

# Abschlussbericht

## Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH

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

**Berichtsnummer: 3**

**Datum: 23.09.2020**

**aktualisiert am 22.12.2020**

### Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.<sup>1</sup>, Roman **Kliemt**, M.A.<sup>2</sup>, Dipl.-Psych. Fabian **Baum**<sup>1</sup>,  
Christopher **Schrey**, M.Sc.<sup>2</sup>, Prof. Dr. Stefanie **March**, M.A.<sup>3 5</sup>, Dipl-Phys. Martin  
**Seifert**<sup>1</sup>, Denise **Kubat**, B.A.<sup>3</sup>, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**<sup>1</sup>, PD Dr. rer. biol. hum.  
Enno **Swart**<sup>3</sup>, Dr. Dennis **Häckl**<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Andrea **Pfennig**, M.Sc.<sup>4</sup>, Prof. Dr.  
med. Jochen **Schmitt**, M.P.H.<sup>1</sup>

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

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

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

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

<sup>5</sup> Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

## Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold<sup>1</sup>, Dr. rer. pol. 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.....	44
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	44
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten .....	44
5. Methoden .....	46
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	47
6.1 Patientenmatching .....	49
7. Darstellung Modellvorhaben Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH .....	55
8. Ergebnisse: Effektivität .....	57
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	58
8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene.....	70
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	72
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	72
U1 .....	76
U2 .....	88
U3 .....	93
U4 .....	100
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	111
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	111
U1 .....	113
U2 .....	124
U3 .....	128
U4 .....	134
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik .....	143
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	143
U1 .....	145
U2 .....	165
U3 .....	172
U4 .....	180
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	199
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	199

U2 .....	200
8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	207
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	207
U1 .....	208
U2 .....	212
U3 .....	214
U4 .....	217
8.2.6 Arbeitsunfähigkeit .....	220
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	220
U1 .....	223
U2 .....	230
U3 .....	233
U4 .....	237
8.2.7 Wiederaufnahmeraten .....	243
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	243
U2 .....	244
8.2.8 Komorbidität .....	247
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	247
U1 .....	249
U2 .....	252
U3 .....	253
U4 .....	255
8.2.9 Mortalität .....	257
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	257
U1 .....	258
U2 .....	262
U3 .....	264
U4 .....	267
8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung .....	270
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	270
U1 .....	272
U2 .....	281
U3 .....	285



U4 .....	290
8.2.11 Leitlinienadhärenz .....	298
Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	298
U2 .....	299
8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche .....	309
8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	309
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	309
U1 .....	313
U2 .....	325
U3 .....	330
U4 .....	337
8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	348
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	348
U1 .....	351
U2 .....	361
U3 .....	365
U4 .....	371
8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik .....	380
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	380
U1 .....	382
U2 .....	395
U3 .....	400
U4 .....	406
8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	418
8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	419
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	419
U1 .....	420
U2 .....	424
U3 .....	426
U4 .....	429
8.3.6 Arbeitsunfähigkeit .....	432
8.3.7 Wiederaufnahmeraten .....	433

Beschreibung Ergebnisse (U2) .....	433
U2 .....	434
8.3.8    Komorbidität .....	437
8.3.9    Mortalität .....	438
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	438
U1 .....	439
U2 .....	443
U3 .....	445
U4 .....	448
8.3.10   Progression der psychischen Erkrankung .....	451
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) .....	451
U1 .....	453
U2 .....	462
U3 .....	466
U4 .....	471
8.3.11   Leitlinienadhärenz .....	479
9.    Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	480
9.1    Patientenmix .....	480
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	480
U1 .....	482
U2 .....	486
U3 .....	488
U4 .....	490
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	494
U1 .....	495
U2 .....	499
U3 .....	501
U4 .....	503
9.2    Leistungserbringung .....	507
Beschreibung Ergebnisse (U1); Erwachsene .....	507
U1 .....	507
Beschreibung Ergebnisse (U1); Kinder und Jugendliche .....	514
U1 .....	514

10.	Ergebnisse: Kosten .....	521
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	521
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	521
	U1 .....	524
	U2 .....	528
	U3 .....	529
	U4 .....	531
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	533
	U1 .....	536
	U2 .....	540
	U3 .....	541
	U4 .....	543
10.2	Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	545
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	545
	U1 .....	547
	U2 .....	551
	U3 .....	552
	U4 .....	554
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	556
	U1 .....	558
	U2 .....	562
	U3 .....	563
	U4 .....	565
10.3	Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen .....	568
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	568
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	568
10.4	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	569
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	569
	U1 .....	571
	U2 .....	575
	U3 .....	576
	U4 .....	578
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	580

U1 .....	582
U2 .....	586
U3 .....	587
U4 .....	589
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	591
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	591
U1 .....	593
U2 .....	597
U3 .....	598
U4 .....	600
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	602
U1 .....	604
U2 .....	608
U3 .....	609
U4 .....	611
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 613	
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	613
U1 .....	614
U2 .....	617
U3 .....	618
U4 .....	620
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	622
U1 .....	623
U2 .....	627
U3 .....	628
U4 .....	630
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung .....	632
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	632
U1 .....	634
U2 .....	638
U3 .....	639
U4 .....	641

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	643
U1 .....	644
U2 .....	648
U3 .....	649
U4 .....	651
10.8    Kosten der Psychopharmakaversorgung .....	653
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	653
U1 .....	655
U2 .....	659
U3 .....	660
U4 .....	662
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	664
U1 .....	666
U2 .....	670
U3 .....	671
U4 .....	673
10.9    Kosten der Heilmittelversorgung .....	675
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene .....	675
U1 .....	676
U2 .....	680
U3 .....	681
U4 .....	683
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche .....	685
U1 .....	686
U2 .....	689
U3 .....	690
U4 .....	692
11.    Ergebnisse: Effizienz .....	694
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4); Erwachsene .....	694
U2 .....	696
U4 .....	697
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4); Kinder und Jugendliche .....	699
U2 .....	700

U4 .....	700
12. Diskussion .....	702
12.1 Hauptergebnisse.....	702
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich) .....	723
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	727
13. Literatur .....	729
14. Anhang.....	732
14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4 .....	732
14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose .....	754
14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene .....	767
14.4 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche.....	818
14.5 Ergebnisse Kosten, Erwachsene .....	851
14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	852
14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	857
14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	860
14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	863
14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix; Erwachsene .....	868
14.5.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten; Erwachsene .....	869
14.6 Ergebnisse Kosten; Kinder und Jugendliche.....	870
14.6.1 Somatische Versorgungskosten (U1).....	871
14.6.2 Somatische Versorgungskosten (U2).....	876
14.6.3 Somatische Versorgungskosten (U3).....	879
14.6.4 Somatische Versorgungskosten (U4).....	882
14.6.5 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten; Kinder und Jugendliche .....	887

## 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 Null, 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 IG geringere Zunahme als in der KG.
- 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 Null, 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 Null, 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 der IG geringere Zunahme als in der KG.

**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 Präzeitraum als auch im ersten Jahr). Analog dazu lassen sich aus dem Zeithaupteffekt Aussagen über Unterschiede zwischen dem Präzeitraum und den Jahren im Nachbeobachtungszeitraum ableiten, kumuliert über beide Gruppen.

**ICER** (inkrementeller Kosteneffektivitätsquotient) drückt die Kosten- und Effektivitätsunterschiede zweier zu vergleichenden 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. Der DiD-Schätzer stellt einen solchen Wechselwirkungseffekt (Zeit und Gruppe) dar.

**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 wurde (entweder Interventionsklinik oder Kontrollklinik).

**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.

**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.

**Präzeitraum** 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. Dies wird im ausschließlichen Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.



**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.

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.

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

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, d.h. Behandlungskontinuität, Wiederaufnahme, Progression, Mortalität und Leitlinienadhärenz.

**Abkürzungsverzeichnis**

APN	- Abrechnungspositionsnummer
ATC	- Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AU	- Arbeitsunfähigkeit
BPfIV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
DiD	- Difference-in-Difference
EBM	- Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GKV	- Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	- Gebührenordnungsposition
ICD	- Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICER	- Inkrementelle Kosten-Effektivitätsrelation
IG	- Interventionsgruppe (Modellklinik)
INKAR	- Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (Herausgeber: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung)
ISMG	- Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
kf	- Kleine Fallzahl bzw. Fallzahl zu klein
KG	- Kontrollgruppe
KHEntgG	- Krankenhausentgeltgesetz
KJP	- Kinder- und Jugendpsychiatrie
KV	- Kassenärztliche Vereinigung
LDL	- Einzelleistungen der PIA
OPS	- Operationen- und Prozedurenschlüssel
PEPP	- Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIA	- Psychiatrische Institutsambulanz
QI	- Qualitätsindikator
RR	- Risk Ratio
RPB	- Regionales Psychatriebudget
SGB	- Sozialgesetzbuch
TE	- Therapieeinheiten
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: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U1) .....	79
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U2) .....	89
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3) .....	95
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U4) .....	103
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) .....	116
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) .....	125
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) .....	130
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) .....	137
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1).....	158
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2).....	169
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3).....	176
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4).....	193
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2).....	204
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) .....	210
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) .....	213
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) .....	215
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) .....	219
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1).....	225
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2).....	231
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3).....	234
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4).....	239
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) .....	245
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) .....	250
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2).....	252
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3).....	253
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) .....	256
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1).....	259
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2) .....	263
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3) .....	265
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4) .....	268
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1) .....	274
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2) .....	282
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3) .....	286
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4) .....	292
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2).....	304
Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	316
Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	326
Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	332
Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	340
Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1).....	354
Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2).....	362
Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3).....	367
Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4).....	374
Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	388
Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	397

Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	402
Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	412
Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	422
Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	425
Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	427
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	431
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	435
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	440
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	444
Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	446
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	449
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	455
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	463
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	467
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	473
Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	483
Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten .....	485
Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	487
Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	489
Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	491
Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten .....	493
Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	496
Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten .....	498
Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	500
Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	502
Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	504
Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten .....	506
Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	524
Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	525
Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	528
Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	529
Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten .....	531
Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten .....	532
Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	536
Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	537
Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	540
Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	541
Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten .....	543
Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten .....	544
Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	547
Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	548
Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	551
Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	552
Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	554

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	555
Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	558
Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	559
Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	562
Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	563
Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	565
Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	566
Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	571
Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	572
Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	575
Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	576
Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	578
Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	579
Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	582
Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	583
Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	586
Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	587
Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	589
Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	590
Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	593
Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	594
Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	597
Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	598
Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	600
Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten .....	601
Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	604
Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	605
Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	608
Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	609
Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	611
Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten .....	612
Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	614
Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	615
Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	617
Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	618
Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	620
Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten .....	621
Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	623
Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	624
Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	627
Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	628
Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	630
Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten .....	631
Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	634

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	635
Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	638
Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	639
Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	641
Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	642
Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	644
Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	645
Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	648
Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	649
Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	651
Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	652
Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	655
Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	656
Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	659
Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	660
Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	662
Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	663
Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	666
Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	667
Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	670
Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	671
Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	673
Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten .....	674
Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	676
Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	677
Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	680
Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	681
Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten .....	683
Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten .....	684
Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	686
Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	687
Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	689
Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	690
Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten .....	692
Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten .....	693
Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4; Erwachsene .....	698
Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4; Kinder und Jugendliche .....	701
Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	869
Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage .....	887



## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching .....	50
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Erwachsene .....	50
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching .....	51
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching .....	53
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Kinder und Jugendliche .....	53
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching .....	54
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene .....	58
Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene .....	60
Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche .....	64
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche .....	66
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1).....	76
Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) .....	87
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2).....	88
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3).....	93
Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) .....	99
Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4).....	100
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1).....	113
Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1).....	123
Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) .....	124
Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) .....	128
Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3).....	133
Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) .....	134
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1).....	145
Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) .....	164
Tabelle 25: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2).....	165
Tabelle 26: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene,(U3).....	172
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) .....	179
Tabelle 28: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4).....	180
Tabelle 29: Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2).....	200
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) .....	206
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) .....	208
Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1).....	211
Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) .....	212
Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) .....	214
Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3).....	216
Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) .....	217
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1).....	223
Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) .....	229
Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2).....	230
Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3).....	233
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) .....	236
Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4).....	237
Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) .....	244

Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) .....	246
Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1).....	249
Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) .....	251
Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2).....	252
Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3).....	253
Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) .....	254
Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4).....	255
Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1).....	258
Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1) .....	261
Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2).....	262
Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3).....	264
Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) .....	266
Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4).....	267
Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1) .....	272
Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1).....	280
Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2) .....	281
Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3) .....	285
Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3).....	289
Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4) .....	290
Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2).....	299
Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2) .....	300
Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2).....	301
Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2) .....	303
Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) .....	308
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1).....	313
Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1).....	324
Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2).....	325
Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3).....	330
Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3).....	336
Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4).....	337
Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1).....	351
Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	360
Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2).....	361
Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3).....	365
Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	370
Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4).....	371
Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	382
Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	394
Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	395
Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	400
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	405
Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	406
Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	420
Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1).....	423
Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	424
Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	426



Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3).....	428
Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	429
Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	434
Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	436
Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	439
Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1).....	442
Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	443
Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	445
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3).....	447
Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	448
Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	453
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) .....	461
Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) .....	462
Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	466
Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) .....	470
Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) .....	471
Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	482
Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	484
Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	486
Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	488
Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	490
Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	492
Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten .....	495
Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	497
Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten .....	499
Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten .....	501
Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten .....	503
Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	505
Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten .....	508
Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	509
Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten .....	510
Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	510
Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	511
Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	512
Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	513
Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	513
Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten .....	515
Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	516

Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten .....	517
Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten .....	517
Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	518
Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	519
Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	520
Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten .....	520
Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	524
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	525
Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	526
Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	527
Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	528
Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	529
Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	530
Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	531
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	532
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	536
Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	537
Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	538
Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	539
Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	540
Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	541
Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	542
Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	543
Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	544
Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	547
Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	548
Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten ....	549
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	550
Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	551
Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	552
Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten ....	553
Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	554
Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	555
Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	558
Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	559
Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten ....	560
Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	561
Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	562
Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	563
Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten ....	564

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	565
Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	566
Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	571
Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	572
Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	573
Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	574
Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	575
Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	576
Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	577
Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	578
Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	579
Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	582
Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	583
Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	584
Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	585
Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	586
Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	587
Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	588
Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	589
Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	590
Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	593
Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	594
Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	595
Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	596
Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	597
Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	598
Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	599
Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	600
Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten .....	601
Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	604
Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	605
Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten .....	606
Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	607
Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten .....	608
Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	609
Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten .....	610
Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten .....	611
Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten .....	612
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	614
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	615
Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene .....	616
Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	616
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	617
Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	618

Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	619
Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	620
Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	621
Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	623
Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	624
Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche	625
Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten .....	626
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten.....	627
Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	628
Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	629
Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten .....	630
Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	631
Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	634
Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	635
Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	636
Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	637
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	638
Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	639
Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	640
Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	641
Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	642
Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	644
Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	645
Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	646
Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	647
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	648
Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	649
Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	650
Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten .....	651
Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	652
Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	655
Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	656
Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	657
Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	658
Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	659
Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	660
Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	661
Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten .....	662

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	663
Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	666
Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	667
Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	668
Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	669
Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	670
Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	671
Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	672
Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten .....	673
Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	674
Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	676
Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	677
Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	678
Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	679
Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	680
Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	681
Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	682
Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten .....	683
Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	684
Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	686
Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	687
Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	688
Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	688
Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	689
Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	690
Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	691
Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten .....	692
Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	693
Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten .....	696
Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten .....	696
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene .....	697
Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene .....	697
Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten .....	700
Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche .....	700
Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene.....	732
Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene.....	732
Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene.....	735



Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene.....	735
Tabelle 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene.....	738
Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene.....	739
Tabelle 290: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche .....	743
Tabelle 291: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche .....	743
Tabelle 292: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche .....	746
Tabelle 293: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche .....	746
Tabelle 294: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche .....	749
Tabelle 295: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche .....	750
Tabelle 296: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1).....	754
Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1).....	758
Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1).....	763
Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	768
Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	770
Tabelle 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	772
Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	774
Tabelle 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene.....	776
Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene.....	777
Tabelle 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene.....	778
Tabelle 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene.....	779
Tabelle 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene .....	780
Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene .....	781
Tabelle 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene .....	782
Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene .....	783
Tabelle 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	784
Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	784
Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	785
Tabelle 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	786
Tabelle 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	787
Tabelle 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene.....	789
Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	791
Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	791
Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	792
Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene.....	794
Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene .....	796
Tabelle 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	797
Tabelle 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	798
Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene .....	799
Tabelle 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	800
Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene .....	801
Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene.....	802
Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene.....	803
Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	804
Tabelle 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	806
Tabelle 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene.....	808
Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene.....	809
Tabelle 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	810
Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	811

Tabelle 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	812
Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	813
Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	814
Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	815
Tabelle 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene .....	816
Tabelle 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	817
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	819
Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	821
Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	823
Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	825
Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche .....	827
Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche .....	828
Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche .....	829
Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche .....	830
Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche.....	831
Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche.....	832
Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche.....	833
Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche.....	834
Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	835
Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	836
Tabelle 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	837
Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	837
Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	838
Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	839
Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	840
Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche .....	841
Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	842
Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	843
Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche .....	844
Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche .....	845
Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche .....	846
Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	847
Tabelle 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3).....	848
Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche .....	849
Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	850
Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	852
Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	852
Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	852
Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	852
Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	853
Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	853
Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	853
Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	854
Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	854

Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	855
Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	855
Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	855
Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	856
Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	856
Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	857
Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	857
Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	857
Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	858
Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	858
Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	858
Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	859
Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	860
Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	860
Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	860
Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	861
Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	861
Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	861
Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	862
Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten .....	863
Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	863
Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	863
Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	864
Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	864
Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	864
Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten .....	865
Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	865
Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	865
Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	866
Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	866
Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	866
Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	867
Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	867
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene .....	868
Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten .....	871
Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten .....	871
Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	871
Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	871
Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	872
Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	872
Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten .....	872
Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	873
Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	873
Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	874
Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	874
Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	874
Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten .....	875
Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten .....	875



Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten .....	876
Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	876
Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	876
Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten .....	877
Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	877
Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	877
Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten .....	878
Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten .....	879
Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	879
Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	879
Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten .....	880
Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	880
Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	880
Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten .....	881
Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten .....	882
Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten .....	882
Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	882
Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	883
Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	883
Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	883
Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten .....	884
Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	884
Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	884
Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	885
Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	885
Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	885
Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten .....	886
Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten .....	886

## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

Ein wissenschaftliches Konsortium bestehend aus der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden, dem Wissenschaftlichen Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 GmbH) in Leipzig sowie dem Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung (ISMG) der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde mit der bundesweit einheitlichen Evaluation von insgesamt achtzehn Modellvorhaben nach §64b SGB V beauftragt. Ziele der Modellverträge nach §64b sind (A) die Implementierung und Weiterentwicklung einer verbesserten Patientenversorgung durch eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung und -durchführung. Konkret sollen (B) Alternativen zur vollstationären Behandlung – mit verbesserter Anpassung der Dauer und Intensität der Behandlung an den konkreten Behandlungsbedarf betroffener Versicherter – gestärkt werden, (C) eine kontinuierliche Behandlung und Stabilisierung der Patienten unter Berücksichtigung ihres sozialen und beruflichen Umfelds erfolgen, (D) die Akzeptanz der patientenorientierten psychiatrischen, psycho-therapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen erhöht werden sowie (E) Leistungstransparenz und (F) eine kosten-effektivere Verwendung der vorhandenen Mittel zur Versorgung der Versicherten erreicht werden.

