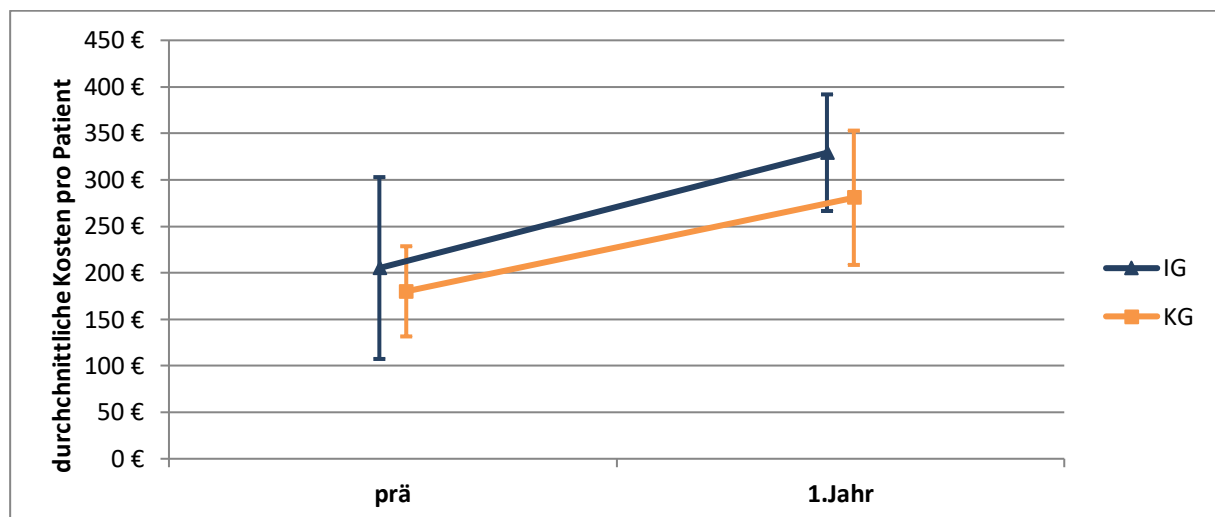
Bei den klinikbekannten Patienten ergab sich in keinem der Beobachtungszeiträume ein signifikanter Unterschied in den durchschnittlichen Kosten zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 109). Die Kosten stiegen im ersten Jahr leicht an und verliefen dann in beiden Gruppen etwa konstant.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	7	8	8	14						
durchschnittliche Kosten	205,11 €	329,16 €	180,05 €	280,69 €	25,06 €	0,653	48,47 €	0,321	23,41 €	0,639
Standardabweichung	1.007,86 €	645,92 €	499,88 €	744,49 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	13,41 €	86,56 €	15,45 €	76,68 €						
75%-Perzentil	89,34 €	374,95 €	138,02 €	240,24 €						
Maximum	17.480,30 €	6.129,88 €	5.765,93 €	8.303,57 €						

**Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Im Prä-Zeitraum gab es keinen signifikanten Unterschied in den Kosten der Psychopharmakaversorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 110). In beiden Gruppen war die Anzahl an Patienten mit Verordnung zu gering, um eine statistisch belastbare Aussage zu Kostenunterschieden zu treffen.



**Kinder**

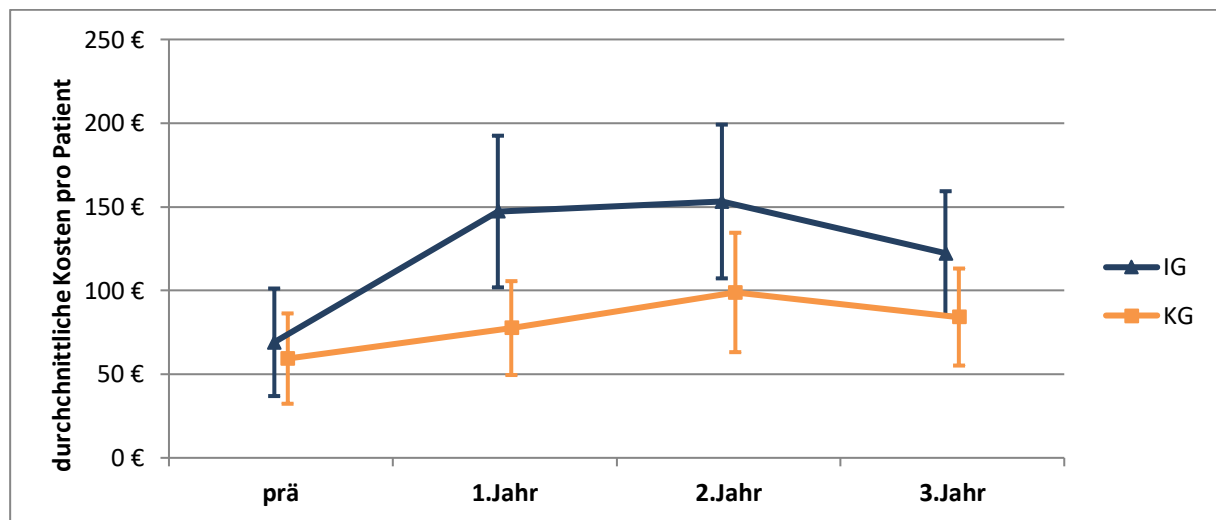
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	56	79	77	73	46	70	60	55
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>69,05 €</b>	<b>147,17 €</b>	<b>153,18 €</b>	<b>122,11 €</b>	<b>59,31 €</b>	<b>77,54 €</b>	<b>98,83 €</b>	<b>84,14 €</b>
Standardabweichung	257,72 €	363,36 €	368,38 €	298,33 €	212,43 €	220,70 €	280,83 €	228,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	100,97 €	94,36 €	66,13 €	0,00 €	40,05 €	7,34 €	0,00 €
Maximum	2.181,01 €	2.299,40 €	2.179,71 €	1.898,83 €	1.572,96 €	1.642,68 €	1.814,30 €	1.421,40 €

**Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



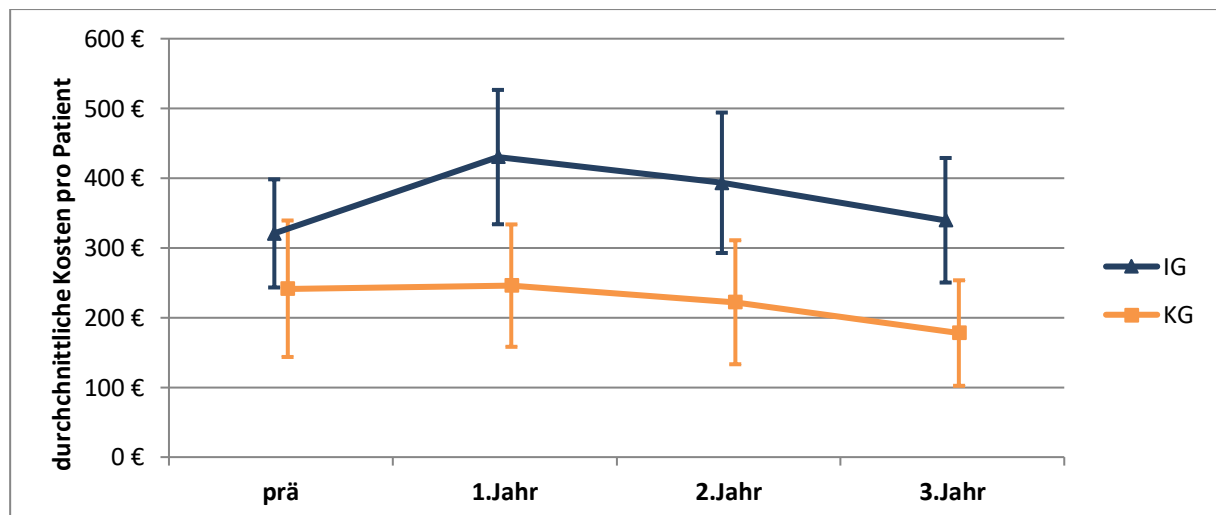
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 111)

## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	95	103	90	82	64	66	59	52
durchschnittliche Kosten	320,79 €	430,25 €	393,41 €	339,64 €	241,45 €	245,93 €	222,06 €	177,89 €
Standardabweichung	501,98 €	623,57 €	651,98 €	578,11 €	619,59 €	555,71 €	562,87 €	479,04 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	48,66 €	104,49 €	63,14 €	17,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	447,18 €	565,92 €	437,88 €	437,88 €	184,52 €	219,32 €	161,08 €	109,00 €
Maximum	2.691,57 €	2.898,97 €	3.027,53 €	2.261,70 €	4.046,09 €	3.230,64 €	3.612,60 €	3.070,78 €

**Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 112)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ergaben sich im Prä-Zeitraum keine signifikanten Unterschiede in den durchschnittlichen Kosten der Psychopharmakaversorgung zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 111). In beiden Gruppen stiegen die Durchschnittskosten, entsprechend der Anzahl an Patienten mit Verordnung, an.

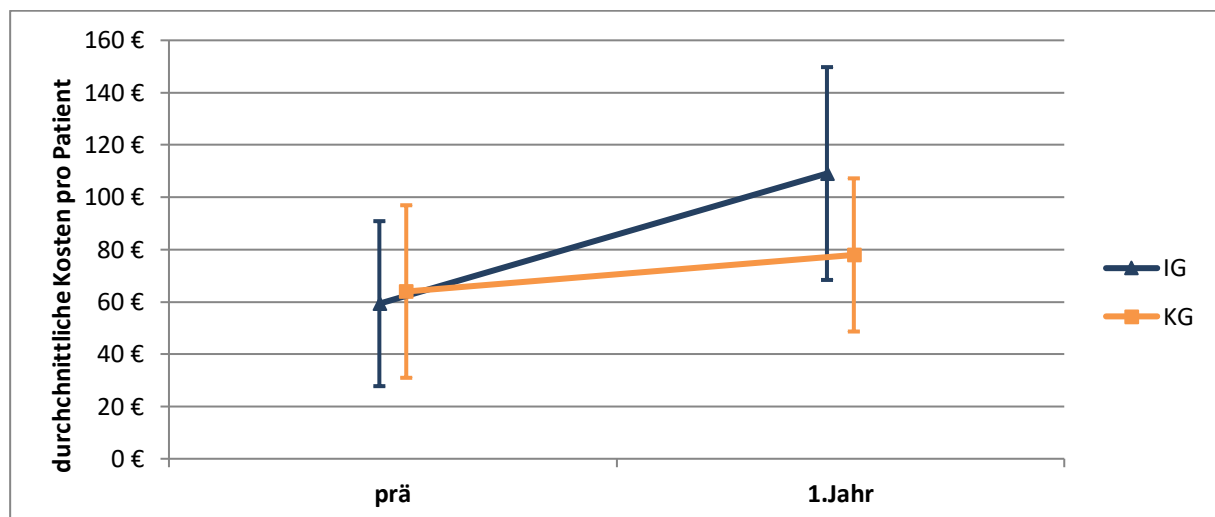
Aufgrund der stark voneinander abweichenden Anzahl an klinikbekannten Patienten mit Verordnung weichen auch die durchschnittlichen Kosten voneinander ab (vgl. Tabelle 112). Da die Fallzahl in der IG deutlich höher ist, sind hier auch die Durchschnittskosten signifikant größer.

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	9	8	8	10						
durchschnittliche Kosten	59,31 €	109,07 €	63,95 €	77,94 €	-4,64 €	0,842	31,13 €	0,224	35,76 €	0,087
Standardabweichung	255,51 €	329,60 €	267,20 €	237,17 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	15,10 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.693,28 €	2.589,31 €	2.516,26 €	1.522,38 €						

**Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr weisen ebenfalls eine sehr geringe Anzahl an Patienten mit Verordnung auf (vgl. Tabelle 113). Entsprechend ergaben sich weder im Prä-Zeitraum, noch im ersten Jahr signifikante Kostenunterschiede zwischen IG und KG. Jedoch wies die IG einen insgesamt 35,76 € höheren Kostenanstieg auf ( $p = 0,087$ ).

## 10.8 Kosten der Heilmittelversorgung

### Erwachsene

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

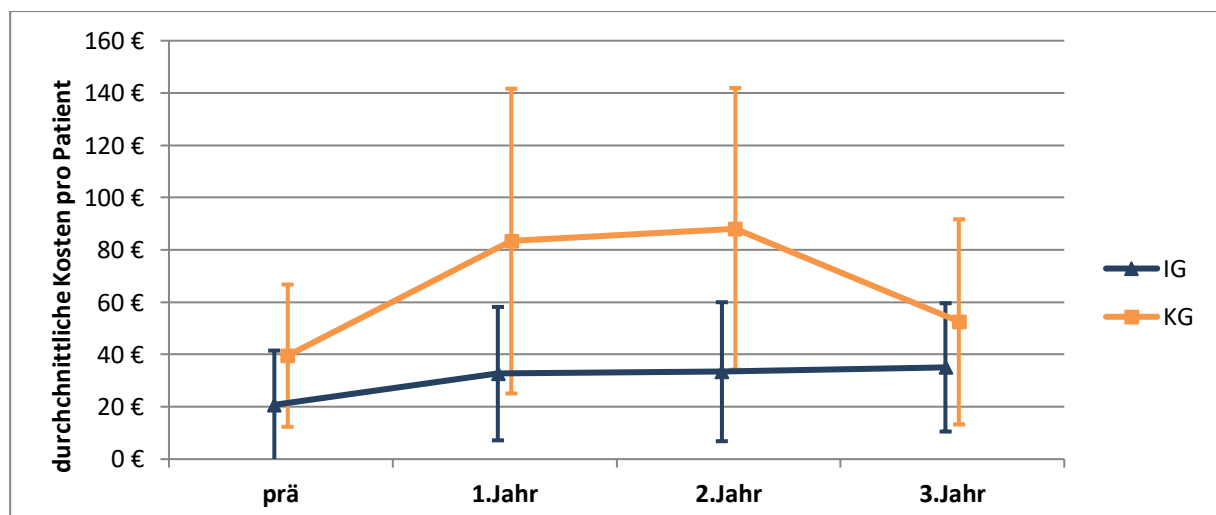
### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	3	12	7	9	13	18	15	14
durchschnittliche Kosten	20,76 €	32,68 €	33,43 €	35,08 €	39,55 €	83,37 €	88,08 €	52,49 €
Standardabweichung	238,56 €	217,40 €	219,44 €	200,72 €	229,35 €	491,21 €	439,70 €	316,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	2.967,44 €	2.169,66 €	1.568,71 €	2.128,56 €	6.060,53 €	3.983,04 €	4.131,00 €

**Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)- EP**



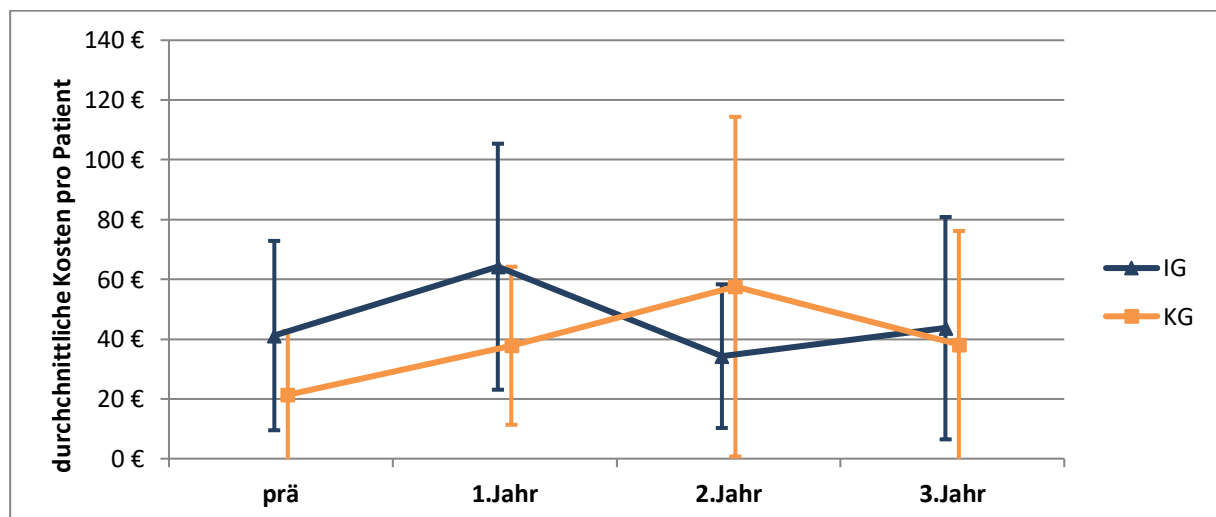
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 114)

### 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)-EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	9	11	10	7	5	10	7	5
durchschnittliche Kosten	41,19 €	64,23 €	34,30 €	43,66 €	21,33 €	37,78 €	57,56 €	38,09 €
Standardabweichung	199,27 €	258,91 €	148,20 €	228,53 €	135,17 €	161,90 €	341,83 €	240,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.756,87 €	1.853,42 €	984,63 €	1.777,30 €	1.257,70 €	1.295,10 €	3.091,76 €	2.118,76 €

**Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)-EP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 115)

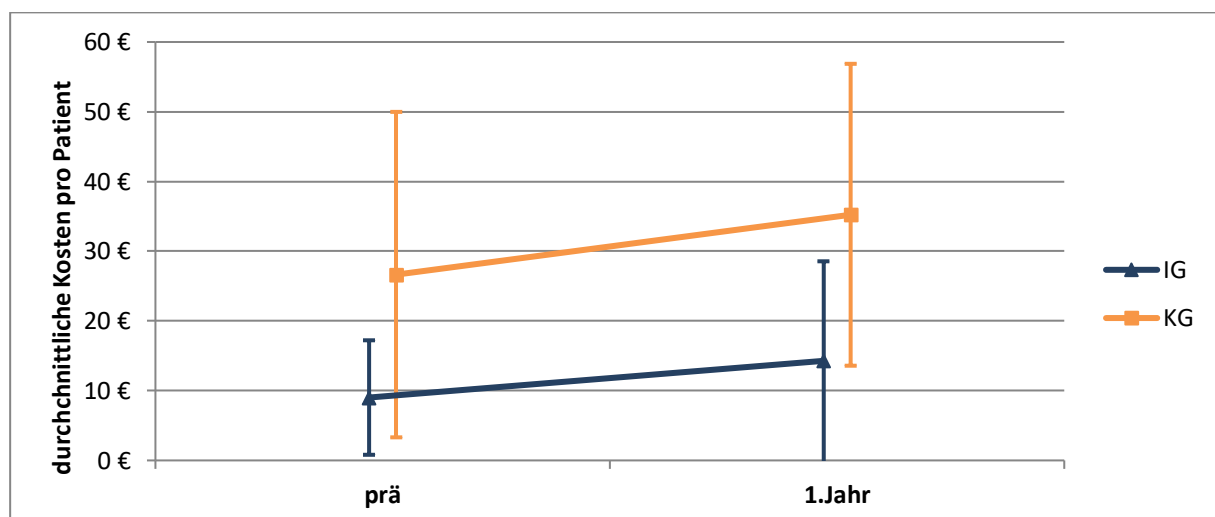
Insgesamt wurden relativ wenige der klinikneuen, als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit psychiatrischen Heilmitteln versorgt, weswegen hier zu Kostenunterschieden keine statistisch belastbare Aussage zu treffen ist (vgl. Tabelle 114 und Tabelle 115).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	7	8	8	14						
durchschnittliche Kosten	9,01 €	14,28 €	26,64 €	35,23 €	-17,63 €	0,163	-20,95 €	0,14	-3,32 €	0,825
Standardabweichung	84,60 €	179,99 €	240,49 €	223,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.112,26 €	3.466,52 €	3.820,29 €	2.291,60 €						

**Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Da nur relativ wenige Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr mit psychiatrischen Heilmitteln versorgt wurden, sind hier keine statistisch belastbare Aussagen bzgl. Kostenunterschiede möglich (vgl. Tabelle 116).

**Kinder**

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

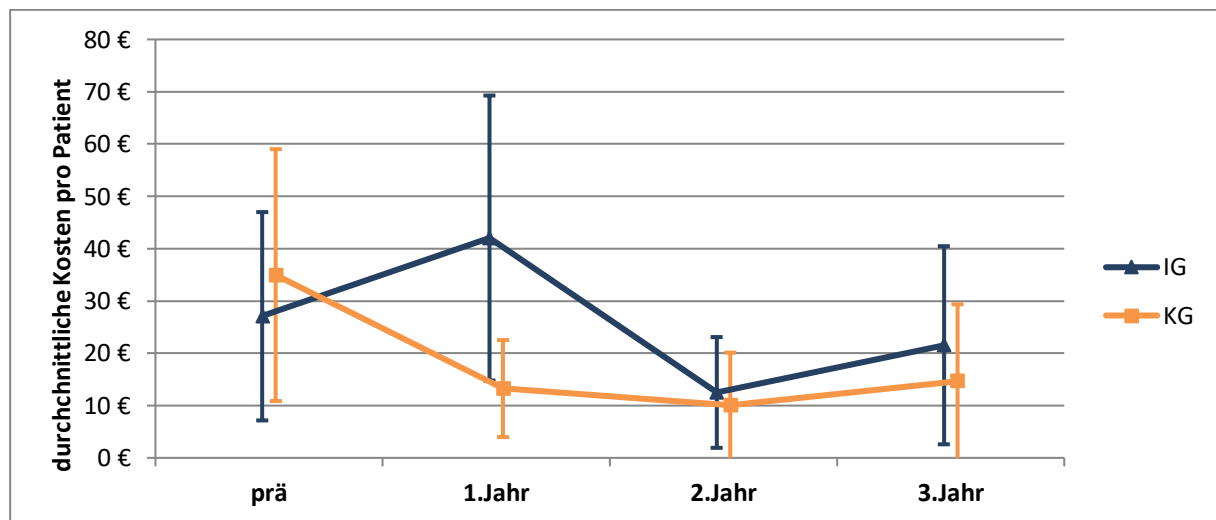
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	8	11	6	6	11	8	3	3
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>27,07 €</b>	<b>42,03 €</b>	<b>12,51 €</b>	<b>21,53 €</b>	<b>34,94 €</b>	<b>13,25 €</b>	<b>10,06 €</b>	<b>14,68 €</b>
Standardabweichung	159,69 €	218,46 €	84,92 €	151,89 €	189,57 €	73,00 €	96,03 €	142,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.281,41 €	1.793,10 €	901,60 €	1.383,90 €	1.720,15 €	452,48 €	1.200,17 €	1.679,62 €

**Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



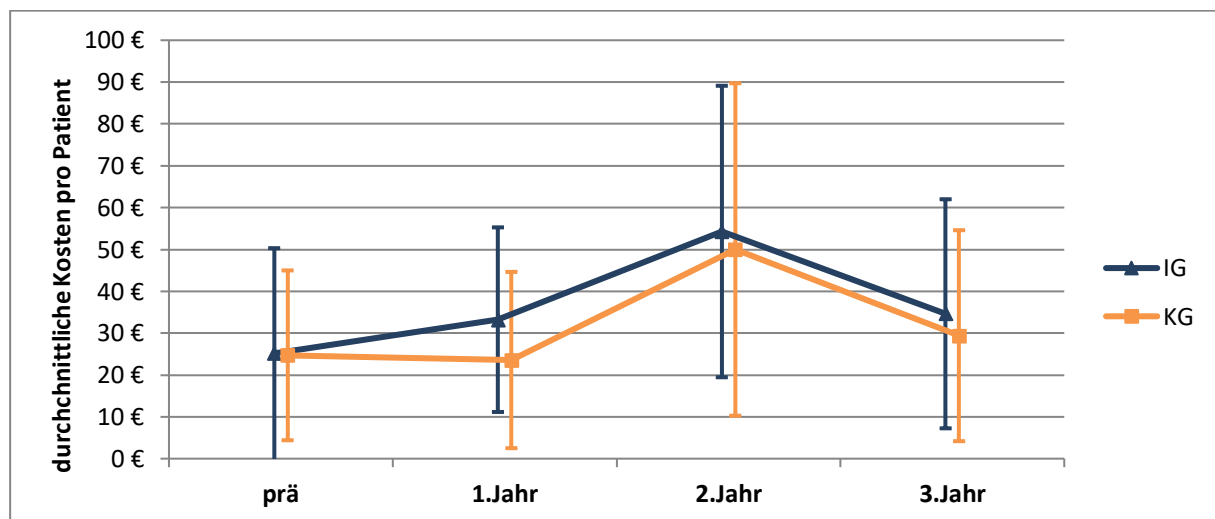
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 117)

### 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) - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	3	11	11	7	8	7	7	6
durchschnittliche Kosten	25,15 €	33,22 €	54,29 €	34,63 €	24,70 €	23,57 €	50,00 €	29,39 €
Standardabweichung	197,04 €	142,81 €	225,52 €	177,22 €	128,50 €	133,38 €	251,60 €	159,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.080,39 €	876,34 €	1.742,76 €	1.357,86 €	1.094,38 €	1.284,30 €	1.670,06 €	1.359,18 €

**Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) - KJP**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 118)

Insgesamt wurden relativ wenige der klinikneuen, als auch bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr mit psychiatrischen Heilmitteln versorgt. Die Kosten unterschieden sich in ihrer Höhe nicht zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 117 und Tabelle 118).

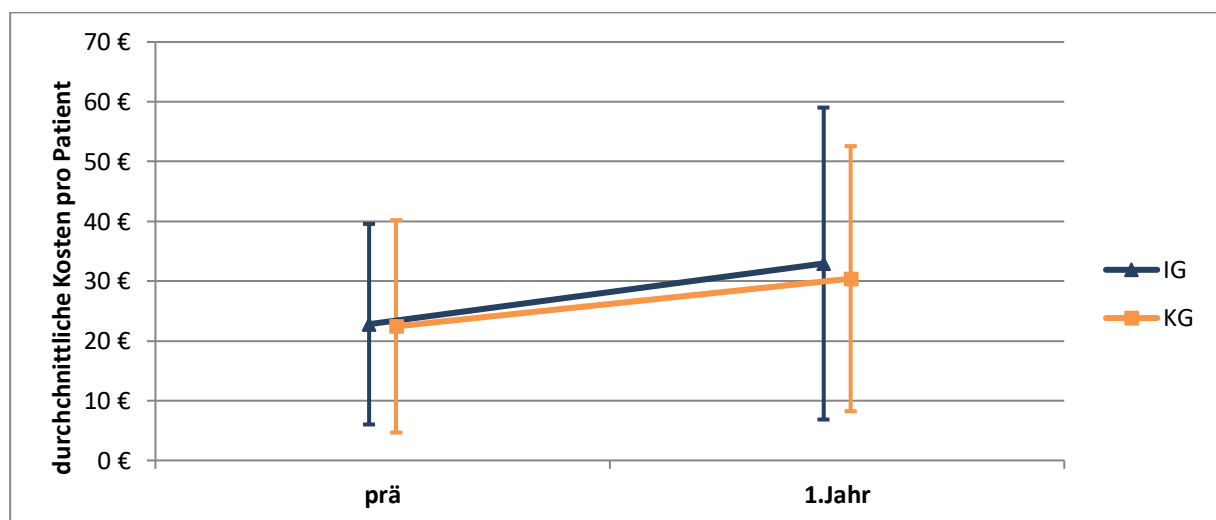


**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	9	8	8	10						
durchschnittliche Kosten	22,79 €	32,94 €	22,43 €	30,40 €	0,37 €	0,977	2,53 €	0,885	2,17 €	0,896
Standardabweichung	135,88 €	211,35 €	143,89 €	179,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.434,33 €	1.840,16 €	1.307,72 €	1.612,58 €						

**Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**



Es wurden nur relativ wenige Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr mit psychiatrischen Heilmitteln versorgt. Die Kosten unterschieden sich in beiden Gruppen nicht voneinander (vgl. Tabelle 119)

## 11. Ergebnisse: Effizienz

### Erwachsene

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

#### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

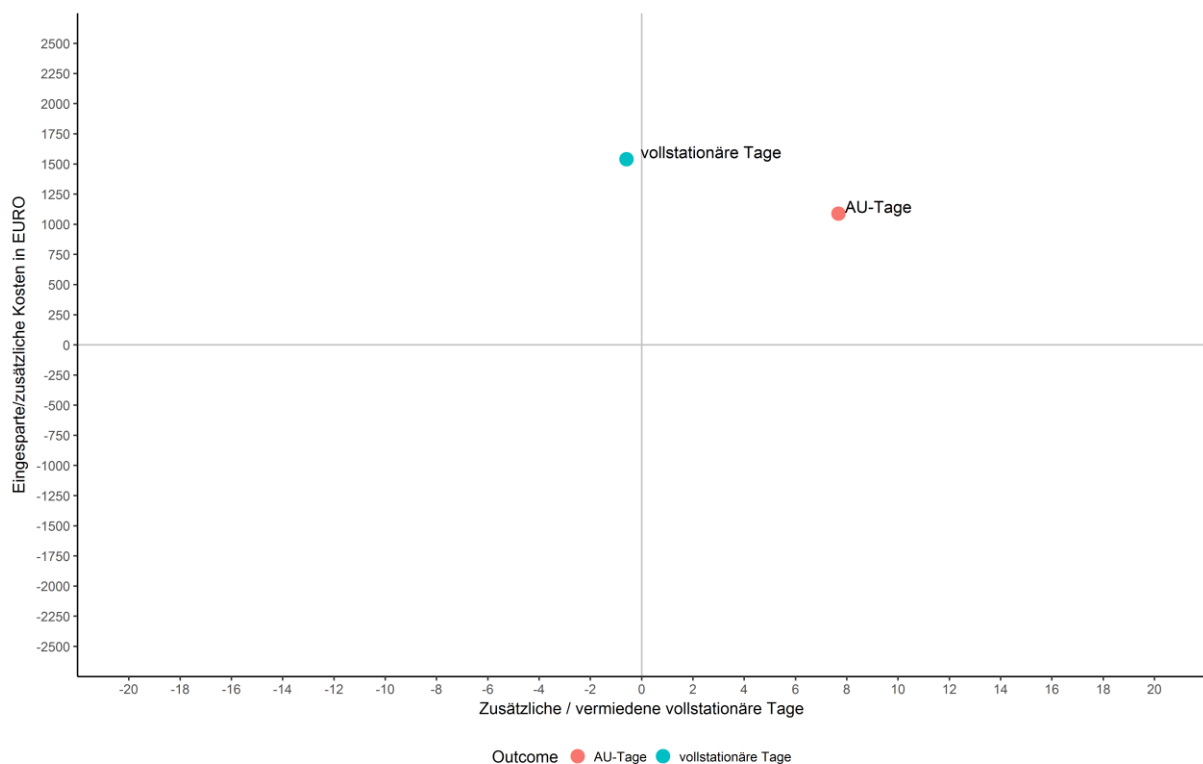
**Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	408	1.002,46 €	408	8.197,27 €		7.194,82 €
	KG	408	772,43 €	408	6.427,84 €		5.655,41 €
	Differenz IG-KG		230,03 €		1.769,44 €		1.539,40 €
	p-Wert		0,18		0,008		0,02
(vermiedene) KH-Tage	IG	408	0,7	408	20,8		20,1
	KG	408	0,3	408	19,9		19,6
	Differenz IG-KG		0,4		0,9		0,6
	p-Wert		0,84		0,7		0,81
	ICER (Diff in Diff)						-2.616,99 €

**Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	235	750,47 €	235	7.535,82 €		6.785,35 €
	KG	258	682,23 €	258	6.380,49 €		5.698,26 €
	Differenz IG-KG		68,25 €		1.155,33 €		1.087,08 €
	p-Wert		0,91		0,17		0,21
(vermiedene) AU-Tage	IG	235	24,1	235	57,8		33,7
	KG	258	34,5	258	75,8		41,4
	Differenz IG-KG		-10,3		-18,0		-7,7
	p-Wert		0,08		0,04		0,41
	ICER						141,63 €

**Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**



Bei den Patienten mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage ( $p = 0,84$ ) sowie die AU-Tage ( $p = 0,08$ ) zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 120 und Tabelle 121). In der IG war ein um 0,6 Tage stärkerer Anstieg ( $p = 0,81$ ) vollstationärer Tage, jedoch ein um 7,7 Tage geringerer ( $p = 0,41$ ) Anstieg der AU-Tage zu verzeichnen.

Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage stiegen in der IG um 1.539,40 € stärker ( $p = 0,02$ ) als die der KG an. Für die AU-Betrachtung war ein um 1.087,08 € stärkerer ( $p = 0,21$ ) Anstieg der IG zu verzeichnen.

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei - 2.616,99 € und bezogen auf die AU-Tage bei 141,63 €. Für jeden zusätzlichen vollstationären Tag fielen demzufolge -2.616,99 € zusätzlich an. Jeder zusätzlich verringerte AU-Tag je Patient der IG war mit höheren Kosten von 141,63 € je Patient verbunden.

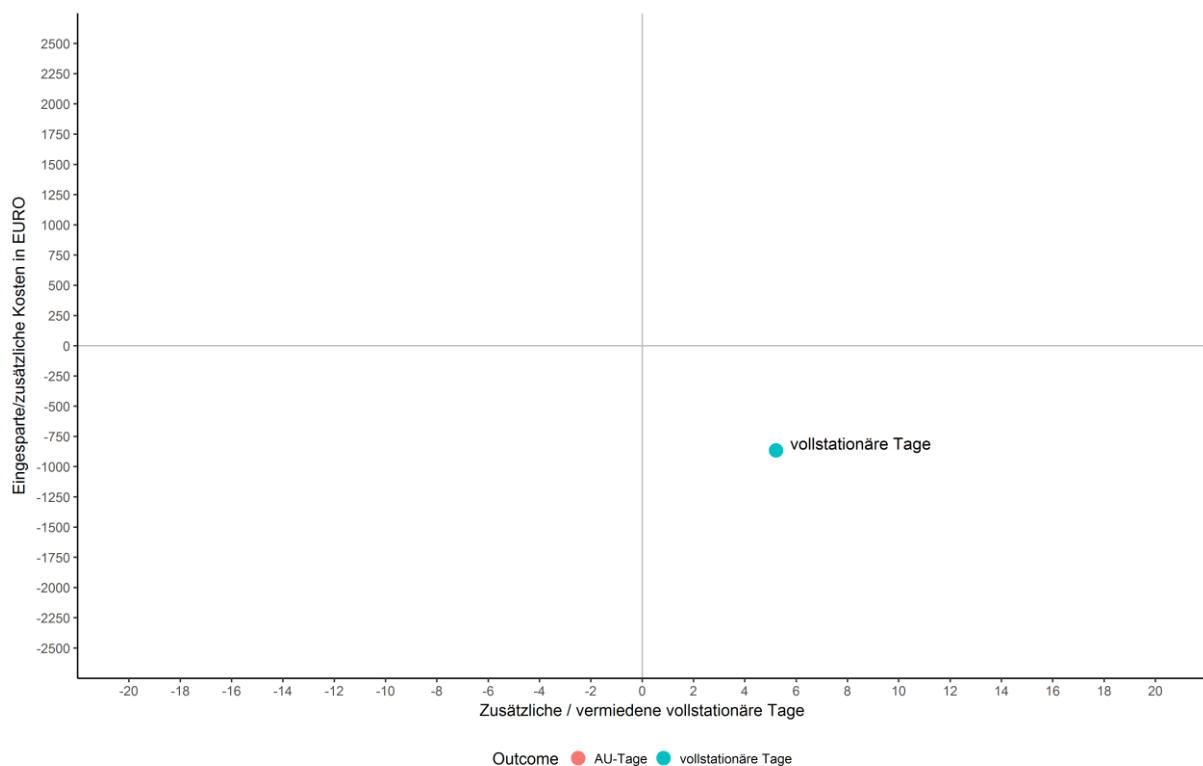
**Kinder**

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	252	488,43 €	252	10.486,30 €		9.997,88 €
	KG	252	739,90 €	252	11.604,97 €		10.865,07 €
	Differenz IG-KG		-251,47 €		-1.118,67 €		-867,19 €
	p-Wert		0,02		0,37		0,49
(vermiedene) KH-Tage	IG	252	0,2	252	15,4		15,2
	KG	252	0,2	252	20,6		20,4
	Differenz IG-KG		0,0		-5,3		-5,2
	p-Wert		0,98		0,08		0,08
	ICER (Diff in Diff)						-166,18 €

**Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – KJP**



Bei den Kindern und Jugendlichen mit Studieneintritt im dritten Modelljahr ließen sich für den patientenindividuellen Prä-Zeitraum keine statistisch signifikanten Unterschiede bezogen auf die Anzahl der vollstationär psychiatrischen Behandlungstage zwischen beiden Gruppen feststellen (vgl. Tabelle 122). In der IG war ein um 5,2 Tage geringerer Anstieg vollstationärer Tage zu verzeichnen. Die Kosten der IG im Rahmen der Betrachtung vollstationärer Tage fielen in der IG um 867,19 € weniger stark als die der KG an ( $p = 0,49$ ).

Das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis lag bezogen auf die vollstationären Tage bei -166,18 €. Für jeden zusätzlich vermiedenen vollstationären Tag wurden demzufolge 166,18 € eingespart.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

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

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen<sup>2</sup> und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>3</sup>, gezogen. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 5 Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

#### *Effektivität*

In diesem Bericht lassen sich mehrere Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen.

- 1) Die Effekte der Modellintervention unterscheiden sich zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP.
- 2) In der Erwachsenenpsychiatrie lassen die Ergebnisse sowohl der stationären Behandlungsdauer als auch der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen darauf schließen, dass Modelleffekte hier erst im dritten Modelljahr beginnen, wirksam zu werden.
- 3) In der KJP zeigte sich dagegen in allen Kohorten Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen.
- 4) Hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter Kontakte zeigten sich in der Erwachsenenpsychiatrie in der Modellklinik im dritten Modelljahr hypothesenkonforme Effekte.

---

<sup>2</sup> In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

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

- 5) In der KJP erklären die Unterschiede hinsichtlich der ambulanten Kontakte die Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer nicht. Hier lässt die erhöhte teilstationäre Behandlungsdauer darauf schließen, dass das Modellvorhaben in der KJP eine Umsteuerung vom vollstationären in den teilstationären Bereich bewirkt hat.

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer 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 entgegen der Hypothese in der IG höher als in der KG war (IG: 32,0 vollstationäre Tage; KG: 25,0 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = 6,28$ ). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Der Peak bezüglich der stationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendig bzw. zeitintensiv. Jedoch war angenommen, dass dieser Peak in der IG geringer als in der KG ausfällt (Hypothese zu vollstationären Behandlungstagen).

Auch der Anteil an klinikneuen Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt stieg im ersten patientenindividuellen Jahr und sank dann auf den niedrigen Ausgangswert zurück. Hier gab es erhöhte Anteile in der IG im Vergleich zur KG.

Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer und einem Peak im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer über den Präzeitraum und die ersten zwei Modelljahre in der IG höher als in der KG, glich sich dieser jedoch über die Zeit an. Der Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch nicht signifikant (Differenz zwischen Präzeit und erstes patientenindividuelles Jahr). Im dritten Jahr fiel die vollstationäre Behandlungsdauer in der IG unter das Niveau der KG (Differenz prä: +10,1; 1. Jahr: +10,0; 2. Jahr: +5,3; 3. Jahr: -4,0 vollstationäre Tage). Dies zeigt, dass die hohen Unterschiede der vollstationären Behandlungsdauer zwischen IG und KG bereits im Präzeitraum bestanden und für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr erst im 3. Behandlungsjahr kompensiert und unter das Niveau der KG gesenkt werden konnten. 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 war der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: 11,6 teilstationäre Tage; KG: 7,5 teilstationäre Tage).

Für die erwachsenen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen keine Unterschiede zwischen IG und KG. Erwartungsgemäß starteten beide Gruppen auf einem niedrigen Niveau und stiegen parallel zueinander im patientenindividuellen ersten Jahr an. Der Anteil der Patienten mit einem stationären Aufenthalt nach Referenzfall war jedoch in der IG statistisch signifikant geringer im Vergleich zur KG ( $DiD = 0,44$ ).

Bezüglich der durchschnittlichen stationären Behandlungsdauer von linikneuen Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG niedriger als in der KG war (IG: 13,1 vollstationäre Tage; KG: 23,5 vollstationäre Tage). Dieser Peak war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -9,73$ ). Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere stationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes in der KJP verkürzend auf die stationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

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

Auch bei den linikbekannten Patienten der KJP zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer im ersten Modelljahr. Jedoch war die vollstationäre Behandlungsdauer besonders im ersten Behandlungsjahr in der IG geringer als in der KG (Differenz prä: +0,1; 1. Jahr: -5,8; 2. Jahr: -1,7; 3. Jahr: +1,5 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte zeigte in beiden Gruppen einen Peak im ersten Jahr, der in der IG geringer ausfiel im Vergleich zur KG (IG: 8,3 teilstationäre Tage; KG: 14,1 teilstationäre Tage). Dieser Peak war für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant ( $DiD_{\text{additiv}} = -6,67$ ). Da die Modellklinik über keinen modellähnlichen Vorvertrag verfügte, sind hier auch bei klinikbekannten Patienten Unterschiede zwischen IG und KG erst im ersten Jahr sichtbar. Hier gab es keine bereits bestehenden Baseline-Unterschiede im Präzeitraum.

Für die Patienten der KJP mit Referenzfall im dritten Modelljahr zeigten sich bezüglich der stationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen Unterschiede zwischen IG und KG. Beide Gruppen starteten auf einem niedrigen Niveau (IG: 0,2; KG: 0,2 vollstationäre Tage) und stiegen im patientenindividuellen ersten Jahr an (IG: 15,4; KG: 20,6 vollstationäre Tage). Dabei war der Anstieg in der IG



signifikant geringer im Vergleich zur KG ( $DiD_{\text{additiv}} = -5,22$ ). Für die durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer zeigte sich hier ein ähnliches Muster eines starken Anstiegs in beiden Gruppen. Der Anstieg fiel in der IG jedoch stärker aus als in der KG. Betrachtet man dieses Ergebnis zusammen mit den klinikneuen Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Jahr, lässt sich mutmaßen, dass im Modellvorhaben hier vom vollstationären in den teilstationären Bereich umgesteuert wird.

Sowohl für klinikneue als auch klinikbekannte Patienten der Erwachsenen- bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ist in der Langzeitbetrachtung im dritten Jahr eine Stabilisierung auf ein Plateau bei etwa 5 und 10 bzw. 3-4 vollstationären Behandlungstagen erkennbar. Die Daten lassen darauf schließen, dass es sich hier um einen Bodeneffekt bezüglich der stationären Aufenthaltsdauer handelt. Dies legt die Vermutung nahe, dass ein stationärer Aufenthalt im psychiatrischen Bereich über einen längeren Behandlungszeitraum nicht in allen Fällen vollständig vermeidbar ist.

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

Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten bei *klinikneuen erwachsenen* Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr zeigten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr einen hypothesenkonträren Effekt. Dieser wurde für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr dann hypothesenkonform. Bei der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen blieben diese bei den *klinikneuen* Patienten in beiden Gruppen über die Zeit weitgehend unverändert (1,3-1,6 AU-Episoden). Das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen pro klinikneuem Patient war in beiden Gruppen vergleichbar und zeigte im ersten Behandlungsjahr einen Peak. Der Anstieg im ersten Jahr war in der IG größer als in der KG. Auch bei den *klinikbekannten* Patienten war der Anstieg im ersten Jahr in der IG größer als in der KG. Erst im dritten Modelljahr hatten Patienten der IG eine erkennbar geringere AU-Dauer als Patienten der KG. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit zeigt sich sogar, dass die IG statistisch signifikant mehr AU-Tage aufwies im Vergleich zur KG (klinikneu:  $DiD_{\text{additiv}} = 3,24$ ; klinikbekannt =  $DiD_{\text{additiv}} = 4,62$ ).

Für Patienten mit *Referenzfall im dritten Modelljahr* wies die IG jedoch statistisch signifikant weniger AU-Tage auf im Vergleich zur KG ( $DiD_{\text{additiv}} = -7,68$ ).

Hier 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.

Insgesamt lassen die Ergebnisse in der Erwachsenenpsychiatrie die Vermutung zu, dass Modellvorhaben ohne modellähnlichen Vorvertrag eine gewisse Implementierungs- bzw. Transitionsphase benöti-

gen. So konnten die zunächst hypothesenkonträren Entwicklungen hinsichtlich der vollstationären Behandlungsdauer im dritten Modelljahr zumindest abgeschwächt (Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr) bzw. bereits umgekehrt werden (klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr). Auch hinsichtlich der Dauer von Arbeitsunfähigkeitsepisoden zeigten sich positive Modelleffekte vornehmlich erst im dritten Modelljahr.

Hinsichtlich der Häufigkeit ambulanter Kontakte in der Erwachsenenpsychiatrie setzte sich der Trend einer erst im dritten Modelljahr einsetzenden Modellwirksamkeit fort. Während hier für die Kohorte der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr keine bzw. hypothesenkonträre Effekte beobachtet wurden, zeigten Patienten der IG mit Referenzfall im dritten Modelljahr hier eine signifikant erhöhte Anzahl von ambulanten Kontakten in der PIA gegenüber der KG im Vergleich zum Präzeitraum.

Für die Patienten der KJP lässt sich feststellen, dass in der PIA weniger Kontakte in der IG im Vergleich zur KG festzustellen waren. Für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die Anzahl der PIA-Kontakte in der KJP bei der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (klinikneu:  $DiD_{\text{additiv}} = -1,44$ ; klinikbekannt:  $DiD_{\text{additiv}} = -1,38$ ). Dieser Trend bestätigte sich für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ( $DiD_{\text{additiv}} = -2,72$ ).

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

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

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

### *Kosten*

#### *Erwachsene*

Bei der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr deutliche geringere Versorgungskosten im Nachbeobachtungszeitraum feststellen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So lagen im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang - die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende - stationäre Behandlungen vor. Durch den

Eintritt in ein einen Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 9232,74€ und in der KG um 6797,37 €. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen auf vergleichbare Niveaus, das in etwas dem 2,5-fachen des Ausgangslevels entsprach.

In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 7194,81 € und in der KG derselben Kohorte um 5650,41 €. Der Anstieg der IG war somit um 1.539,40 € signifikant höher ( $p = 0,021$ ) als in der KG. Allerdings waren deutliche Unterschiede des Entstehungsortes feststellbar. Für Kohorte 3 zeigten sich zwar auch höhere vollstationäre Kosten in der IG, nun aber auch (nicht signifikant) höhere Kosten für PIA-Behandlungen, da im Vergleich zu Kohorte 1 deutlich mehr Patienten in der PIA behandelt wurden.

Bei den klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 zeigten sich sowohl im Prä-Zeitraum als auch im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG höhere Gesamtkosten, die auf höhere Kosten für voll- und teilstationäre Behandlungen, jedoch geringere PIA-Kosten zurückzuführen sind.

#### *Kinder und Jugendliche*

Bei der Kostenbetrachtung lassen sich in Bezug auf die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ähnliche Muster erkennen. Im Prä-Zeitraum fallen für beide Kohorten sowie innerhalb der Kohorten zwischen IG und KG jeweils ungefähr gleich hohe Kosten an. So lagen im Prä-Zeitraum für alle Gruppen nur für einen kleinen Anteil der Patienten und nur in sehr geringem Umfang - die gesamten Kosten maßgeblich beeinflussende - stationäre Behandlungen vor. Durch den Eintritt in ein einen Klinikaufenthalt bzw. eine PIA-Behandlung erforderlich machendes Krankheitsstadium und dem damit verbundenen Anstieg der stationären Behandlungstage im ersten Nachbeobachtungsjahr, stiegen somit auch die psychiatrischen Versorgungskosten in beiden Kohorten und dabei jeweils in IG sowie KG stark an. In der IG der Kohorte des ersten Jahres stiegen die Kosten um 8.714,26 € und in der KG um 10.561,42 €. Anschließend fielen die Kosten in beiden Gruppen auf vergleichbare Niveaus, das in etwas dem 3-fachen des Ausgangslevels entsprach.

In der IG der Kohorte des dritten Modelljahres stiegen die Kosten um durchschnittlich 9.997,88 € und in der KG derselben Kohorte um 10.865,07 €. Der Anstieg der IG war somit um 867,19 € geringer ( $p = 0,482$ ) als in der KG. Allerdings waren deutliche Unterschiede des Entstehungsortes feststellbar. Die Kosten für voll- und teilstationäre Leistungen lagen bei der Betrachtung von Kohorte 1 in der IG über den Kosten der KG, die Kosten für PIA-Behandlungen waren in der IG im Schnitt jedoch deutlich niedriger.

Die Kosten für vollstationäre Leistungen lagen bei der Betrachtung von Kohorte 1 in der IG unter den Kosten der KG, die Kosten für teilstationäre lagen deutlich über denen der KG, wohingegen PIA-Behandlungen in der IG im Schnitt jedoch deutlich niedrigere Kosten produzierten. Für Kohorte 3 zeigten sich gleich hohe vollstationäre Kosten in der IG, höhere Kosten für teilstationäre Behandlungen und geringere Kosten für PIA-Behandlungen.

Bei den klinikbekannten Patienten der Kohorte 1 zeigten sich im Prä-Zeitraum gleich hohe und im ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG niedrigere Gesamtkosten, die bei gleich hohen teilstationären Behandlungskosten, jedoch geringere Kosten für vollstationäre und PIA-Behandlungen zurückzuführen sind.

### *Fazit*

Dieser Bericht auf Basis von Sekundärdaten lässt keine abschließende kausale Bewertung zu. Hinsichtlich der Bewertung der Ergebnisse muss klar zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden. In der Erwachsenenpsychiatrie legen die Ergebnisse die Vermutung nahe, dass positive Modelleffekte erst im dritten Modelljahr beginnen, sichtbar zu werden. Dies könnte darauf schließen lassen, dass Modellvorhaben ohne bereits existierenden modellähnlichen Vorvertrag eine gewisse Implementationsphase benötigen, um wirksam zu werden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigen sich positive Effekte in der stationären Behandlungsdauer jedoch bereits im ersten Modelljahr. Insgesamt müssen für eine abschließende Bewertung der Modellwirksamkeit in der Erwachsenenpsychiatrie hier die Daten des vierten Modelljahres ausgewertet werden.

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### Effektivität

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

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

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

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

in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Parameters verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Zielparametern strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

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

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

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

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

Die Vergleichbarkeit der Zwischenberichte wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen in diesen zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche

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

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen bzw. nicht vereinbarter nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der Tagessatz der Modellklinik über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg beim 1,2-fachen des Durchschnitts der Kontrollkliniken. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

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

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



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

- Schließlich muss auf das grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

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

### 13. Literatur

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

## 14. Anhang

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

**Tabelle 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>292</b>	<b>292</b>	<b>292</b>	<b>292</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)	5,5 %	39,4 %	5,8 %	33,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,3 %	3,8 %	1,4 %	3,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	18,5 %	16,8 %	18,5 %	16,8 %
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)	0,7	30,9	1,1	25,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	11,5	0,1	7,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,7	42,5	1,2	32,7
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,7	0,5	0,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,3	1,3	0,5	0,8
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	2,8	2,5	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)

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</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>	53,2 %	46,8 %	39,1 %	40,4 %
	6,4 %	5,1 %	10,9 %	3,8 %
	21,8 %	21,2 %	23,7 %	17,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	23,0	31,1	14,2	21,8
	4,9	12,1	4,6	7,9
	27,9	43,2	18,8	29,7
	2,3	2,2	3,4	1,7
	2,1	2,2	3,2	1,7
	1,7	3,0	2,6	2,1

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

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

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

**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>267</b>	<b>267</b>	<b>267</b>	<b>267</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>	11,2 %	37,5 %	7,5 %	41,2 %
	1,9 %	1,1 %	0,7 %	1,9 %
	3,7 %	4,1 %	2,2 %	4,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	0,6	12,8	0,5	22,4
	0,1	15,2	0,9	13,7
	0,8	28,0	1,4	36,1
	0,4	0,6	0,0	0,4
	0,4	0,6	0,0	0,4
	0,3	0,2	0,1	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	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>174</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>	39,7 %	28,7 %	25,3 %	18,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> </ul>	1,1 %	0,0 %	2,3 %	2,3 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	9,8 %	4,0 %	4,0 %	2,3 %
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>	8,7	10,5	8,8	17,3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> </ul>	5,2	7,7	3,7	12,5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> </ul>	13,8	18,2	12,5	29,8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> </ul>	0,2	0,0	1,2	0,8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> </ul>	0,2	0,0	0,4	0,8
<ul style="list-style-type: none"> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	0,6	0,3	0,5	0,1

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

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

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

**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>292</b>	<b>292</b>	<b>292</b>	<b>292</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>271</b>	<b>276</b>	<b>277</b>	<b>278</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,0	0,0	2,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,0	4,5	2,7	4,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	4,5	5,7	6,1	7,2
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	0,0	0,3	0,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,3	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,3	0,8	1,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	10,3	8,8	10,1	16,3

<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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>149</b>	<b>147</b>	<b>151</b>	<b>154</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,3	2,2	2,7	7,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	5,2	6,6	4,3	4,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	7,2	6,8	8,3	8,4
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)	0,2	0,1	0,2	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,4	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,3	1,9	0,0	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,1	6,9	7,0	8,4

<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



**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>267</b>	<b>267</b>	<b>267</b>	<b>267</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>260</b>	<b>263</b>	<b>265</b>	<b>263</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,3	0,2	6,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,7	1,8	2,7	3,8
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,3	3,1	3,7	4,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• 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)	0,7	0,6	0,8	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,3	0,4	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	5,8	6,5	7,9	6,9

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

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

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

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>174</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>172</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>172</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,2	5,5	4,9	7,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,3	1,2	2,3	2,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,8	3,7	4,5	4,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,4	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,0	0,6	0,9	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,1	0,2	0,5
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	13,4	12,3	8,9	8,9

<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 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>10</b>	<b>321</b>	<b>15</b>	<b>288</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,0 %	2,5 %	0,0 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,0 %	13,4 %	26,7 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,0 %	37,1 %	46,7 %	43,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,0 %	15,0 %	13,3 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	4,7 %	0,0 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	3,7 %	6,7 %	3,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	19,3 %	26,7 %	26,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	45,5 %	26,7 %	38,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>127</b>	<b>&lt;10</b>	<b>123</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	0,8 %	0,0 %	4,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,0 %	26,8 %	42,9 %	30,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	37,0 %	42,9 %	44,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	21,3 %	14,3 %	14,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	7,1 %	0,0 %	9,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,0 %	3,9 %	0,0 %	4,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	33,1 %	42,9 %	41,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,0 %	31,5 %	14,3 %	26,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>&lt;10</b>	<b>53</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	1,4 %	0,0 %	1,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	32,4 %	0,0 %	37,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	32,4 %	0,0 %	34,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	25,4 %	100,0 %	17,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	7,0 %	0,0 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	1,4 %	0,0 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	38,0 %	0,0 %	39,6 %

- kein Kontakt in 7 Tagen	—	31,0 %	0,0 %	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

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>308</b>	<b>12</b>	<b>262</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,2 %	5,8 %	8,3 %	10,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,1 %	21,4 %	25,0 %	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	57,8 %	75,0 %	64,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	33,1 %	50,0 %	32,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	12,0 %	8,3 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	22,2 %	12,7 %	8,3 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	32,8 %	41,7 %	40,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,2 %	26,0 %	8,3 %	22,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>119</b>	<b>&lt;10</b>	<b>115</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	0,0 %	5,9 %	0,0 %	10,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,3 %	41,2 %	40,0 %	40,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	65,5 %	80,0 %	73,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	46,2 %	80,0 %	38,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	16,8 %	0,0 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,3 %	13,4 %	0,0 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	52,9 %	40,0 %	60,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	10,9 %	0,0 %	7,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>&lt;10</b>	<b>50</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	4,3 %	0,0 %	6,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	52,2 %	100,0 %	52,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	63,8 %	0,0 %	66,0 %

• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	46,4 %	100,0 %	48,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	15,9 %	0,0 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	5,8 %	0,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	62,3 %	100,0 %	58,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	—	10,1 %	0,0 %	8,0 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <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>276</b>	<b>&lt;10</b>	<b>237</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,3 %	8,0 %	20,0 %	13,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,3 %	31,9 %	20,0 %	32,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	83,3 %	76,4 %	60,0 %	81,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	55,4 %	100,0 %	55,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,7 %	15,6 %	20,0 %	18,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	29,7 %	20,0 %	16,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	43,1 %	60,0 %	49,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	16,7 %	10,5 %	0,0 %	9,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>&lt;10</b>	<b>107</b>	<b>&lt;10</b>	<b>106</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	50,0 %	9,3 %	33,3 %	11,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	50,0 %	56,1 %	33,3 %	50,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	100,0 %	80,4 %	66,7 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	69,2 %	100,0 %	62,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	50,0 %	23,4 %	0,0 %	26,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	50,0 %	36,4 %	0,0 %	14,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	100,0 %	67,3 %	66,7 %	71,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,9 %	0,0 %	2,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>0</b>	<b>63</b>	<b>&lt;10</b>	<b>45</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	—	7,9 %	0,0 %	6,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	—	68,3 %	100,0 %	66,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	—	77,8 %	0,0 %	86,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	—	73,0 %	100,0 %	73,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	—	22,2 %	0,0 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	—	34,9 %	0,0 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	—	77,8 %	100,0 %	71,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	—	1,6 %	0,0 %	2,2 %

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

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

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

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

### 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>109</b>	<b>178</b>	<b>100</b>	<b>162</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,4 %	5,6 %	15,0 %	8,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	11,0 %	16,3 %	8,0 %	14,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,7 %	33,1 %	30,0 %	37,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,8 %	15,7 %	11,0 %	13,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,5 %	5,6 %	3,0 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,6 %	5,6 %	7,0 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,0 %	27,0 %	24,0 %	26,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	44,0 %	40,4 %	46,0 %	43,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>71</b>	<b>114</b>	<b>76</b>	<b>100</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,9 %	7,9 %	17,1 %	7,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,1 %	22,8 %	7,9 %	21,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	45,1 %	39,5 %	27,6 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	11,3 %	14,9 %	14,5 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,5 %	6,1 %	3,9 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	6,1 %	7,9 %	7,0 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,0 %	36,0 %	26,3 %	32,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,6 %	32,5 %	42,1 %	36,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>33</b>	<b>62</b>	<b>32</b>	<b>47</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,1 %	6,5 %	18,8 %	6,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,2 %	24,2 %	15,6 %	25,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,4 %	37,1 %	15,6 %	38,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,2 %	19,4 %	12,5 %	14,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	4,8 %	6,3 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	6,5 %	12,5 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	35,5 %	34,4 %	38,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,4 %	32,3 %	46,9 %	31,9 %

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

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

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

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

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>85</b>	<b>162</b>	<b>78</b>	<b>140</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,5 %	11,7 %	25,6 %	15,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,2 %	32,7 %	14,1 %	26,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	57,6 %	56,2 %	52,6 %	59,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,9 %	34,0 %	25,6 %	27,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,2 %	16,0 %	7,7 %	15,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	13,6 %	9,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,1 %	50,0 %	43,6 %	49,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	23,5 %	20,4 %	24,4 %	20,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>56</b>	<b>102</b>	<b>61</b>	<b>86</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,4 %	15,7 %	27,9 %	12,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	37,5 %	47,1 %	14,8 %	37,2 %

<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>	67,9 %	60,8 %	54,1 %	58,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,0 %	34,3 %	24,6 %	32,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	19,6 %	9,8 %	19,8 %
	17,9 %	11,8 %	11,5 %	11,6 %
	62,5 %	66,7 %	47,5 %	59,3 %
	14,3 %	10,8 %	19,7 %	15,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>27</b>	<b>53</b>	<b>26</b>	<b>43</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,5 %	13,2 %	34,6 %	16,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	44,4 %	47,2 %	19,2 %	39,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	58,5 %	30,8 %	60,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	25,9 %	41,5 %	19,2 %	34,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,1 %	13,2 %	11,5 %	30,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	25,9 %	18,9 %	15,4 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,1 %	64,2 %	53,8 %	69,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,1 %	11,3 %	23,1 %	7,0 %

<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>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>64</b>	<b>138</b>	<b>55</b>	<b>117</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	14,5 %	47,3 %	21,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	35,9 %	44,9 %	23,6 %	37,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,6 %	77,5 %	76,4 %	76,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	48,4 %	55,8 %	50,9 %	47,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,1 %	23,2 %	10,9 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,4 %	29,7 %	21,8 %	16,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,4 %	63,8 %	65,5 %	61,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	12,5 %	12,3 %	10,9 %	9,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>46</b>	<b>88</b>	<b>43</b>	<b>73</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,6 %	17,0 %	53,5 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	43,5 %	59,1 %	27,9 %	50,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,6 %	87,5 %	83,7 %	76,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,2 %	59,1 %	53,5 %	54,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	17,4 %	26,1 %	14,0 %	28,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	26,1 %	27,3 %	25,6 %	15,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,9 %	79,5 %	74,4 %	71,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,5 %	2,3 %	4,7 %	5,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>23</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>38</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,1 %	16,7 %	60,0 %	21,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	60,9 %	61,9 %	26,7 %	63,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,6 %	88,1 %	66,7 %	78,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,2 %	64,3 %	33,3 %	65,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	26,1 %	16,7 %	20,0 %	42,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	34,8 %	35,7 %	33,3 %	15,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,0 %	81,0 %	80,0 %	89,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,3 %	4,8 %	6,7 %	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

**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>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>19</b>	<b>181</b>	<b>19</b>	<b>165</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,5 %	17,1 %	10,5 %	10,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	6,1 %	0,0 %	1,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	26,3 %	13,3 %	36,8 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	10,5 %	5,0 %	0,0 %	4,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,3 %	3,9 %	5,3 %	3,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	1,7 %	5,3 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,8 %	26,0 %	15,8 %	15,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	57,9 %	60,2 %	47,4 %	53,3 %

<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

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>16</b>	<b>171</b>	<b>17</b>	<b>150</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	18,8 %	29,2 %	23,5 %	26,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	10,5 %	0,0 %	6,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	36,3 %	70,6 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,5 %	17,5 %	5,9 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	6,4 %	17,6 %	11,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	6,4 %	5,9 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,3 %	43,3 %	35,3 %	41,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	29,2 %	17,6 %	22,7 %

<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

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>14</b>	<b>158</b>	<b>15</b>	<b>141</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,9 %	43,7 %	40,0 %	34,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	17,1 %	0,0 %	9,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,9 %	67,7 %	93,3 %	85,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	35,7 %	39,2 %	40,0 %	39,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,3 %	10,1 %	26,7 %	20,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	21,4 %	11,4 %	20,0 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,1 %	63,3 %	53,3 %	55,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	7,0 %	0,0 %	8,5 %

<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

#### **Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 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>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>91</b>	<b>87</b>	<b>52</b>	<b>83</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,0 %	24,1 %	40,4 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	3,4 %	1,9 %	2,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	18,7 %	24,1 %	32,7 %	20,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	3,3 %	4,6 %	7,7 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,4 %	0,0 %	5,8 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,4 %	27,6 %	48,1 %	19,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,8 %	50,6 %	26,9 %	61,4 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<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>65</b>	<b>83</b>	<b>46</b>	<b>78</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	41,5 %	33,7 %	73,9 %	34,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	4,8 %	2,2 %	5,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	43,1 %	50,6 %	71,7 %	52,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,4 %	13,3 %	26,1 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,8 %	3,6 %	13,0 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	3,6 %	2,2 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,4 %	39,8 %	80,4 %	43,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,9 %	22,9 %	2,2 %	26,9 %

<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>56</b>	<b>76</b>	<b>37</b>	<b>76</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	75,0 %	50,0 %	83,8 %	46,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,6 %	7,9 %	8,1 %	6,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,6 %	76,3 %	100,0 %	86,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,4 %	38,2 %	45,9 %	40,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	5,3 %	21,6 %	13,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,7 %	19,7 %	8,1 %	18,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,7 %	53,9 %	89,2 %	55,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	5,3 %	0,0 %	5,3 %

<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

**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>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>261</b>	<b>261</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>261</b>	<b>261</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	11	127	<10	125	11	127	<10	125
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	34	<10	31	<10	34	<10	31
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	10	0	10	<10	10	0	10
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	<10	70	<10	53	<10	70	<10	53
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	16	0	14	<10	16	0	14
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	0	<10	<10	<10	0	<10

\* 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>	18,2 %	22,0 %	16,7 %	17,6 %	9,1 %	23,6 %	16,7 %	17,6 %
<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 %	11,8 %	0,0 %	9,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>	232,5	870,5	408,0	749,5	293,0	904,7	408,0	807,8
	293,0	997,9	0,0	665,1	293,0	1076,1	0,0	875,0

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	0,0	454,9	0,0	355,2	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	611,3	0,0	377,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	0,0	0,0	0,0	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 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.