Die folgenden Hypothesen wurden abgeleitet von den Zielen der Modellverträge nach §64b SGB V und anhand verschiedener Outcomes näher untersucht. Verträge gemäß §64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.
- b) schaffen eine erhöhte Behandlungskontinuität bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.
- c) sorgen für eine schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.
- d) erhöhen die Leitlinienadhärenz insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).
- e) stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.

- f) führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.
- g) führen zur Herstellung von Leistungstransparenz durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- h) führen zu einer Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.
- i) führen zu einer Veränderung der Arzneimitteltherapie durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die Kosten der Arzneimittelversorgung sinken, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
- j) führen zu einer kosten-effektiveren Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht 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 und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß §64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte 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 sowie Kinder und Jugendlichen.

### **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 vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter  $\geq 18$  Jahre bzw.  $<18$  Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (Indexdiagnosen): 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 hier untersuchte Klinik 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 bis zu zehn strukturell ähnlichsten Kontrollkliniken im Bundesland der Modellklinik ausgewählt. Dabei gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz, 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 Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der bis zu zehn Kontrollkliniken zugeordnet. Die Zuordnung von Kontrollkliniken wurde separat für Erwachsenenpsychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgenommen.

### *Analyse*

Primäre Outcomes der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der kumulierten vollstationären Behandlungsdauer von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Indexdiagnosen sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit (nur Erwachsenenpsychiatrie) aufgrund von Indexdiagnosen zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Outcomes wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche (nur Erwachsenenpsychiatrie), Arzt- und/oder Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten (nur Erwachsenenpsychiatrie), Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz (nur Erwachsenenpsychiatrie) in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen.

Die Analyse der Outcomes gliederte sich in vier Untersuchungen auf (U1-U4). U1 betrachtete Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. U2 untersuchte klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einem Jahr Nachbeobachtung. U3 analysierte klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung. Und U4 stellte Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtungszeit dar. Es fanden deskriptive Beschreibungen von U1 bis U4 und zusätzlich Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 statt. Bei den Difference-in-Difference-Modellierungen können Signifikanzaussagen abgeleitet werden.

Für jede Untersuchung U1 bis U4 wurden getrennt für die Kohorte der klinikneuen und klinikbekannten Patienten deskriptive Auswertungen in Zeitscheiben vorgenommen. Die Kennwerte hinsichtlich des jeweiligen Outcomes wurden für die Modell- und Kontrollpatienten gegenübergestellt. Die dabei entstandenen zeitlichen Verläufe mit aggregierten Kenngrößen des Outcome-Verlaufs vom Prä-Jahr bis einschließlich erstes patientenindividuelles Jahr (U2), zweites patientenindividuelles Jahr (U3), drittes patientenindividuelles Jahr (U4) und viertes patientenindividuelles Jahr (U1) wurden grafisch als Linien- oder Balkendiagramme abgebildet.

Für die Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 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 inferenzstatistische Auswertungen durchgeführt, mit deren Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Bei den drei Outcomes, bei denen eine Abbildung eines Verlaufs nicht möglich war (Kontaktabbruch, Wiederaufnahme, Leitlinienadhärenz), wurden auch bei U2 inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen. 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 Outcomeparameter - 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 und Diskussion

Die Studienpopulation der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.536 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie sowie 1.241 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG (siehe Kapitel 6.1 und 8.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

### *Effektivität*

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** (Seite 72 ff.) ergab in der IG bei den linikneuen erwachsenen Patienten kein einheitliches Bild. In U1 und U3 waren die Verläufe und die Höhe der Anteile zwischen IG und KG vergleichbar. In U2 stieg der Anteil im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. In U4 stieg bzw. fiel der Anteil in der IG teils stärker. Eine eindeutige Tendenz ist nicht ersichtlich. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten waren die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt in der IG im Jahr vor Referenzfall in beiden untersuchten Kohorten (U1 & U4) größer als in der KG. Dieser größere Anteil in der IG verringerte sich über die Zeit im Vergleich zur KG kontinuierlich. In U1 war das stärkere Absinken der Anteile im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch war das Absinken der Anteile über die Zeit in U4 in der IG größer als in der KG. Hier lässt sich eine Tendenz der Verringerung des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt über die Zeit bei den linikbekannten erwachsenen Patienten erkennen. Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war sowohl bei den linikneuen als auch linikbekannten Patienten bereits ab dem ersten Jahr nach Referenzfall ein wesentlicher Unterschied bezüglich der Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zu erkennen. Während in allen Kohorten die Kinder und Jugendlichen im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) der IG noch größere Anteile aufwiesen, sanken diese ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter die Werte der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede linikneuer junger Patienten waren im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall für alle Nachbeobachtungsjahre von U1 und U3 ersichtlich. Bei den linikbekannten jungen Patienten war dieser Unterschied für das erste Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Eine Veränderung der Anteile vollstationärer Behandlungen ist in der KJP deutlich zu erkennen und ab Start des Modellvorhabens für linikneue und linikbekannte junge Patienten ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen erwachsenen Patienten auch erst im Verlauf zwischen IG und KG verschieden. So waren in U1 und U4 (Patienten mit Einschluss im ersten Jahr bzw. ersten beiden Jahren nach Modellstart) die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG zunächst größer als in der KG, sanken aber im Verlauf in der IG stärker. In U3 (Patienten mit Einschluss in den ersten drei Jahren nach Modellstart) waren die Anteile in allen beiden Nachbeobachtungsjahren in der IG geringer als in der KG. Und in U2 (Patienten mit Einschluss in den ersten vier Jahren nach Modellstart) verzeichnete die

IG einen geringeren Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG. Diese Veränderung über die Zeit war auch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten ersichtlich. So verzeichneten Patienten der U1 in den ersten Jahren höhere Anteile und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall geringere Anteile (U1 & U4). Diese Tendenz zur geringeren Inanspruchnahme über die Zeit war analog der Anteile des Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt bei den linikbekannt Patienten. Da das Modellvorhaben der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH ohne Vorläufervertrag startete, war mit einer Einführungsphase zu rechnen. Über den Verlauf des Modellvorhabens konnten jedoch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten vollstationäre Aufenthalte vermieden werden. Auf der anderen Seite ist eine Ausweitung teilstationärer Aufenthalte bei den linikneuen Patienten über die Zeit nicht ersichtlich. Vielmehr verringerten sich die Anteile an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt über die Zeit.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten stets größer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannt Patienten bestand dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden. Dennoch ist eine klare Tendenz hin zu einem höheren Anteil teilstationärer Krankenhausaufenthalte in der KJP der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bei den Kindern und Jugendlichen ersichtlich, besonders bei den linikneuen jungen Patienten.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer erwachsener Patienten war im Wesentlichen in allen Untersuchungen vergleichbar. In U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) stieg sogar die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG etwas mehr als in der KG (statistisch nicht signifikant). Über den Zeitverlauf des Modellvorhabens, siehe u.a. U2 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr), war jedoch der Anstieg der vollstationären Tage linikneuer Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Ein starker Effekt auf die vollstationäre Behandlungsdauer ist im Beobachtungszeitraum im hier betrachteten Modellvorhaben nicht ersichtlich, auch wenn eine vorsichtige Tendenz zu weniger vollstationären Behandlungstagen erkennbar ist. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine größere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH hatte vor Einführung des Modellvorhabens keinen Vorläufervertrag und mutmaßlich eine Struktur, welche stärker auf vollstationäre Behandlung ausgelegt war im Vergleich zur Regelversorgung. Diese größere Anzahl vollstationärer Tage linikbekannt erwachsener Patienten war sowohl in U1 als auch U4 ersichtlich. In beiden Kohorten ist jedoch auch ersichtlich, dass die Patienten des Modellvorhabens über den Zeitverlauf ihrer Behandlung weniger vollstationäre Behandlungstage in Anspruch nahmen als Patienten der Regelversorgung. Diese Tendenz führte dazu, dass in U1 (in der inferenzstatistisch getestet wurde) das Absinken vollstationärer Behandlungstage im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer war als in der KG. Auch im Vergleich des Jahres vor Referenzfall mit den vier Jahren nach Referenzfall war die größere Abnahme der vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben statistisch signifikant. Hier schien die Einführung des Modellvorhabens zu weniger



vollstationären Behandlungstagen geführt zu haben, und dies bereits für Patienten, die im ersten Jahr nach Modellstart bereits behandelt wurden. Die Gründe, warum Effekte bei klinikneuen Patienten nicht ersichtlich waren, aber bei den klinikbekannten schon, lassen sich mit den vorhandenen Daten nicht vollständig aufklären.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigten sich sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringere vollstationäre Behandlungstage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. Auch waren die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in allen inferenzstatistisch getesteten Kohorten (U1 klinikneu & klinikbekannt; U3 klinikneu) in der IG statistisch signifikant geringer verglichen mit der KG. Auch hier ist eine deutliche Veränderung mit Modellstart hin zu einer verringerten Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der KJP des Modellvorhabens, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall, ersichtlich.

Bei klinikneuen erwachsenen Patienten in der IG stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** in U1 und U4 im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. In U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Die restlichen Jahre in den Kohorten U1 und U4 sowie die Verläufe in U2 und U3 waren zwischen IG und KG vergleichbar. Besonders im ersten Jahr nach Modellstart wurden hier die teilstationären Behandlungen mutmaßlich ausgebaut. Diese Stärkung teilstationärer Behandlungen war im weiteren patientenindividuellen Verlauf sowie im Verlauf des Modellvorhabens nicht mehr ersichtlich. In anderen Modellvorhaben wurde verstärkt auf teilstationäre Behandlungen gesetzt. Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch U4 der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (in U1 statistisch signifikant). Hier schien die Einführung des Modellvorhabens zu mehr teilstationären Behandlungstagen im ersten Jahr nach Referenzfall geführt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klinikneuen jungen Patienten der Modellklinik stets stärker an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten jedoch keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt werden. Bei den klinikbekannten jungen Patienten stiegen die teilstationären Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall jedoch weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Auch hier waren die Fallzahlen für inferenzstatistische Tests zu gering.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 111 ff.) ist zu erkennen, dass die PIA bei den klinikneuen erwachsenen Patienten bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder den ersten beiden Modelljahren (U1 & U4) im Modellvorhaben geringer in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Diese geringere Inanspruchnahme blieb in allen patientenindividuellen Jahren in U1 und U4 bestehen. Zudem war der geringere Anstieg in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall in U1 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Bei den Patienten, die im ersten bis dritten bzw. ersten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U3 & U2) war jedoch ein vergleichbarer Anstieg der PIA-Kontakte zwischen IG und KG erkennbar. Somit schien die anfängliche Stärkung der PIA über die Modelllaufzeit geringer geworden zu sein. Die klinikbekannten erwachsenen Patienten zeigten in jedem Jahr eine geringere PIA-Inanspruchnahme in allen untersuchten Jahren, auch im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Da



dieser Unterschied bereits im Präzeitraum bestand waren statistisch signifikante Unterschiede nicht ersichtlich. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wurde die PIA somit auch nach Einführung des Modellvorhabens weiterhin geringer als in der Regelversorgung in Anspruch genommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten stets eine geringere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Trotz des bereits im Präzeitraum ersichtlichen Unterschieds ergaben sich im ersten Jahr nach Referenzfall (U1 & U3, klinikneu & klinikbekannt) und im zweiten Jahr nach Referenzfall (U3, klinikneu) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant geringere Anstiege. Eine nach Modellstart weitere geringere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben kaum beeinflusst zu sein. So war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten kein großer Unterschied der Inanspruchnahme hier zu verzeichnen. Lediglich das größere Absinken der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im zweiten Jahr nach Referenzfall war in U3 bei der IG statistisch signifikant im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war stets eine geringere Inanspruchnahme bei Patienten der Modellklinik ersichtlich. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits vor Referenzfall. Unterschiede nach Modellstart waren nicht ersichtlich.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten das Muster der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei war die Anzahl der Kontakte in der IG stets geringer als in der KG. Patienten der Modellklinik wiesen somit bereits vor Referenzfall (initialer Behandlung in Klinik nach Modellstart) geringere ambulante Kontakte außerhalb des Krankenhauses auf. Im Laufe des Modellvorhabens erfolgten hier keine Veränderungen im Vergleich zur Regelversorgung.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 143 ff.) war die Kontinuität für alle erwachsenen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Im zweiten Jahr nach Referenzfall wiesen die klinikneuen erwachsenen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) jedoch eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität (30 Tage Nachbeobachtung) im Vergleich zur KG auf. In den anderen Kohorten ergaben sich keine eindeutigen Tendenzen. Teilweise war die Behandlungskontinuität im Modellvorhaben geringer (U2; U4, 3. Jahr, klinikneu) und teilweise war diese im Modellvorhaben größer (U4 klinikbekannt) im Vergleich zur Regelversorgung.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war hier kein einheitliches Bild ersichtlich. Für klinikneue junge Patienten der U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) bei der Betrachtung von 7 Tagen sowie für klinikneue junge Patienten der U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) bei der Betrachtung von 30 Tagen war eine statistisch signifikant geringere Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor im dritten bzw. ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben verglichen mit der Regelversorgung ersichtlich. Bei den klinikbekannten jungen Patienten der U1 war auf der anderen

Seite die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 199 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem war der Anteil an linikneuen erwachsenen Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG vergleichbar, die Dauer der Kontaktabbrüche in der IG im Jahr nach Referenzfall war stets geringer als in der KG. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 207 ff.) kann ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** (Seite 220 ff.) zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** folgte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen erwachsenen Patienten zwischen IG und KG ein zeitliches Muster. In U1 und U4 (Referenzfall im ersten bzw. ersten und zweiten Modelljahr) war der Anstieg in der IG noch größer, in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) vergleichbar und in U4 (Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr) geringer als in der KG. Hier ist eine vorsichtige Tendenz zu weniger AU-Tagen klinikneuer erwachsener Patienten über die Modelllaufzeit zu erkennen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Daher müsste dieser Trend weiter beobachtet werden. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war eine Verringerung der AU-Tage über die patientenindividuelle Zeit ersichtlich. In U1 stieg zunächst die Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben in Vergleich zur Regelversorgung zum ersten Jahr nach Referenzfall, sank dann aber im Verlauf stärker als in der als in der Regelversorgung. In U4 lag die Anzahl AU-Tage vor Referenzfall und in den zwei Jahren nach Referenzfall über der KG, fiel dann aber ab dem dritten Jahr nach Referenzfall unter die Anzahl AU-Tage der Regelversorgung. Hier ist eine erste Tendenz zu weniger AU-Tagen im patientenindividuellen Verlauf erkennbar.

Der Anteil linikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 243 ff.) war im ersten Jahr nach Referenzfall fast identisch. Auf der anderen Seite war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben etwas geringer als bei Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den linikneuen jungen Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug zum Anteil der Wiederaufnahme oder zur Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung ersichtlich. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 247 ff.) waren zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie vergleichbar. Während jedoch bei den linikneuen erwachsenen Patienten

vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den klimbekannt erwachsenen Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 257 ff.) zeigten sich sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 270 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klimbekannt Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie der IG geringer (in U3 statistisch signifikant) und bei den klimbekannt Patienten größer als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den klimbekannt als auch bei den klimbekannt Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG. Jedoch waren diese Unterschiede (U1 und U3) statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) in der IG zunächst geringer (statistisch nicht signifikant) als in der KG, im Verlauf des Modellvorhabens jedoch höher (U2, U3 und U4), wobei der größere Anteil in U3 statistisch signifikant war. Bei den klimbekannt Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung und eher negativ auf die Verhinderung einer Suchterkrankung bei klimbekannt Patienten ausgewirkt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den klimbekannt und klimbekannt Patienten zwischen IG und KG weitestgehend vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG zunächst geringer (U1) und im Laufe des Modellvorhabens größer als in der KG (U2 & U3). Alle Vergleiche waren jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den klimbekannt Patienten war der Anteil mit Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung in der IG größer als in der KG (U1 und U4). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klimbekannt und klimbekannt Patienten in der IG geringer als in der KG, wobei dieser Unterschied bei den klimbekannt Patienten in U1 statistisch signifikant war. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben im Verlauf eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung und eher positiv auf die Verhinderung einer Suchterkrankung ausgewirkt zu haben.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 298 ff.) in der Erwachsenenpsychiatrie konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen in den untersuchten Parametern zur Leitlinienadhärenz zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung festgestellt werden. Bei den klimbekannt und klimbekannt erwachsenen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (**Home Treatment**) (S. 507 ff.) in allen Jahren nach Referenzfall etwas stärker in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war ab dem Jahr nach Referenzfall sowohl bei den klimbekannt als auch bei den klimbekannt Patienten statistisch signifikant. Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) gab es hier kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung sowohl bei den klimbekannt als auch bei den klimbekannt jungen Patienten. Eine

Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie konnte somit nachgewiesen werden.