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>143</b>	<b>143</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>143</b>	<b>143</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen( A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	105	134	107	105	105	134	107	105
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	45	53	52	46	45	53	52	46
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	15	18	21	15	15	18	21	15
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	58	74	51	51	58	74	51	51
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	31	37	26	23	31	37	26	23
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	12	14	10	<10	12	14	10	<10

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

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	13,3 %	9,7 %	9,3 %	15,2 %	8,6 %	9,7 %	8,4 %	14,3 %
	6,9 %	9,5 %	5,9 %	3,9 %	5,2 %	9,5 %	2,0 %	5,9 %
	4,4 %	5,7 %	11,5 %	4,3 %	2,2 %	3,8 %	1,9 %	2,2 %
	0,0 %	5,4 %	3,8 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	11,1 %	0,0 %	13,3 %	0,0 %	5,6 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	7,1 %	0,0 %	14,3 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	0,0 %
	239,0	629,5	250,2	481,9	309,8	679,2	310,4	623,5
	252,3	496,9	174,7	339,0	293,0	556,4	278,0	314,7

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	212,8	304,7	193,4	509,5	211,5	291,0	247,0	230,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	339,0	123,5	0,0	0,0	346,0	0,0	0,0
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	0,0	262,5	0,0	175,2	0,0	323,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	323,0	0,0	154,0	0,0	323,0	0,0	0,0

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

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

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

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

**Tabelle 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>292</b>	<b>292</b>	<b>292</b>	<b>292</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>271</b>	<b>276</b>	<b>277</b>	<b>278</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%	0,7%	1,4%	0,7%
• 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)

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>	<b>156</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>149</b>	<b>147</b>	<b>151</b>	<b>154</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	0,6%	2,6%	0,6%	0,6%
• Vier (B)	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
• 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 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>267</b>	<b>267</b>	<b>267</b>	<b>267</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>260</b>	<b>263</b>	<b>265</b>	<b>263</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%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
• 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>174</b>	<b>174</b>	<b>174</b>	<b>174</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>172</b>	<b>167</b>	<b>173</b>	<b>172</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%	1,1%	0,0%	0,6%
• 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>155</b>	<b>155</b>	<b>141</b>	<b>141</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	58	143	54	122
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,3	1,4	1,4	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	16,3	81,9	20,6	82,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	25,2%	9,0%	24,8%	14,2%
<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	1,0	1,7	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,6	1,3	3,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,6%	0,0%	0,7%	0,7%

<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	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>90</b>	<b>90</b>	<b>85</b>	<b>85</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	61	76	56	64
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	2,0	1,5	1,8	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	54,4	68,3	57,7	66,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,2%	16,7%	20,0%	16,5%
<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	1,0	1,3	2,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,5	1,0	1,6	1,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	1,1%	1,2%	0,0%

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

**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>252</b>	<b>224</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	21,0% 113,9	21,0% 82,2
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>100</b>	<b>99</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	8,7% 111,7	8,9% 80,7
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>57</b>	<b>40</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>	5,2% 107,7	3,6% 54,3

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

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



**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>125</b>	<b>100</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>	38,4% 150,6	45,0% 117,1
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>82</b>	<b>63</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	28,8% 154,7	29,0% 112,5
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>38</b>	<b>31</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>	19,2% 155,5	16,0% 108,3

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

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

**Tabelle 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>152</b>	<b>142</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>	30,9%	29,6%
	95,9	105,8

<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>80</b>	<b>81</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	31,3%	19,8%
	111,0	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 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>292</b>	<b>292</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,4 3 2 - 4	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>	2,1 2 1 - 3	2,5 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	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>156</b>	<b>156</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,3 3 1 - 5	3,5 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,4 2 1 - 3	2,6 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>	0,9 0 0 - 1	0,9 1 0 - 1

**Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>292</b>	<b>292</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>	5,8 %	5,8 %

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>156</b>	<b>156</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>	3,8 %	3,2 %

**Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>267</b>	<b>267</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**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>174</b>	<b>174</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>275</b>	<b>275</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>	85 131 207	88 145 178
Anteil Personen mit Progression: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichte/mittelgrad. depr. Episode<sup>1</sup> zu schwere depr. Epi.<sup>2</sup> (A)</li> <li>• Jegliche depr. Episode<sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung<sup>4</sup> (B)</li> <li>• Entwicklung einer Suchterkrankung<sup>5</sup> (C)</li> </ul>	9,4 % 0,0 % 26,1 %	9,1 % 3,4 % 21,3 %

<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
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>150</b>	<b>151</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>	55 72 87	41 80 80
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>	1,8 % 2,8 % 8,0 %	9,8 % 7,5 % 8,8 %

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

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

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

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

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

**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>267</b>	<b>267</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 20 262	24 36 258
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 % 2,7 %	4,2 % 0,0 % 5,8 %

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

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

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

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

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>174</b>	<b>174</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 <10 173	<10 <10 164
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 % 12,5 % 1,2 %	25,0 % 12,5 % 2,4 %

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

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

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

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

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



**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> </ul>	<b>48</b>	<b>48</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	2,1 %	2,1 %
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> </ul>	<b>57</b>	<b>76</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	1,8 %	0,0 %

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

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

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> </ul>	<b>26</b>	<b>30</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	7,7 %	3,3 %
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> </ul>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	50,0 %	33,3 %
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> </ul>	<b>11</b>	<b>17</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	27,3 %	29,4 %

<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>134</b> 48,5 %	<b>132</b> 53,0 %
<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>159</b> 22,0 %	<b>138</b> 20,3 %

<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>42</b> 88,1 %	<b>44</b> 93,2 %
<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>24</b> 95,8 %	<b>22</b> 90,9 %
<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>14</b> 28,6 %	<b>12</b> 41,7 %

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

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

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

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

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

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

## 14.2 Interaktionsdiagramme für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**Abbildung 92: Interaktionsdiagramme, 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

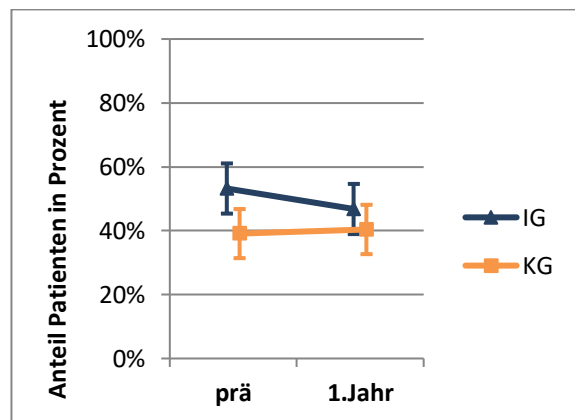
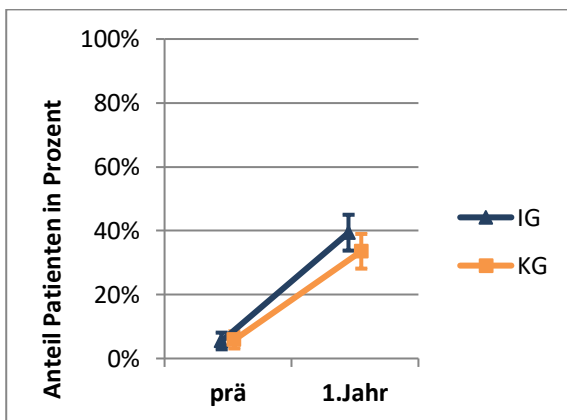
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

### 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)

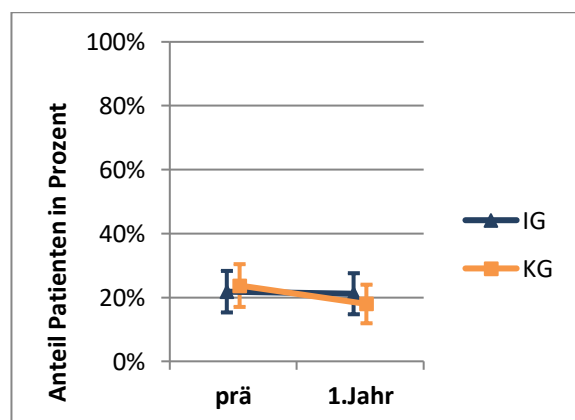
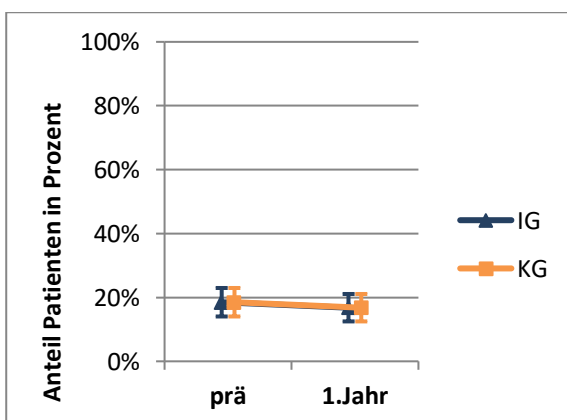


- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

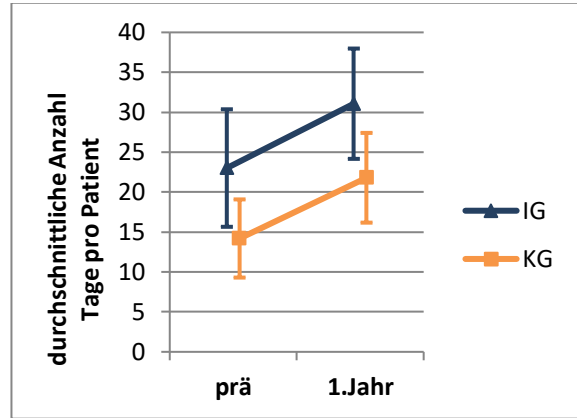
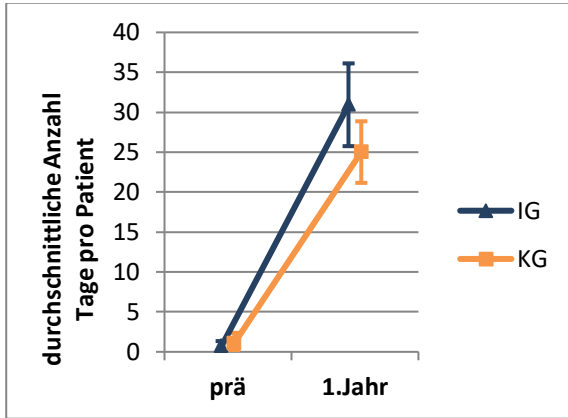


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

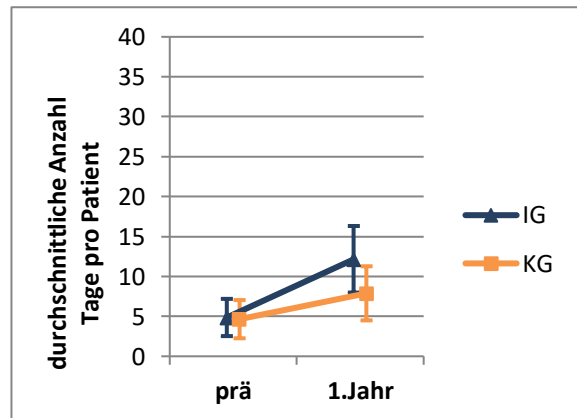
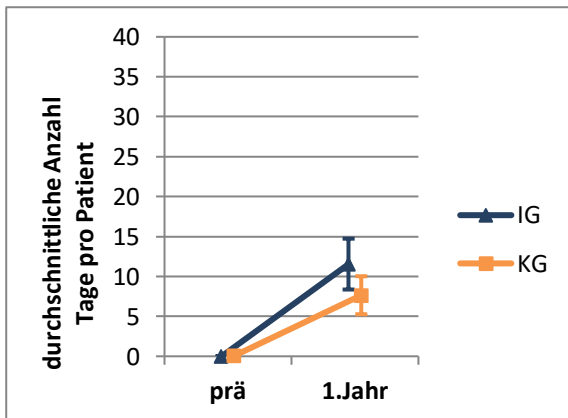
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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**

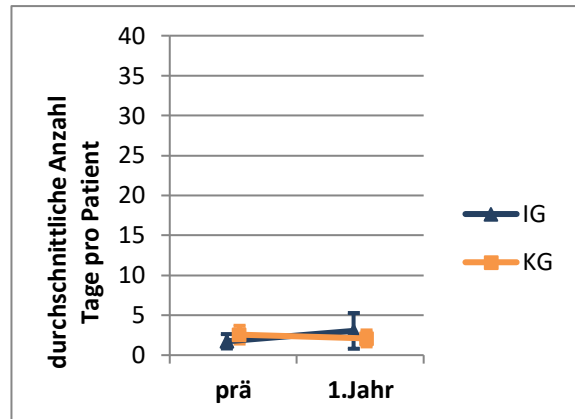
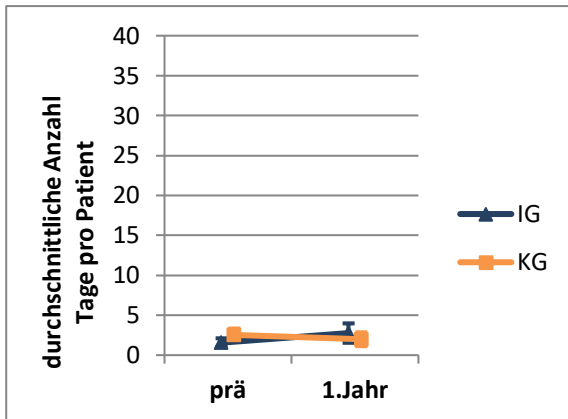


- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



**Abbildung 93: Interaktionsdiagramme, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

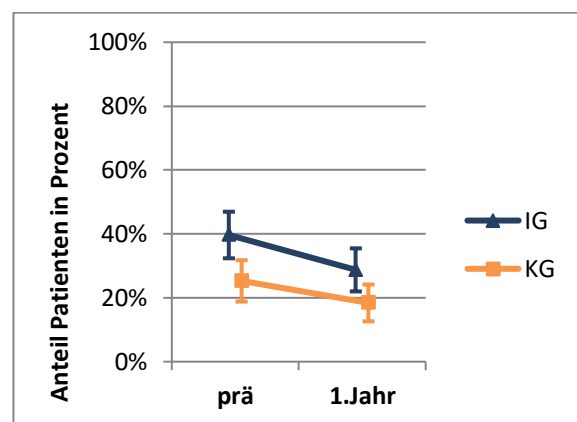
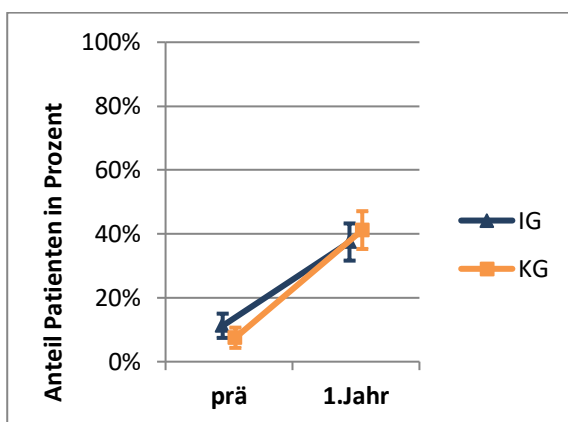
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**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)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

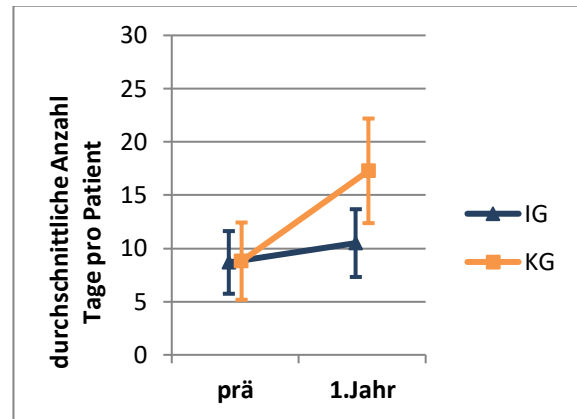
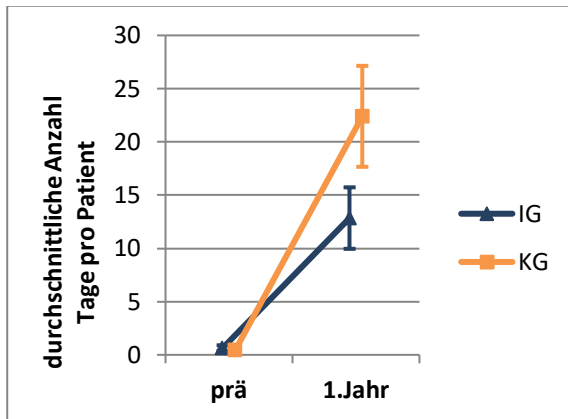
Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

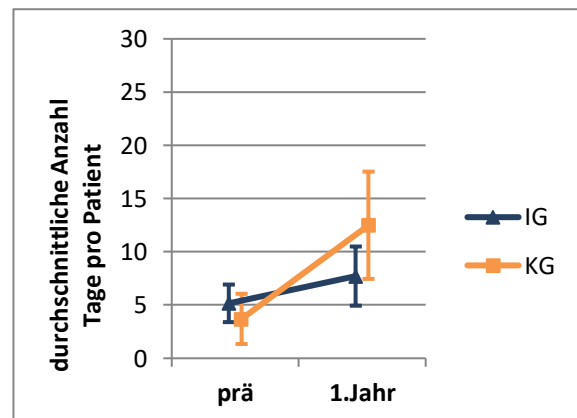
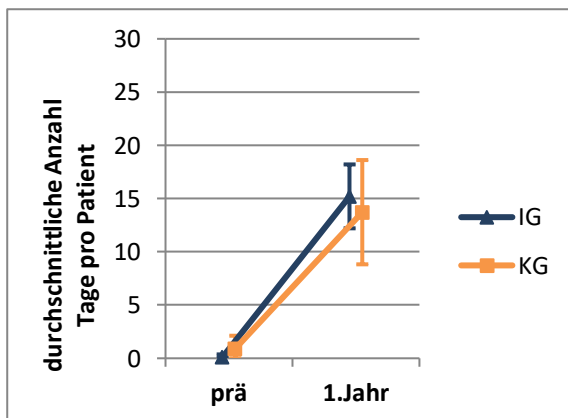
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

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



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



- **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: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

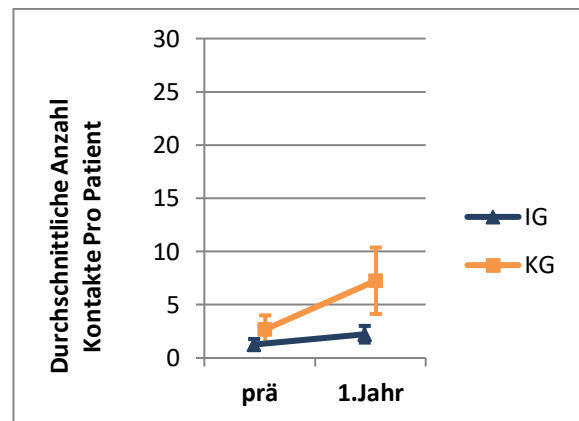
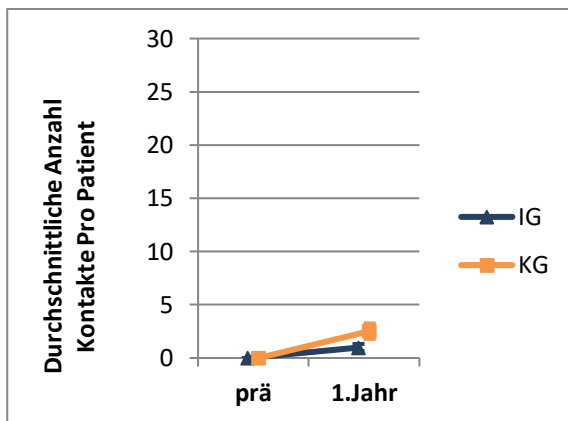
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

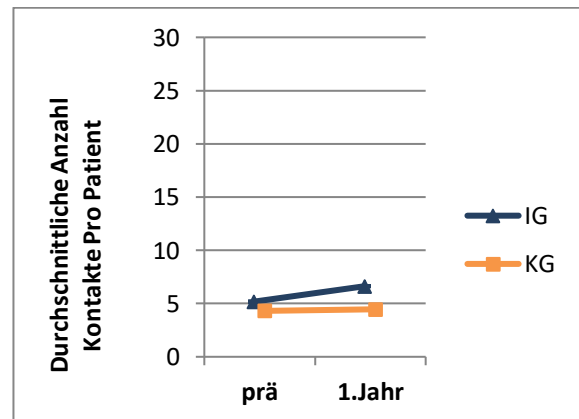
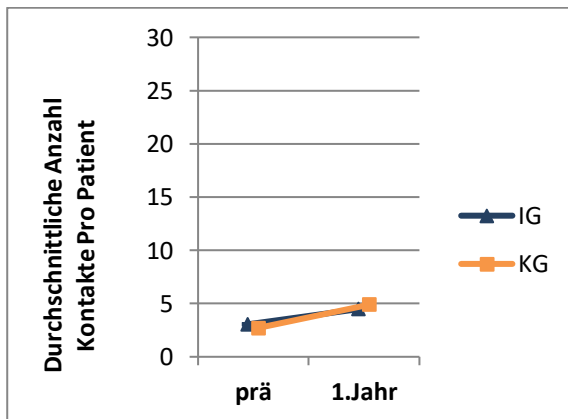
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

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

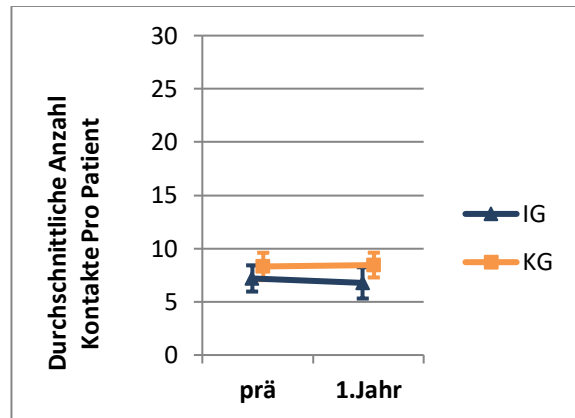
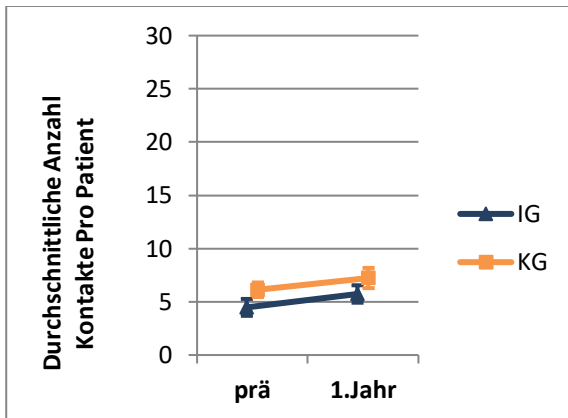


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**





- **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

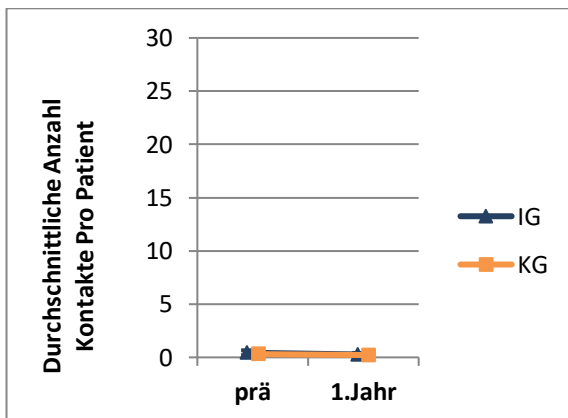
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Fallzahl zu klein

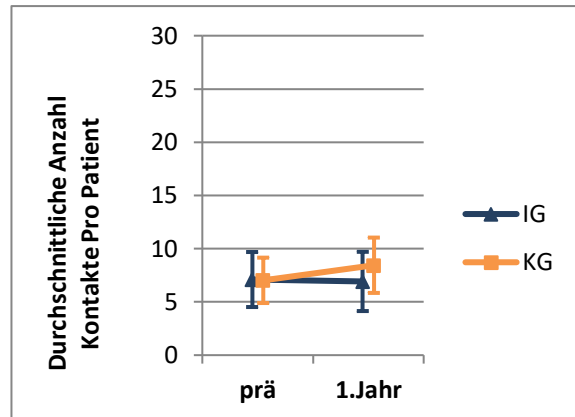
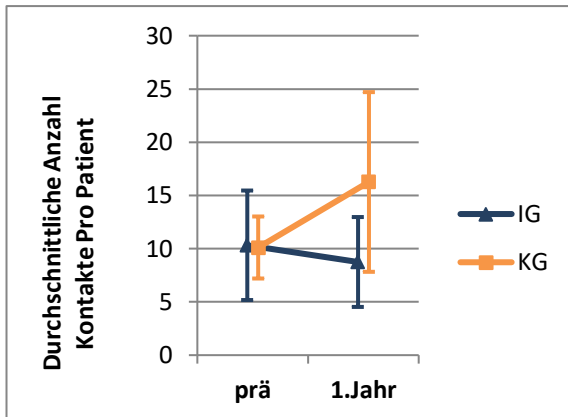
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



**Abbildung 95: Interaktionsdiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

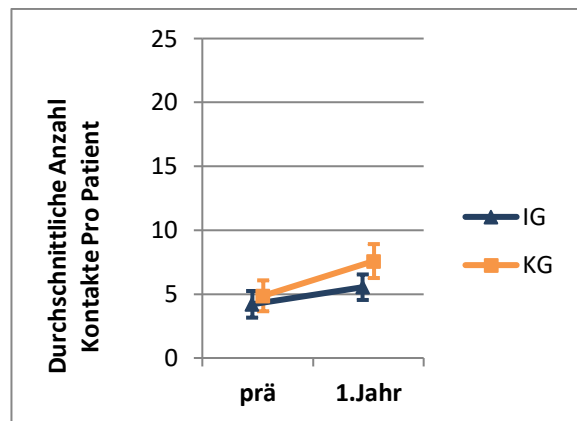
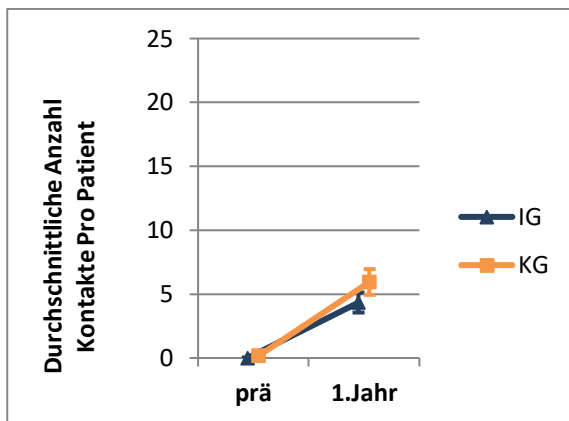
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

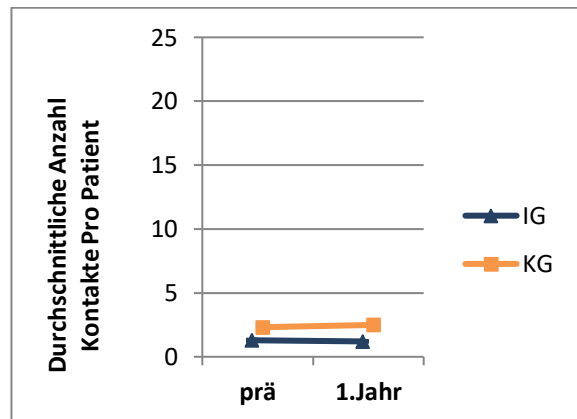
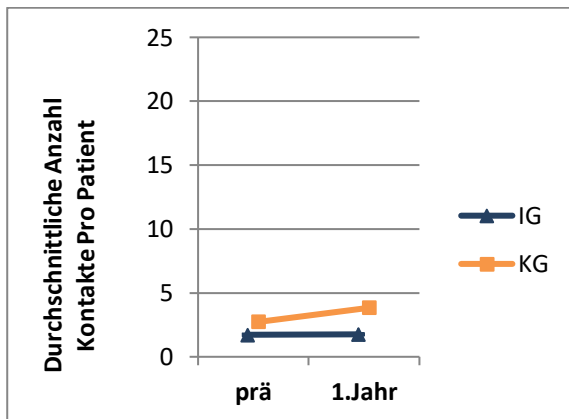
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

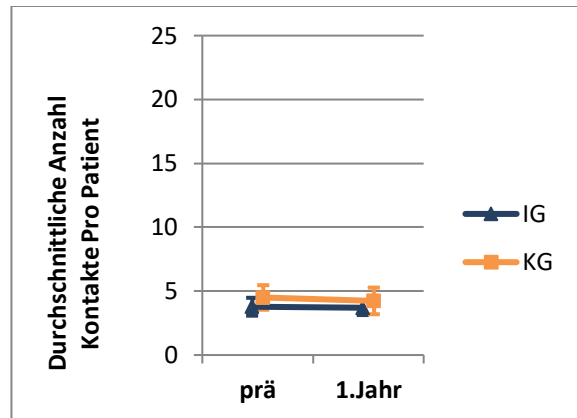
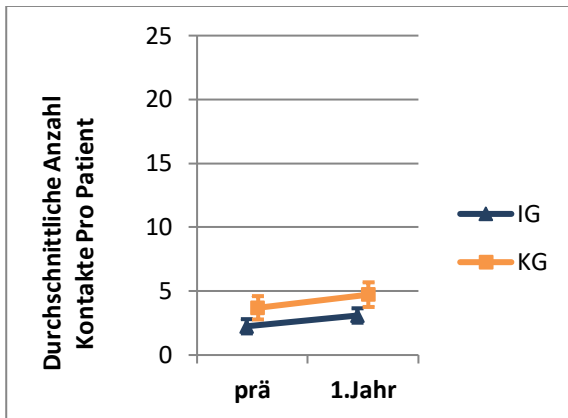
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



**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

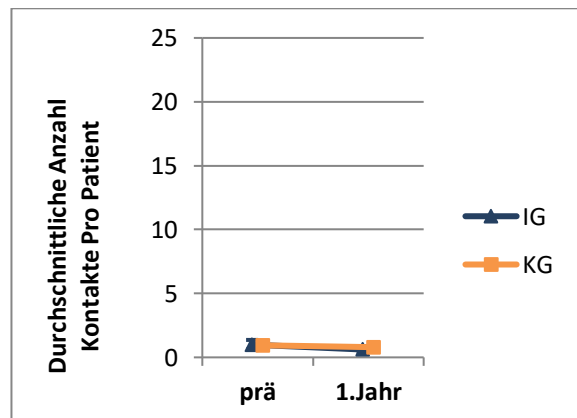
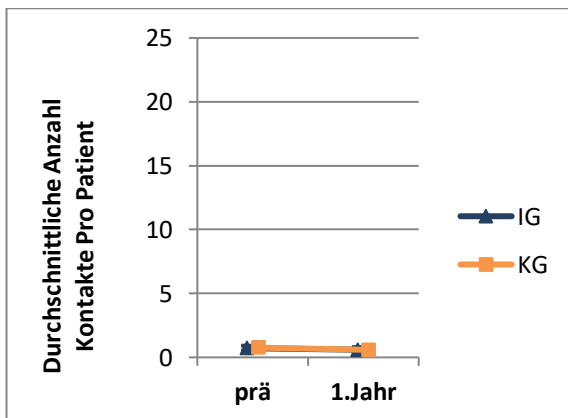
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



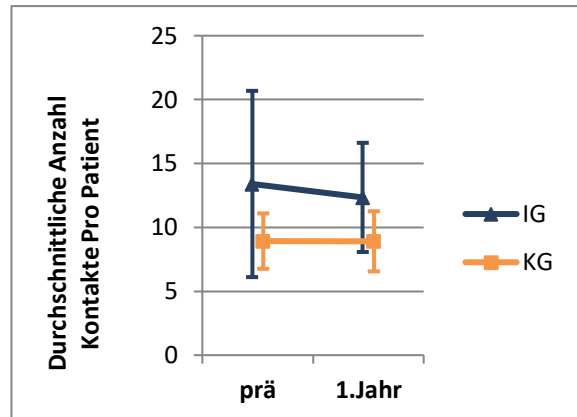
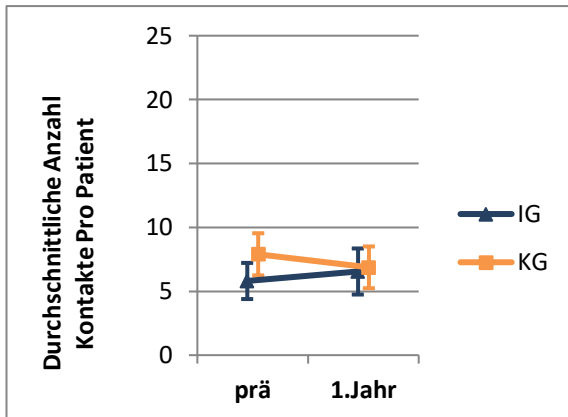
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



**Abbildung 96: Interaktionsdiagramme, 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

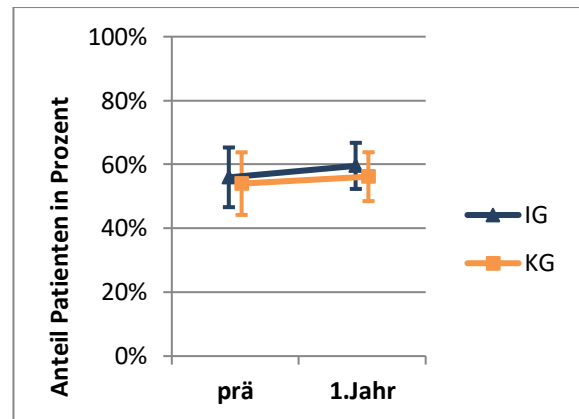
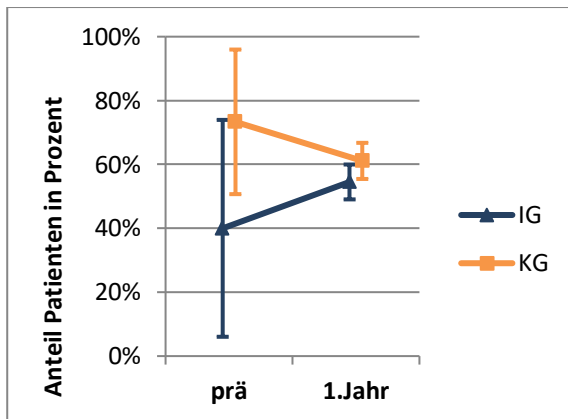
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

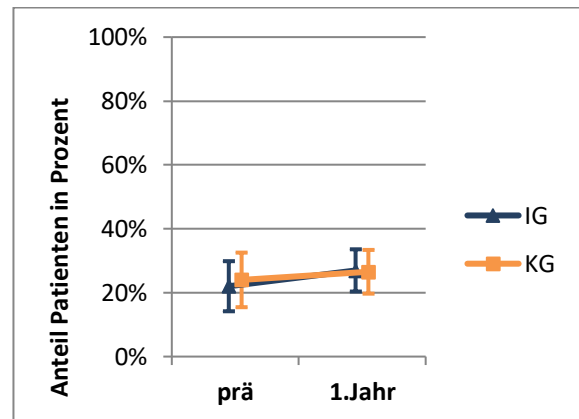
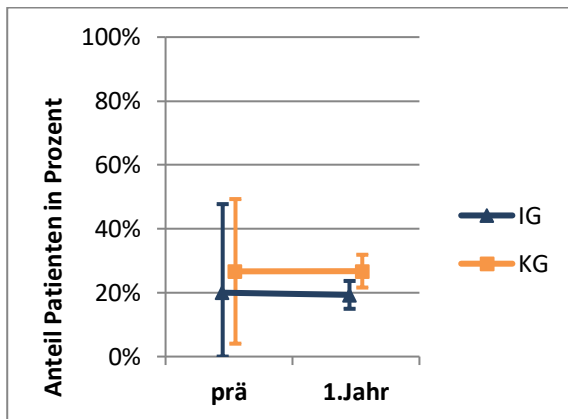
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

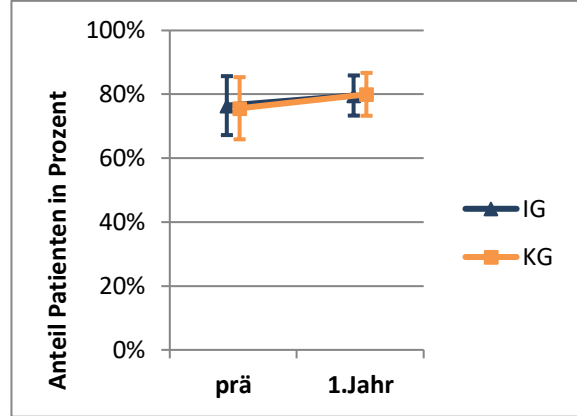
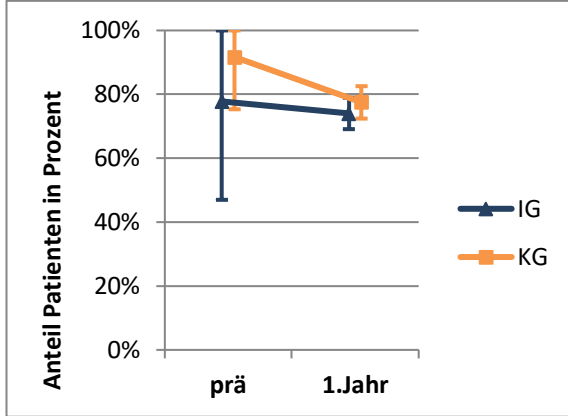


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

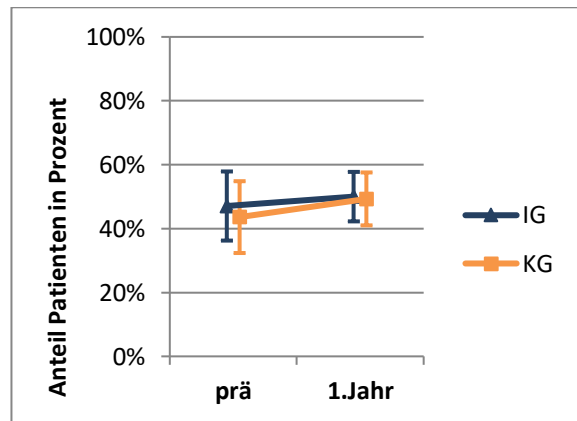
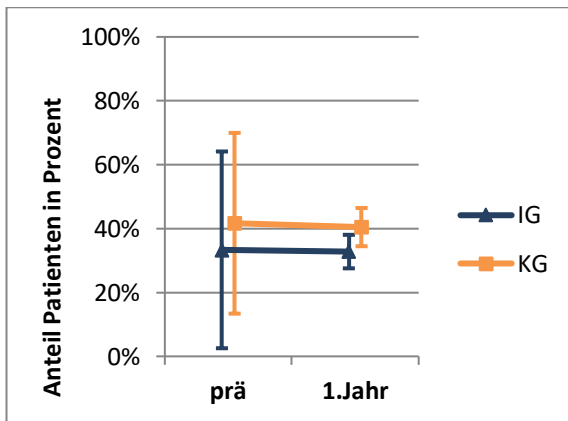
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

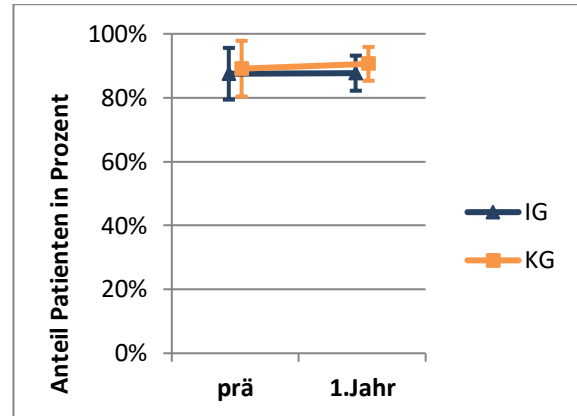
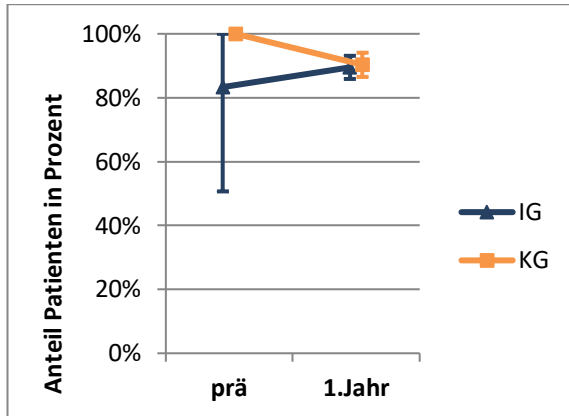


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

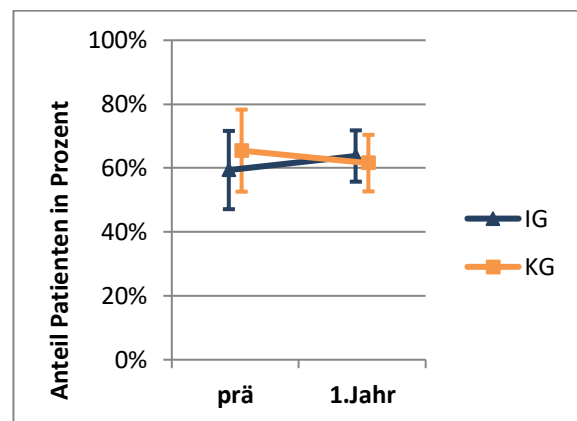
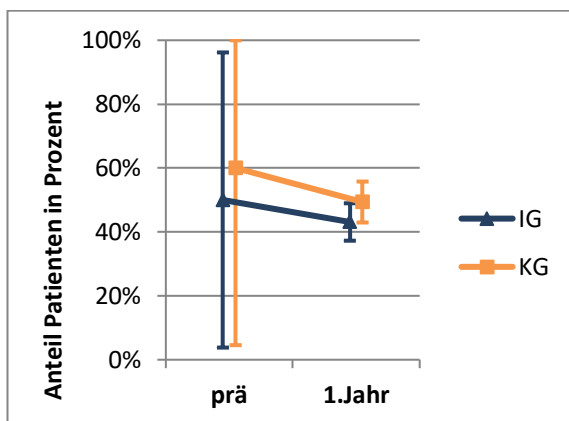
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**





**Abbildung 97: Interaktionsdiagramme, 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

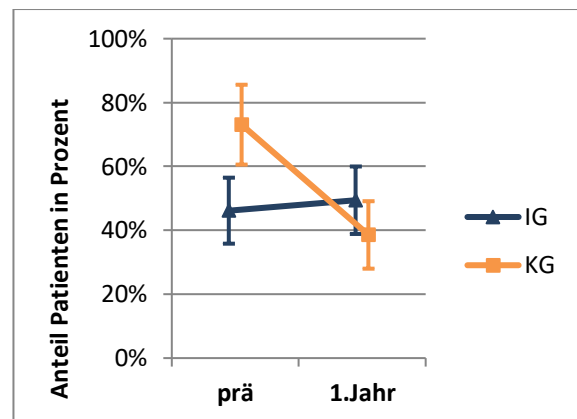
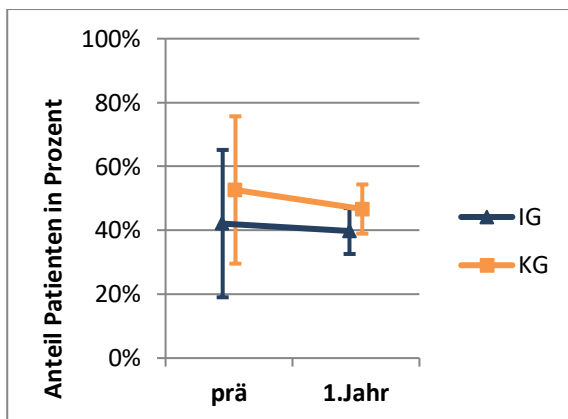
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

Fallzahl zu klein

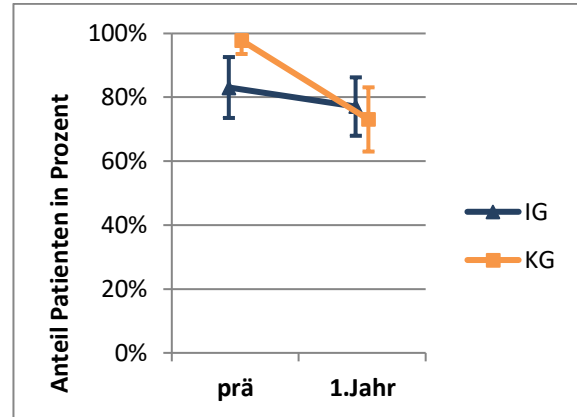
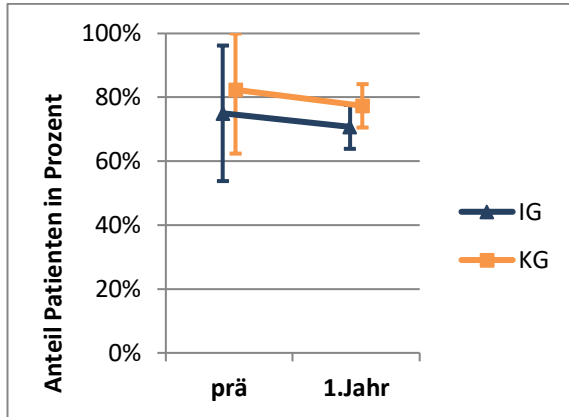
Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

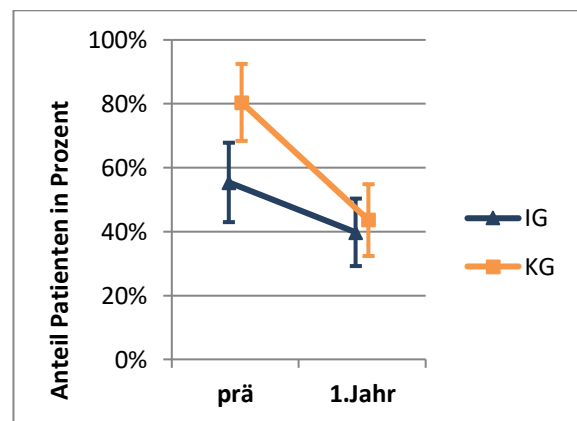
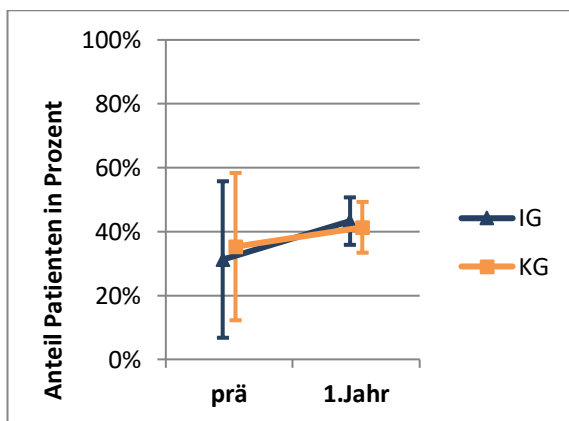
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

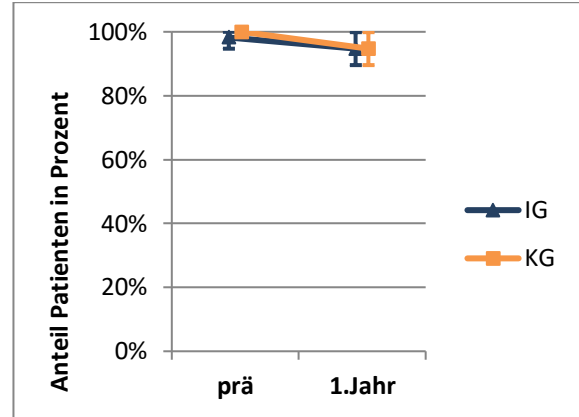
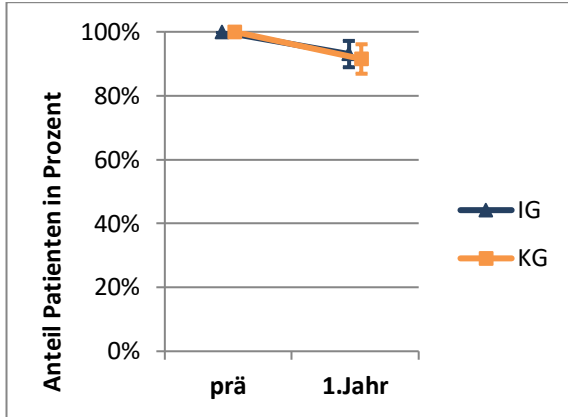


**Kinder, klinikneue Patienten**

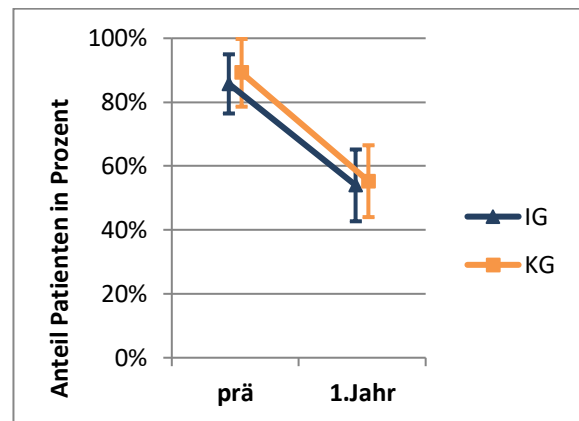
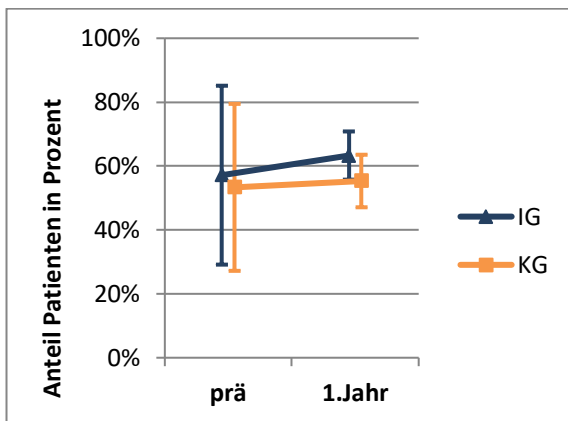
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



**Abbildung 98: Interaktionsdiagramme, 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**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Fallzahl zu klein

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

Fallzahl zu klein

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Fallzahl zu klein

**Abbildung 99: Interaktionsdiagramme, 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: Interaktionsdiagramme, 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: Interaktionsdiagramme, 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

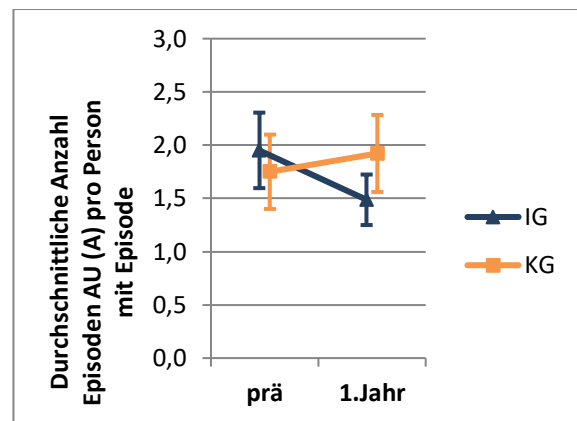
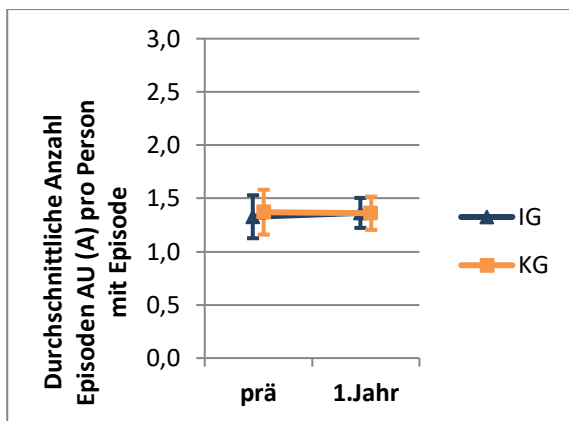
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

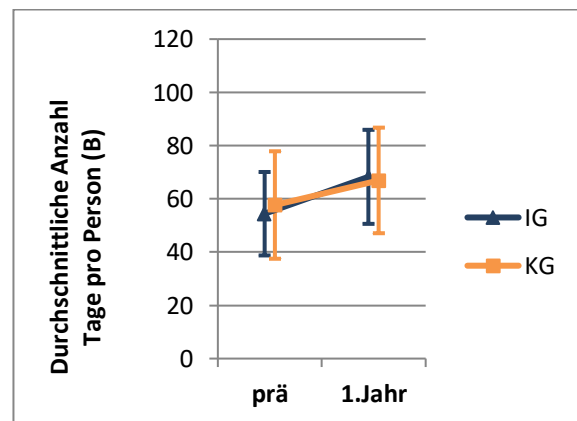
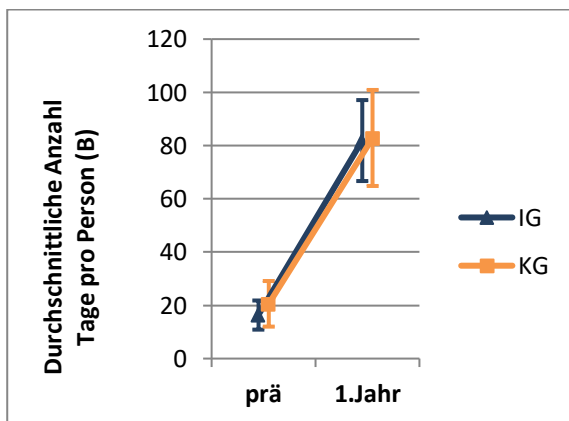
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**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: Interaktionsdiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

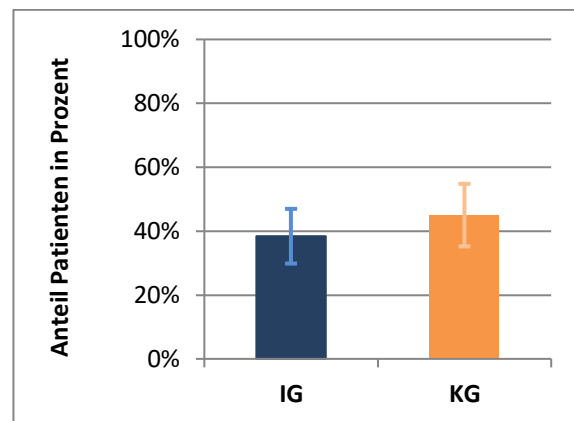
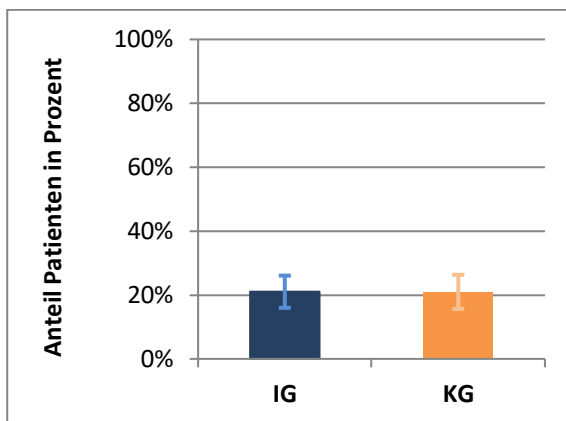
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein



**Abbildung 103: Interaktionsdiagramme, 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: Interaktionsdiagramme, 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,

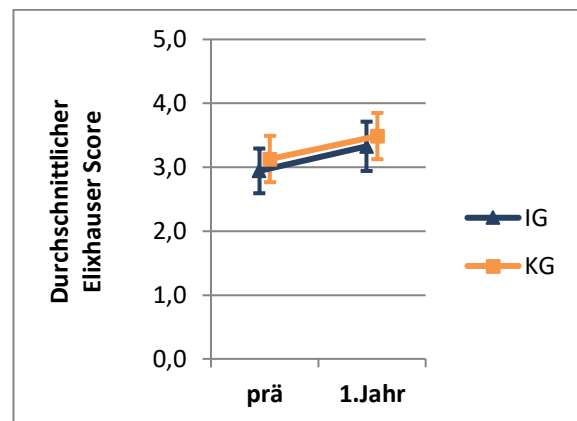
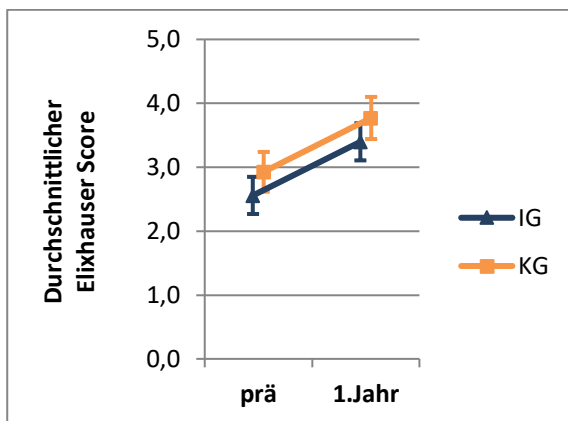
1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie

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:

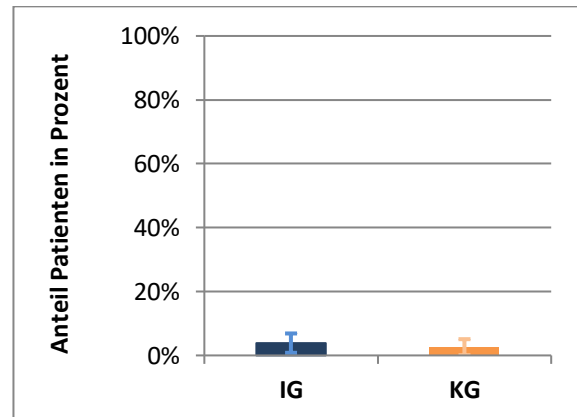
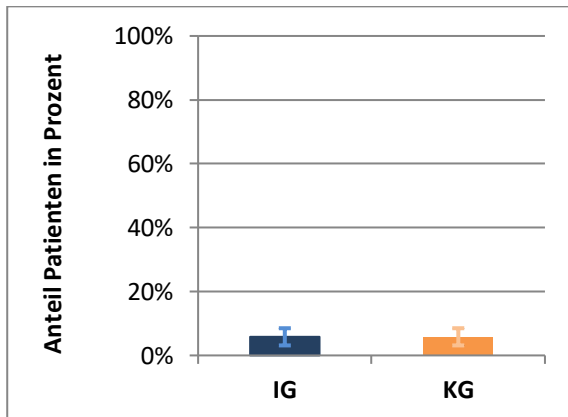
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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:

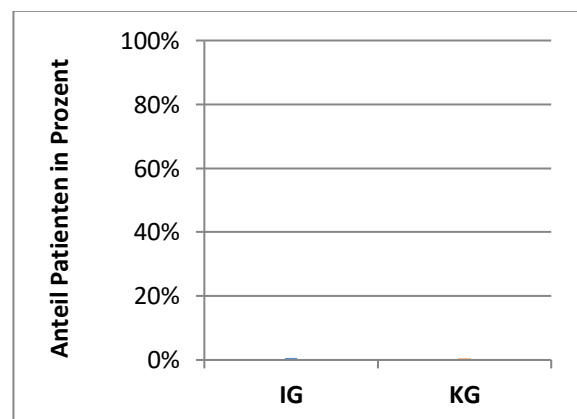
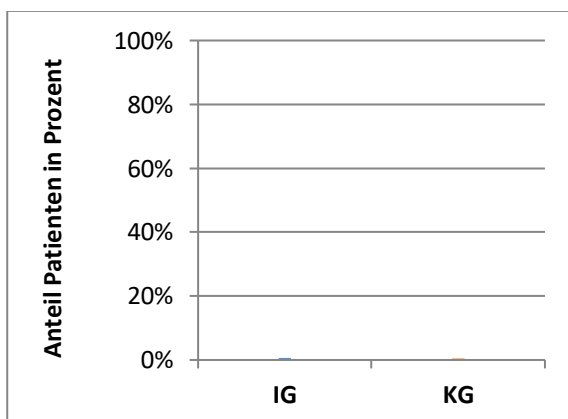
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**



**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

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.