### *Kosten*

Erwachsene: Bei den linikneuen Patienten von U1 entwickelte sich die IG bzgl. der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten** zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG immer noch teurer als die KG, jedoch war der Unterschied nicht mehr signifikant. Die unterschiedliche starke Entwicklung in den Gesamtkosten im ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf die teurere Entwicklung der IG im vollstationären und teilstationären psychiatrischen Bereich zurückzuführen.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 hingegen entwickelte sich die IG relativ zur KG von Prä- zu Postzeitraum um 2.761,02 € signifikant günstiger. Diese unterschiedlich starke Entwicklung war dabei nicht auf ein einzelnes Jahr zurückzuführen – die Gesamtkosten der IG sanken im Präzeitraum relativ stärker als in der KG.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG signifikant teurer als die KG. Diese teurere Entwicklung war wiederum auf den relativ stärkeren Anstieg der Kosten in der IG hin zum ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr trugen in der IG vor allem die Kosten der vollstationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung für eine insgesamt teurere Entwicklung im Vergleich zur KG bei.

Kinder und Jugendliche: Bei den linikneuen Patienten von U1 zeigte sich keine günstigere Entwicklung in der IG relativ zur KG bzgl. der **gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten**. Die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten entwickelten sich im Zeitverlauf nahezu identisch zwischen IG und KG.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 hatten IG und KG – mit der Ausnahme des ersten Nachbeobachtungsjahres – einen nahezu identischen Kostenverlauf. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG um 4.695,27 € signifikant weniger stark an als in der KG. Diese unterschiedlich starke Entwicklung vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf den deutlich geringeren Anstieg der vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten in der IG zurückzuführen. Von Prä- zu Postzeitraum war der Unterschied jedoch nicht mehr signifikant.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.050,79 € signifikant günstiger als die KG. Diese günstigere Entwicklung war hauptsächlich auf die günstigere Entwicklung in der IG hin zum ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen: Hier stiegen die Kosten in der IG um 1.569,09 € signifikant weniger stark an. Hier trug hauptsächlich die Entwicklung der vollstationären Kosten bei: Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen sie in der IG um 2.922,29 € signifikant weniger stark an.

### *Kosten-Effektivität*

Erwachsene: Bei den klinikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.269,78 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.054,13 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bei den klimbekannten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Kinder und Jugendliche: Bei den klinikneuen von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.746,74 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 10,10 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 172,94 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 172,94 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Hier ist von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bei den klimbekannten Patienten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 3.516,61 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 9,45 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 372,13 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 372,13 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Hier ist ebenfalls von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel verworfen für die Erwachsenen verworfen werden kann. Bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich hypothesenkonformes Verhalten.

### *Methodische Stärken und Limitationen*

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik- und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. erst nach ein paar Jahren einstellen.

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 können diese nicht alle Dimensionen der Ergebnisqualität abbilden. 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**

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH muss teilweise zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden. Bei den Erwachsenen konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (noch) nicht (bzw. erst über die Zeit), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch sehr klar erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP eine Verringerung der PIA-Inanspruchnahme über die Modelllaufzeit. Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem eine erste Tendenz hin zu verringerten Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die

Analyse ausgeschlossen werden. Die Entwicklung der Erkrankungsprogressionen zeigte keine eindeutige Richtung. Teils entwickelten Patienten des Modellvorhabens weniger und teils mehr weitere psychische Erkrankungen. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie vermehrt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie eine Tendenz hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen sowie weniger AU-Tagen erst über die Zeit, während die Entwicklung bezüglich der vollstationären Tagen in der KJP bereits zu Anfang des Modellvorhabens ersichtlich waren. Teilstationäre Angebote wurden sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder und Jugendliche ausgebaut, während die PIA weniger in Anspruch genommen wurde.

Unterschiedliche Entwicklungen der gesamten psychiatrischen Versorgungskosten ergaben sich vor allem durch unterschiedliche Entwicklungen in den vollstationären, teilweise auch in den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten. Dabei unterschieden sich wiederum Erwachsene von den Kindern und Jugendlichen, klinikneue von klinikbekannten Patienten sowie Patienten der unterschiedlichen Untersuchungsgruppen voneinander.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.



## 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. Das Studiendesign ist auch in Neumann et al. (2018) weiter beschrieben (1).

## 4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

In dieser Studie werden Effektivität, Kosten und Effizienz von Verträgen zu innovativen Versorgungssystemen gemäß §64b Sozialgesetzbuch V (SGB V) (Interventionsklinik (IG)) mit der Regelversorgung, d.h. kein Vertrag nach §64b SGB V (Kontrollgruppe (KG)), verglichen.

Dabei wird auf folgende Unterfragen der Effektivität und Qualität näher eingegangen:

Verträge gemäß §64b SGB V:

- a) stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der **IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG** und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind **Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.**

➤ Outcomes: Stationäre Behandlungsdauer (voll- und teilstationär) und ambulante Leistungen

- b) schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.

➤ Outcomes: Kontinuität, Kontaktabbruch und Arzt- und Krankenhaus-Hopping



- c) sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern** somit **das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von psychischen und somatischen **Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**.
- Outcomes: Arbeitsunfähigkeit, stationäre Wiederaufnahme, Komorbidität, Mortalität und Progression
- d) erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).
- Outcomes: Leitlinienadhärenz, extra Auswertung zu Home-Treatment (über bekannte PIA-Schlüssel für Modelle bis Start 2014, dann über die neue PIA-Dokumentation für Modelle mit Start 2016/2017 (nach Prüfung erster Daten dazu in 2020), Abbildung Verlauf nur eingeschränkt möglich)

Im Bereich der Kosten und der Effizienz werden folgende Unterfragen betrachtet:

Verträge gemäß §64b SGB V:

- e) **stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte** aufgrund einer psychischen Erkrankung. **Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten** sind in der IG daher geringer als in der KG.
- Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- f) führen zu geringeren Kosten. Die **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG**.
- Die Hypothese wird anhand des unter 4.1 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- g) führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.
- Diese Hypothese kann zum jetzigen Zeitpunkt nur qualitativ bewertet werden.

- h) führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich**.
- Die Hypothese wird anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- i) führen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
- Die Hypothesen werden anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.
- j) führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.
- Die Hypothese wird im bekannten Verfahren der Gegenüberstellung von vermiedenen vollstationären Behandlungstagen (Variante A) und gewonnenen Arbeitstagen (Variante B) dargestellt.

Diese Hypothesen werden in der Diskussion (Kapitel 12) aufgegriffen und diskutiert. Weitere Angaben zu Outcomes und Hypothesen wurden in einem separaten Methodenband näher erläutert.

## 5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

Die Datenübermittlungen erfolgten im Zeitraum August bis Dezember 2019. Die Daten entsprachen weitgehend der konsentierten Datensatzbeschreibung. In wenigen Fällen war eine Neulieferung ausgewählter Tabellen erforderlich. Die letzte (korrigierte) Datenlieferung erfolgte Dezember 2019.

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

- AOK PLUS
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- 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
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK firmus
- 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 - Hanseatische Krankenkasse
- 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. [Aufgrund eines hohen Anteils fehlender Diagnosen bei stationären und PIA-](#)

Behandlungsfällen bei der DAK und der daher unsicheren Zuordnung zu Behandlungen konnten Patienten der DAK in diese Analyse nicht eingeschlossen werden.

## 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

Von den 2.172 die Studieneinschlusskriterien erfüllenden, der Interventionsgruppe zugeordneten Patienten verblieben nach Selektion derjenigen Patienten, die über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum verfügten, 1.573 Patienten, die in das Matching einfließen. Hierfür konnte für 1,573 (98%) ein geeigneter Kontrollpatient gezogen werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der PIA-Referenzfälle unterschied sich zwischen IG und KG bei den klinikneuen Patienten von Kohorte 1 (in der IG geringer) und den klinikneuen Patienten von Kohorten 3 und 4 (in der IG größer). Der Anteil der vollstationären Referenzfälle unterschied sich nur bei den klinikneuen Patienten von Kohorte 3 zwischen IG und KG (IG geringer). Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigten sich Unterschiede zwischen IG und KG beim Anteil der Patienten mit PIA-Fall bzw. vertragsärztlichem Fall im Präzeitraum.

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

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamt</b>	2.172	31.378	1.573 (72%)	24.031 (77%)	1.536 (71% ; 98%)	1.536 (5% ; 6%)
<b>Gesamt</b>	532	9.270	435 (82%)	7.486 (81%)	426 (80% ; 98%)	426 (5% ; 6%)
<b>Kohorte 1</b>	556	7.909	404 (73%)	5.872 (74%)	395 (71% ; 98%)	395 (5% ; 7%)
<b>Kohorte 2</b>	555	7.381	393 (71%)	5.578 (76%)	383 (69% ; 97%)	383 (5% ; 7%)
<b>Kohorte 3</b>	529	6.818	341 (64%)	5.095 (75%)	332 (63% ; 97%)	332 (5% ; 7%)
<b>Kohorte 4</b>	1.893	27.505	1.336 (71%)	21.103 (77%)	1.316 (70% ; 99%)	1.316 (5% ; 6%)
<b>Gesamt</b>	361	7.243	283 (78%)	5.775 (80%)	281 (78% ; 99%)	281 (4% ; 5%)
<b>Klinikneu</b>	498	7.177	358 (72%)	5.527 (77%)	352 (71% ; 98%)	352 (5% ; 6%)
<b>Kohorte 1</b>	529	6.788	372 (70%)	5.090 (75%)	365 (69% ; 98%)	365 (5% ; 7%)
<b>Kohorte 2</b>	505	6.297	323 (64%)	4.711 (75%)	318 (63% ; 98%)	318 (5% ; 7%)
<b>Kohorte 3</b>	279	3.873	237 (85%)	2.928 (76%)	220 (79% ; 93%)	220 (6% ; 8%)
<b>Kohorte 4</b>	171	2.027	152 (89%)	1.711 (84%)	145 (85% ; 95%)	145 (7% ; 8%)
<b>Klinikbekannt</b>	58	732	46 (79%)	345 (47%)	43 (74% ; 93%)	43 (6% ; 12%)
<b>Kohorte 1</b>	26	593	21 (81%)	488 (82%)	18 (69% ; 86%)	18 (3% ; 4%)
<b>Kohorte 2</b>	24	521	18 (75%)	384 (74%)	14 (58% ; 78%)	14 (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	173
2	20,4	278
3	21,5	351
4	21,8	377
5	22,2	253
6	22,4	18
7	22,6	28
8	22,9	11
9	23,1	12
10	23,2	35

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

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	1.536	1.536		426	426		395	395		383	383		332	332	
	linikneue	1.316	1.316		281	281		352	352		365	365		318	318	
	linikbekannt	220	220		145	145		43	43		18	18		14	14	
mittleres Alter	gesamt	49,3	48,7	1,000	48,8	48,7	1,000	49,7	48,5	1,000	49,4	48,7	1,000	49,1	49,1	1,000
	linikneue	49,9	48,9	0,614	50,8	50,4	1,000	50,3	48,4	1,000	49,3	47,8	1,000	49,5	49,5	1,000
	linikbekannt	45,3	47,5	1,000	44,9	45,5	1,000	45,1	48,9	1,000	52,1	67,4	0,353	41,4	38,5	1,000
Anteil Frauen	gesamt	58,2%	54,7%	0,484	54,5%	48,8%	0,804	57,7%	55,7%	1,000	62,1%	58,2%	1,000	59,0%	56,9%	1,000
	linikneue	59,5%	54,9%	0,109	57,7%	48,4%	0,311	57,4%	55,1%	1,000	63,0%	57,5%	0,904	59,4%	57,2%	1,000
	linikbekannt	50,5%	53,6%	1,000	48,3%	49,7%	1,000	60,5%	60,5%	1,000	44,4%	72,2%	1,000	50,0%	50,0%	1,000
Anteil klinikbekannt Patienten	gesamt	14,3%	14,3%	1,000	34,0%	34,0%	1,000	10,9%	10,9%	1,000	4,7%	4,7%	1,000	4,2%	4,2%	1,000
	linikneue	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	38,3%	31,7%	0,001	20,7%	30,0%	0,019	36,7%	35,4%	1,000	52,7%	32,9%	0,000	46,4%	28,0%	0,000
	linikneue	39,6%	29,4%	0,000	17,4%	21,4%	1,000	38,4%	33,8%	1,000	52,3%	31,8%	0,000	45,9%	28,9%	0,000
	linikbekannt	30,9%	45,5%	0,019	26,9%	46,9%	0,006	23,3%	48,8%	0,198	61,1%	55,6%	1,000	57,1%	7,1%	0,152
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	56,1%	57,8%	1,000	67,4%	59,2%	0,125	57,0%	54,4%	1,000	46,2%	56,9%	0,031	52,1%	61,1%	0,185
	linikneue	57,1%	60,1%	0,614	74,7%	68,3%	0,890	57,7%	55,4%	1,000	46,6%	57,5%	0,027	52,8%	61,0%	0,317
	linikbekannt	50,5%	44,1%	1,000	53,1%	41,4%	0,359	51,2%	46,5%	1,000	38,9%	44,4%	1,000	35,7%	64,3%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	5,5%	5,7%	1,000	12,0%	4,9%	0,004	6,3%	5,8%	1,000	1,0%	5,5%	0,010	1,5%	6,9%	0,009
	linikneue	3,3%	5,7%	0,034	7,8%	4,3%	0,890	4,0%	6,3%	1,000	1,1%	5,8%	0,009	1,3%	6,3%	0,014
	linikbekannt	18,6%	5,9%	0,001	20,0%	6,2%	0,008	25,6%	2,3%	0,046	0,0%	0,0%	NA	7,1%	21,4%	1,000
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	4,8%	0,000	0,0%	5,9%	0,000	0,0%	4,3%	0,001	0,0%	4,7%	0,001	0,0%	3,9%	0,008
	linikneue	0,0%	4,8%	0,000	0,0%	6,0%	0,001	0,0%	4,5%	0,001	0,0%	4,9%	0,000	0,0%	3,8%	0,012
	linikbekannt	0,0%	4,5%	0,028	0,0%	5,5%	0,085	0,0%	2,3%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	7,1%	1,000
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	7,8%	7,1%	1,000	16,7%	14,3%	1,000	5,3%	5,6%	1,000	3,7%	2,9%	1,000	4,2%	4,5%	1,000
	linikneue	1,8%	1,7%	1,000	1,4%	1,4%	1,000	2,0%	2,6%	1,000	1,6%	0,8%	1,000	2,2%	2,2%	1,000
	linikbekannt	43,6%	39,1%	1,000	46,2%	39,3%	1,000	32,6%	30,2%	1,000	44,4%	44,4%	1,000	50,0%	57,1%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,6%	1,8%	1,000	4,5%	4,7%	1,000	0,5%	0,8%	1,000	0,5%	0,5%	1,000	0,6%	0,9%	1,000
	linikneue	0,1%	0,5%	0,614	0,0%	0,4%	1,000	0,0%	0,9%	1,000	0,0%	0,0%	1,000	0,0%	0,6%	1,000
	linikbekannt	10,9%	10,0%	1,000	13,1%	13,1%	1,000	4,7%	0,0%	1,000	5,6%	11,1%	1,000	14,3%	7,1%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	8,3%	6,8%	0,814	14,6%	14,3%	1,000	12,4%	7,1%	0,164	3,4%	2,1%	1,000	1,2%	2,1%	1,000
	linikneue	3,1%	0,8%	0,000	0,4%	0,0%	1,000	9,9%	2,3%	0,000	1,4%	0,3%	1,000	0,0%	0,6%	1,000
	linikbekannt	39,5%	42,3%	1,000	42,1%	42,1%	1,000	32,6%	46,5%	1,000	44,4%	38,9%	1,000	28,6%	35,7%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	53,3%	50,1%	0,665	55,6%	51,6%	1,000	55,4%	51,6%	1,000	51,4%	47,8%	1,000	49,7%	48,8%	1,000
	linikneue	49,2%	50,1%	1,000	45,2%	51,2%	1,000	52,0%	52,6%	1,000	50,7%	48,5%	1,000	48,1%	48,1%	1,000
	linikbekannt	77,3%	50,0%	0,000	75,9%	52,4%	0,001	83,7%	44,2%	0,003	66,7%	33,3%	0,669	85,7%	64,3%	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)



## Kinder und Jugendliche

In das Matching flossen in der IG 1.281 Versicherte ein, wobei für 1.241 Versicherte (97%) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden konnte (vgl. Tabelle 4).

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

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

Im Anteil der PIA-Referenzfälle unterschieden sich IG und KG nicht voneinander, während es signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen bzgl. der Referenzfälle im voll- und teilstationären Setting gab. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Signifikante Unterschiede zwischen IG und KG ergaben sich außerdem im Anteil der Patienten mit teilstationärem Fall im Präzeitraum bei Kohorte 1 – hier hatten die klinikbekannten Patienten der IG einen höheren Anteil als die KG.