**Erwachsene, alle Patienten**

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

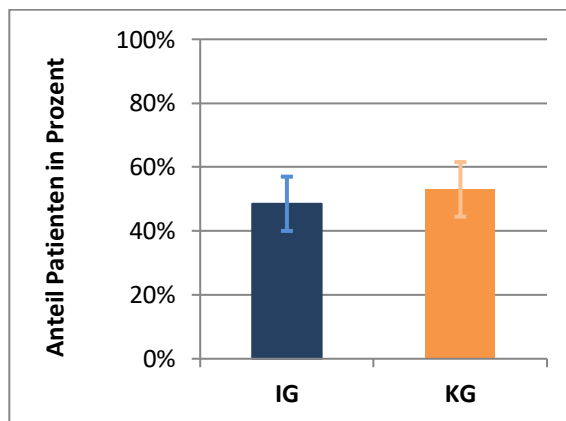
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie K**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

### 14.3 Ergebnisse Modellierung

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

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. 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)	—	—	—	6,28*** 5,41...7,16	kf	1,74*** 1,40...2,08
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,85*** 1,55...2,20	kf	2,25*** 1,92...2,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,42 0,64-3,13	kf	1,03 0,50-2,14	1,86*** 1,56-2,21	kf	2,25*** 1,92-2,63
Gruppe	0,95 0,46-1,94	kf	1,10 0,62-1,95	0,49*** 0,34-0,70	kf	0,69 0,32-1,48
Zeit	9,11*** 5,09-16,29	kf	0,83 0,49-1,40	22,86*** 20,44-25,57	kf	0,78*** 0,70-0,87
Indexgruppe 6 (F10)	0,85 0,53-1,36	kf	1,35 0,72-2,55	0,63* 0,41-0,98	kf	1,01 0,35-2,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,87 0,58-1,30	kf	0,65 0,38-1,14	1,24 0,85-1,82	kf	0,52 0,21-1,29
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,50-1,35	kf	1,25 0,63-2,46	0,97 0,60-1,55	kf	0,83 0,27-2,62
Psy A <sup>1</sup>	1,38 0,90-2,10	kf	0,61 0,31-1,18	1,32 0,86-2,02	kf	0,35 0,12-1,03
Psy B <sup>2</sup>	0,55* 0,32-0,92	kf	2,57* 1,24-5,34	1,06 0,64-1,75	kf	3,99* 1,18-13,49
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,03*** 1,01-1,05	1,00 0,99-1,01	kf	1,04** 1,01-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,65-1,34	kf	0,75 0,46-1,24	0,87 0,61-1,24	kf	0,83 0,36-1,93
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,92-1,08	kf	1,28*** 1,15-1,41	1,04 0,96-1,11	kf	1,57*** 1,32-1,85
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,61-1,87	kf	0,99 0,50-1,96	1,60 0,95-2,69	kf	1,11 0,34-3,58
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,90*** 1,33-2,73	kf	2,74*** 1,66-4,53	0,93 0,66-1,30	kf	4,25** 1,87-9,68
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,52-1,25	kf	0,48* 0,24-0,94	0,03*** 0,02-0,04	kf	0,23* 0,08-0,70

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)	—	—	—	0,46 -1,03...1,94	kf	1,77*** 1,29...2,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,88*** 0,82...0,94	kf	2,14*** 1,74...2,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,70 0,35-1,39	kf	1,60 0,64-3,98	0,88*** 0,82-0,94	kf	2,15*** 1,74-2,65
Gruppe	1,40 0,85-2,31	kf	0,70 0,35-1,39	1,14 0,64-2,04	kf	0,51 0,19-1,34
Zeit	1,07 0,65-1,74	kf	0,60 0,31-1,15	1,54*** 1,46-1,62	kf	0,82** 0,71-0,95
Indexgruppe 6 (F10)	1,10 0,61-1,98	kf	0,31* 0,12-0,77	3,65** 1,47-9,03	kf	0,21 0,04-1,05
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,80 0,53-1,20	kf	0,63 0,35-1,13	0,84 0,44-1,63	kf	0,56 0,20-1,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80 0,25-2,53	kf	kf	0,76 0,11-5,16	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,66* 1,07-2,59	kf	0,76 0,39-1,50	1,71 0,84-3,49	kf	0,53 0,15-1,84
Psy B <sup>2</sup>	0,85 0,53-1,37	kf	2,56** 1,27-5,15	1,07 0,51-2,28	kf	3,20 0,90-11,36
Alter	0,99 0,98-1,01	kf	1,03* 1,01-1,05	1,02 1,00-1,04	kf	1,04* 1,00-1,08
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,60-1,26	kf	0,53* 0,30-0,92	0,74 0,41-1,34	kf	0,51 0,19-1,38
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,94-1,13	kf	1,32*** 1,17-1,50	1,03 0,89-1,19	kf	1,50*** 1,21-1,84
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,89 0,85-4,20	kf	0,85 0,29-2,42	1,30 0,39-4,35	kf	1,25 0,19-8,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,53*** 2,29-5,43	kf	3,85*** 1,95-7,59	4,05*** 2,12-7,72	kf	7,23** 2,07-25,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,43*** 0,29-0,64	kf	0,58 0,32-1,06	0,06*** 0,03-0,13	kf	0,58 0,20-1,68

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)	—	—	—	0,59 -0,04...1,21	kf	0,04 -0,22...0,31
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,50*** 0,41...0,62	kf	0,96 0,84...1,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,44* 0,21-0,94	kf	1,25 0,64-2,44	0,52*** 0,42-0,64	kf	0,98 0,85-1,13
Gruppe	2,05* 1,03-4,08	kf	1,06 0,64-1,75	2,40*** 1,60-3,61	kf	1,00 0,48-2,09
Zeit	14,36*** 7,70-26,78	kf	0,76 0,47-1,23	60,29*** 50,84-71,49	kf	1,41*** 1,27-1,57
Indexgruppe 6 (F10)	1,29 0,84-1,98	kf	1,47 0,85-2,55	0,69 0,43-1,10	kf	0,70 0,25-1,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,97*** 1,36-2,86	kf	1,06 0,68-1,66	1,68* 1,11-2,54	kf	0,77 0,33-1,79
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,72-1,57	kf	0,53* 0,31-0,90	0,83 0,54-1,28	kf	0,24** 0,09-0,63
Psy A <sup>1</sup>	0,92 0,62-1,35	kf	1,45 0,89-2,34	0,88 0,57-1,38	kf	1,18 0,48-2,89
Psy B <sup>2</sup>	1,34 0,84-2,14	kf	0,97 0,55-1,69	1,73* 1,01-2,96	kf	0,67 0,22-1,97
Alter	1,00 0,99-1,01	kf	1,02*** 1,01-1,04	1,01 1,00-1,02	kf	1,03* 1,00-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,70-1,34	kf	0,81 0,54-1,23	1,00 0,70-1,45	kf	0,59 0,28-1,27
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07 1,00-1,15	kf	1,25*** 1,15-1,37	1,08 1,00-1,18	kf	1,55*** 1,32-1,83
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,38 0,80-2,40	kf	2,32** 1,26-4,27	1,29 0,69-2,41	kf	4,20* 1,21-14,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,64** 1,20-2,26	kf	2,83*** 1,87-4,29	1,10 0,77-1,57	kf	4,63*** 2,18-9,84
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61** 0,43-0,86	kf	0,73 0,48-1,13	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,39* 0,17-0,86

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)	3,63*** 3,00...4,26
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-1,33*** -1,90...-0,77
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-0,11 -0,63...0,42
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,43*** 1,25...1,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,90...1,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,68*** 0,59...0,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,42*** 1,24-1,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,04 0,92-1,17
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,69*** 0,59-0,80

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	0,74 0,54-1,00
Zeit	21,66*** 19,81-23,69
Indexgruppe 6 (F10)	0,82 0,64-1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,38** 1,12-1,71
Indexgruppe 9 (F43)	0,84 0,66-1,06
Psy A <sup>1</sup>	1,19 0,95-1,50
Psy B <sup>2</sup>	1,27 0,96-1,69
Alter	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,93 0,77-1,13
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08*** 1,03-1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,61** 1,16-2,24
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,11 0,92-1,34
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02*** 0,02-0,02
2. vs. 1.Jahr	1,09 0,79-1,52
3. vs. 1.Jahr	0,28*** 0,19-0,40

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 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)	—	—	—	-9,73*** -10,46...-9,01	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,41*** 0,32...0,52	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,50 0,24-1,04	kf	kf	0,42*** 0,33-0,53	kf	kf
Gruppe	1,57 0,83-2,97	kf	kf	0,66 0,27-1,62	kf	kf
Zeit	11,49*** 6,36-20,74	kf	kf	49,55*** 41,38-59,34	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,51 0,77-2,95	kf	kf	0,92 0,17-5,01	kf	kf
Indexgruppe 15 (F84)	1,14 0,29-4,51	kf	kf	0,26 0,01-9,40	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,25 0,59-2,67	kf	kf	0,65 0,10-4,37	kf	kf
Alter	1,03 0,98-1,08	kf	kf	1,16* 1,03-1,32	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,39 0,95-2,03	kf	kf	2,44 0,95-6,24	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,47-1,12	kf	kf	0,02*** 0,01-0,06	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 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)	—	—	—	-6,67*** -7,67...-5,67	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,62*** 0,56...0,67	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,91 0,45-1,86	kf	kf	0,61*** 0,56-0,67	kf	kf
Gruppe	2,08** 1,26-3,43	kf	kf	1,14 0,42-3,13	kf	kf
Zeit	0,64 0,38-1,09	kf	kf	1,96*** 1,84-2,08	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,24 0,58-2,66	kf	kf	0,74 0,08-6,55	kf	kf
Indexgruppe 15 (F84)	1,33 0,52-3,38	kf	kf	1,19 0,08-16,85	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,53 0,26-1,09	kf	kf	0,84 0,11-6,56	kf	kf
Alter	1,01 0,95-1,06	kf	kf	1,09 0,94-1,26	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,46 0,94-2,26	kf	kf	1,16 0,34-4,01	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54** 0,36-0,82	kf	kf	0,00*** 0,00-0,01	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 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker 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)	—	—	—	-5,22*** -5,96...-4,47	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,92 0,62...1,34	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,00 0,85-4,72	kf	kf	0,93 0,63-1,36	kf	kf
Gruppe	1,02 0,47-2,20	kf	kf	1,23 0,50-3,02	kf	kf
Zeit	9,16*** 4,82-17,41	kf	kf	88,53*** 68,45-114,48	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,42-3,06	kf	kf	0,77 0,08-6,96	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,74 0,40-1,36	kf	kf	0,68 0,19-2,44	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,75 0,40-1,40	kf	kf	1,92 0,50-7,32	kf	kf
Alter	1,08* 1,02-1,15	kf	kf	1,24** 1,09-1,40	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,66-1,49	kf	kf	2,39* 1,02-5,63	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89 0,55-1,44	kf	kf	0,01*** 0,00-0,03	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)	-9,61*** -10,17...-9,06
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-10,12*** -10,70...-9,54
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-6,55*** -7,12...-5,98
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,37*** 0,31...0,44
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,53*** 0,45...0,62
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,52*** 0,42...0,64
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,33*** 0,27-0,39
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,55*** 0,46-0,65
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,42*** 0,34-0,53

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 vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,62 0,32-1,17
Zeit	42,62*** 37,12-48,93
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,24 0,57-8,87
Indexgruppe 9 (F43)	1,17 0,60-2,30
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,72 0,85-3,46
Alter	1,09** 1,03-1,15
Geschlecht (m vs. w)	1,56* 1,01-2,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,02
2. vs. 1.Jahr	0,83 0,40-1,74
3. vs. 1.Jahr	0,29** 0,13-0,62

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 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)	-1,54*** -1,76...-1,33	-0,74** -1,19...-0,30	0,15 -0,40...0,71	kf	kf	-0,08 -0,20...0,05	kf	-7,72*** -8,50...-6,95
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	43444,31 0,00...INF	0,82** 0,72...0,92	1,09 0,99...1,19	kf	kf	0,88 0,57...1,35	kf	0,53*** 0,49...0,57
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	56603,33 0,00-INF	0,82** 0,73-0,93	1,09 0,99-1,20	kf	kf	0,94 0,61-1,44	kf	0,53*** 0,49-0,57
Gruppe	0,00 0,00-INF	1,01 0,68-1,52	0,62*** 0,53-0,73	kf	kf	0,98 0,46-2,08	kf	1,63 0,90-2,95
Zeit	688,54*** 103,39-INF	1,79*** 1,64-1,96	1,18*** 1,11-1,26	kf	kf	0,64** 0,47-0,89	kf	1,61*** 1,53-1,68
Indexgruppe 6 (F10)	0,26** 0,12-0,56	0,28*** 0,15-0,49	0,72** 0,58-0,89	kf	kf	0,44 0,15-1,29	kf	0,10*** 0,04-0,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,77* 1,02-3,07	2,78*** 1,74-4,43	1,03 0,86-1,23	kf	kf	0,92 0,38-2,25	kf	0,78 0,38-1,58
Indexgruppe 9 (F43)	1,21 0,63-2,33	1,04 0,58-1,87	1,01 0,81-1,27	kf	kf	1,25 0,44-3,57	kf	1,59 0,67-3,78
Psy A <sup>1</sup>	0,77 0,43-1,39	3,66*** 2,19-6,12	1,52*** 1,24-1,85	kf	kf	0,95 0,37-2,45	kf	0,78 0,36-1,70
Psy B <sup>2</sup>	0,65 0,30-1,40	3,48*** 1,95-6,23	1,26 1,00-1,59	kf	kf	0,71 0,23-2,24	kf	0,87 0,35-2,18
Alter	0,99 0,98-1,01	0,98** 0,97-0,99	1,01*** 1,01-1,02	kf	kf	0,97 0,95-1,00	kf	1,02* 1,00-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,57-1,60	1,62* 1,05-2,50	1,41*** 1,19-1,67	kf	kf	0,72 0,32-1,60	kf	1,94* 1,01-3,70
Komorbidität <sup>3</sup>	0,95 0,84-1,07	1,03 0,93-1,13	1,10*** 1,06-1,14	kf	kf	1,41*** 1,18-1,68	kf	1,56*** 1,36-1,79
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,60 0,72-3,54	0,45* 0,22-0,90	1,03 0,81-1,32	kf	kf	0,34 0,08-1,38	kf	0,48 0,18-1,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,87 0,52-1,46	1,31 0,86-2,01	1,35*** 1,15-1,59	kf	kf	0,93 0,42-2,02	kf	2,54** 1,35-4,79
Referenzfall (KH vs. PIA)	20,49*** 11,78-35,66	0,71 0,43-1,18	1,12 0,92-1,36	kf	kf	1,00 0,40-2,51	kf	1,27 0,60-2,68

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)	-3,60*** -4,18...-3,03	1,30*** 0,59...2,01	-0,54 -1,41...0,33	kf	kf	kf	kf	-1,60*** -2,45...-0,74
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,65*** 0,53...0,80	1,24** 1,08...1,42	0,93 0,83...1,04	kf	kf	kf	kf	0,81*** 0,72...0,91
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,64*** 0,52-0,78	1,24** 1,08-1,43	0,93 0,83-1,04	kf	kf	kf	kf	0,83** 0,74-0,93
Gruppe	0,93 0,58-1,48	1,46 0,93-2,31	0,87 0,71-1,07	kf	kf	kf	kf	1,14 0,48-2,72
Zeit	2,72*** 2,43-3,05	1,03 0,93-1,15	1,02 0,94-1,10	kf	kf	kf	kf	1,18*** 1,09-1,28
Indexgruppe 6 (F10)	5,45*** 2,82-10,54	1,04 0,51-2,12	0,87 0,63-1,19	kf	kf	kf	kf	1,16 0,29-4,61
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,60 0,97-2,63	2,20** 1,34-3,61	1,21 0,97-1,50	kf	kf	kf	kf	4,16** 1,59-10,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,40* 1,15-10,09	1,95 0,51-7,51	0,85 0,47-1,55	kf	kf	kf	kf	0,07 0,00-1,57
Psy A <sup>1</sup>	0,99 0,58-1,69	3,47*** 1,97-6,09	1,13 0,89-1,44	kf	kf	kf	kf	1,05 0,36-3,05
Psy B <sup>2</sup>	0,95 0,54-1,68	2,27** 1,29-4,01	1,36* 1,05-1,75	kf	kf	kf	kf	1,36 0,45-4,10
Alter	0,99 0,97-1,00	0,97** 0,96-0,99	1,00 0,99-1,01	kf	kf	kf	kf	1,02 0,98-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,36 0,87-2,12	1,88** 1,18-2,99	1,38** 1,13-1,69	kf	kf	kf	kf	3,62** 1,48-8,85
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,89-1,11	1,09 0,97-1,22	1,18*** 1,12-1,23	kf	kf	kf	kf	1,49*** 1,21-1,83
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,49 0,17-1,39	0,71 0,27-1,90	0,75 0,49-1,16	kf	kf	kf	kf	0,21 0,03-1,45
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18 0,73-1,91	2,47*** 1,49-4,10	1,15 0,92-1,42	kf	kf	kf	kf	1,25 0,48-3,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	16,24*** 10,05-26,23	0,25*** 0,15-0,40	0,90 0,73-1,11	kf	kf	kf	kf	2,33 0,93-5,80

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)	0,91*** 0,67...1,15	-1,27*** -1,65...-0,89	-0,79** -1,29...-0,30	kf	kf	0,12* 0,00...0,24	kf	-0,85* -1,52...-0,17
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,16*** 0,08...0,31	0,74*** 0,67...0,82	0,90** 0,83...0,97	kf	kf	1,44* 1,03...2,00	kf	0,92** 0,87...0,97
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,16*** 0,08-0,31	0,74*** 0,67-0,82	0,90** 0,83-0,97	kf	kf	1,40* 1,01-1,95	kf	0,92** 0,87-0,97
Gruppe	7,83*** 3,91-15,67	0,74 0,51-1,07	0,74*** 0,65-0,85	kf	kf	0,97 0,45-2,09	kf	0,80 0,49-1,30
Zeit	95,60*** 51,39-177,85	1,61*** 1,50-1,72	1,13*** 1,07-1,19	kf	kf	0,73* 0,57-0,93	kf	0,95* 0,92-0,99
Indexgruppe 6 (F10)	1,80 0,99-3,26	2,13 0,99-4,58	0,91 0,68-1,21	kf	kf	0,33 0,05-2,26	kf	0,87 0,30-2,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,37* 1,05-1,80	4,58*** 3,10-6,76	1,18* 1,02-1,35	kf	kf	0,56 0,25-1,29	kf	0,88 0,52-1,48
Indexgruppe 9 (F43)	1,85 0,91-3,74	4,66** 1,60-13,60	0,98 0,63-1,51	kf	kf	0,09 0,00-3,48	kf	0,50 0,10-2,57
Psy A <sup>1</sup>	0,97 0,71-1,33	4,50*** 2,90-6,99	1,43*** 1,21-1,68	kf	kf	1,01 0,40-2,55	kf	1,96* 1,08-3,55
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,68-1,51	1,88* 1,10-3,21	1,46*** 1,20-1,79	kf	kf	1,18 0,36-3,82	kf	0,97 0,46-2,04
Alter	1,00 0,99-1,01	0,98** 0,97-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,98 0,95-1,00	kf	1,03*** 1,01-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,71-1,20	1,92** 1,31-2,80	1,32*** 1,15-1,52	kf	kf	0,75 0,35-1,62	kf	2,60*** 1,57-4,32
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,95-1,08	1,00 0,92-1,10	1,12*** 1,08-1,15	kf	kf	1,27* 1,06-1,53	kf	1,23*** 1,10-1,38
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,52-1,43	0,87 0,43-1,75	1,28* 1,01-1,63	kf	kf	0,46 0,10-2,17	kf	2,76* 1,17-6,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,78-1,29	1,51* 1,05-2,17	1,39*** 1,22-1,59	kf	kf	0,70 0,33-1,48	kf	3,16*** 1,94-5,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	17,83*** 13,10-24,26	0,61** 0,42-0,88	1,10 0,96-1,25	kf	kf	1,43 0,66-3,07	kf	2,66*** 1,62-4,36

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)	-1,44*** -1,83...-1,05	-1,07*** -1,45...-0,69	-0,19 -0,63...0,26	kf	kf	0,06 -0,14...0,25	kf	1,76*** 1,14...2,38
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	9,29*** 3,35...25,78	0,73*** 0,62...0,85	1,07 0,94...1,23	kf	kf	1,08 0,81...1,46	kf	1,29*** 1,18...1,42
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	9,12*** 3,31-25,10	0,73*** 0,62-0,86	1,07*** 1,07-1,07	kf	kf	1,09*** 1,09-1,09	kf	1,28*** 1,17-1,40
Gruppe	0,09*** 0,03-0,27	0,53* 0,28-0,99	0,60*** 0,60-0,61	kf	kf	1,14*** 1,14-1,14	kf	0,63 0,31-1,31
Zeit	31,20*** 23,60-41,24	1,39*** 1,26-1,52	1,28*** 1,28-1,28	kf	kf	0,76*** 0,76-0,76	kf	0,88*** 0,82-0,93
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,54-1,27	2,36 0,74-7,55	1,12*** 1,11-1,12	kf	kf	0,79*** 0,79-0,80	kf	2,33 0,55-9,86
Indexgruppe 15 (F84)	0,95 0,41-2,19	1,35 0,13-13,81	0,87*** 0,87-0,87	kf	kf	0,74*** 0,74-0,74	kf	7,10 0,45-112,39
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,58* 0,36-0,92	2,52 0,66-9,58	0,88*** 0,88-0,89	kf	kf	1,02*** 1,02-1,02	kf	1,60 0,32-7,87
Alter	0,98 0,95-1,01	1,13** 1,03-1,23	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,83*** 0,83-0,83	kf	0,71*** 0,64-0,79
Geschlecht (m vs. w)	1,05 0,83-1,32	0,81 0,41-1,59	0,87*** 0,87-0,87	kf	kf	1,35*** 1,35-1,35	kf	1,06 0,49-2,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,16*** 3,06-5,66	0,13*** 0,06-0,29	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,85*** 0,85-0,85	kf	0,77 0,32-1,88

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)	-1,38*** -2,08...-0,68	-0,27 -0,67...0,13	0,19 -0,41...0,79	kf	kf	-0,24 -0,51...0,04	kf	-1,03* -2,02...-0,05
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,85* 0,74...0,96	0,86 0,68...1,09	1,04 0,90...1,21	kf	kf	0,73 0,52...1,02	kf	0,92 0,84...1,01
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85* 0,74-0,96	0,87 0,69-1,10	1,04 0,90-1,20	kf	kf	0,73 0,52-1,02	kf	0,92 0,84-1,01
Gruppe	0,97 0,77-1,24	0,54 0,18-1,56	0,77* 0,60-0,99	kf	kf	0,97 0,49-1,90	kf	1,24 0,57-2,70
Zeit	1,56*** 1,43-1,70	1,06 0,92-1,21	0,94 0,85-1,04	kf	kf	0,85 0,67-1,06	kf	1,00 0,93-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	1,17 0,71-1,92	0,22 0,02-2,62	1,25 0,75-2,08	kf	kf	0,87 0,21-3,62	kf	2,41 0,48-12,12
Indexgruppe 15 (F84)	1,48 0,83-2,64	0,45 0,02-9,52	1,56 0,84-2,93	kf	kf	0,23 0,03-1,65	kf	15,70** 2,31-106,87
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,03 0,64-1,64	0,36 0,04-3,55	0,82 0,51-1,34	kf	kf	0,42 0,11-1,67	kf	0,90 0,19-4,30
Alter	0,99 0,96-1,02	1,07 0,91-1,25	0,99 0,96-1,03	kf	kf	0,85** 0,78-0,94	kf	0,68*** 0,60-0,76
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,65-1,14	0,84 0,22-3,16	1,32 0,98-1,76	kf	kf	0,81 0,36-1,85	kf	1,94 0,75-5,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,95*** 4,44-7,98	0,20* 0,05-0,71	0,87 0,66-1,14	kf	kf	0,35** 0,17-0,74	kf	0,73 0,30-1,76

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 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)	-2,72*** -3,09...-2,35	0,15 -0,31...0,61	-0,73** -1,21...-0,26	kf	kf	0,08 -0,15...0,31	kf	1,16** 0,48...1,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,23* 0,06...0,89	1,04 0,91...1,19	0,84** 0,74...0,96	kf	kf	1,08 0,83...1,42	kf	1,08 0,99...1,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,25* 0,06-0,93	1,06 0,93-1,22	0,84* 0,74-0,96	kf	kf	1,07 0,82-1,40	kf	1,07 0,98-1,17
Gruppe	2,35 0,61-8,99	0,70 0,32-1,52	0,92 0,73-1,16	kf	kf	0,74 0,44-1,25	kf	0,85 0,41-1,79
Zeit	463,84*** 154,03-INF	0,98 0,90-1,07	1,33*** 1,22-1,46	kf	kf	0,77** 0,64-0,93	kf	0,70*** 0,66-0,74
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,49 0,81-2,72	3,65 0,45-29,43	0,94 0,52-1,68	kf	kf	0,55 0,10-3,14	kf	0,15 0,01-1,67
Indexgruppe 9 (F43)	1,12 0,79-1,59	2,21 0,64-7,62	0,90 0,64-1,27	kf	kf	1,01 0,43-2,36	kf	1,94 0,59-6,34
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,28 0,89-1,82	0,92 0,27-3,21	0,87 0,61-1,24	kf	kf	1,19 0,48-2,92	kf	0,80 0,24-2,72
Alter	1,02 0,99-1,05	1,29*** 1,15-1,45	1,03 0,99-1,06	kf	kf	0,77*** 0,71-0,83	kf	0,67*** 0,60-0,75
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,73-1,15	0,47 0,21-1,07	0,79* 0,63-0,99	kf	kf	1,34 0,79-2,29	kf	0,65 0,30-1,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,12*** 3,01-5,64	0,22** 0,08-0,60	0,93 0,71-1,23	kf	kf	1,19 0,62-2,29	kf	1,84 0,71-4,74

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)	0,02 -0,11...0,15	0,10 -0,04...0,24	0,11 -0,03...0,26
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	2,73 0,85...8,75	1,76 0,67...4,64	1,15 0,33...4,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,49 0,46-4,82	0,97 0,37-2,58	1,12 0,32-3,98
Gruppe	0,58 0,18-1,85	1,03 0,39-2,68	0,91 0,26-3,19
Zeit	0,96 0,52-1,77	1,03 0,56-1,90	1,04 0,42-2,54
Indexgruppe 6 (F10)	0,74 0,54-1,01	0,76* 0,58-1,00	0,89 0,69-1,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,16 0,91-1,49	1,00 0,80-1,25	0,96 0,77-1,21
Indexgruppe 9 (F43)	1,09 0,80-1,49	1,08 0,82-1,42	1,07 0,81-1,40
Psy A <sup>1</sup>	1,27 0,98-1,64	1,16 0,91-1,47	1,07 0,84-1,36
Psy B <sup>2</sup>	0,91 0,67-1,23	1,05 0,79-1,39	1,04 0,78-1,38
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,15 0,91-1,45	1,01 0,82-1,25	1,01 0,82-1,24
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,96-1,06	1,03 0,99-1,08	1,02 0,98-1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,97 0,70-1,36	0,99 0,74-1,34	1,02 0,76-1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,78-1,23	1,07 0,87-1,32	1,06 0,87-1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,96 0,66-1,39	1,04 0,74-1,45	1,05 0,75-1,47