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

Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamt</b>	1.709	13.466	1.281 (75%)	9.611 (71%)	1.241 (73% ; 97%)	1.241 (9% ; 13%)
<b>Gesamt 1</b>	573	4.031	445 (78%)	3.031 (75%)	424 (74% ; 95%)	424 (11% ; 14%)
<b>Gesamt 2</b>	387	3.321	291 (75%)	2.400 (72%)	291 (75% ; 100%)	291 (9% ; 12%)
<b>Gesamt 3</b>	356	3.184	254 (71%)	2.180 (68%)	242 (68% ; 95%)	242 (8% ; 11%)
<b>Gesamt 4</b>	393	2.930	291 (74%)	2.000 (68%)	284 (72% ; 98%)	284 (8% ; 11%)
<b>Gesamt</b>	1.433	8.827	1.055 (74%)	5.965 (68%)	1.034 (72% ; 98%)	1.034 (12% ; 17%)
<b>Klinikneu 1</b>	355	2.394	259 (73%)	1.694 (71%)	255 (72% ; 98%)	255 (11% ; 15%)
<b>Klinikneu 2</b>	350	2.270	268 (77%)	1.584 (70%)	268 (77% ; 100%)	268 (12% ; 17%)
<b>Klinikneu 3</b>	345	2.140	246 (71%)	1.390 (65%)	235 (68% ; 96%)	235 (11% ; 17%)
<b>Klinikneu 4</b>	383	2.023	282 (74%)	1.297 (64%)	276 (72% ; 98%)	276 (14% ; 21%)
<b>Gesamt</b>	276	4.639	226 (82%)	3.646 (79%)	207 (75% ; 92%)	207 (4% ; 6%)
<b>Klinikbekannt 1</b>	218	1.637	186 (85%)	1.337 (82%)	169 (78% ; 91%)	169 (10% ; 13%)
<b>Klinikbekannt 2</b>	37	1.051	23 (62%)	816 (78%)	23 (62% ; 100%)	23 (2% ; 3%)
<b>Klinikbekannt 3</b>	11	1.044	8 (73%)	790 (76%)	7 (64% ; 88%)	7 (1% ; 1%)
<b>Klinikbekannt 4</b>	10	907	9 (90%)	703 (78%)	8 (80% ; 89%)	8 (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	304
2	24,0	420
3	25,3	167
4	28,0	125
5	31,3	131
6	39,4	53
7	39,5	41

**Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching**

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	1.241	1.241		424	424		291	291		242	242		284	284	
	linikneue	1.034	1.034		255	255		268	268		235	235		276	276	
	linikbekannt	207	207		169	169		23	23		7	7		8	8	
mittleres Alter	gesamt	10,9	11,1	1,000	10,9	10,7	1,000	10,8	11,3	0,592	11,2	11,5	1,000	11,0	11,2	1,000
	linikneue	11,0	11,2	1,000	11,0	10,5	1,000	11,0	11,3	1,000	11,2	11,7	0,741	11,0	11,2	1,000
	linikbekannt	10,5	11,0	0,791	10,8	11,0	1,000	8,3	11,4	0,084	10,3	7,7	1,000	11,3	12,0	1,000
Anteil Frauen	gesamt	39,6%	37,8%	1,000	32,5%	31,4%	1,000	43,3%	37,5%	1,000	47,1%	46,3%	1,000	39,8%	40,5%	1,000
	linikneue	42,3%	39,7%	1,000	38,4%	34,9%	1,000	44,0%	38,4%	1,000	46,8%	46,0%	1,000	40,2%	40,2%	1,000
	linikbekannt	26,1%	28,0%	1,000	23,7%	26,0%	1,000	34,8%	26,1%	1,000	57,1%	57,1%	1,000	25,0%	50,0%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	16,7%	16,7%	1,000	39,9%	39,9%	1,000	7,9%	7,9%	1,000	2,9%	2,9%	1,000	2,8%	2,8%	1,000
	linikneue	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA	100,0%	100,0%	NA
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	74,1%	73,2%	1,000	72,6%	75,2%	1,000	70,4%	73,9%	1,000	75,2%	69,0%	0,935	79,2%	73,2%	0,918
	linikneue	75,0%	74,6%	1,000	71,8%	79,2%	0,447	71,6%	74,6%	1,000	76,2%	69,4%	0,601	80,1%	74,6%	1,000
	linikbekannt	70,0%	66,7%	1,000	74,0%	69,2%	1,000	56,5%	65,2%	1,000	42,9%	57,1%	1,000	50,0%	25,0%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	14,5%	23,0%	0,000	12,3%	18,6%	0,108	17,9%	24,7%	0,490	14,9%	28,9%	0,002	14,1%	22,5%	0,113
	linikneue	14,8%	22,8%	0,000	12,2%	16,9%	1,000	17,5%	23,9%	0,617	15,3%	28,9%	0,004	14,1%	22,1%	0,162
	linikbekannt	13,0%	23,7%	0,054	12,4%	21,3%	0,294	21,7%	34,8%	1,000	0,0%	28,6%	1,000	12,5%	37,5%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	11,4%	3,8%	0,000	15,1%	6,1%	0,000	11,7%	1,4%	0,000	9,9%	2,1%	0,004	6,7%	4,2%	1,000
	linikneue	10,3%	2,6%	0,000	16,1%	3,9%	0,000	10,8%	1,5%	0,000	8,5%	1,7%	0,010	5,8%	3,3%	1,000
	linikbekannt	16,9%	9,7%	0,256	13,6%	9,5%	1,000	21,7%	0,0%	0,465	57,1%	14,3%	1,000	37,5%	37,5%	1,000
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	0,0%	0,0%	NA
	linikneue	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	3,6%	2,7%	1,000	10,1%	7,1%	0,851	0,3%	1,0%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,4%	0,4%	1,000
	linikneue	0,2%	0,3%	1,000	0,4%	0,4%	1,000	0,0%	0,4%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,4%	0,4%	1,000
	linikbekannt	20,8%	15,0%	0,791	24,9%	17,2%	0,654	4,3%	8,7%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	3,0%	1,2%	0,026	8,5%	3,5%	0,035	0,3%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikneue	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
	linikbekannt	17,9%	7,2%	0,015	21,3%	8,9%	0,021	4,3%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	NA	0,0%	0,0%	NA
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	13,3%	16,1%	0,378	31,8%	37,5%	0,679	3,4%	6,5%	0,893	3,7%	3,7%	1,000	3,9%	4,6%	1,000
	linikneue	1,1%	1,8%	1,000	1,6%	2,7%	1,000	0,4%	1,5%	1,000	1,3%	1,3%	1,000	1,1%	1,8%	1,000
	linikbekannt	74,4%	87,4%	0,010	77,5%	89,9%	0,026	39,1%	65,2%	0,916	85,7%	85,7%	1,000	100,0%	100,0%	NA
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	49,6%	50,8%	1,000	52,8%	53,1%	1,000	51,2%	52,9%	1,000	43,4%	43,4%	1,000	48,6%	51,4%	1,000
	linikneue	49,0%	49,0%	1,000	52,9%	50,2%	1,000	51,5%	51,1%	1,000	43,0%	43,4%	1,000	48,2%	50,7%	1,000
	linikbekannt	52,7%	59,4%	0,791	52,7%	57,4%	1,000	47,8%	73,9%	0,916	57,1%	42,9%	1,000	62,5%	75,0%	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 an der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH 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 BPfIV. 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 wurden die Ergebnisse der Effektivität des Modells laut Feinkonzept vom Dezember 2015 und der Konkretisierung zum Feinkonzept - Abschlussberichte vom 28.10.2019 dargestellt. Dabei wurden die Patienten der Modellklinik den Patienten der Kontrollkliniken gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe (Modellvertrag) wird mit IG und die Kontrollgruppe (Regelversorgung) mit KG abgekürzt.

Für den Abschlussbericht wurden vier Untersuchungen U1-U4 pro Outcome durchgeführt. Für U1 wurden alle Patienten (getrennt nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten), die im ersten Modelljahr ihren Referenzfall hatten, für insgesamt vier Jahre untersucht. Dabei werden ein globales Maß (d.h. Effekt des Modells über vier Jahre Nachbeobachtungszeit verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall) und Einzelschätzer pro Jahr über die vier Jahre herangezogen. Bei U2 wurden alle klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr (erstes bis viertes Modelljahr) gemeinsam evaluiert. Jeder Patient wurde mit dem patientenindividuellen Jahr vor Einschluss in die Evaluation verglichen (Prä-Zeit). Hier erfolgte keine inferenzstatistische Betrachtung, außer bei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung (Abbrüche des Kontakts, Wiederaufnahme und Leitlinienadhärenz). Bei U3 wurden die ersten und zweiten patientenindividuellen Jahre aller klinikneuen Patienten, die im ersten bis dritten Jahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Jeder Patient wurde mit dem patientenindividuellen Jahr vor Einschluss in die Evaluation verglichen (Prä-Zeit). Bei U4 wurden die ersten drei patientenindividuellen Jahre aller klinikneuen und klinikbekannten Patienten, die im ersten bis zweiten Modelljahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Es wurden jeweils nur die Patienten betrachtet, die im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum auch beobachtet werden konnten (Ausschluss durch Wechsel der Krankenversicherung). Patienten, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden jedoch (zensiert) berücksichtigt.

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 Präzeitraum 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.

Im Folgenden sind die Parameter von Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) zunächst für Erwachsene und dann für Kinder und Jugendliche dargestellt. Die Populationen von U2 bis U4 sind im Anhang zu finden (Kapitel 14.1).

#### Erwachsene

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschusses in die Evaluation (Referenzzeitpunkt).

Über 70% der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und über 60% der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- depressive Episoden (F32)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Somatoforme Störungen (F45) (Tabelle 7).

**Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene**

#### Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
--------------------------------------	----	----



<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>268</b>	<b>262</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	74,3 %	77,1 %
• Zwei Diagnosen	20,9 %	19,5 %
• Drei Diagnosen	4,5 %	3,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F45	5	5
2. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	5	5
3. IG: F32 & F45 / KG: F10 & F32	4	5

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

#### **Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

<b>Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>138</b>	<b>136</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	61,6 %	64,0 %
• Zwei Diagnosen	33,3 %	27,9 %
• Drei Diagnosen	5,1 %	7,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F32	5	5
2. F32 & F45	4	4
3. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F33	4	4

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

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

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

**Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

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>	199	202	268	262
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	3,0 %	3,5 %	3,0 %	3,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,5 %	4,0 %	3,7 %	3,8 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	33,2 %	35,1 %	30,2 %	32,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,5 %	9,9 %	9,0 %	9,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	29,1 %	29,7 %	38,1 %	36,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,6 %	9,9 %	16,0 %	14,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,5 %	2,0 %	8,6 %	8,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	4,5 %	4,0 %	10,8 %	10,7 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,8 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,5 %	0,5 %	1,9 %	1,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,0 %	2,2 %	1,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,5 %	1,0 %	2,6 %	1,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	52,0	52,0	51,3	51,2
• Median	53	53	52	52
• (Interquartilsabstand)	(37 - 63)	(37 - 65)	(37 - 63)	(37 - 62)
Geschlecht				
• Frauen	53,3 %	43,6 %	58,6 %	46,9 %
• Männer	46,7 %	56,4 %	41,4 %	53,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	81,9 %	77,7 %	82,8 %	79,0 %
• PIA	18,1 %	22,3 %	17,2 %	21,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	2,0 %	0,5 %	1,9 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,5 %	4,0 %	4,5 %	3,8 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	12,1 %	17,3 %	13,4 %	17,2 %
• Abitur/Fachabitur	5,5 %	4,0 %	5,6 %	3,4 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	6,5 %	7,9 %	7,8 %	7,6 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,0 %	2,5 %	4,9 %	2,7 %
	19,1 %	20,3 %	17,9 %	20,6 %
	0,0 %	2,0 %	0,4 %	1,9 %
	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,8 %
	3,0 %	2,5 %	3,7 %	1,9 %
	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
	5,5 %	5,0 %	6,3 %	4,2 %
	69,3 %	66,3 %	66,8 %	67,6 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	12,1 %	11,9 %	10,8 %	10,7 %
	75,4 %	71,3 %	77,6 %	72,1 %
	12,6 %	16,8 %	11,6 %	17,2 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	12,6 %	18,3 %	16,8 %	22,1 %
	17,6 %	14,4 %	22,4 %	17,6 %
	69,8 %	67,3 %	60,8 %	60,3 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	46,7 %	48,5 %	46,6 %	49,2 %
	2,5 %	2,0 %	3,0 %	1,9 %
	47,7 %	45,0 %	47,4 %	44,7 %
	3,0 %	4,5 %	3,0 %	4,2 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

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>	85	87	138	136
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,2 %	1,1 %	0,7 %	0,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,2 %	1,1 %	0,7 %	0,7 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	32,9 %	31,0 %	31,2 %	30,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	15,3 %	16,1 %	14,5 %	14,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	22,4 %	27,6 %	37,0 %	39,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,9 %	4,6 %	10,9 %	10,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	5,9 %	6,9 %	14,5 %	15,4 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	7,1 %	6,9 %	20,3 %	19,1 %
• F 50 (Essstörungen)	1,2 %	1,1 %	0,7 %	1,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	2,4 %	1,1 %	3,6 %	4,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,2 %	0,0 %	4,3 %	3,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,2 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,4 %	2,3 %	2,2 %	3,7 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	46,9	45,5	45,3	45,4
• Median	48	46	47	45
• (Interquartilsabstand)	(34 - 58)	(35 - 53)	(30 - 56)	(32 - 55)
Geschlecht				
• Frauen	44,7 %	42,5 %	47,1 %	48,5 %
• Männer	55,3 %	57,5 %	52,9 %	51,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	72,9 %	54,0 %	73,2 %	54,4 %
• PIA	27,1 %	46,0 %	26,8 %	45,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,2 %	4,6 %	8,7 %	2,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	14,1 %	9,2 %	11,6 %	15,4 %
• Abitur/Fachabitur	1,2 %	8,0 %	1,4 %	5,9 %
• Abschluss unbekannt	1,2 %	4,6 %	6,5 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	75,3 %	73,6 %	70,3 %	69,9 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,5 %	1,1 %	4,3 %	2,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	18,8 %	17,2 %	18,8 %	21,3 %
• 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 %	4,6 %	0,7 %	3,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,4 %	3,4 %	5,8 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	75,3 %	73,6 %	70,3 %	69,9 %
Pflegestufe				
• Ja	11,8 %	2,3 %	8,7 %	3,7 %
• Nein	78,8 %	35,6 %	81,9 %	34,6 %
• Fehlende Angabe	9,4 %	62,1 %	9,4 %	61,8 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	28,2 %	35,6 %	34,8 %	34,6 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	25,9 %	23,0 %	28,3 %	32,4 %
• Weder A noch B	45,9 %	41,4 %	37,0 %	33,1 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	48,2 %	59,8 %	55,8 %	56,6 %
• Familienversicherter	3,5 %	5,7 %	2,9 %	5,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	43,5 %	33,3 %	38,4 %	35,3 %
• Fehlende Angabe	4,7 %	1,1 %	2,9 %	2,2 %

<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

## Kinder und Jugendliche

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschusses in die Evaluation (Referenzzeitpunkt).

Bei den Kindern und Jugendlichen wiesen 64 % bzw. 78 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und 51 % bzw. 68 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- Hyperkinetische Störung (F90)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91)
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)
- Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)
- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 6).

**Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche**

### Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>229</b>	<b>217</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	63,8 %	77,9 %
• Zwei Diagnosen	31,0 %	18,9 %
• Drei Diagnosen	4,8 %	2,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	12	6
2. IG: F90 & F93 / KG: F43 & F92	8	4
3. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	7	3

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

### Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
--------------------------------------	----	----

<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>154</b>	<b>141</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	51,3 %	68,1 %
• Zwei Diagnosen	37,7 %	25,5 %
• Drei Diagnosen	8,4 %	2,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,6 %	3,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 / KG: F90 & F98	11	5
2. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	6	5
3. IG: F90 & F92 / KG: F90 & F94	6	4

<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 dem Tätigkeitsschlüssel entnommen) sehr hoch sind und diese bei Kindern und Jugendlichen teils noch nicht vollständig erreicht sind, konnten diese Variablen nicht in die Auswertungen einfließen.



**Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	146	169	229	217
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)	0,7 %	0,6 %	1,3 %	0,9 %
• 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 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	8,9 %	7,1 %	12,2 %	11,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	0,6 %	2,6 %	0,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	1,3 %	0,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,7 %	1,2 %	0,9 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,0 %	2,6 %	3,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,1 %	1,2 %	1,3 %	2,8 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	86,3 %	88,8 %	90,4 %	90,8 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	10,4	10,6	10,8	10,6
• Median	10	11	11	11
• (Interquartilsabstand)	(7 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)
Geschlecht				
• Frauen	37,0 %	34,9 %	38,0 %	34,1 %
• Männer	63,0 %	65,1 %	62,0 %	65,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	17,1 %	14,8 %	27,1 %	19,8 %
• PIA	82,9 %	85,2 %	72,9 %	80,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,0 %	0,9 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	1,4 %	3,0 %	1,3 %	2,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	3,4 %	2,4 %	3,5 %	2,3 %
• Abitur/Fachabitur	0,7 %	0,6 %	1,3 %	0,9 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	2,7 %	1,8 %	2,2 %	1,8 %
Höchster beruflicher Abschluss	91,1 %	92,3 %	90,8 %	92,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	6,2 %	3,6 %	4,8 %	4,1 %
	0,7 %	2,4 %	1,7 %	2,3 %
	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,7 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1,4 %	1,2 %	1,3 %	0,9 %
	91,1 %	92,3 %	90,8 %	92,2 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,1 %	4,7 %	4,8 %	6,0 %
	82,2 %	78,7 %	81,7 %	77,4 %
	13,7 %	16,6 %	13,5 %	16,6 %
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>	2,7 %	3,0 %	5,2 %	5,1 %
	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
	97,3 %	96,4 %	94,8 %	94,5 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	13,0 %	15,4 %	12,2 %	15,2 %
	83,6 %	81,7 %	83,4 %	80,6 %
	2,1 %	2,4 %	2,6 %	3,2 %
	1,4 %	0,6 %	1,7 %	0,9 %

<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 und vierjähriger Nachbeobachtung**

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>	79	96	154	141
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 %	1,3 %	2,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,3 %	1,0 %	1,3 %	0,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	2,5 %	2,1 %	1,3 %	2,1 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	3,8 %	2,1 %	5,2 %	5,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	1,0 %	1,9 %	3,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,4 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	2,5 %	1,0 %	5,2 %	5,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	5,1 %	4,2 %	5,2 %	4,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	83,5 %	88,5 %	90,9 %	91,5 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	10,3	11,0	10,7	11,0
• Median	10	11	10	11
• (Interquartilsabstand)	(7 - 14)	(8 - 14)	(8 - 13)	(8 - 14)
Geschlecht				
• Frauen	32,9 %	24,0 %	24,7 %	24,8 %
• Männer	67,1 %	76,0 %	75,3 %	75,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	29,1 %	29,2 %	26,6 %	34,0 %
• PIA	70,9 %	70,8 %	73,4 %	66,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	1,9 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,3 %	2,1 %	3,9 %	4,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	1,3 %	4,2 %	1,9 %	3,5 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,4 %
• Abschluss unbekannt	5,1 %	3,1 %	3,9 %	2,1 %
• Fehlende Angabe	87,3 %	90,6 %	87,7 %	88,7 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	8,9 %	5,2 %	8,4 %	6,4 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	3,1 %	0,6 %	2,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,7 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	3,8 %	1,0 %	2,6 %	0,7 %
• Fehlende Angabe	87,3 %	90,6 %	87,7 %	88,7 %
Pflegestufe				
• Ja	11,4 %	6,3 %	14,3 %	4,3 %
• Nein	75,9 %	38,5 %	74,0 %	41,8 %
• Fehlende Angabe	12,7 %	55,2 %	11,7 %	53,9 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	6,3 %	9,4 %	5,8 %	7,8 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	2,5 %	2,1 %	1,3 %	1,4 %
• Weder A noch B	91,1 %	88,5 %	92,9 %	90,8 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	19,0 %	12,5 %	17,5 %	11,3 %
• Familienversicherter	77,2 %	84,4 %	79,2 %	85,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,5 %	2,1 %	2,6 %	2,8 %
• Fehlende Angabe	1,3 %	1,0 %	0,6 %	0,7 %

<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

## 8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 57). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

In den Analysen wurden nur Fälle, die im gesamten Nachbeobachtungszeitraum versichert waren, berücksichtigt. Dies bedeutet, dass Fälle mit Wechsel der Versicherung im jeweiligen Untersuchungszeitraum ausgeschlossen wurden. Personen, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden nicht ausgeschlossen. Weiterhin wurden Personen ausgeschlossen, die nicht mindestens ein Beobachtungsjahr im Präzeitraum nachweisen konnten.

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population in klinikneue und klinikbekannte 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 Präzeitraum 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 Zeit ab Einschluss in die Evaluation nach Beginn des Modellvorhabens, während der Präzeitraum ein patientenindividuelles Jahr vor Referenzfall bzw. bei dem Outcome Kontaktabbruch die patientenindividuelle Zeit bis zu zwei Jahre vor Einschluss in die Evaluation beschreibt. In diesem Bericht beschreibt der Post-Zeitraum entweder nur das erste patientenindividuelle Jahr (U2), die ersten beiden patientenindividuellen Jahre (U3), die ersten drei patientenindividuellen Jahre (U4) oder die ersten vier patientenindividuellen Jahre (U1). Das patientenindividuelle Jahr vor Einschluss in die Evaluation wird im Folgenden „prä“ (Präzeitraum) und „1. Jahr“, „2. Jahr“, 3. Jahr“ bzw. „4. Jahr“ (erstes, zweites, drittes bzw. viertes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) genannt.

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

Die **Ergebnisse** der Effektivität der Modelle sind für jeden Outcome für U1 bis U4 stets wie folgt dargestellt:

- Zunächst werden die Hauptergebnisse des Outcomes zusammenfassend dargestellt (Kästen).
- In der darauffolgenden Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomes dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung der jeweiligen graphischen Abbildungen. 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 50 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

- Im Weiteren erfolgt eine Darstellung der Modellierung der Signifikanz (additive Modellierung).

### 8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

**Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcome:** Hier wurde untersucht, ob grundsätzlich Krankenhausaufenthalte vermieden wurden bzw. wie lange die Aufenthalte insgesamt andauern. Jede Zeile steht unabhängig und ergibt in Summe somit nicht 100 % der unter Evaluation stehenden Patienten. Bei der Berechnung der kumulierten Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte werden alle Patienten, die eingeschlossen wurden, berücksichtigt und nicht nur Patienten, die einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Hier werden demnach Tage pro Patient ausgewiesen (inkl. Patienten mit keinen Tag) und nicht Fallzahlen im Krankenhaus.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte aufgrund von Indexdiagnosen als Hauptdiagnose.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf und die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG größere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Jahr vor Referenzfall auf (+16,2 %-Punkte). Dieser Unterschied verringerte sich über die Zeit bzw. fiel in der IG ab dem dritten Jahr nach Referenzfall unter dem Wert der KG (1. Jahr: +7,9; 2. Jahr: +7,7; 3. Jahr: -5,5; 4. Jahr: -3,8 %-Punkte). Dieses stärkere Absinken der Anteile in der IG im Vergleich zur KG und verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall war im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD je = 0,3). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG etwas höher als in der KG (IG: +22,4 %-Punkte; KG: +18,3 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG zunächst höher, sank aber ab dem dritten Jahr nach Referenzfall unter den Werten der KG (prä: +2,0; 1. Jahr: +9,8; 2. Jahr: +1,5; 3. Jahr: -3,9; 4. Jahr: -2,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 0,5; KG: 1,3 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 32,0; KG: 28,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 3,7; 5,2 und 4,5 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 5,8; 3,0 und 4,8 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG zwar numerisch höher. Dieser Unterschied war aber statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine

statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass in jedem beobachteten Jahr bei den jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG und KG jeweils weniger vollstationäre Behandlungstage anfielen als bei den älteren Patienten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F70-79 (Intelligenzstörungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die zweitgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F40-48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen. Bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist zu beachten, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 296 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten zeichneten sich analog zu den Anteilen unterschiedliche Ausgangsniveaus ab. Während Patienten der IG 24,2 Tage im Jahr vor Referenzfall aufwiesen, hatten Patienten der KG 13,2 Tage im selben Zeitraum. Die Anzahl der Tage war in der IG bis zum zweiten Jahr nach Referenzfall größer und danach geringer als in der KG (prä: +10,9; 1. Jahr: +4,9; 2. Jahr: +5,2; 3. Jahr: -1,6; 4. Jahr: -2,2 vollstationäre Tage). Im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war das Absinken vollstationärer Tage im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant stärker als in der KG (DiD = -12,5 und -12,7 vollstationäre Tage). Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war bedingt durch das stärkere Absinken vollstationärer Tage in der IG statistisch signifikant (DiD = -9,3 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass in der IG vom Jahr vor Referenzfall bis zum dritten Jahr nach Referenzfall die älteren Patienten (älter als medianes Alter) mehr vollstationärer Behandlungstage aufwiesen im Vergleich zu den jüngeren Patienten (ausgenommen im ersten Jahr nach Referenzfall), während in der KG die jüngeren Patienten mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zu den älteren Patienten in diesem Zeitraum beanspruchten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F03 (Nicht näher bezeichnete Demenz), F84 (Tiefgreifende Entwicklungsstörungen) und F45 (Somatoforme Störungen) auf (wobei alle drei genannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F03 (Nicht näher bezeichnete Demenz) aufwiesen (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine



Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 296 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG statistisch signifikant höher als in der KG (DiD = +4,3 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekanntem Patienten war das stärkere Ansteigen teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Auch hier war dieser Unterschied statistisch signifikant (DiD = +4,6 teilstationäre Tage), jedoch erneut nicht im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG geringer als in der KG (IG: +57,3 %-Punkte; KG: +63,0 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG geringer als in der KG (IG: +17,0 %-Punkte; KG: +19,7 %-Punkte).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine vergleichbare Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG und der KG (IG: +23,9; KG: +23,6 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg in IG und KG vergleichbar an (IG: +9,1; KG: +9,4 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei verzeichneten die IG stets etwas geringere Anteile im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -4,6; 2. Jahr: -2,2 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** verzeichnete dasselbe Muster wie die vollstationären Anteile mit vergleichbarem Verlauf und stets niedrigeren Anteilen in der IG, wobei die Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall auch hier statistisch nicht signifikant waren (prä: -0,3; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -0,9 %-Punkte).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich ein vergleichbarer Verlauf auf vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Auch bei der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** waren vergleichbare Verläufe auf vergleichbarem Niveau ersichtlich.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten etwas stärker anstieg als in der KG (IG: +66,3; KG: +64,1 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall sank dieser Anteil in der IG dann stärker ab und stieg im dritten Jahr nach Referenzfall wieder stärker an, stets verglichen mit der KG. Bei den linikbekannten Patienten wiesen die Patienten der IG im Jahr vor Referenzfall höhere Anteile mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Vergleich zur KG auf (IG: 38,3 %; KG: 25,7 %). Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG im Vergleich mit dem Jahre vor Referenzfall (IG: +24,0; KG: +27,4 %-Punkte). Das Absinken der Anteile in den beiden folgenden Jahren war in der IG stets größer im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall (IG: 2. Jahr: -13,3; 3. Jahr: -22,7; KG: 2. Jahr: -9,0; 3. Jahr: - 6,9 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker an (IG: +21,8; KG: +19,3 %-Punkte), sank aber im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall unter den Anteilen der KG. Bei den linikbekannten Patienten war zunächst ein größerer Anstieg der Anteile mit einem teilstationären Aufenthalt in der IG verglichen mit der KG zum ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Jedoch sanken auch hier diese Anteile in den weiteren Jahren in der IG stärker als in der KG.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein vergleichbares Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas größer als in der KG (IG: +26,8 vollstationäre Tage; KG: +23,7 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten wiesen Patienten der IG im Jahr vor Referenzfall bereits mehr vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf (IG: 19,7 Tage; KG: 10,6 vollstationäre Tage). Der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall war in der IG dadurch etwas geringer als in der KG (IG: +11,3; KG: +13,5 vollstationäre Tage). In den folgenden Jahren sanken die vollstationären Behandlungstage in der IG stets mehr ab als in der KG verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall (IG: 2. Jahr: -7,0; 3. Jahr: -12,2; KG: 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -2,8 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich in der IG erneut ein stärkerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG (IG: +8,4; KG: +2,7 teilstationäre Tage).

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>251</b>	<b>247</b>	<b>242</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>249</b>	<b>242</b>	<b>234</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,6 %	78,7 %	12,0 %	13,8 %	11,2 %	6,1 %	78,2 %	14,9 %	10,3 %	10,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	22,4 %	2,0 %	2,0 %	2,1 %	0,0 %	18,3 %	2,8 %	2,5 %	3,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,6 %	90,3 %	12,4 %	15,4 %	12,8 %	6,1 %	85,1 %	16,1 %	11,6 %	11,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	3,7 %	2,0 %	1,6 %	0,4 %	0,8 %	3,4 %	2,0 %	1,2 %	2,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,9 %	17,2 %	11,2 %	11,3 %	11,6 %	19,8 %	18,7 %	14,5 %	12,8 %	15,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	0,5	32,0	3,7	5,2	4,5	1,3	28,2	5,8	3,0	4,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	11,6	0,8	1,0	1,1	0,0	7,3	1,1	1,2	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,5	43,6	4,5	6,2	5,6	1,3	35,4	6,9	4,2	5,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	1,8	0,9	0,5	0,0	0,1	1,1	0,9	0,3	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,9	1,6	2,0	1,6	2,2	2,5	2,0	1,9	1,9

- <sup>1</sup> Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.
- <sup>2</sup> Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.
- <sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>132</b>	<b>131</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>133</b>	<b>130</b>	<b>124</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	47,1 %	63,8 %	27,3 %	17,6 %	18,0 %	30,9 %	55,9 %	19,5 %	23,1 %	21,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	12,3 %	30,4 %	5,3 %	1,5 %	3,1 %	10,3 %	20,6 %	3,8 %	5,4 %	5,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	55,1 %	81,9 %	28,8 %	17,6 %	18,0 %	35,3 %	64,0 %	21,8 %	24,6 %	22,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	7,2 %	5,1 %	1,5 %	1,5 %	2,3 %	14,7 %	6,6 %	6,0 %	6,9 %	4,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	23,9 %	22,5 %	14,4 %	16,8 %	14,8 %	23,5 %	14,0 %	13,5 %	16,2 %	11,3 %
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)	24,0	31,9	14,4	8,5	8,6	13,2	27,1	9,2	10,2	10,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	5,1	11,6	2,2	0,2	0,5	4,5	6,3	1,9	2,5	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	29,2	43,5	16,6	8,7	9,1	17,7	33,4	11,1	12,7	12,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	2,5	2,2	0,9	1,0	0,6	6,1	3,0	2,9	3,2	3,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	3,3	2,1	2,2	1,4	2,1	1,8	1,1	2,4	1,5

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

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

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

**Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

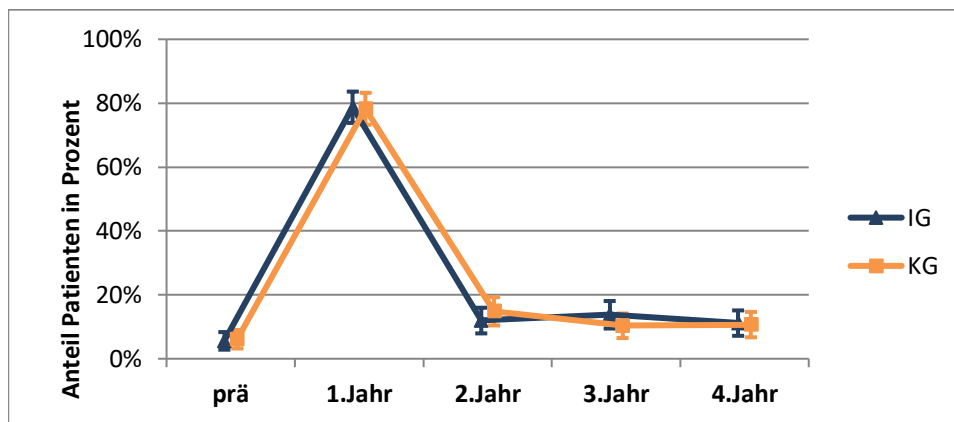
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

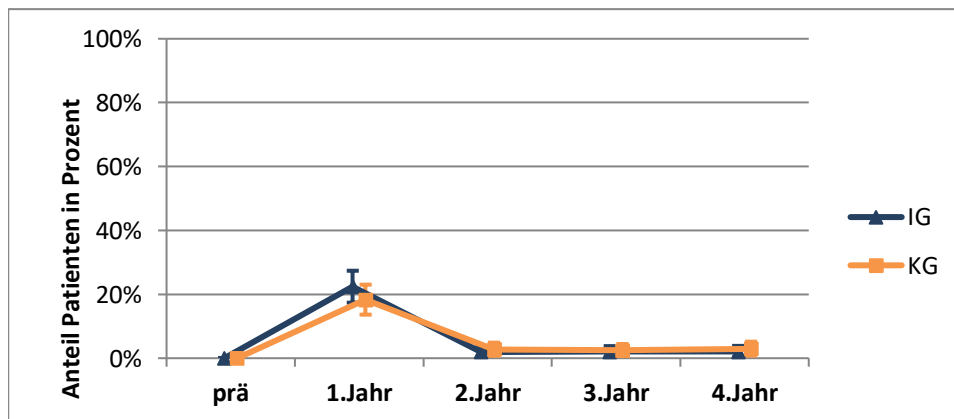
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

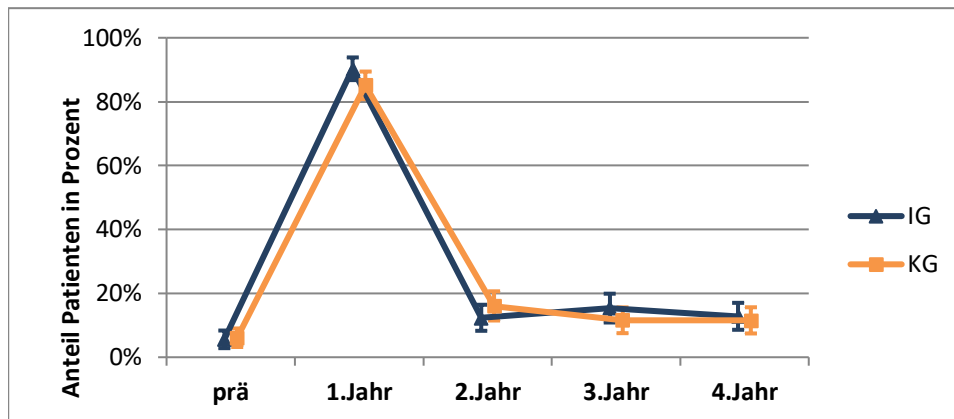
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



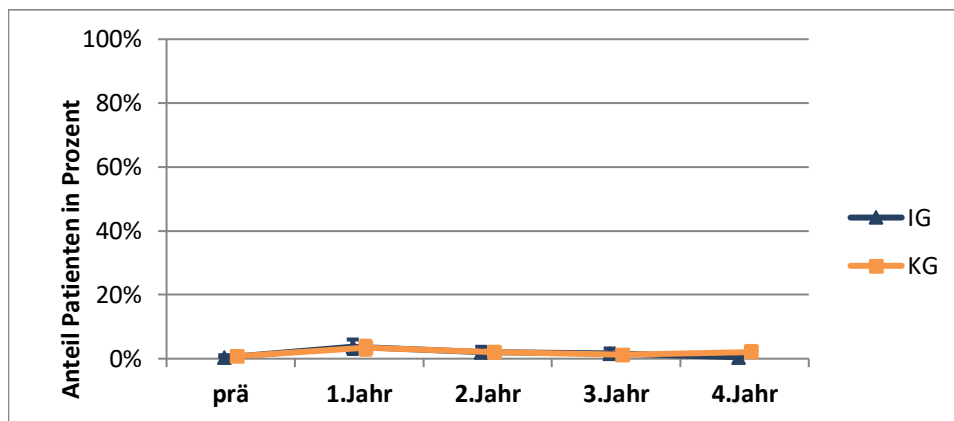
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



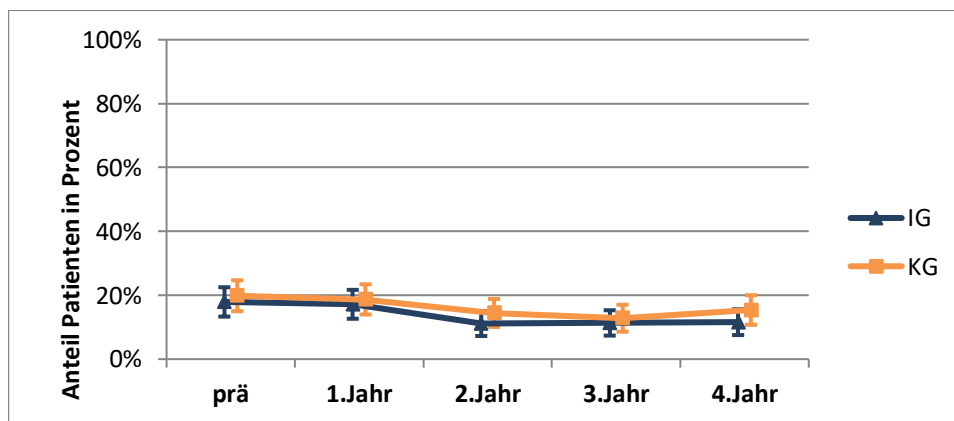
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

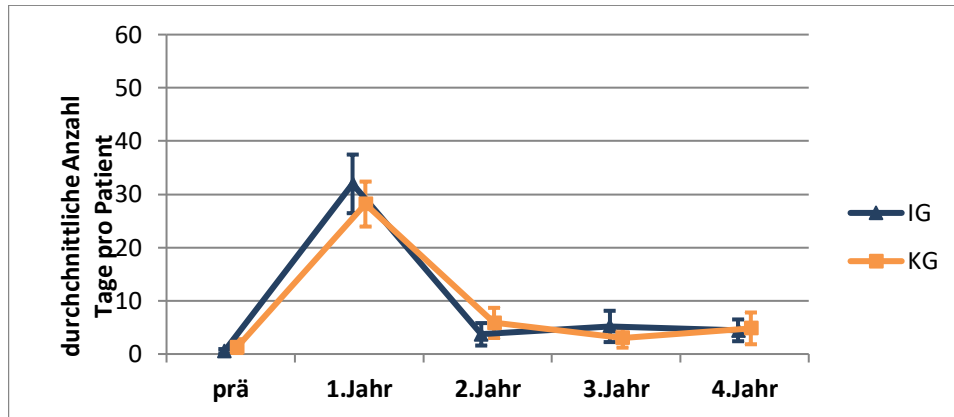


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

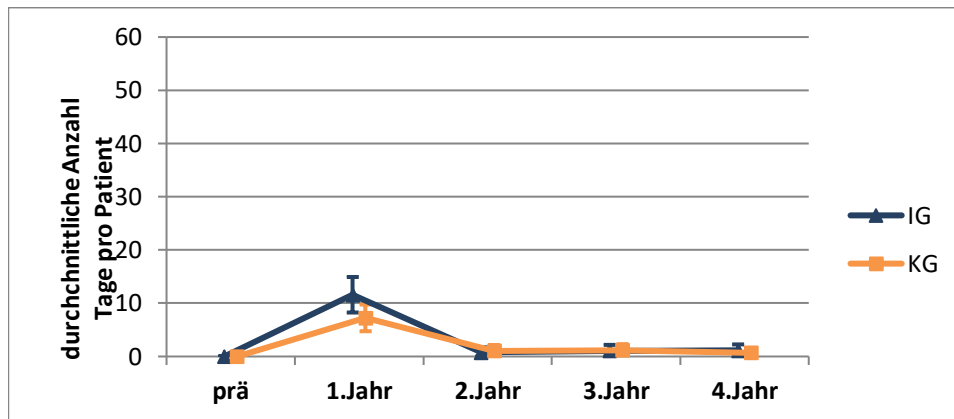


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

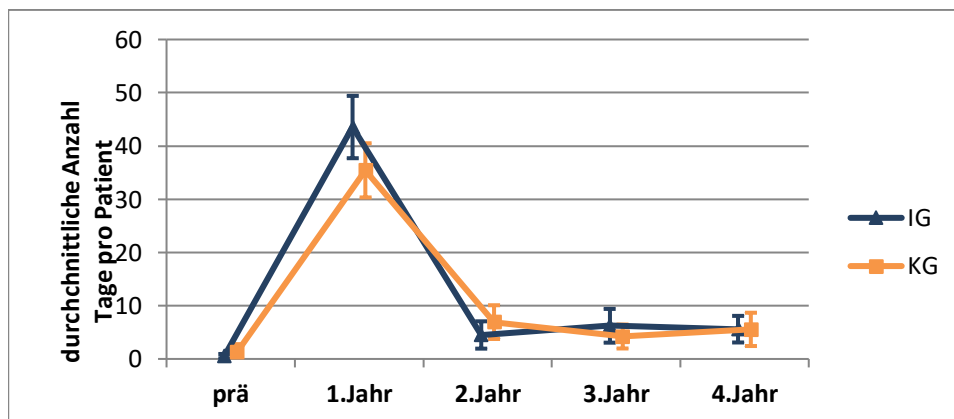
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

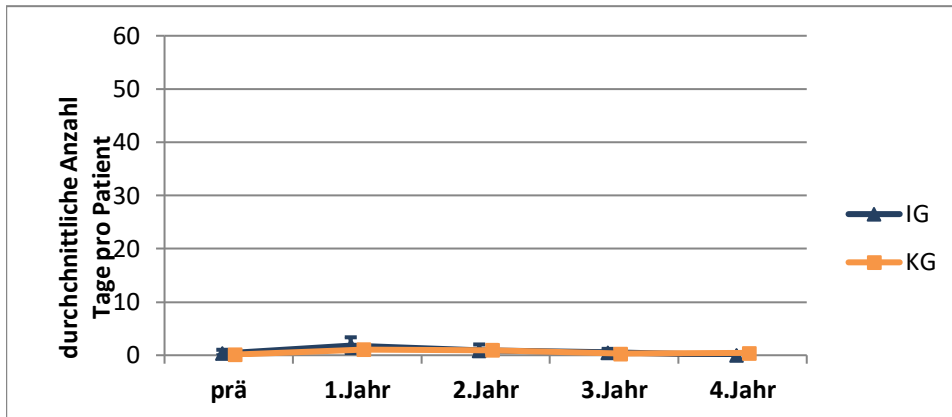


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

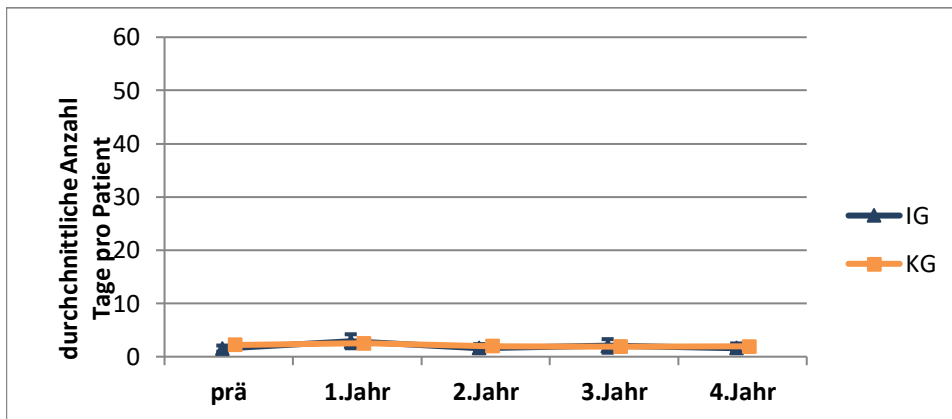




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



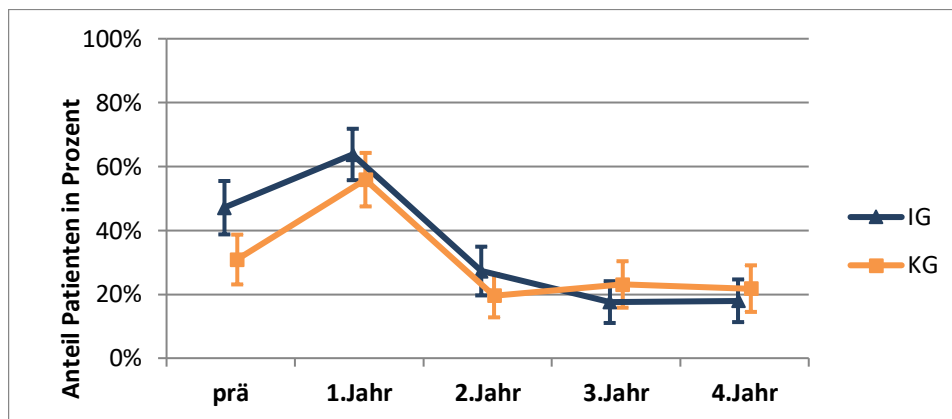
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

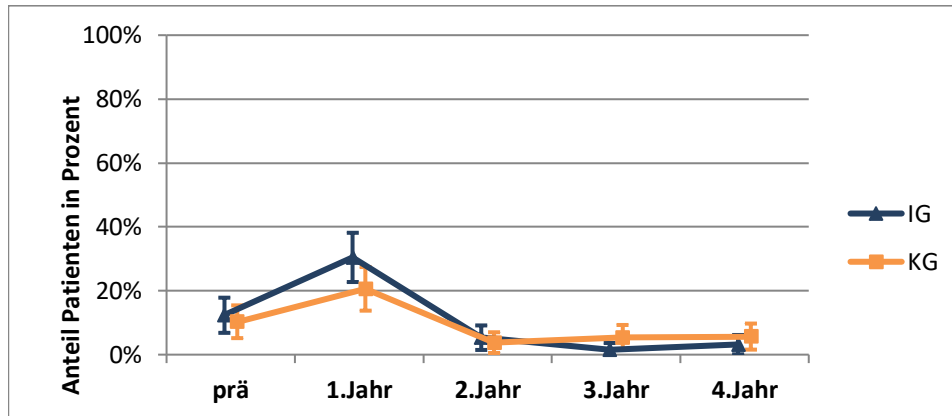
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

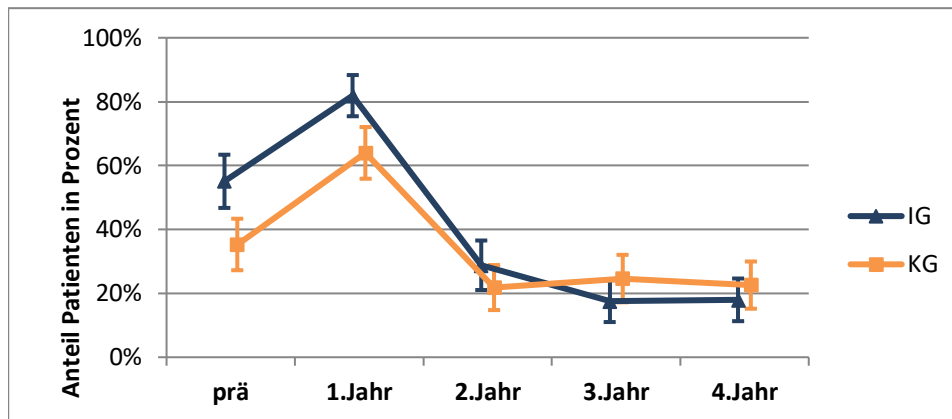
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



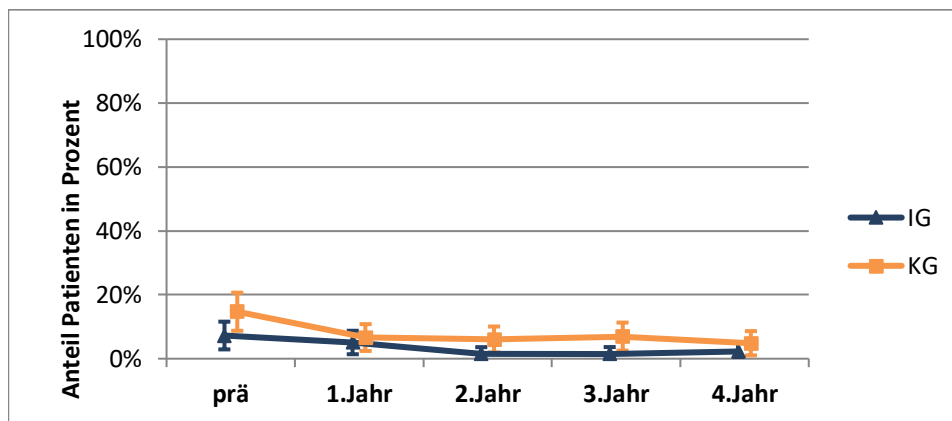
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



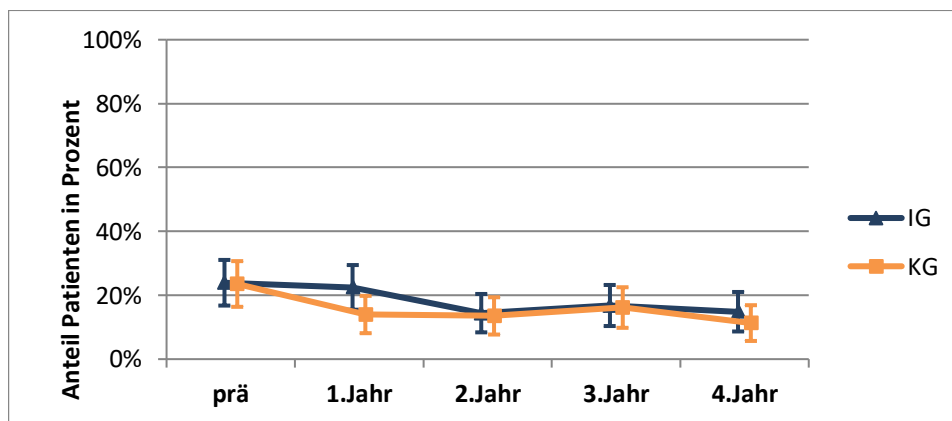
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

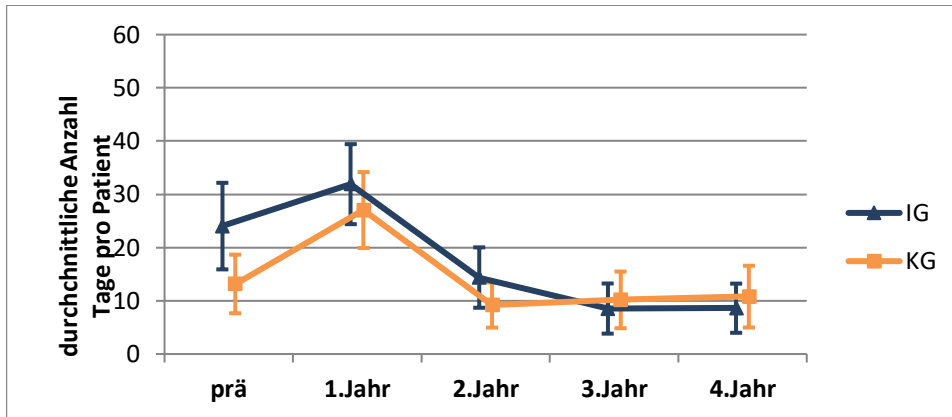


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

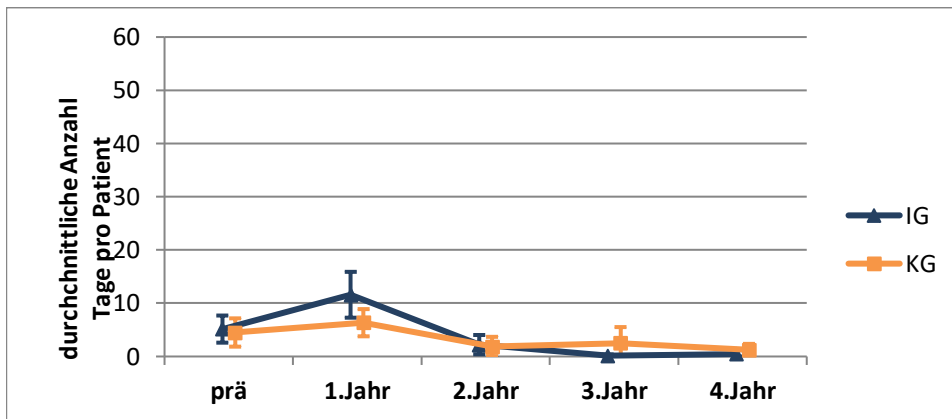


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

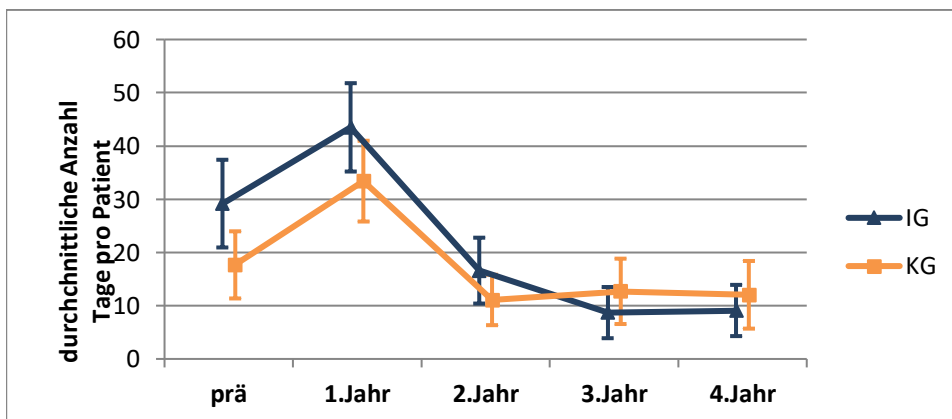
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