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)	0,05 -0,17...0,27	0,07 -0,17...0,31	0,05 -0,18...0,28
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,65...1,64	1,05 0,68...1,61	1,00 0,63...1,59
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,99 0,62-1,57	0,96 0,62-1,48	0,88 0,55-1,41
Gruppe	0,95 0,65-1,39	0,95 0,66-1,36	1,03 0,69-1,52
Zeit	1,04 0,73-1,49	1,12 0,80-1,57	1,22 0,85-1,76
Indexgruppe 6 (F10)	1,31 0,92-1,87	1,21 0,88-1,67	1,07 0,76-1,52
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,26 0,98-1,63	1,07 0,84-1,36	1,09 0,84-1,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,97 0,35-2,70	0,87 0,35-2,18	1,08 0,46-2,51
Psy A <sup>1</sup>	1,14 0,84-1,55	1,09 0,83-1,45	1,13 0,84-1,51
Psy B <sup>2</sup>	1,06 0,80-1,41	1,23 0,94-1,60	1,13 0,86-1,49
Alter	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01	1,00 0,99-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,27 0,99-1,63	1,07 0,85-1,34	1,11 0,87-1,40
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08** 1,02-1,14	1,04 0,99-1,10	1,03 0,97-1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,70 0,42-1,18	0,86 0,55-1,35	0,87 0,54-1,40
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,17 0,86-1,60	1,17 0,89-1,55	1,12 0,84-1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,72-1,32	0,97 0,73-1,29	1,02 0,76-1,36

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)	-0,27 -0,80...0,25	-0,03 -0,81...0,76	-0,15 -1,02...0,72
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,61 0,22...1,70	0,97 0,40...2,35	0,84 0,31...2,29
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,67 0,23-1,91	0,99 0,40-2,44	0,85 0,31-2,35
Gruppe	1,43 0,51-4,04	0,99 0,41-2,40	1,16 0,43-3,16
Zeit	1,66 0,68-4,05	1,08 0,50-2,31	1,22 0,50-2,99
Indexgruppe 6 (F10)	1,28 0,87-1,88	1,11 0,78-1,58	1,10 0,77-1,56
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,37** 1,10-1,71	1,21 0,99-1,47	1,07 0,88-1,30
Indexgruppe 9 (F43)	0,83 0,34-2,03	0,88 0,41-1,87	1,23 0,67-2,27
Psy A <sup>1</sup>	1,08 0,84-1,39	1,08 0,86-1,35	1,02 0,82-1,27
Psy B <sup>2</sup>	1,16 0,86-1,56	1,13 0,87-1,48	1,05 0,80-1,38
Alter	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,21 0,98-1,51	1,09 0,90-1,32	1,13 0,94-1,35
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,95-1,05	1,00 0,96-1,05	1,01 0,97-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,19 0,86-1,67	1,20 0,90-1,62	1,09 0,81-1,47
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,91-1,38	1,06 0,88-1,28	1,03 0,86-1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,81-1,42	1,09 0,85-1,40	1,07 0,84-1,36

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)	-0,01 -0,11...0,08	0,03 -0,09...0,15	0,07 -0,06...0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,17 0,44...3,13	1,22 0,54...2,74	1,22 0,57...2,63
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,44-3,21	1,14 0,50-2,59	1,02 0,47-2,21
Gruppe	0,73 0,28-1,86	0,85 0,39-1,86	1,02 0,49-2,14
Zeit	0,96 0,49-1,87	0,99 0,56-1,73	0,99 0,57-1,69
Indexgruppe 9 (F43)	0,64 0,35-1,17	1,03 0,66-1,61	1,01 0,67-1,54
Indexgruppe 15 (F84)	1,66 0,71-3,88	1,14 0,50-2,61	1,04 0,46-2,38
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,73 0,40-1,34	1,04 0,64-1,69	1,01 0,64-1,60
Alter	1,01 0,97-1,05	1,01 0,98-1,04	1,00 0,97-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,71-1,39	1,04 0,80-1,35	1,08 0,85-1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80 0,58-1,11	0,91 0,70-1,18	0,93 0,73-1,19

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 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)	0,04 -0,10...0,18	-0,01 -0,18...0,16	-0,10 -0,28...0,07
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,22 0,64...2,29	0,94 0,55...1,59	0,67 0,40...1,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	2,00* 1,06-3,77	1,39 0,82-2,38	0,99 0,58-1,69
Gruppe	0,72 0,47-1,13	0,87 0,58-1,30	1,07 0,70-1,64
Zeit	0,45** 0,27-0,74	0,67 0,44-1,02	0,99 0,64-1,52
Indexgruppe 9 (F43)	1,09 0,63-1,87	1,00 0,62-1,61	1,09 0,69-1,71
Indexgruppe 15 (F84)	0,70 0,30-1,65	0,68 0,33-1,37	0,96 0,52-1,78
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,81 0,49-1,36	0,69 0,45-1,06	0,97 0,62-1,53
Alter	1,04 0,99-1,08	1,01 0,97-1,05	1,00 0,96-1,04
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,62-1,28	0,91 0,67-1,23	0,95 0,71-1,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,60-1,22	0,89 0,65-1,21	0,99 0,72-1,36

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 klinisch neu und klinisch bekannt) - 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)	0,04 -0,57...0,66	-0,08 -0,99...0,83	-0,02 -1,19...1,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,16 0,22...6,19	0,90 0,29...2,77	0,98 0,31...3,17
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,17 0,22-6,25	0,98 0,32-3,00	0,99 0,31-3,22
Gruppe	0,80 0,15-4,13	1,05 0,35-3,15	1,00 0,32-3,16
Zeit	1,43 0,57-3,57	1,29 0,65-2,56	1,04 0,56-1,95
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,80 0,38-1,66	0,87 0,51-1,48	0,89 0,53-1,51
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,55-1,39	0,88 0,62-1,25	0,95 0,68-1,34
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,93 0,57-1,54	0,83 0,57-1,20	0,84 0,59-1,19
Alter	1,03 0,99-1,09	1,02 0,98-1,06	1,01 0,97-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,86 0,62-1,21	1,15 0,89-1,49	1,03 0,80-1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,71-1,43	1,02 0,78-1,34	0,98 0,75-1,27

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 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	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

<sup>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	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 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 Präzeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 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 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 15 (F84)	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 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 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 15 (F84)	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 Krankenhausopping, 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: '\*\*\*' <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 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)	0,11 -0,19...0,41	3,24** 0,95...5,54	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,13 0,77...1,65	1,24*** 1,17...1,32	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,13 0,77-1,65	1,24*** 1,17-1,32	kf	kf
Gruppe	0,94 0,68-1,30	0,94 0,61-1,45	kf	kf
Zeit	2,24*** 1,71-2,95	4,03*** 3,87-4,20	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,06 0,82-1,36	0,30*** 0,16-0,54	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21 0,97-1,50	2,56*** 1,52-4,29	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,82-1,37	0,86 0,46-1,59	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	0,98 0,78-1,23	1,40 0,81-2,42	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,89 0,65-1,22	0,59 0,27-1,25	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,02 1,00-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,95-1,42	1,11 0,69-1,78	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 1,00-1,11	1,15 1,00-1,32	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,79 0,42-1,46	1,04 0,27-3,91	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66** 0,52-0,84	0,24*** 0,14-0,41	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)	-0,36 -0,84...0,12	4,62** 1,32...7,92	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,76 0,52...1,10	1,08** 1,03...1,14	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76 0,52-1,10	1,08** 1,03-1,14	kf	kf
Gruppe	1,00 0,73-1,36	1,15 0,67-1,97	kf	kf
Zeit	1,26 0,96-1,64	1,16*** 1,12-1,20	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	0,94 0,64-1,39	3,16* 1,29-7,72	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09 0,85-1,41	2,87*** 1,60-5,14	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34* 0,12-0,97	0,10** 0,02-0,52	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,44** 1,09-1,89	2,67** 1,45-4,91	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,84 0,62-1,15	0,43* 0,21-0,89	kf	kf
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01 0,99-1,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,80 0,63-1,03	1,81* 1,05-3,13	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,96-1,12	0,94 0,79-1,12	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,56 0,70-3,49	0,53 0,07-4,15	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49*** 0,37-0,65	0,24*** 0,13-0,42	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)	-0,12 -0,35...0,10	-7,68*** -9,40...-5,95	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,94 0,70...1,25	1,09*** 1,05...1,13	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,94 0,70-1,25	1,09*** 1,05-1,13	kf	kf
Gruppe	0,95 0,75-1,20	0,57** 0,38-0,86	kf	kf
Zeit	1,83*** 1,51-2,23	2,20*** 2,15-2,26	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,02 0,84-1,25	0,44** 0,25-0,76	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,34** 1,13-1,60	3,25*** 1,99-5,29	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,09 0,91-1,30	1,08 0,67-1,75	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,11 0,94-1,33	1,29 0,78-2,13	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	0,96 0,75-1,23	1,30 0,64-2,63	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,04*** 1,02-1,05	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,90-1,21	1,18 0,78-1,80	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,94-1,03	0,94 0,83-1,07	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,40 0,91-2,14	0,69 0,18-2,67	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,74** 0,63-0,88	0,19*** 0,12-0,31	kf	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 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)	2,25** 0,74...3,76
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	8,92*** 7,45...10,39
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-5,98*** -7,30...-4,67
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,16*** 1,11...1,21
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,21*** 1,17...1,26
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,05** 1,02...1,09
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,16*** 1,11-1,21
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,21*** 1,17-1,26
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,05** 1,02-1,09

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
Gruppe	1,06 0,75-1,50
Zeit	2,87*** 2,79-2,96
Indexgruppe 6 (F10)	0,45*** 0,34-0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,42*** 2,64-4,43
Indexgruppe 9 (F43)	1,11 0,85-1,46
Psy A <sup>1</sup>	1,55** 1,20-2,02
Psy B <sup>2</sup>	0,83 0,57-1,20
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,82-1,30
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07* 1,00-1,14
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,92 0,43-1,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,22*** 0,17-0,29
2. vs. 1.Jahr	1,65** 1,15-2,38
3. vs. 1.Jahr	1,87** 1,31-2,67

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 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,98 0,61-1,55	kf
Index- gruppe 6 (F10)	0,97 0,51-1,84	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,53* 0,29-0,97	kf
Index- gruppe 9 (F43)	0,87 0,42-1,80	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,17 0,62-2,22	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,48-2,16	kf
Alter	0,99 0,98-1,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,75 0,45-1,27	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,93-1,17	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,45-2,18	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,76 0,46-1,28	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,59 0,23-1,50	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 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,72 0,40-1,30	kf
Index- gruppe 6 (F10)	0,93 0,36-2,41	kf
Index- gruppe 7 (F20-F29)	0,66 0,33-1,32	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,37 0,16-11,43	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,04 0,49-2,19	kf
Psy B <sup>2</sup>	2,76* 1,26-6,04	kf
Alter	0,99 0,97-1,02	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,39-1,34	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08 0,93-1,26	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,00 0,59-6,80	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,46-1,67	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64 0,28-1,48	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 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikerne und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	1,35 0,85-2,13	0,98 0,95-1,02
Index- gruppe 6 (F10)	1,45 0,80-2,60	1,42*** 1,36-1,49
Index- gruppe 8 (F30-F39)	1,71 1,00-2,95	0,98 0,93-1,03
Index- gruppe 9 (F43)	1,03 0,57-1,85	1,01 0,96-1,06
Psy A <sup>1</sup>	0,66 0,34-1,25	1,09** 1,03-1,15
Psy B <sup>2</sup>	2,88** 1,40-5,92	0,69*** 0,65-0,73
Alter	0,99 0,98-1,01	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,56-1,50	1,33*** 1,28-1,39
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,88-1,09	1,00 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,67 0,75-3,73	1,03 0,97-1,10
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,61-1,54	0,86*** 0,83-0,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,25 0,62-2,52	1,26*** 1,20-1,33

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 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 15 (F84)	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 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 15 (F84)	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 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 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,00 -0,41...0,40
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,03 0,91...1,17
DiD-Schätzer	1,03 0,90-1,17
Gruppe	0,91 0,80-1,03
Zeit	1,29*** 1,18-1,41
Indexgruppe 6 (F10)	1,36*** 1,18-1,57
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,89-1,13
Indexgruppe 9 (F43)	1,12 0,96-1,30
Psy A <sup>1</sup>	1,17* 1,02-1,34
Psy B <sup>2</sup>	1,33*** 1,14-1,54
Alter	1,03*** 1,02-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,89-1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,08 0,92-1,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,43*** 1,30-1,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,09 0,95-1,25

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)	0,03 -0,54...0,59
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,01 0,85...1,21
DiD-Schätzer	1,01 0,85-1,21
Gruppe	0,93 0,79-1,09
Zeit	1,12 0,99-1,26
Indexgruppe 6 (F10)	0,89 0,72-1,09
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,88 0,76-1,02
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83 0,53-1,30
Psy A <sup>1</sup>	1,18* 1,00-1,39
Psy B <sup>2</sup>	1,21* 1,02-1,42
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,77-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,73-1,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19* 1,03-1,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,91 0,79-1,05

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,02 -0,36...0,32
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,89...1,11
DiD-Schätzer	0,99 0,89-1,11
Gruppe	0,97 0,88-1,08
Zeit	1,26*** 1,16-1,36
Indexgruppe 6 (F10)	1,27*** 1,13-1,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,17** 1,06-1,29
Indexgruppe 9 (F43)	1,10 0,99-1,22
Psy A <sup>1</sup>	1,22*** 1,10-1,36
Psy B <sup>2</sup>	1,13 1,00-1,28
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,92-1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,39*** 1,21-1,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,14** 1,05-1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,92 0,84-1,00

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 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,14 0,55-2,37
Psy A <sup>1</sup>	0,24 0,05-1,10
Psy B <sup>2</sup>	3,51 0,71-17,27
Alter	1,10*** 1,07-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,61 0,29-1,28
Komorbidität <sup>3</sup>	1,14* 1,00-1,30
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,08** 0,02-0,38
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	1,83 0,84-4,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,37 0,11-1,29

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	2,11 0,51-8,79
Psy A <sup>1</sup>	1,55 0,32-7,51
Psy B <sup>2</sup>	0,28 0,04-1,99
Alter	1,12*** 1,05-1,18
Geschlecht (m vs. w)	0,55 0,13-2,26
Komorbidität <sup>3</sup>	1,23 1,00-1,52
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00-INF
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	0,80 0,14-4,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,48 0,09-2,52

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	2,24 0,97-5,17
Psy A <sup>1</sup>	1,03 0,36-2,99
Psy B <sup>2</sup>	1,26 0,39-4,00
Alter	1,09*** 1,06-1,13
Geschlecht (m vs. w)	0,41* 0,18-0,95
Komorbidität <sup>3</sup>	1,10 0,95-1,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,89 0,32-2,45
Anzahl AU Prä- zeitraum (Me- dian split)	0,96 0,40-2,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84 0,36-1,93

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,00 1,00-1,00
Alter	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 1,00-1,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 1,00-1,00

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 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,00 1,00-1,00
Alter	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 1,00-1,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 1,00-1,00

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 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,00 1,00-1,00
Alter	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 1,00-1,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 1,00-1,00

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 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	kf
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &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 Präzeitraum (Median split)	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 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	1,53* 1,01-2,31
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	0,62 0,37-1,05
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,83 0,38-1,83
Alter	kf	kf	0,99 0,97-1,00
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,87 0,58-1,31
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,75*** 0,65-0,86
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,35 0,10-1,21
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	0,98 0,65-1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,33*** 0,21-0,51

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 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
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</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
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</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
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	0,92 0,63-1,33	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02* 1,00-1,03	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	2,80*** 1,84-4,27	kf	kf	kf	kf
Komorbidi- tät <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,02 0,93-1,12	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,32* 0,13-0,78	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,74** 1,19-2,57	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,74 0,50-1,09	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

**Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten 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	0,75 0,51-1,10	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02*** 1,01-1,03	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	2,28*** 1,49-3,48	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	0,99 0,92-1,08	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,38* 0,17-0,83	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,56* 1,04-2,34	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,71 0,47-1,08	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
	2016	2016
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.678</b>	<b>39.363</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>	51,4 %	49,7 %
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>	26,2	17,5
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>645</b>	<b>17.924</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>	443 56,4	11.940 57,3

<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)

<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; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	258	265	247	245	261	258	246	240
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.293,75 €</b>	<b>3.674,59 €</b>	<b>2.471,49 €</b>	<b>2.521,98 €</b>	<b>2.953,74 €</b>	<b>3.088,82 €</b>	<b>3.352,12 €</b>	<b>2.578,90 €</b>
Standardabweichung	9.837,10 €	16.510,37 €	5.285,21 €	9.907,02 €	4.770,74 €	7.420,34 €	13.488,24 €	5.902,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	188,15 €	226,42 €	213,06 €	189,96 €	221,90 €	224,13 €	281,40 €	192,48 €
Median	920,71 €	625,46 €	690,04 €	734,93 €	799,13 €	706,30 €	735,02 €	668,45 €
75%-Perzentil	3.026,94 €	2.462,95 €	2.497,16 €	2.204,33 €	3.499,29 €	2.588,95 €	2.835,51 €	2.309,47 €
Maximum	138.833,01 €	203.765,52 €	47.958,46 €	152.446,38 €	29.740,92 €	64.368,08 €	206.068,83 €	51.288,18 €

**Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	143	142	136	140	142	142	135	131
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.287,54 €</b>	<b>2.986,23 €</b>	<b>2.425,77 €</b>	<b>2.726,08 €</b>	<b>3.618,24 €</b>	<b>2.830,17 €</b>	<b>2.230,80 €</b>	<b>3.456,61 €</b>
Standardabweichung	4.212,93 €	7.010,66 €	4.102,58 €	5.934,36 €	7.750,23 €	5.471,29 €	4.082,86 €	7.799,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	254,23 €	220,78 €	192,13 €	264,66 €	392,55 €	264,29 €	242,14 €	271,76 €
Median	785,04 €	677,98 €	589,65 €	745,39 €	1.016,81 €	729,98 €	776,18 €	648,42 €
75%-Perzentil	2.647,05 €	2.504,80 €	2.437,47 €	3.009,97 €	3.146,12 €	2.614,18 €	1.951,69 €	3.172,81 €
Maximum	27.897,56 €	53.771,08 €	21.183,61 €	56.025,21 €	73.451,68 €	31.648,61 €	22.378,02 €	43.613,17 €

**Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	98	76	62	57	94	76	62	49
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.183,30 €</b>	<b>2.751,40 €</b>	<b>1.519,91 €</b>	<b>1.575,08 €</b>	<b>1.825,76 €</b>	<b>1.980,65 €</b>	<b>1.653,69 €</b>	<b>1.267,79 €</b>
Standardabweichung	9.306,39 €	16.418,38 €	4.895,42 €	9.780,75 €	3.886,53 €	6.557,33 €	5.299,84 €	4.222,16 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.781,94 €	879,49 €	0,00 €	0,00 €	2.021,53 €	848,63 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	138.632,03 €	203.765,52 €	46.795,55 €	152.423,09 €	25.490,72 €	56.332,89 €	61.060,93 €	39.010,33 €

**Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	50	45	35	39	52	39	32	37
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.278,90 €</b>	<b>1.907,56 €</b>	<b>1.367,56 €</b>	<b>1.646,56 €</b>	<b>2.206,97 €</b>	<b>1.368,51 €</b>	<b>963,95 €</b>	<b>1.937,23 €</b>
Standardabweichung	3.263,40 €	6.004,45 €	3.164,70 €	5.294,81 €	7.048,40 €	3.703,98 €	2.876,16 €	5.580,51 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.143,88 €	1.090,74 €	0,00 €	974,76 €	1.957,48 €	833,67 €	0,00 €	737,54 €
Maximum	24.997,04 €	51.395,54 €	16.657,29 €	54.318,52 €	72.390,07 €	25.070,39 €	18.839,86 €	32.438,57 €

**Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	2	3	4	4	2	3	3	8
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>20,33 €</b>	<b>4,77 €</b>	<b>11,11 €</b>	<b>31,60 €</b>	<b>2,49 €</b>	<b>10,65 €</b>	<b>6,12 €</b>	<b>44,88 €</b>
Standardabweichung	239,77 €	48,87 €	114,31 €	281,84 €	28,99 €	124,08 €	58,70 €	432,84 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.926,22 €	673,57 €	1.606,46 €	2.774,91 €	344,56 €	1.919,28 €	637,79 €	6.573,70 €

**Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	1	0	3	2	2	2	1	2
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,06 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>8,72 €</b>	<b>6,45 €</b>	<b>37,53 €</b>	<b>15,12 €</b>	<b>6,08 €</b>	<b>29,00 €</b>
Standardabweichung	25,43 €	0,00 €	63,00 €	57,01 €	422,44 €	157,83 €	71,72 €	265,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	313,58 €	0,00 €	601,08 €	602,16 €	5.060,00 €	1.871,18 €	845,61 €	2.925,56 €

**Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	13	9	14	11	12	15	12	13
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>16,57 €</b>	<b>8,81 €</b>	<b>15,24 €</b>	<b>9,75 €</b>	<b>10,33 €</b>	<b>8,06 €</b>	<b>16,55 €</b>	<b>23,26 €</b>
Standardabweichung	102,88 €	56,71 €	81,28 €	65,77 €	59,55 €	41,27 €	107,32 €	272,59 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.172,95 €	513,54 €	710,22 €	773,41 €	661,09 €	370,00 €	996,00 €	4.278,00 €

**Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	6	8	10	4	7	11	5	3
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>20,71 €</b>	<b>37,99 €</b>	<b>23,84 €</b>	<b>6,58 €</b>	<b>6,38 €</b>	<b>16,94 €</b>	<b>11,47 €</b>	<b>2,28 €</b>
Standardabweichung	184,33 €	265,28 €	128,96 €	48,16 €	36,60 €	134,34 €	82,97 €	15,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.226,00 €	3.021,00 €	1.351,50 €	519,32 €	335,67 €	1.590,00 €	795,00 €	122,16 €

**Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	255	261	247	245	257	257	243	240
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>456,57 €</b>	<b>384,45 €</b>	<b>433,62 €</b>	<b>430,95 €</b>	<b>473,11 €</b>	<b>467,27 €</b>	<b>487,95 €</b>	<b>481,25 €</b>
Standardabweichung	483,69 €	378,82 €	385,47 €	411,38 €	447,02 €	507,57 €	463,56 €	481,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	115,03 €	117,78 €	133,44 €	102,24 €	153,32 €	139,03 €	160,59 €	138,26 €
Median	331,60 €	282,51 €	323,02 €	326,60 €	342,81 €	314,28 €	352,59 €	309,92 €
75%-Perzentil	649,85 €	570,50 €	682,93 €	632,06 €	660,17 €	649,10 €	622,01 €	728,84 €
Maximum	4.197,34 €	2.847,74 €	2.185,82 €	3.114,98 €	2.560,09 €	3.692,14 €	2.683,86 €	3.290,10 €



**Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	141	139	136	138	141	141	135	129
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>490,10 €</b>	<b>434,48 €</b>	<b>440,04 €</b>	<b>437,98 €</b>	<b>494,46 €</b>	<b>459,76 €</b>	<b>431,67 €</b>	<b>505,09 €</b>
Standardabweichung	590,86 €	692,04 €	491,35 €	440,42 €	439,34 €	487,97 €	490,97 €	563,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	153,51 €	107,47 €	117,51 €	131,94 €	185,36 €	130,37 €	138,23 €	132,46 €
Median	309,72 €	279,43 €	299,14 €	298,24 €	361,40 €	293,98 €	287,98 €	335,58 €
75%-Perzentil	680,42 €	567,31 €	539,78 €	588,79 €	656,60 €	592,19 €	542,26 €	613,02 €
Maximum	4.495,72 €	7.379,52 €	3.347,87 €	2.343,33 €	2.492,00 €	2.845,65 €	4.104,38 €	3.460,85 €

**Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	211	206	202	205	207	216	211	200
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>494,93 €</b>	<b>426,02 €</b>	<b>388,54 €</b>	<b>394,59 €</b>	<b>523,13 €</b>	<b>487,46 €</b>	<b>1.038,36 €</b>	<b>693,98 €</b>
Standardabweichung	1.545,09 €	1.177,34 €	761,87 €	738,04 €	1.278,82 €	1.110,07 €	8.887,56 €	2.685,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	11,59 €	0,00 €	13,83 €	14,02 €	11,76 €	14,46 €	18,12 €	16,46 €
Median	97,85 €	82,04 €	110,17 €	102,29 €	106,76 €	135,04 €	119,42 €	126,45 €
75%-Perzentil	384,65 €	331,64 €	406,45 €	389,48 €	467,74 €	355,16 €	473,44 €	549,23 €
Maximum	21.043,25 €	15.896,38 €	5.252,30 €	4.886,79 €	14.314,06 €	12.661,17 €	141.918,75 €	38.903,26 €

**Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	116	115	111	117	117	116	102	102
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>412,59 €</b>	<b>542,12 €</b>	<b>490,16 €</b>	<b>560,50 €</b>	<b>797,82 €</b>	<b>867,76 €</b>	<b>701,90 €</b>	<b>888,79 €</b>
Standardabweichung	1.488,90 €	2.188,03 €	1.852,02 €	1.923,17 €	2.618,13 €	3.177,65 €	2.339,88 €	3.290,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	11,63 €	1,76 €	14,74 €	18,55 €	22,53 €	15,56 €	0,00 €	13,53 €
Median	62,29 €	68,46 €	99,81 €	108,90 €	129,34 €	123,67 €	92,02 €	110,26 €
75%-Perzentil	272,94 €	277,69 €	326,45 €	341,63 €	457,70 €	312,64 €	339,81 €	435,50 €
Maximum	15.901,88 €	20.489,20 €	20.417,29 €	20.343,72 €	18.830,07 €	27.088,39 €	21.241,04 €	32.147,02 €

**Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	279	279	262	257	273	273	256	250
N mit Fall	99	85	83	58	86	76	84	55
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>122,04 €</b>	<b>99,15 €</b>	<b>103,08 €</b>	<b>80,00 €</b>	<b>118,94 €</b>	<b>134,73 €</b>	<b>149,44 €</b>	<b>67,73 €</b>
Standardabweichung	448,80 €	320,54 €	277,21 €	277,68 €	395,31 €	413,15 €	430,59 €	267,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	94,52 €	99,06 €	101,58 €	0,00 €	93,90 €	60,18 €	136,52 €	0,00 €
Maximum	5.469,17 €	4.171,18 €	2.345,06 €	3.220,36 €	5.074,68 €	4.248,99 €	4.520,16 €	3.688,60 €

**Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	152	152	146	145	144	144	139	135
N mit Fall	43	43	34	29	47	47	35	38
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>83,17 €</b>	<b>64,08 €</b>	<b>95,46 €</b>	<b>68,00 €</b>	<b>75,09 €</b>	<b>102,07 €</b>	<b>115,73 €</b>	<b>94,23 €</b>
Standardabweichung	205,46 €	156,66 €	322,40 €	213,74 €	155,76 €	253,90 €	383,09 €	241,71 €
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	70,51 €	85,13 €	0,00 €	0,00 €	83,93 €	88,53 €	44,40 €	98,22 €
Maximum	1.418,00 €	1.341,70 €	2.804,69 €	1.790,40 €	780,54 €	1.989,90 €	3.433,16 €	1.790,40 €

**Kinder**
**Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	242	243	239	235	236	235	230	228
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.055,17 €</b>	<b>1.092,98 €</b>	<b>963,43 €</b>	<b>655,48 €</b>	<b>979,38 €</b>	<b>958,09 €</b>	<b>871,15 €</b>	<b>1.038,91 €</b>
Standardabweichung	2.035,08 €	3.430,11 €	2.503,49 €	1.158,64 €	1.624,59 €	1.777,62 €	1.894,82 €	2.426,56 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	169,70 €	125,27 €	132,58 €	107,80 €	209,98 €	185,93 €	151,98 €	158,93 €
Median	444,11 €	302,85 €	271,60 €	254,26 €	431,56 €	396,93 €	353,34 €	372,35 €
75%-Perzentil	1.297,66 €	972,65 €	1.078,52 €	613,84 €	1.221,67 €	1.057,37 €	813,35 €	926,27 €
Maximum	25.068,33 €	47.550,76 €	32.539,97 €	10.816,77 €	14.519,29 €	22.053,04 €	17.023,07 €	24.420,45 €

**Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	159	158	154	156	154	152	151	151
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.199,91 €</b>	<b>858,41 €</b>	<b>883,79 €</b>	<b>928,87 €</b>	<b>1.026,46 €</b>	<b>1.075,60 €</b>	<b>1.085,50 €</b>	<b>1.086,02 €</b>
Standardabweichung	2.189,27 €	1.344,32 €	1.375,15 €	2.494,57 €	2.236,69 €	2.679,50 €	3.083,70 €	3.554,29 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	140,94 €	117,69 €	97,56 €	113,54 €	189,82 €	157,00 €	129,47 €	128,23 €
Median	449,89 €	356,76 €	310,64 €	248,18 €	365,36 €	491,95 €	315,68 €	268,71 €
75%-Perzentil	1.559,91 €	960,11 €	863,32 €	665,39 €	1.263,85 €	1.172,81 €	1.026,76 €	684,55 €
Maximum	22.228,33 €	8.179,63 €	7.330,46 €	19.602,92 €	24.323,84 €	29.071,39 €	29.487,26 €	33.999,49 €

**Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	49	37	42	27	36	35	20	31
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>442,82 €</b>	<b>422,17 €</b>	<b>390,88 €</b>	<b>258,20 €</b>	<b>340,87 €</b>	<b>290,21 €</b>	<b>198,88 €</b>	<b>322,87 €</b>
Standardabweichung	1.177,87 €	1.493,53 €	1.317,45 €	958,35 €	1.173,05 €	828,26 €	856,56 €	959,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.041,88 €	13.825,57 €	15.728,42 €	9.246,01 €	12.444,59 €	5.643,44 €	9.415,60 €	5.577,79 €

**Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	34	17	25	20	17	17	17	18
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>612,07 €</b>	<b>292,40 €</b>	<b>404,88 €</b>	<b>420,60 €</b>	<b>162,31 €</b>	<b>183,33 €</b>	<b>255,57 €</b>	<b>240,29 €</b>
Standardabweichung	1.828,99 €	1.065,64 €	1.064,43 €	1.926,61 €	501,67 €	587,21 €	895,85 €	814,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	17.396,52 €	8.063,70 €	5.089,83 €	18.978,16 €	2.693,82 €	4.087,42 €	7.203,36 €	6.723,22 €

**Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	2	1	1	1	0	0	0	0
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,84 €</b>	<b>11,61 €</b>	<b>1,46 €</b>	<b>2,03 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	43,79 €	182,45 €	22,92 €	31,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	586,66 €	2.867,37 €	360,26 €	502,09 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

**Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	1	1	2	1	0	1	0	0
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,25 €</b>	<b>2,37 €</b>	<b>4,48 €</b>	<b>2,14 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,65 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	28,57 €	30,03 €	40,03 €	27,16 €	0,00 €	32,89 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	362,54 €	381,07 €	360,26 €	344,63 €	0,00 €	408,11 €	0,00 €	0,00 €

**Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	12	8	10	7	28	27	22	21
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>24,50 €</b>	<b>6,81 €</b>	<b>13,59 €</b>	<b>5,97 €</b>	<b>13,03 €</b>	<b>18,54 €</b>	<b>21,07 €</b>	<b>22,82 €</b>
Standardabweichung	232,51 €	59,50 €	85,97 €	62,49 €	48,80 €	69,30 €	89,02 €	106,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.510,00 €	877,87 €	1.030,87 €	961,35 €	398,20 €	642,58 €	697,59 €	1.229,08 €

**Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	5	6	6	5	18	18	17	19
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,29 €</b>	<b>9,83 €</b>	<b>8,16 €</b>	<b>9,09 €</b>	<b>14,86 €</b>	<b>18,85 €</b>	<b>18,40 €</b>	<b>29,79 €</b>
Standardabweichung	43,45 €	88,26 €	46,85 €	56,32 €	52,56 €	67,07 €	69,55 €	136,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	391,62 €	1.088,05 €	331,51 €	453,66 €	413,70 €	565,98 €	642,40 €	1.488,00 €

**Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	239	239	235	230	236	233	230	227
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>243,66 €</b>	<b>223,93 €</b>	<b>204,24 €</b>	<b>215,58 €</b>	<b>274,85 €</b>	<b>263,30 €</b>	<b>255,83 €</b>	<b>283,52 €</b>
Standardabweichung	230,48 €	236,25 €	194,30 €	208,90 €	237,04 €	308,56 €	295,22 €	334,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	111,09 €	89,64 €	78,55 €	65,23 €	136,68 €	97,90 €	96,38 €	94,85 €
Median	188,43 €	163,72 €	156,02 €	154,61 €	222,26 €	196,87 €	188,17 €	187,83 €
75%-Perzentil	317,18 €	273,13 €	259,32 €	298,68 €	348,34 €	313,82 €	342,77 €	358,11 €
Maximum	2.564,74 €	2.114,37 €	1.578,93 €	1.499,79 €	2.104,90 €	3.316,89 €	3.463,14 €	3.540,30 €

**Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	157	151	149	154	153	152	149	146
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>222,72 €</b>	<b>184,79 €</b>	<b>183,12 €</b>	<b>215,18 €</b>	<b>259,15 €</b>	<b>247,46 €</b>	<b>232,13 €</b>	<b>228,92 €</b>
Standardabweichung	270,12 €	169,36 €	177,47 €	197,74 €	258,79 €	255,70 €	228,26 €	273,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	77,10 €	73,58 €	62,86 €	83,73 €	112,52 €	93,01 €	90,81 €	83,16 €
Median	158,95 €	149,62 €	138,02 €	167,92 €	197,32 €	178,09 €	175,19 €	159,06 €
75%-Perzentil	270,12 €	232,39 €	262,65 €	309,36 €	309,22 €	300,57 €	283,54 €	270,91 €
Maximum	2.425,39 €	1.031,49 €	1.345,48 €	1.296,95 €	2.303,69 €	1.798,24 €	1.763,24 €	2.204,99 €

**Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	213	221	208	200	208	205	196	194
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>204,66 €</b>	<b>285,98 €</b>	<b>227,94 €</b>	<b>97,26 €</b>	<b>173,51 €</b>	<b>218,85 €</b>	<b>262,67 €</b>	<b>329,50 €</b>
Standardabweichung	1.496,91 €	2.706,09 €	2.024,10 €	248,49 €	947,74 €	1.431,78 €	1.378,16 €	2.051,97 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,23 €	16,23 €	14,17 €	8,40 €	16,23 €	15,33 €	13,90 €	12,17 €
Median	48,39 €	43,27 €	38,51 €	34,88 €	48,40 €	53,29 €	56,76 €	50,96 €
75%-Perzentil	112,28 €	95,70 €	86,81 €	95,69 €	115,58 €	127,59 €	118,09 €	128,91 €
Maximum	23.426,60 €	42.412,60 €	31.678,64 €	2.121,36 €	14.286,34 €	21.622,45 €	16.544,03 €	23.715,10 €

**Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	143	140	138	127	136	132	130	119
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>93,69 €</b>	<b>82,27 €</b>	<b>102,94 €</b>	<b>176,77 €</b>	<b>338,40 €</b>	<b>379,48 €</b>	<b>416,03 €</b>	<b>497,66 €</b>
Standardabweichung	166,32 €	151,27 €	389,95 €	1.318,88 €	2.074,44 €	2.535,68 €	2.834,97 €	3.391,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,39 €	3,64 €	2,96 €	2,38 €	14,61 €	6,05 €	7,31 €	1,04 €
Median	39,00 €	32,59 €	29,68 €	34,51 €	45,82 €	39,71 €	25,93 €	28,08 €
75%-Perzentil	97,72 €	86,71 €	81,44 €	76,32 €	98,92 €	102,22 €	70,79 €	81,41 €
Maximum	1.145,43 €	1.214,48 €	4.782,19 €	16.721,01 €	23.751,94 €	28.562,95 €	28.785,22 €	33.545,52 €

**Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	247	247	247	247	238	238	238	238
N mit Fall	67	57	55	32	72	64	68	41
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>135,69 €</b>	<b>142,49 €</b>	<b>125,33 €</b>	<b>76,43 €</b>	<b>177,11 €</b>	<b>167,19 €</b>	<b>132,71 €</b>	<b>80,18 €</b>
Standardabweichung	333,30 €	361,07 €	364,92 €	267,55 €	378,39 €	374,88 €	312,72 €	245,38 €
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	54,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	136,94 €	86,58 €	88,80 €	0,00 €
Maximum	2.722,09 €	2.164,93 €	2.642,64 €	1.446,38 €	2.359,36 €	2.178,02 €	2.057,69 €	1.886,78 €

**Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	161	161	161	161	154	154	154	154
N mit Fall	51	56	40	31	54	55	38	27
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>262,89 €</b>	<b>286,75 €</b>	<b>180,21 €</b>	<b>105,09 €</b>	<b>251,74 €</b>	<b>243,83 €</b>	<b>163,38 €</b>	<b>89,35 €</b>
Standardabweichung	563,83 €	529,70 €	428,15 €	306,05 €	437,56 €	468,83 €	395,61 €	268,57 €
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	231,28 €	409,04 €	0,00 €	0,00 €	342,39 €	344,50 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.389,88 €	2.846,23 €	2.184,58 €	2.079,28 €	1.833,73 €	2.401,72 €	2.422,88 €	1.772,90 €

### 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- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	400	401	395	396						
durchschnittliche Kosten	3.293,57 €	3.958,59 €	2.915,21 €	3.060,33 €	378,36 €	0,42	898,26 €	0,28	519,91 €	0,542
Standardabweichung	7.777,38 €	14.752,67 €	5.394,66 €	7.961,34 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	332,52 €	241,98 €	336,19 €	269,46 €						
Median	962,36 €	766,93 €	994,13 €	751,34 €						
75%-Perzentil	2.650,14 €	2.700,55 €	2.773,61 €	2.699,60 €						
Maximum	95.729,85 €	237.587,86 €	47.899,93 €	113.252,38 €						

**Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	118	112	124	108						
durchschnittliche Kosten	1.879,48 €	2.471,82 €	1.601,47 €	1.871,13 €	278,01 €	0,49	600,69 €	0,442	322,68 €	0,7
Standardabweichung	6.880,29 €	13.840,39 €	4.321,83 €	7.549,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.074,33 €	1.241,21 €	1.198,20 €	767,38 €						
Maximum	95.447,67 €	233.198,04 €	45.482,82 €	113.159,77 €						

**Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	6	9	6	7						
durchschnittliche Kosten	10,82 €	111,84 €	8,69 €	37,13 €	2,13 €	0,748	74,71 €	0,416	72,58 €	0,43
Standardabweichung	105,74 €	1.807,24 €	82,09 €	404,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.709,40 €	36.306,41 €	1.333,65 €	6.947,00 €						



**Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	14	13	24	29						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>11,22 €</b>	<b>10,18 €</b>	<b>12,99 €</b>	<b>23,92 €</b>	<b>-1,77 €</b>	<b>0,722</b>	<b>-13,74 €</b>	<b>0,097</b>	<b>-11,97 €</b>	<b>0,107</b>
Standardabweichung	72,82 €	66,36 €	69,35 €	153,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	966,59 €	826,91 €	930,00 €	2.232,00 €						

**Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	398	398	392	395						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>524,47 €</b>	<b>446,47 €</b>	<b>532,61 €</b>	<b>514,22 €</b>	<b>-8,15 €</b>	<b>0,81</b>	<b>-67,75 €</b>	<b>0,043</b>	<b>-59,60 €</b>	<b>0,039</b>
Standardabweichung	473,72 €	405,58 €	495,95 €	538,85 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	202,92 €	176,00 €	209,45 €	178,74 €						
Median	401,14 €	344,46 €	412,03 €	367,52 €						
75%-Perzentil	720,77 €	585,65 €	705,32 €	667,64 €						
Maximum	4.366,44 €	2.314,53 €	4.123,47 €	5.098,11 €						

**Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	341	342	330	332						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>695,88 €</b>	<b>820,56 €</b>	<b>598,23 €</b>	<b>519,54 €</b>	<b>97,65 €</b>	<b>0,495</b>	<b>301,02 €</b>	<b>0,107</b>	<b>203,38 €</b>	<b>0,153</b>
Standardabweichung	2.480,58 €	3.583,93 €	1.483,21 €	1.140,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	18,98 €	23,38 €	27,51 €	20,62 €						
Median	101,88 €	91,97 €	108,16 €	105,58 €						
75%-Perzentil	347,81 €	366,03 €	421,71 €	393,01 €						
Maximum	24.744,12 €	49.965,60 €	15.130,49 €	11.035,60 €						

**Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	408	408	408	408						
N mit Fall	157	116	146	95						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>171,71 €</b>	<b>97,71 €</b>	<b>161,22 €</b>	<b>94,38 €</b>	<b>10,49 €</b>	<b>0,775</b>	<b>3,33 €</b>	<b>0,912</b>	<b>-7,16 €</b>	<b>0,79</b>
Standardabweichung	493,09 €	322,81 €	552,65 €	519,78 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	162,88 €	71,55 €	129,27 €	0,00 €						
Maximum	5.363,30 €	3.690,32 €	8.048,90 €	7.816,60 €						

**Kinder**
**Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	247	248	247	248						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>938,13 €</b>	<b>915,37 €</b>	<b>1.360,45 €</b>	<b>1.158,30 €</b>	<b>-422,31 €</b>	<b>0,074</b>	<b>-242,93 €</b>	<b>0,37</b>	<b>179,39 €</b>	<b>0,278</b>
Standardabweichung	1.315,41 €	1.932,69 €	3.495,00 €	3.835,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	197,15 €	157,47 €	202,95 €	155,72 €						
Median	422,80 €	338,33 €	429,90 €	366,26 €						
75%-Perzentil	1.167,87 €	827,64 €	1.228,25 €	834,12 €						
Maximum	9.899,21 €	22.225,74 €	43.329,86 €	46.139,77 €						

**Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	44	40	46	29						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>393,89 €</b>	<b>440,32 €</b>	<b>541,74 €</b>	<b>306,48 €</b>	<b>-147,85 €</b>	<b>0,239</b>	<b>133,84 €</b>	<b>0,3</b>	<b>281,68 €</b>	<b>0,04</b>
Standardabweichung	1.024,78 €	1.542,66 €	1.707,79 €	1.346,22 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	6.585,44 €	17.793,40 €	15.223,29 €	16.374,00 €						

**Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	0	2	1	1						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,93 €</b>	<b>2,74 €</b>	<b>3,69 €</b>	<b>-2,74 €</b>	<b>0,318</b>	<b>-0,75 €</b>	<b>0,859</b>	<b>1,98 €</b>	<b>0,386</b>
Standardabweichung	0,00 €	32,88 €	43,42 €	58,56 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	369,76 €	689,26 €	929,59 €						

**Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	4	4	33	32						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,13 €</b>	<b>12,90 €</b>	<b>30,62 €</b>	<b>42,18 €</b>	<b>-27,49 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-29,28 €</b>	<b>0,053</b>	<b>-1,79 €</b>	<b>0,912</b>
Standardabweichung	32,09 €	161,92 €	122,81 €	176,18 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	462,33 €	2.528,98 €	1.510,50 €	2.139,00 €						

**Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	247	247	247	244						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>262,82 €</b>	<b>243,99 €</b>	<b>280,41 €</b>	<b>259,49 €</b>	<b>-17,59 €</b>	<b>0,413</b>	<b>-15,49 €</b>	<b>0,421</b>	<b>2,09 €</b>	<b>0,928</b>
Standardabweichung	188,33 €	183,03 €	283,80 €	244,43 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	139,71 €	103,65 €	127,62 €	106,39 €						
Median	215,74 €	209,88 €	218,88 €	195,98 €						
75%-Perzentil	347,60 €	333,24 €	356,13 €	349,08 €						
Maximum	1.008,14 €	957,58 €	3.160,02 €	1.942,84 €						

**Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	220	220	215	202						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>134,26 €</b>	<b>142,23 €</b>	<b>322,45 €</b>	<b>456,96 €</b>	<b>-188,20 €</b>	<b>0,187</b>	<b>-314,73 €</b>	<b>0,102</b>	<b>-126,53 €</b>	<b>0,124</b>
Standardabweichung	630,97 €	767,74 €	2.169,15 €	2.948,25 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	14,03 €	17,29 €	16,10 €	8,72 €						
Median	44,01 €	45,70 €	43,01 €	33,93 €						
75%-Perzentil	98,48 €	105,05 €	103,63 €	92,79 €						
Maximum	9.638,82 €	11.846,46 €	27.987,75 €	29.995,31 €						

**Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	252	252	252	252						
N mit Fall	65	36	70	40						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>144,03 €</b>	<b>72,99 €</b>	<b>182,49 €</b>	<b>89,50 €</b>	<b>-38,46 €</b>	<b>0,284</b>	<b>-16,51 €</b>	<b>0,478</b>	<b>21,95 €</b>	<b>0,453</b>
Standardabweichung	331,00 €	235,66 €	462,72 €	283,63 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	55,94 €	0,00 €	75,44 €	0,00 €						
Maximum	1.814,00 €	1.432,08 €	3.631,66 €	2.435,06 €						

### 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- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	226	292	252	292						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>745,11 €</b>	<b>9.663,02 €</b>	<b>932,19 €</b>	<b>7.660,93 €</b>	<b>-187,08 €</b>	<b>0,394</b>	<b>2.002,09 €</b>	<b>0,012</b>	<b>2.189,17 €</b>	<b>0,007</b>
Standardabweichung	2.053,18 €	10.527,24 €	3.135,97 €	8.493,60 €						
Minimum	0,00 €	71,12 €	0,00 €	47,13 €						
25%-Perzentil	7,88 €	1.415,88 €	24,44 €	1.401,71 €						
Median	105,80 €	7.325,90 €	141,56 €	5.218,15 €						
75%-Perzentil	694,17 €	13.263,61 €	795,68 €	10.383,24 €						
Maximum	23.382,33 €	60.707,32 €	45.390,48 €	57.650,42 €						

**Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	17	233	19	216						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>271,20 €</b>	<b>7.360,44 €</b>	<b>371,44 €</b>	<b>5.784,53 €</b>	<b>-100,24 €</b>	<b>0,619</b>	<b>1.575,92 €</b>	<b>0,034</b>	<b>1.676,16 €</b>	<b>0,031</b>
Standardabweichung	1.856,39 €	10.179,21 €	2.895,40 €	7.588,09 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	375,20 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	3.987,32 €	0,00 €	3.958,17 €						
75%-Perzentil	0,00 €	9.938,88 €	0,00 €	8.828,85 €						
Maximum	22.330,71 €	60.702,25 €	44.996,04 €	57.185,75 €						

**Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	0	67	1	53						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,00 €</b>	<b>1.502,35 €</b>	<b>12,13 €</b>	<b>862,32 €</b>	<b>-12,13 €</b>	<b>0,318</b>	<b>640,03 €</b>	<b>0,009</b>	<b>652,16 €</b>	<b>0,007</b>
Standardabweichung	0,00 €	3.426,46 €	207,25 €	2.332,68 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	0,00 €	14.904,86 €	3.541,46 €	21.005,69 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	1	72	1	100						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>0,60 €</b>	<b>45,15 €</b>	<b>0,11 €</b>	<b>146,52 €</b>	<b>0,49 €</b>	<b>0,423</b>	<b>-101,38 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-101,87 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	10,27 €	118,35 €	1,89 €	362,39 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	125,75 €						
Maximum	175,56 €	913,94 €	32,25 €	2.438,74 €						

**Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	211	235	248	257						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>242,11 €</b>	<b>352,65 €</b>	<b>235,79 €</b>	<b>392,54 €</b>	<b>6,32 €</b>	<b>0,891</b>	<b>-39,89 €</b>	<b>0,428</b>	<b>-46,21 €</b>	<b>0,352</b>
Standardabweichung	536,46 €	543,69 €	573,34 €	666,42 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	14,42 €	14,30 €	25,13 €						
Median	47,77 €	131,97 €	62,22 €	107,73 €						
75%-Perzentil	203,38 €	393,83 €	224,61 €	409,45 €						
Maximum	3.178,65 €	2.750,21 €	6.796,71 €	5.352,75 €						

**Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	3	12	13	18						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>211,36 €</b>	<b>371,20 €</b>	<b>275,74 €</b>	<b>397,08 €</b>	<b>-64,38 €</b>	<b>0,28</b>	<b>-25,88 €</b>	<b>0,726</b>	<b>38,50 €</b>	<b>0,597</b>
Standardabweichung	539,37 €	974,96 €	863,25 €	797,29 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	5,66 €	63,32 €	17,42 €	121,31 €						
75%-Perzentil	140,49 €	276,65 €	161,22 €	434,56 €						
Maximum	4.790,38 €	7.872,96 €	11.267,59 €	6.036,91 €						

**Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	3	12	13	18						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>19,83 €</b>	<b>31,23 €</b>	<b>36,98 €</b>	<b>77,94 €</b>	<b>-17,15 €</b>	<b>0,363</b>	<b>-46,72 €</b>	<b>0,126</b>	<b>-29,57 €</b>	<b>0,223</b>
Standardabweichung	233,21 €	212,60 €	221,95 €	475,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.710,57 €	2.967,44 €	2.128,56 €	6.060,53 €						



## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	152	156	151	156						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>8.289,93 €</b>	<b>10.467,60 €</b>	<b>5.390,41 €</b>	<b>7.461,40 €</b>	<b>2.899,52 €</b>	<b>0,016</b>	<b>3.006,20 €</b>	<b>0,007</b>	<b>106,67 €</b>	<b>0,938</b>
Standardabweichung	12.578,65 €	10.728,64 €	7.926,45 €	8.908,44 €						
Minimum	0,00 €	61,25 €	0,00 €	52,15 €						
25%-Perzentil	531,73 €	2.570,07 €	427,08 €	1.127,28 €						
Median	2.909,81 €	8.200,18 €	1.859,35 €	3.997,86 €						
75%-Perzentil	9.876,95 €	14.881,69 €	7.525,46 €	10.667,59 €						
Maximum	90.751,53 €	60.854,78 €	41.916,18 €	50.757,49 €						

**Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	75	100	66	84						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6.555,26 €</b>	<b>7.619,15 €</b>	<b>3.806,36 €</b>	<b>5.205,77 €</b>	<b>2.748,90 €</b>	<b>0,018</b>	<b>2.413,38 €</b>	<b>0,025</b>	<b>-335,52 €</b>	<b>0,804</b>
Standardabweichung	12.519,55 €	10.476,10 €	7.246,87 €	8.326,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	3.522,04 €	0,00 €	299,82 €						
75%-Perzentil	8.082,65 €	11.694,10 €	5.448,98 €	8.216,60 €						
Maximum	90.751,53 €	55.811,93 €	40.693,61 €	47.266,26 €						

**Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	19	49	18	31						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>769,85 €</b>	<b>1.497,51 €</b>	<b>525,27 €</b>	<b>870,94 €</b>	<b>244,58 €</b>	<b>0,282</b>	<b>626,57 €</b>	<b>0,047</b>	<b>381,99 €</b>	<b>0,322</b>
Standardabweichung	2.285,02 €	3.208,04 €	1.677,36 €	2.264,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.092,58 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	10.695,81 €	14.231,88 €	9.474,11 €	11.334,40 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	66	63	75	94						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>65,80 €</b>	<b>115,03 €</b>	<b>176,39 €</b>	<b>325,88 €</b>	<b>-110,59 €</b>	<b>0,006</b>	<b>-210,84 €</b>	<b>0,003</b>	<b>-100,25 €</b>	<b>0,05</b>
Standardabweichung	145,03 €	265,46 €	469,96 €	844,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	79,85 €						
75%-Perzentil	78,54 €	80,92 €	165,61 €	361,83 €						
Maximum	1.354,41 €	1.594,89 €	3.476,24 €	9.231,95 €						

**Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

Entfällt, da die Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	144	139	143	143						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>372,19 €</b>	<b>507,67 €</b>	<b>328,95 €</b>	<b>332,52 €</b>	<b>43,24 €</b>	<b>0,507</b>	<b>175,15 €</b>	<b>0,015</b>	<b>131,92 €</b>	<b>0,089</b>
Standardabweichung	563,77 €	717,04 €	586,59 €	526,80 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	39,10 €	47,59 €	26,97 €	38,01 €						
Median	147,34 €	215,43 €	102,69 €	127,04 €						
75%-Perzentil	368,82 €	541,00 €	317,20 €	343,79 €						
Maximum	2.605,82 €	3.024,06 €	3.434,84 €	2.978,27 €						

**Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	9	11	5	10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>486,71 €</b>	<b>665,64 €</b>	<b>533,75 €</b>	<b>691,42 €</b>	<b>-47,04 €</b>	<b>0,709</b>	<b>-25,77 €</b>	<b>0,87</b>	<b>21,26 €</b>	<b>0,854</b>
Standardabweichung	923,05 €	1.158,37 €	1.272,60 €	1.578,28 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	22,90 €	0,00 €	22,34 €						
Median	80,63 €	196,83 €	106,08 €	194,86 €						
75%-Perzentil	431,66 €	800,73 €	582,81 €	611,28 €						
Maximum	5.034,39 €	6.670,34 €	8.898,53 €	10.731,37 €						

**Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	9	11	5	10						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>40,13 €</b>	<b>62,59 €</b>	<b>19,69 €</b>	<b>34,88 €</b>	<b>20,44 €</b>	<b>0,28</b>	<b>27,71 €</b>	<b>0,249</b>	<b>7,27 €</b>	<b>0,711</b>
Standardabweichung	196,79 €	255,75 €	129,96 €	155,84 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.756,87 €	1.853,42 €	1.257,70 €	1.295,10 €						

**Kinder**
Klinikneue Patienten
**Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	222	267	230	267						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>624,87 €</b>	<b>9.091,30 €</b>	<b>802,00 €</b>	<b>11.147,85 €</b>	<b>-177,12 €</b>	<b>0,384</b>	<b>-2.056,55 €</b>	<b>0,061</b>	<b>-1.879,43 €</b>	<b>0,088</b>
Standardabweichung	1.895,54 €	11.095,44 €	2.729,15 €	14.025,52 €						
Minimum	0,00 €	73,50 €	0,00 €	64,80 €						
25%-Perzentil	17,59 €	402,94 €	22,62 €	970,96 €						
Median	68,41 €	4.156,91 €	81,49 €	3.276,89 €						
75%-Perzentil	495,26 €	15.323,43 €	681,77 €	18.317,70 €						
Maximum	27.711,82 €	55.792,80 €	34.870,21 €	69.077,54 €						

**Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	33	80	20	108						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>336,73 €</b>	<b>5.386,51 €</b>	<b>163,66 €</b>	<b>7.695,09 €</b>	<b>173,07 €</b>	<b>0,141</b>	<b>-2.308,58 €</b>	<b>0,026</b>	<b>-2.481,66 €</b>	<b>0,017</b>
Standardabweichung	1.806,65 €	10.199,18 €	633,38 €	13.477,62 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	9.551,69 €	0,00 €	11.786,11 €						
Maximum	27.555,40 €	51.429,88 €	4.613,81 €	67.325,46 €						

**Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	1	102	3	41						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5,42 €</b>	<b>3.008,83 €</b>	<b>221,40 €</b>	<b>2.303,83 €</b>	<b>-215,99 €</b>	<b>0,148</b>	<b>705,00 €</b>	<b>0,16</b>	<b>920,99 €</b>	<b>0,081</b>
Standardabweichung	88,49 €	4.836,90 €	2.433,23 €	6.613,76 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	5.765,21 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.445,92 €	21.537,33 €	32.539,48 €	39.652,57 €						

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

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	4	229	7	236						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5,36 €</b>	<b>308,21 €</b>	<b>8,49 €</b>	<b>633,69 €</b>	<b>-3,13 €</b>	<b>0,592</b>	<b>-325,48 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-322,34 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	55,08 €	398,38 €	78,03 €	692,07 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	90,51 €	0,00 €	142,13 €						
Median	0,00 €	169,76 €	0,00 €	436,77 €						
75%-Perzentil	0,00 €	391,90 €	0,00 €	882,48 €						
Maximum	819,72 €	2.622,00 €	1.166,59 €	4.797,32 €						

**Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	6	5	15	13						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>13,58 €</b>	<b>13,39 €</b>	<b>44,83 €</b>	<b>36,18 €</b>	<b>-31,26 €</b>	<b>0,031</b>	<b>-22,79 €</b>	<b>0,1</b>	<b>8,46 €</b>	<b>0,416</b>
Standardabweichung	100,58 €	123,23 €	212,92 €	189,03 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.198,00 €	1.797,00 €	1.762,30 €	1.564,57 €						

**Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	215	217	224	239						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>164,66 €</b>	<b>180,63 €</b>	<b>264,97 €</b>	<b>381,60 €</b>	<b>-100,32 €</b>	<b>0,019</b>	<b>-200,97 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-100,66 €</b>	<b>0,077</b>
Standardabweichung	389,85 €	392,96 €	575,30 €	671,56 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	13,30 €	15,40 €	16,31 €	31,88 €						
Median	50,18 €	53,75 €	63,01 €	103,18 €						
75%-Perzentil	126,59 €	138,05 €	212,98 €	348,88 €						
Maximum	2.658,62 €	2.477,16 €	4.196,45 €	3.227,27 €						

**Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	10	12	13	11						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>71,53 €</b>	<b>153,58 €</b>	<b>62,67 €</b>	<b>79,31 €</b>	<b>8,86 €</b>	<b>0,667</b>	<b>74,27 €</b>	<b>0,005</b>	<b>65,41 €</b>	<b>0,005</b>
Standardabweichung	258,90 €	366,50 €	215,11 €	220,72 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	107,02 €	0,00 €	40,92 €						
Maximum	2.181,01 €	2.299,40 €	1.572,96 €	1.642,68 €						

**Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	10	12	13	11						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>27,60 €</b>	<b>40,16 €</b>	<b>35,97 €</b>	<b>18,15 €</b>	<b>-8,36 €</b>	<b>0,584</b>	<b>22,00 €</b>	<b>0,12</b>	<b>30,37 €</b>	<b>0,096</b>
Standardabweichung	156,26 €	211,17 €	194,48 €	93,45 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.281,41 €	1.793,10 €	1.720,15 €	875,76 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	169	174	171	174						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5.154,92 €</b>	<b>6.766,36 €</b>	<b>4.844,88 €</b>	<b>9.582,90 €</b>	<b>310,04 €</b>	<b>0,729</b>	<b>-2.816,54 €</b>	<b>0,02</b>	<b>-3.126,58 €</b>	<b>0,034</b>
Standardabweichung	7.901,04 €	9.627,71 €	8.743,82 €	12.611,20 €						
Minimum	0,00 €	63,62 €	0,00 €	79,31 €						
25%-Perzentil	307,09 €	591,72 €	448,65 €	880,57 €						
Median	1.208,33 €	1.677,33 €	1.254,72 €	2.167,80 €						
75%-Perzentil	6.693,37 €	8.484,17 €	3.392,17 €	15.539,64 €						
Maximum	49.011,87 €	45.770,94 €	39.467,66 €	46.906,82 €						

**Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	45	48	35	55						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.284,72 €</b>	<b>4.274,99 €</b>	<b>2.968,79 €</b>	<b>6.177,69 €</b>	<b>315,93 €</b>	<b>0,703</b>	<b>-1.902,69 €</b>	<b>0,086</b>	<b>-2.218,63 €</b>	<b>0,094</b>
Standardabweichung	7.476,62 €	8.758,33 €	7.939,23 €	11.667,18 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.627,31 €	2.237,19 €	0,00 €	7.298,52 €						
Maximum	46.544,01 €	44.758,36 €	39.189,04 €	46.726,09 €						

**Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	37	44	17	27						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.116,13 €</b>	<b>1.585,74 €</b>	<b>716,87 €</b>	<b>2.229,45 €</b>	<b>399,27 €</b>	<b>0,186</b>	<b>-643,70 €</b>	<b>0,23</b>	<b>-1.042,97 €</b>	<b>0,095</b>
Standardabweichung	2.524,78 €	3.710,32 €	3.073,72 €	5.998,88 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	229,22 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	12.674,42 €	26.996,91 €	24.994,04 €	30.208,68 €						

**Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	134	151	155	147						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>225,41 €</b>	<b>272,11 €</b>	<b>623,71 €</b>	<b>616,03 €</b>	<b>-398,30 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-343,92 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>54,38 €</b>	<b>0,382</b>
Standardabweichung	352,04 €	328,75 €	678,32 €	668,55 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	61,39 €	79,21 €	164,24 €	110,82 €						
Median	134,85 €	176,58 €	435,67 €	402,36 €						
75%-Perzentil	262,73 €	366,62 €	849,03 €	881,59 €						
Maximum	3.029,44 €	2.208,52 €	4.037,25 €	3.375,89 €						



**Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	7	6	10	12						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>29,60 €</b>	<b>20,85 €</b>	<b>46,13 €</b>	<b>42,31 €</b>	<b>-16,53 €</b>	<b>0,41</b>	<b>-21,46 €</b>	<b>0,212</b>	<b>-4,92 €</b>	<b>0,703</b>
Standardabweichung	163,44 €	138,18 €	208,04 €	179,13 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.493,48 €	1.535,44 €	1.370,24 €	1.333,48 €						

**Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	149	135	152	155						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>153,93 €</b>	<b>146,27 €</b>	<b>236,54 €</b>	<b>253,86 €</b>	<b>-82,60 €</b>	<b>0,086</b>	<b>-107,59 €</b>	<b>0,023</b>	<b>-24,99 €</b>	<b>0,661</b>
Standardabweichung	383,95 €	300,97 €	503,76 €	541,09 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	16,09 €	8,41 €	20,79 €	33,51 €						
Median	62,91 €	60,92 €	65,02 €	73,24 €						
75%-Perzentil	121,69 €	125,45 €	172,51 €	172,74 €						
Maximum	2.590,30 €	2.538,24 €	2.618,11 €	4.001,02 €						

**Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	6	14	8	8						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>310,84 €</b>	<b>420,94 €</b>	<b>230,98 €</b>	<b>235,21 €</b>	<b>79,86 €</b>	<b>0,169</b>	<b>185,73 €</b>	<b>0,003</b>	<b>105,87 €</b>	<b>0,01</b>
Standardabweichung	489,23 €	611,12 €	587,59 €	526,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	56,49 €	101,27 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	426,93 €	565,18 €	192,27 €	239,78 €						
Maximum	2.691,57 €	2.898,97 €	4.046,09 €	3.230,64 €						

**Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	6	14	8	8						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>34,27 €</b>	<b>45,44 €</b>	<b>21,86 €</b>	<b>28,36 €</b>	<b>12,42 €</b>	<b>0,505</b>	<b>17,08 €</b>	<b>0,35</b>	<b>4,67 €</b>	<b>0,81</b>
Standardabweichung	213,41 €	180,55 €	121,10 €	158,91 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.080,39 €	1.281,64 €	1.094,38 €	1.304,43 €						

### 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- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	270	277	278	273						
durchschnittliche Kosten	3.204,89 €	3.815,33 €	2.831,31 €	2.929,42 €	373,58 €	0,551	885,91 €	0,404	512,34 €	0,66
Standardabweichung	9.632,14 €	16.617,25 €	4.643,32 €	7.201,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	186,21 €	221,79 €	219,89 €	214,13 €						
Median	894,36 €	612,91 €	800,39 €	665,85 €						
75%-Perzentil	2.977,04 €	2.506,47 €	3.456,52 €	2.479,31 €						
Maximum	138.833,01 €	203.765,52 €	29.740,92 €	64.368,08 €						

**Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	102	80	98	78						
durchschnittliche Kosten	2.118,17 €	2.719,83 €	1.728,34 €	1.862,89 €	389,83 €	0,5	856,94 €	0,397	467,11 €	0,68
Standardabweichung	9.106,05 €	16.073,40 €	3.780,81 €	6.357,06 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.728,09 €	922,64 €	1.861,97 €	774,86 €						
Maximum	138.632,03 €	203.765,52 €	25.490,72 €	56.332,89 €						

**Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	2	3	2	3						
durchschnittliche Kosten	19,42 €	4,56 €	2,32 €	9,96 €	17,10 €	0,217	-5,39 €	0,476	-22,49 €	0,155
Standardabweichung	234,39 €	47,78 €	28,04 €	119,99 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.926,22 €	673,57 €	344,56 €	1.919,28 €						

**Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	13	9	13	15						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>15,84 €</b>	<b>8,42 €</b>	<b>9,72 €</b>	<b>7,53 €</b>	<b>6,11 €</b>	<b>0,368</b>	<b>0,88 €</b>	<b>0,825</b>	<b>-5,23 €</b>	<b>0,484</b>
Standardabweichung	100,61 €	55,46 €	57,63 €	39,95 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	1.172,95 €	513,54 €	661,09 €	370,00 €						

**Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	267	273	274	272						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>452,33 €</b>	<b>390,33 €</b>	<b>471,45 €</b>	<b>455,49 €</b>	<b>-19,12 €</b>	<b>0,619</b>	<b>-65,16 €</b>	<b>0,081</b>	<b>-46,04 €</b>	<b>0,195</b>
Standardabweichung	483,40 €	398,70 €	444,69 €	497,57 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	115,14 €	116,01 €	149,50 €	135,23 €						
Median	321,46 €	278,63 €	339,53 €	311,82 €						
75%-Perzentil	646,60 €	569,97 €	660,93 €	616,68 €						
Maximum	4.197,34 €	2.847,74 €	2.560,09 €	3.692,14 €						

**Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	220	216	220	229						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>479,92 €</b>	<b>596,13 €</b>	<b>499,82 €</b>	<b>462,69 €</b>	<b>-19,90 €</b>	<b>0,862</b>	<b>133,44 €</b>	<b>0,507</b>	<b>153,35 €</b>	<b>0,415</b>
Standardabweichung	1.513,21 €	3.261,28 €	1.240,87 €	1.077,97 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	11,41 €	0,00 €	9,10 €	13,95 €						
Median	92,02 €	80,84 €	101,82 €	131,05 €						
75%-Perzentil	372,17 €	331,04 €	444,94 €	338,83 €						
Maximum	21.043,25 €	52.533,85 €	14.314,06 €	12.661,17 €						

**Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	292	292	292	292						
N mit Fall	102	88	97	84						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>119,21 €</b>	<b>96,06 €</b>	<b>119,65 €</b>	<b>130,87 €</b>	<b>-0,44 €</b>	<b>0,99</b>	<b>-34,81 €</b>	<b>0,243</b>	<b>-34,36 €</b>	<b>0,171</b>
Standardabweichung	440,22 €	313,87 €	384,90 €	400,79 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	93,90 €	99,06 €	95,15 €	65,12 €						
Maximum	5.469,17 €	4.171,18 €	5.074,68 €	4.248,99 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	147	146	153	154						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.243,62 €</b>	<b>2.916,23 €</b>	<b>3.432,14 €</b>	<b>2.757,69 €</b>	<b>-1.188,53 €</b>	<b>0,084</b>	<b>158,54 €</b>	<b>0,821</b>	<b>1.347,06 €</b>	<b>0,071</b>
Standardabweichung	4.167,19 €	6.933,15 €	7.479,77 €	5.304,86 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	258,22 €	215,40 €	355,81 €	268,89 €						
Median	773,69 €	656,25 €	988,61 €	729,98 €						
75%-Perzentil	2.587,39 €	2.388,99 €	3.085,04 €	2.614,18 €						
Maximum	27.897,56 €	53.771,08 €	73.451,68 €	31.648,61 €						

**Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	50	45	56	42						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.246,11 €</b>	<b>1.858,64 €</b>	<b>2.074,74 €</b>	<b>1.359,04 €</b>	<b>-828,64 €</b>	<b>0,17</b>	<b>499,60 €</b>	<b>0,37</b>	<b>1.328,24 €</b>	<b>0,059</b>
Standardabweichung	3.227,39 €	5.934,18 €	6.789,83 €	3.620,30 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	1.034,16 €	977,87 €	1.640,81 €	833,67 €						
Maximum	24.997,04 €	51.395,54 €	72.390,07 €	25.070,39 €						

**Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	2	0	2	2						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>4,09 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>34,64 €</b>	<b>13,96 €</b>	<b>-30,56 €</b>	<b>0,35</b>	<b>-13,96 €</b>	<b>0,252</b>	<b>16,60 €</b>	<b>0,635</b>
Standardabweichung	35,97 €	0,00 €	405,88 €	151,65 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	323,77 €	0,00 €	5.060,00 €	1.871,18 €						

**Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	6	8	7	11						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>20,18 €</b>	<b>37,02 €</b>	<b>5,89 €</b>	<b>15,64 €</b>	<b>14,29 €</b>	<b>0,337</b>	<b>21,38 €</b>	<b>0,361</b>	<b>7,09 €</b>	<b>0,628</b>
Standardabweichung	181,97 €	261,91 €	35,19 €	129,11 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	2.226,00 €	3.021,00 €	335,67 €	1.590,00 €						

**Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	145	143	152	153						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>485,37 €</b>	<b>428,02 €</b>	<b>488,55 €</b>	<b>459,27 €</b>	<b>-3,18 €</b>	<b>0,956</b>	<b>-31,24 €</b>	<b>0,64</b>	<b>-28,07 €</b>	<b>0,645</b>
Standardabweichung	584,07 €	684,23 €	429,57 €	475,29 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	155,27 €	108,12 €	185,36 €	142,45 €						
Median	309,72 €	276,56 €	365,15 €	307,49 €						
75%-Perzentil	669,93 €	550,85 €	656,60 €	638,89 €						
Maximum	4.495,72 €	7.379,52 €	2.492,00 €	2.845,65 €						

**Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	120	118	127	126						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>404,89 €</b>	<b>529,71 €</b>	<b>746,50 €</b>	<b>808,75 €</b>	<b>-341,61 €</b>	<b>0,145</b>	<b>-279,04 €</b>	<b>0,353</b>	<b>62,58 €</b>	<b>0,711</b>
Standardabweichung	1.470,46 €	2.161,01 €	2.521,40 €	3.059,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	12,45 €	1,76 €	19,09 €	15,56 €						
Median	62,29 €	66,45 €	125,13 €	114,51 €						
75%-Perzentil	272,94 €	264,89 €	406,13 €	293,75 €						
Maximum	15.901,88 €	20.489,20 €	18.830,07 €	27.088,39 €						

**Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	156	156	156	156						
N mit Fall	46	44	53	53						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>83,00 €</b>	<b>62,82 €</b>	<b>81,83 €</b>	<b>101,03 €</b>	<b>1,17 €</b>	<b>0,955</b>	<b>-38,21 €</b>	<b>0,102</b>	<b>-39,37 €</b>	<b>0,064</b>
Standardabweichung	202,94 €	154,87 €	161,96 €	246,08 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	82,08 €	66,30 €	91,80 €	95,55 €						
Maximum	1.418,00 €	1.341,70 €	780,54 €	1.989,90 €						

**Kinder**
Klinikneue Patienten
**Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	262	263	265	264						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.034,55 €</b>	<b>1.058,79 €</b>	<b>969,54 €</b>	<b>932,35 €</b>	<b>65,01 €</b>	<b>0,673</b>	<b>126,43 €</b>	<b>0,579</b>	<b>61,43 €</b>	<b>0,692</b>
Standardabweichung	1.972,86 €	3.307,52 €	1.559,14 €	1.698,50 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	163,35 €	128,14 €	216,64 €	188,30 €						
Median	443,50 €	302,85 €	429,20 €	397,91 €						
75%-Perzentil	1.297,66 €	960,48 €	1.213,63 €	1.067,72 €						
Maximum	25.068,33 €	47.550,76 €	14.519,29 €	22.053,04 €						

**Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	52	39	43	38						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>429,88 €</b>	<b>401,11 €</b>	<b>339,20 €</b>	<b>273,91 €</b>	<b>90,68 €</b>	<b>0,358</b>	<b>127,20 €</b>	<b>0,209</b>	<b>36,52 €</b>	<b>0,745</b>
Standardabweichung	1.149,17 €	1.443,09 €	1.126,07 €	801,01 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	9.041,88 €	13.825,57 €	12.444,59 €	5.643,44 €						

**Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	2	1	0	0						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,55 €</b>	<b>10,74 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>3,55 €</b>	<b>0,169</b>	<b>10,74 €</b>	<b>0,318</b>	<b>7,19 €</b>	<b>0,457</b>
Standardabweichung	42,12 €	175,48 €	0,00 €	0,00 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	586,66 €	2.867,37 €	0,00 €	0,00 €						



**Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	12	8	31	29						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>22,67 €</b>	<b>6,30 €</b>	<b>13,04 €</b>	<b>24,72 €</b>	<b>9,63 €</b>	<b>0,492</b>	<b>-18,42 €</b>	<b>0,05</b>	<b>-28,05 €</b>	<b>0,093</b>
Standardabweichung	223,69 €	57,25 €	48,33 €	141,74 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	3.510,00 €	877,87 €	398,20 €	2.067,00 €						

**Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	259	259	265	261						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>245,12 €</b>	<b>221,10 €</b>	<b>270,29 €</b>	<b>259,92 €</b>	<b>-25,17 €</b>	<b>0,211</b>	<b>-38,81 €</b>	<b>0,091</b>	<b>-13,65 €</b>	<b>0,588</b>
Standardabweichung	235,64 €	229,87 €	228,43 €	296,12 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	110,76 €	89,64 €	139,62 €	99,05 €						
Median	183,62 €	162,55 €	217,30 €	195,96 €						
75%-Perzentil	314,05 €	270,82 €	345,45 €	315,30 €						
Maximum	2.564,74 €	2.114,37 €	2.104,90 €	3.316,89 €						

**Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	227	237	235	228						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>192,67 €</b>	<b>268,83 €</b>	<b>161,41 €</b>	<b>201,34 €</b>	<b>31,26 €</b>	<b>0,763</b>	<b>67,49 €</b>	<b>0,707</b>	<b>36,23 €</b>	<b>0,648</b>
Standardabweichung	1.440,23 €	2.603,10 €	895,86 €	1.352,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,46 €	16,23 €	16,23 €	14,63 €						
Median	44,58 €	44,20 €	44,79 €	48,68 €						
75%-Perzentil	107,19 €	93,69 €	109,71 €	122,16 €						
Maximum	23.426,60 €	42.412,60 €	14.286,34 €	21.622,45 €						

**Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	267	267	267	267						
N mit Fall	72	66	84	76						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>140,65 €</b>	<b>150,71 €</b>	<b>185,60 €</b>	<b>172,47 €</b>	<b>-44,95 €</b>	<b>0,151</b>	<b>-21,76 €</b>	<b>0,506</b>	<b>23,19 €</b>	<b>0,439</b>
Standardabweichung	340,05 €	378,03 €	380,27 €	377,15 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	54,14 €	0,00 €	146,45 €	87,18 €						
Maximum	2.722,09 €	2.377,19 €	2.359,36 €	2.178,02 €						

Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	172	171	174	172						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.166,10 €</b>	<b>903,26 €</b>	<b>1.000,34 €</b>	<b>1.008,31 €</b>	<b>165,76 €</b>	<b>0,466</b>	<b>-105,05 €</b>	<b>0,647</b>	<b>-270,81 €</b>	<b>0,149</b>
Standardabweichung	2.117,53 €	1.652,68 €	2.122,36 €	2.532,99 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	30,80 €	0,00 €						
25%-Perzentil	145,92 €	106,25 €	185,90 €	153,90 €						
Median	448,18 €	354,67 €	367,81 €	421,09 €						
75%-Perzentil	1.535,11 €	957,87 €	1.227,64 €	1.132,77 €						
Maximum	22.228,33 €	14.227,32 €	24.323,84 €	29.071,39 €						

**Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	34	18	21	18						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>566,34 €</b>	<b>347,88 €</b>	<b>182,11 €</b>	<b>166,88 €</b>	<b>384,23 €</b>	<b>0,007</b>	<b>181,01 €</b>	<b>0,122</b>	<b>-203,23 €</b>	<b>0,232</b>
Standardabweichung	1.766,32 €	1.433,43 €	534,73 €	557,31 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	17.396,52 €	13.455,98 €	2.693,82 €	4.087,42 €						

**Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	1	1	0	1						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,08 €</b>	<b>2,19 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,35 €</b>	<b>2,08 €</b>	<b>0,319</b>	<b>-0,16 €</b>	<b>0,961</b>	<b>-2,24 €</b>	<b>0,56</b>
Standardabweichung	27,48 €	28,89 €	0,00 €	30,94 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	362,54 €	381,07 €	0,00 €	408,11 €						

**Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	5	6	20	21						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>5,82 €</b>	<b>9,10 €</b>	<b>14,71 €</b>	<b>20,79 €</b>	<b>-8,89 €</b>	<b>0,08</b>	<b>-11,69 €</b>	<b>0,168</b>	<b>-2,80 €</b>	<b>0,739</b>
Standardabweichung	41,82 €	84,92 €	52,07 €	72,61 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	391,62 €	1.088,05 €	413,70 €	565,98 €						

**Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Differenzen (Effekt)	p-Wert
	Prä-Zeit-raum	1. Jahr	Prä-Zeit-raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	170	164	173	171						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>222,28 €</b>	<b>181,89 €</b>	<b>255,83 €</b>	<b>242,82 €</b>	<b>-33,54 €</b>	<b>0,225</b>	<b>-60,93 €</b>	<b>0,007</b>	<b>-27,39 €</b>	<b>0,341</b>
Standardabweichung	264,22 €	166,28 €	250,11 €	245,35 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	83,60 €	71,81 €	117,00 €	89,46 €						
Median	158,73 €	146,73 €	197,32 €	182,36 €						
75%-Perzentil	268,02 €	231,89 €	307,76 €	302,44 €						
Maximum	2.425,39 €	1.031,49 €	2.303,69 €	1.798,24 €						

**Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	155	152	155	151						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>94,64 €</b>	<b>81,20 €</b>	<b>311,64 €</b>	<b>341,40 €</b>	<b>-217,00 €</b>	<b>0,146</b>	<b>-260,20 €</b>	<b>0,153</b>	<b>-43,20 €</b>	<b>0,252</b>
Standardabweichung	168,34 €	148,60 €	1.953,11 €	2.387,01 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	15,44 €	5,93 €	14,88 €	6,05 €						
Median	39,76 €	31,06 €	47,78 €	39,48 €						
75%-Perzentil	97,54 €	85,44 €	98,92 €	95,87 €						
Maximum	1.145,43 €	1.214,48 €	23.751,94 €	28.562,95 €						

**Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

	IG		KG		Differenz IG - KG prä	p-Wert	Differenz IG - KG 1. Jahr	p-Wert	Differenz der Diffe- renzen (Ef- fekt)	p-Wert
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr						
N gesamt	174	174	174	174						
N mit Fall	56	59	60	60						
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>274,94 €</b>	<b>281,00 €</b>	<b>236,06 €</b>	<b>234,07 €</b>	<b>38,88 €</b>	<b>0,471</b>	<b>46,93 €</b>	<b>0,373</b>	<b>8,05 €</b>	<b>0,868</b>
Standardabweichung	571,71 €	523,50 €	422,42 €	455,66 €						
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
75%-Perzentil	303,73 €	396,30 €	323,22 €	339,54 €						
Maximum	3.389,88 €	2.846,23 €	1.833,73 €	2.401,72 €						

### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

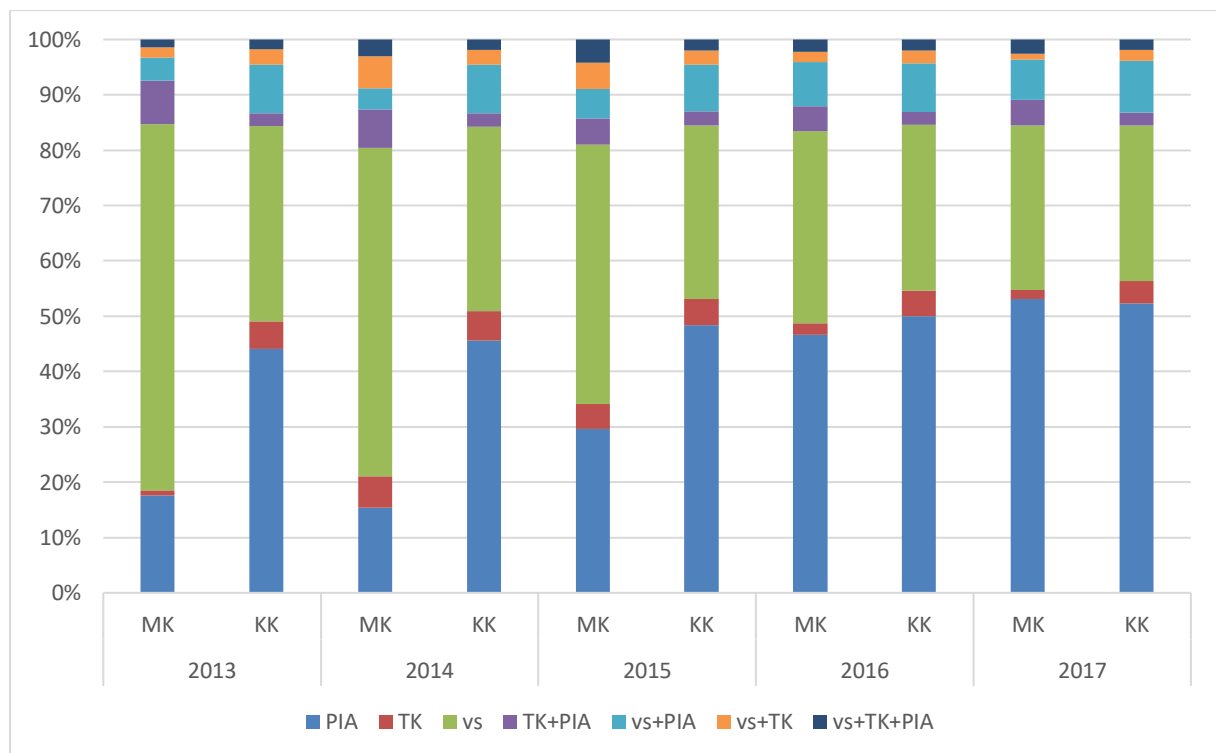
#### Erwachsene

Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting- EP

	2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	20	575	32	652	22	666	26	569
vs+TK	37	857	36	814	17	765	11	634
vs+PIA	25	2.753	41	2.710	78	2.879	75	2.899
TK+PIA	45	740	36	817	43	766	48	720
vs	385	10.445	357	10.071	336	9.858	306	8.693
TK	37	1.640	34	1.531	20	1.515	17	1.252
PIA	100	14.270	226	15.510	451	16.424	547	16.223
Gesamtergebnis	649	31.280	762	32.105	967	32.873	1.030	30.990

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

Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting- EP



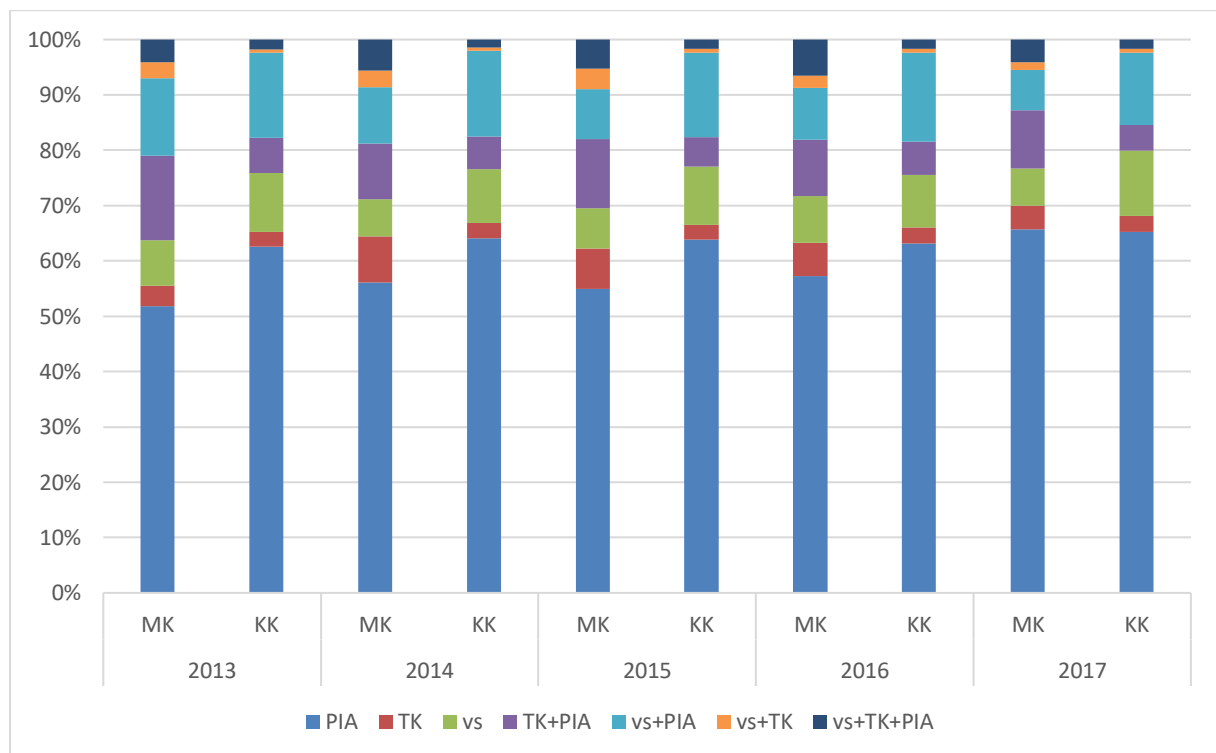
**Kinder**

**Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - KJP**

	2014		2015		2016		2017	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
vs+TK+PIA	35	106	35	123	45	122	30	106
vs+TK	18	39	25	50	15	53	10	48
vs+PIA	63	1.130	60	1.105	64	1.160	54	850
TK+PIA	63	426	84	384	70	431	77	305
vs	41	704	48	760	58	685	49	770
TK	52	202	49	187	42	216	32	186
PIA	347	4.657	367	4.616	393	4.561	482	4.252
Gesamtergebnis	619	7.264	668	7.225	687	7.228	734	6.517

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

**Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting - KJP**



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

#### Erwachsene

**Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr- EP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	649	2085	762	2140	967	2192
Anzahl Fälle	966	5436	1232	5571	1921	5677
Ausgaben	4.911.394 €	11.081.979 €	5.261.491 €	11.138.983 €	5.843.292 €	11.030.839 €
Ausgaben je Patient	7.568 €	5.314 €	6.905 €	5.204 €	6.043 €	5.033 €
Ausgaben je Fall	5.084 €	2.039 €	4.271 €	1.999 €	3.042 €	1.943 €

**Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	467	1045	466	1018	453	1012
Anzahl Fälle	530	1525	556	1439	519	1384
Ausgaben	4.058.134 €	9.854.026 €	4.258.880 €	9.690.704 €	4.904.116 €	9.445.937 €
Ausgaben je vs Patient	8.690 €	9.430 €	9.139 €	9.523 €	10.826 €	9.334 €
Ausgaben je Fall	7.657 €	6.462 €	7.660 €	6.736 €	9.449 €	6.826 €

**Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	139	272	138	272	102	265
Anzahl Fälle	144	360	147	350	114	333
Ausgaben	818.716 €	1.347.913 €	945.816 €	1.490.634 €	774.061 €	1.546.893 €
Ausgaben je TK-Patient	5.890 €	4.950 €	6.854 €	5.472 €	7.589 €	5.834 €
Ausgaben je Fall	5.686 €	3.742 €	6.434 €	4.255 €	6.790 €	4.652 €

**Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr- EP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	190	1223	335	1313	594	1382
Anzahl Fälle	292	3676	529	3901	1288	4075
Ausgaben	34.544 €	626.836 €	56.795 €	703.067 €	165.114 €	770.864 €
Ausgaben je PIA-Patient	182 €	513 €	170 €	536 €	278 €	558 €
Ausgaben je Fall	118 €	171 €	107 €	180 €	128 €	189 €

## Kinder

**Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr - KJP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	619	726	668	723	687	723
Anzahl Fälle	1329	1936	1465	1910	1474	1930
Ausgaben	3.959.527 €	6.167.516 €	4.653.603 €	6.524.047 €	4.440.253 €	6.809.875 €
Ausgaben je Patient	6.397 €	8.491 €	6.966 €	9.030 €	6.463 €	9.422 €
Ausgaben je Fall	2.979 €	3.185 €	3.177 €	3.416 €	3.012 €	3.528 €

**Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	157	247	168	255	182	289
Anzahl Fälle	171	370	187	366	203	405
Ausgaben	2.551.122 €	5.756.750 €	2.820.729 €	6.201.617 €	2.788.432 €	7.113.029 €
Ausgaben je vs Patient	16.249 €	23.271 €	16.790 €	24.344 €	15.321 €	24.649 €
Ausgaben je Fall	14.919 €	15.564 €	15.084 €	16.944 €	13.736 €	17.544 €



**Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	168	110	193	93	172	117
Anzahl Fälle	182	163	205	143	188	172
Ausgaben	1.273.744 €	1.582.968 €	1.703.763 €	1.387.313 €	1.528.048 €	1.899.207 €
Ausgaben je TK-Patient	7.582 €	14.335 €	8.828 €	14.917 €	8.884 €	16.173 €
Ausgaben je Fall	6.999 €	9.694 €	8.311 €	9.685 €	8.128 €	11.051 €

**Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr - KJP**

	2014		2015		2016	
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	508	632	546	623	572	627
Anzahl Fälle	976	1526	1073	1502	1083	1526
Ausgaben	134.660 €	454.039 €	129.111 €	452.369 €	123.773 €	501.310 €
Ausgaben je PIA-Patient	265 €	719 €	236 €	726 €	216 €	799 €
Ausgaben je Fall	138 €	298 €	120 €	301 €	114 €	328 €

### 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- EP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	292	745,11 €	292	9.663,02 €		8.917,91 €
	KG	292	932,19 €	292	7.660,93 €		6.728,74 €
	Differenz IG-KG		-187,08 €		2.002,09 €		2.189,17 €
	p-Wert		0,39		0,01		0,008
(eingesparte) KH-Tage	IG	292	0,7	292	30,9		30,2
	KG	292	1,1	292	25,0		23,9
	Differenz IG-KG		-0,4		5,9		6,3
	p-Wert		0,88		0,07		0,06
ICER (Diff in Diff)							-348,36 €

**Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr- EP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	155	586,12 €	155	9.369,97 €		8.783,85 €
	KG	141	487,05 €	141	6.830,47 €		6.343,42 €
	Differenz IG-KG		99,06 €		2.539,50 €		2.440,44 €
	p-Wert		0,89		0,01		0,02
(vermeidene) AU-Tage	IG	155	16,3	155	81,9		65,5
	KG	141	20,6	141	82,9		62,3
	Differenz IG-KG		-4,2		-1,0		3,2
	p-Wert		0,65		0,94		0,8
	ICER						-752,43 €

**Kinder**
**Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - KJP**

		Präzeitraum		1. Nachbeobachtungsjahr		1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		N		N			
(eingesparte) Kosten	IG	267	624,87 €	267	9.091,30 €		8.466,43 €
	KG	267	802,00 €	267	11.147,85 €		10.345,86 €
	Differenz IG-KG		-177,12 €		-2.056,55 €		-1.879,43 €
	p-Wert		0,38		0,06		0,09
(vermiedene) KH-Tage	IG	267	0,6	267	12,8		12,2
	KG	267	0,5	267	22,4		21,9
	Differenz IG-KG		0,2		-9,6		-9,7
	p-Wert		0,93		<0,001		<0,001
	ICER (Diff in Diff)						-193,08 €