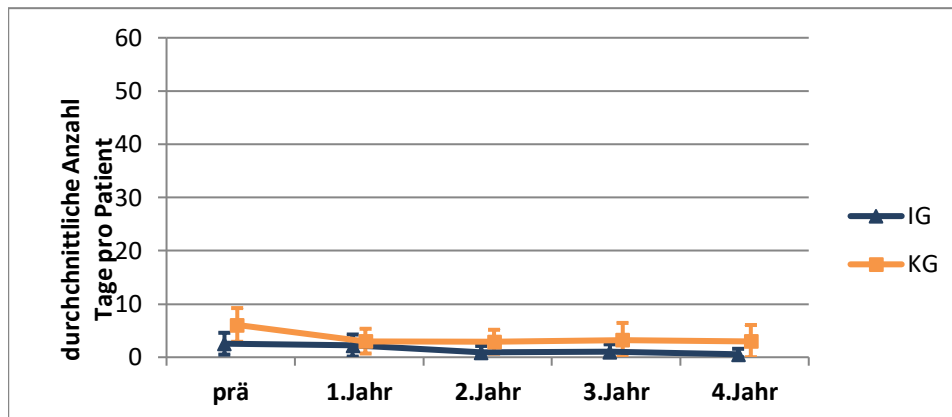
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



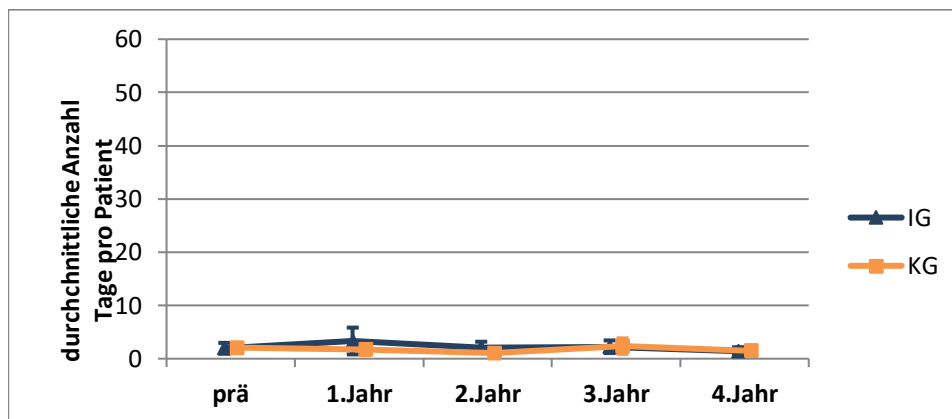
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



**Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,01 0,42...2,45	1,29 0,84...1,97	4,58 -1,08...10,24	4,34** 1,33...7,34
DID Jahr 2	0,83 0,33...2,05	0,69 0,22...2,21	-1,30 -6,96...4,36	-0,28 -3,28...2,73
DID Jahr 3	1,54 0,61...3,87	0,81 0,25...2,69	2,75 -2,92...8,41	-0,12 -3,13...2,88
DID Jahr 4	1,17 0,46...2,99	0,69 0,22...2,21	0,50 -5,17...6,16	0,37 -2,63...3,38
DID Jahr 1-4	—	—	1,63 -3,24...6,50	1,08 -1,38...3,54

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

**Klinikbekannte Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,59 0,27...1,29	1,43 0,55...3,77	-6,01 -17,12...5,10	4,61* 0,02...9,21
DID Jahr 2	0,71 0,31...1,65	1,15 0,28...4,72	-6,13 -17,24...4,98	-0,35 -4,94...4,25
DID Jahr 3	0,29** 0,12...0,69	0,22 0,04...1,27	-12,49* -23,60...-1,38	-2,90 -7,49...1,70
DID Jahr 4	0,34* 0,14...0,82	0,44 0,10...1,94	-12,71* -23,82...-1,60	-1,34 -5,93...3,26
DID Jahr 1-4	—	—	-9,34* -18,34...-0,33	0,01 -3,72...3,73

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

 Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,9 %	63,2 %	6,8 %	69,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,1 %	17,1 %	0,5 %	20,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,9 %	72,2 %	7,1 %	79,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	5,2 %	0,9 %	2,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	14,3 %	13,8 %	16,1 %	14,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	0,7	24,6	1,3	24,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	9,1	0,2	9,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,7	33,7	1,4	34,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	3,6	0,4	0,9
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,4	1,9	1,9

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

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

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

**Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

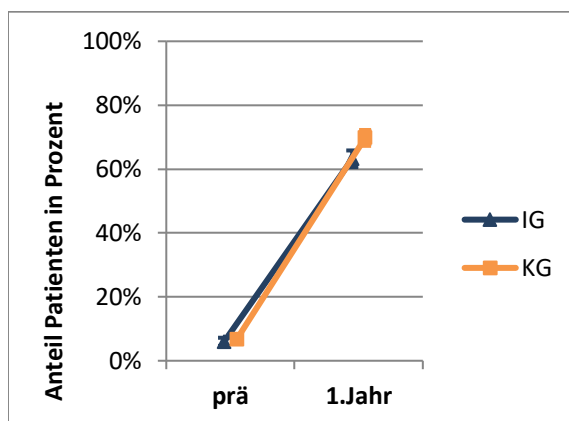
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

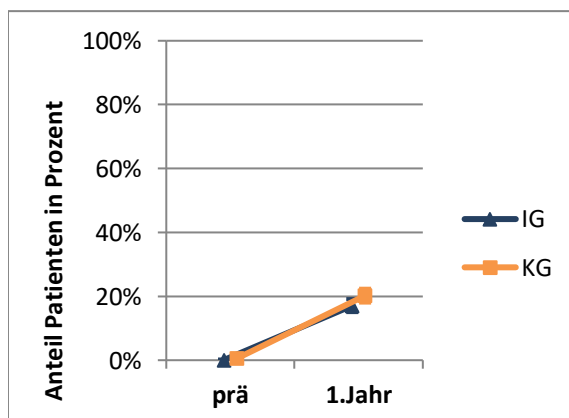
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär

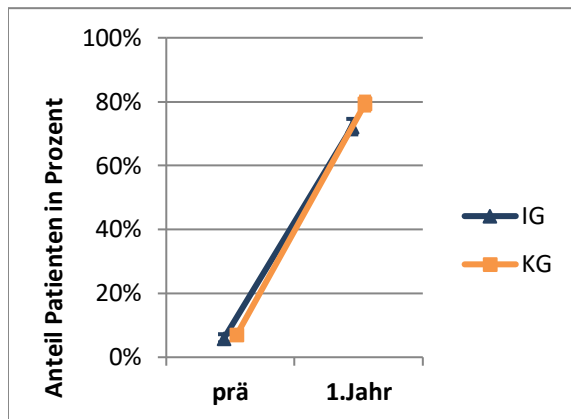


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär

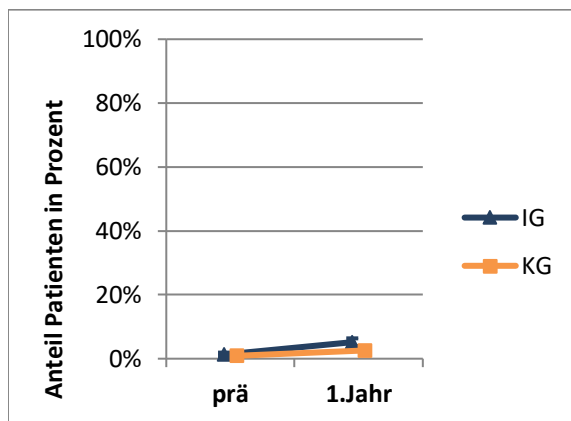




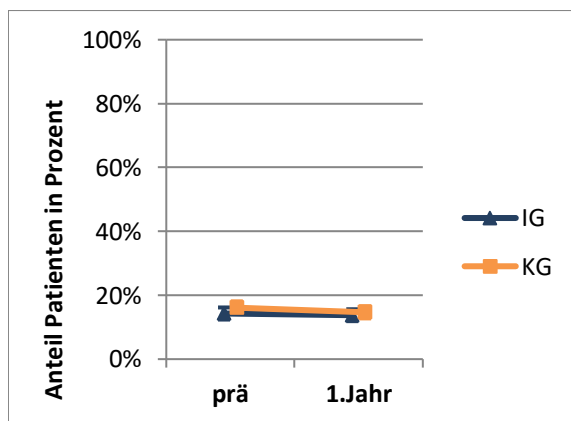
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

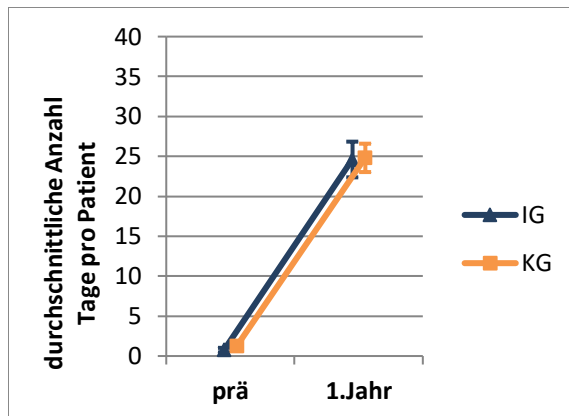


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

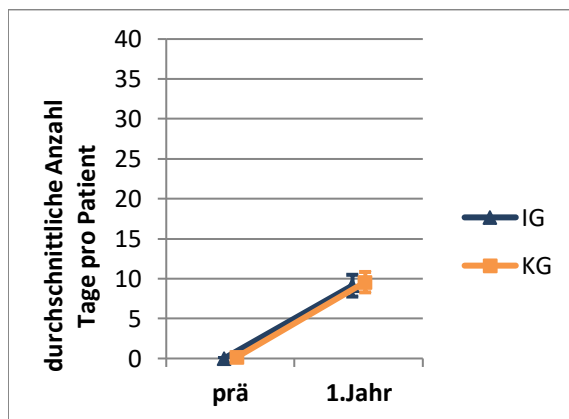


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

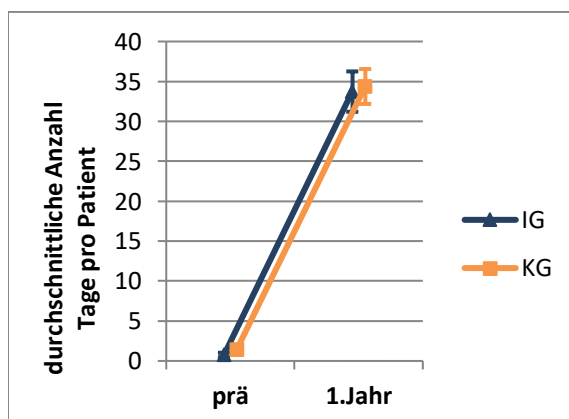
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



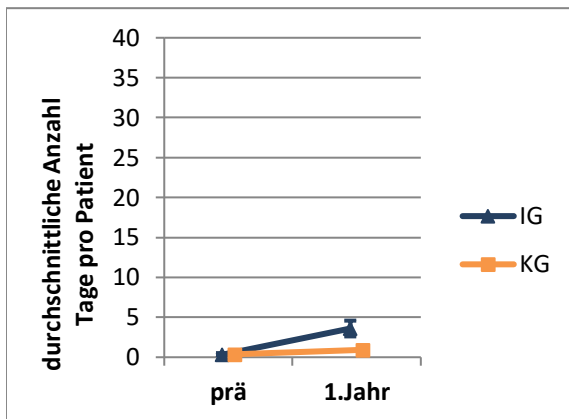
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



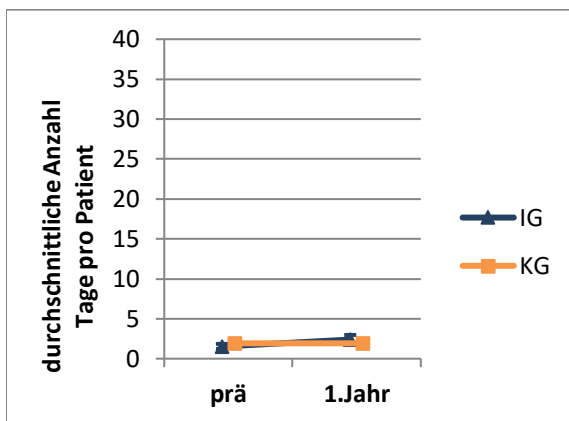
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>938</b>	<b>974</b>	<b>974</b>	<b>942</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,7 %	65,1 %	11,0 %	6,1 %	69,7 %	13,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	17,8 %	2,0 %	0,3 %	19,4 %	3,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,7 %	73,9 %	11,8 %	6,4 %	78,9 %	14,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	5,3 %	2,6 %	0,7 %	2,6 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,4 %	14,3 %	13,5 %	15,5 %	14,1 %	11,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	0,7	25,6	4,4	1,0	25,3	4,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	9,4	0,8	0,1	8,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,7	35,0	5,2	1,1	34,0	5,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	3,8	1,2	0,3	1,0	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,6	2,4	1,8	1,6	1,9	1,3

- <sup>1</sup> Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-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: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

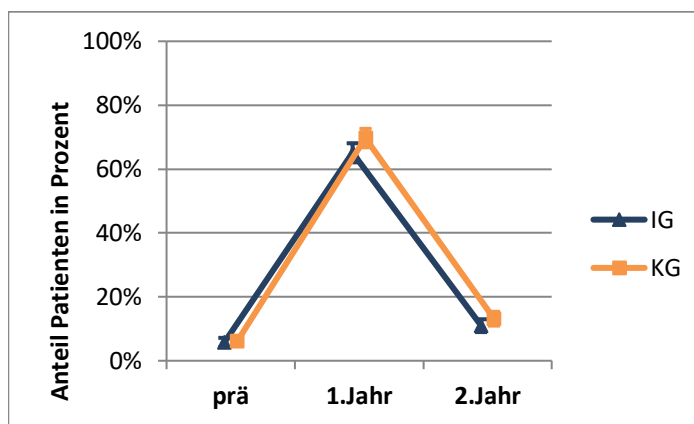
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

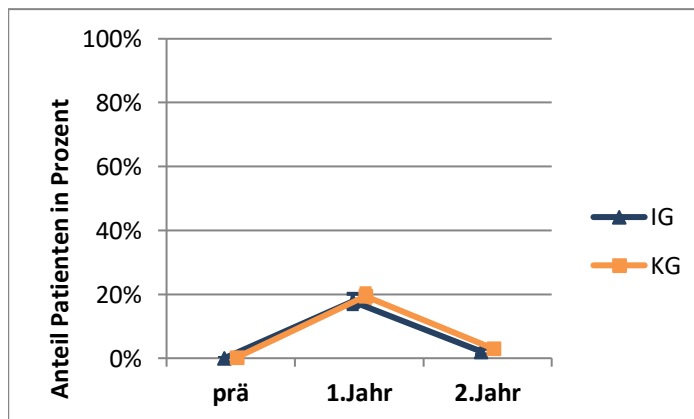
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

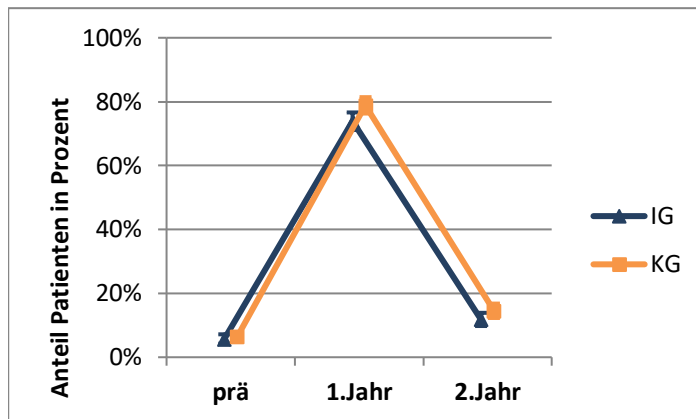
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



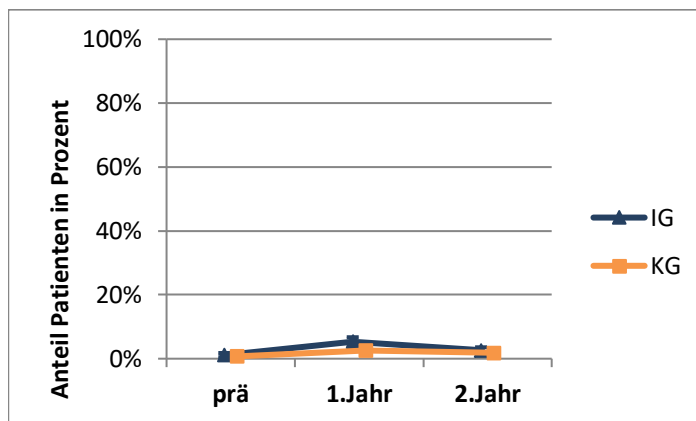
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



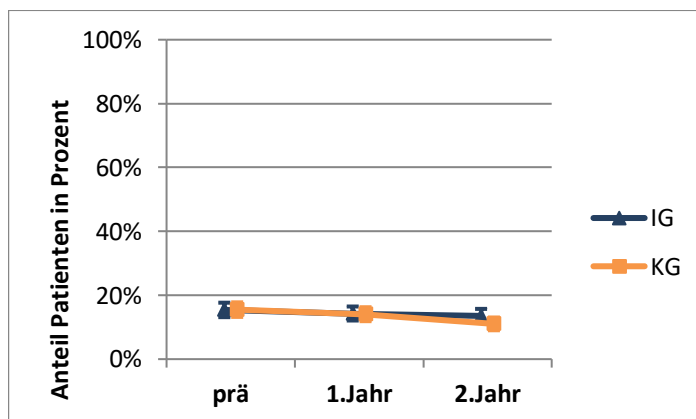
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

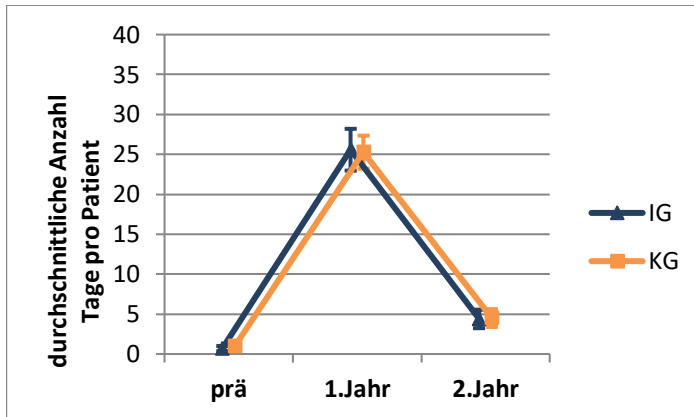


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

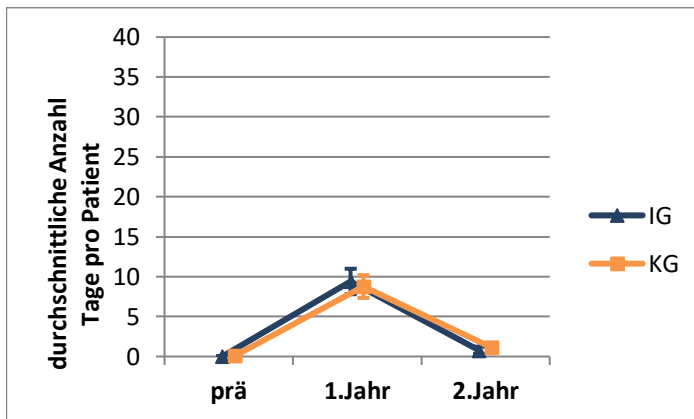


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

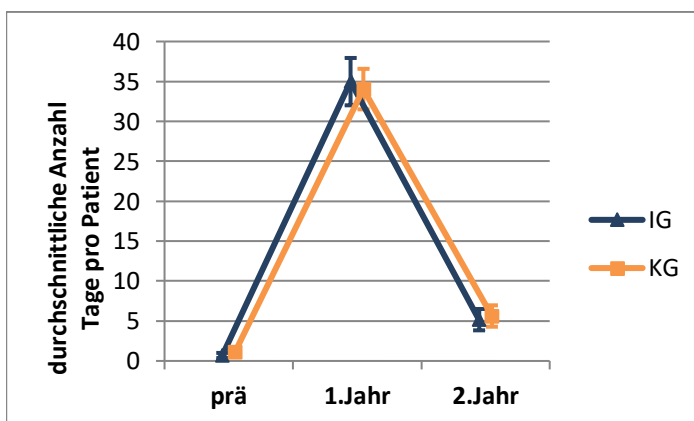
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

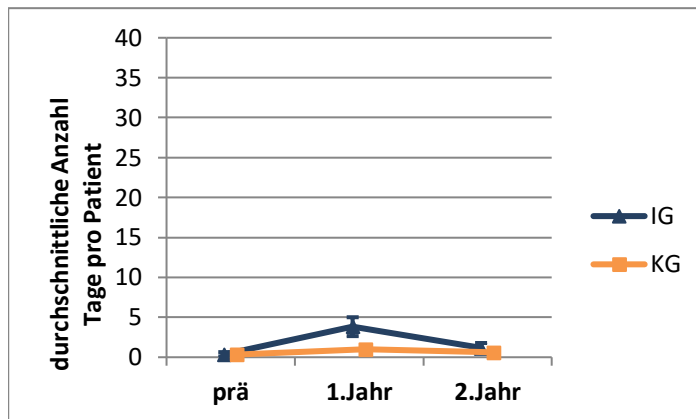


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär

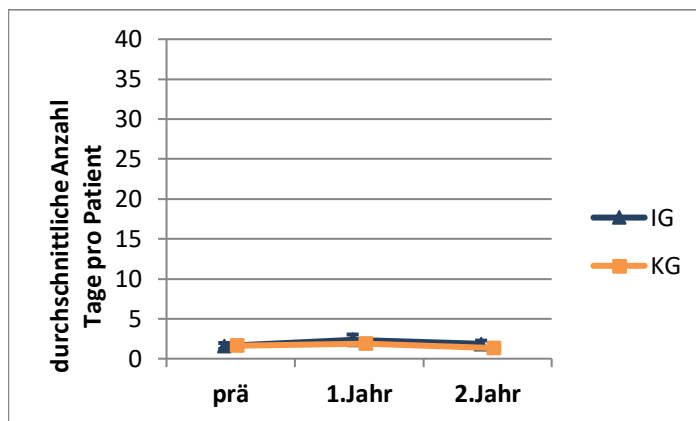




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



**Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,97 0,62...1,53	0,90 0,71...1,13	0,66 -2,31...3,62	0,73 -1,07...2,53
DID Jahr 2	0,85 0,53...1,38	0,67 0,37...1,20	0,20 -2,76...3,17	-0,24 -2,04...1,56

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

#### U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

##### 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>614</b>	<b>614</b>	<b>586</b>	<b>574</b>	<b>602</b>	<b>602</b>	<b>577</b>	<b>557</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,2 %	71,5 %	10,2 %	12,4 %	6,8 %	70,9 %	14,7 %	10,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	21,8 %	1,5 %	1,6 %	0,5 %	19,8 %	2,9 %	2,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,2 %	82,1 %	10,9 %	13,6 %	7,3 %	79,7 %	15,9 %	11,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	4,1 %	2,4 %	1,9 %	0,8 %	2,8 %	2,1 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	16,0 %	14,7 %	12,1 %	10,1 %	16,6 %	17,6 %	11,8 %	11,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	0,7	27,5	3,6	4,9	1,5	25,2	4,8	3,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,0	11,5	0,4	0,8	0,2	8,6	0,9	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,7	39,0	4,1	5,6	1,6	33,8	5,7	4,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	2,7	1,0	0,9	0,4	0,9	0,8	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,3	1,7	1,5	1,8	2,4	1,4	1,4

<sup>1</sup> Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

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

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

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>174</b>	<b>170</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	38,3 %	62,3 %	25,0 %	15,5 %	25,7 %	53,1 %	16,7 %	18,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	9,8 %	30,6 %	4,5 %	1,1 %	7,8 %	17,9 %	4,6 %	4,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	44,8 %	82,5 %	26,7 %	15,5 %	29,1 %	60,9 %	19,0 %	20,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	10,9 %	4,9 %	2,3 %	2,3 %	17,3 %	7,3 %	5,2 %	7,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	23,0 %	20,2 %	15,3 %	15,5 %	20,7 %	13,4 %	13,2 %	15,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3</sup> (B1)	19,7	31,0	12,7	7,5	10,6	24,2	7,9	7,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	4,1	12,6	2,0	0,1	3,4	6,1	1,7	2,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	23,8	43,5	14,8	7,6	14,1	30,2	9,7	10,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	6,5	2,3	0,7	1,1	8,0	3,2	2,4	3,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	3,1	1,9	2,4	2,1	1,8	1,2	2,1



<sup>1</sup> Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

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

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

**Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

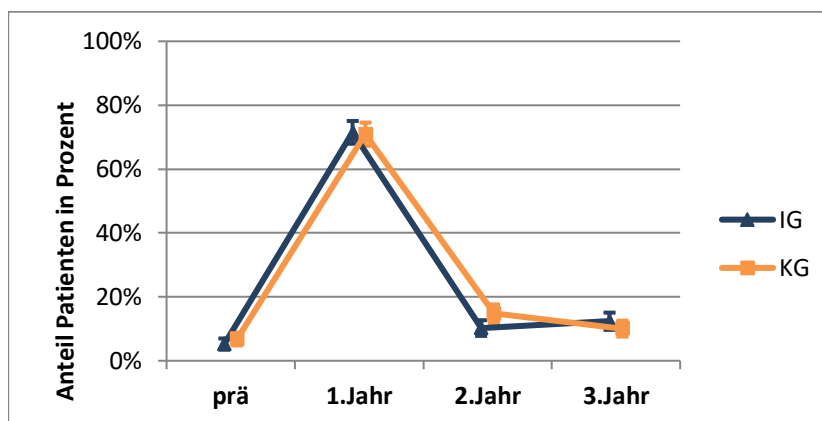
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

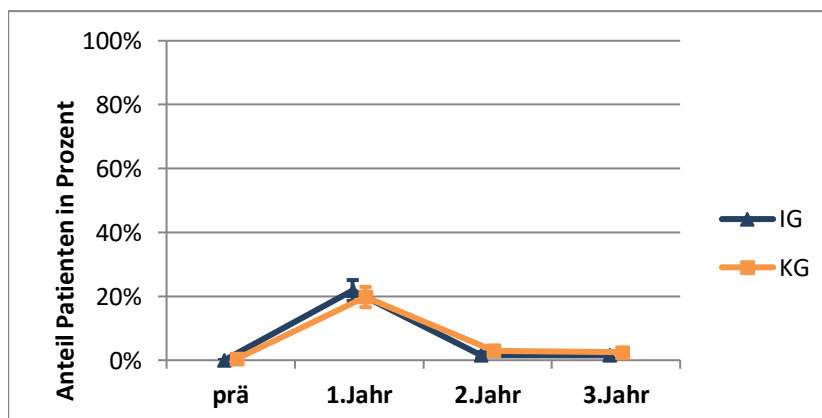
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

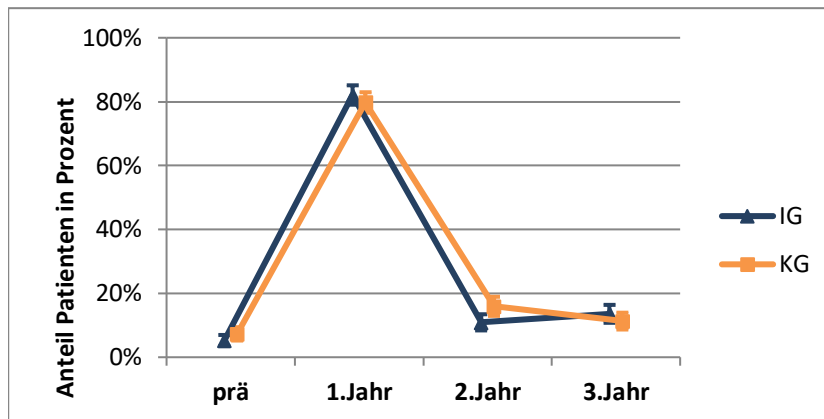
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



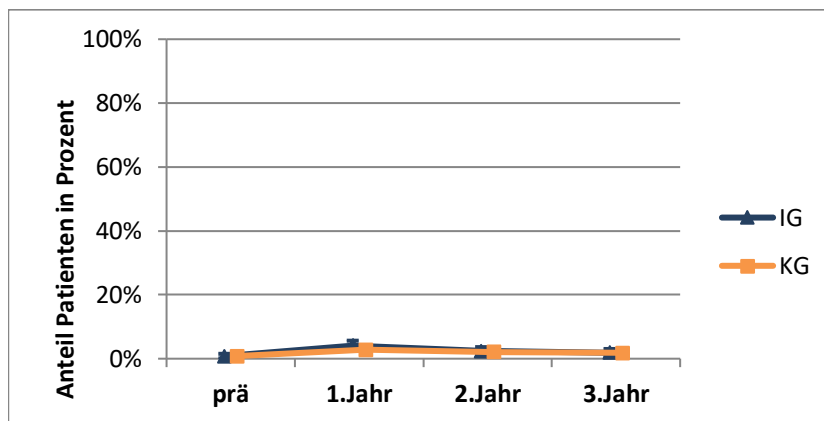
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



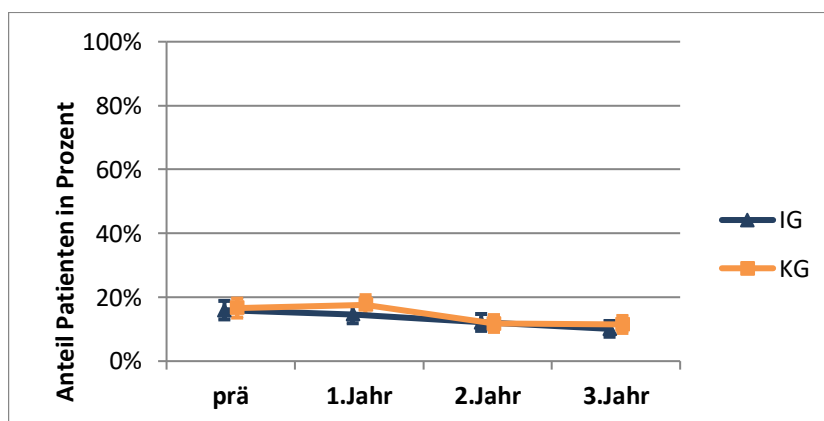
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

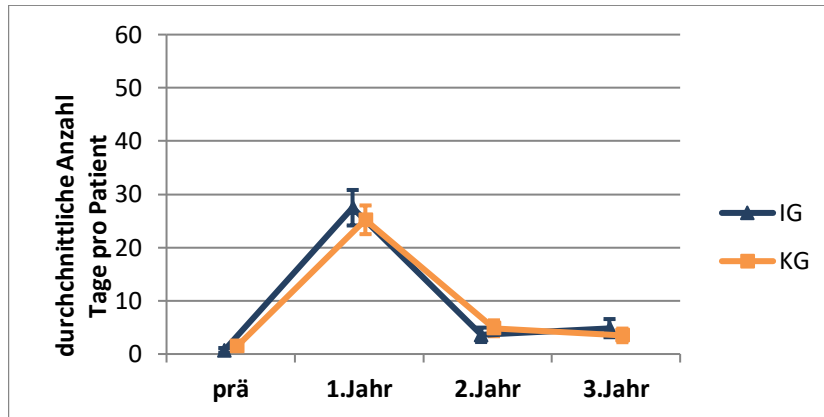


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

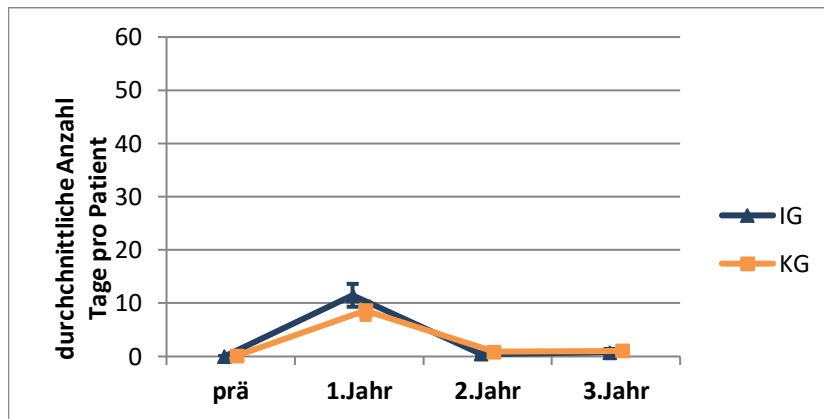


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

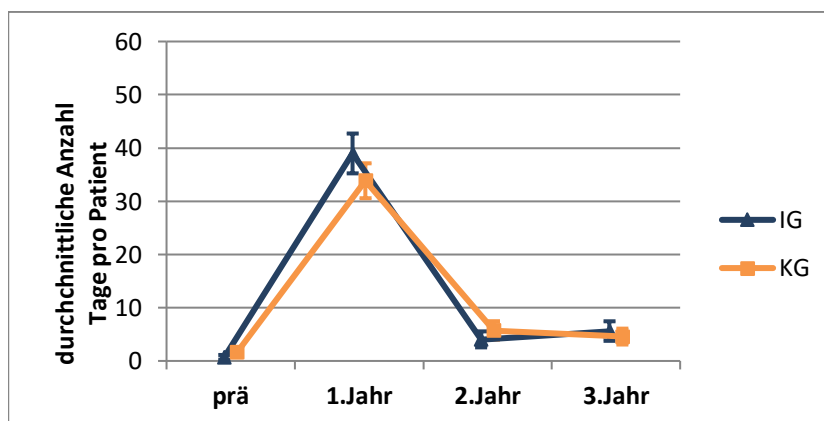
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



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

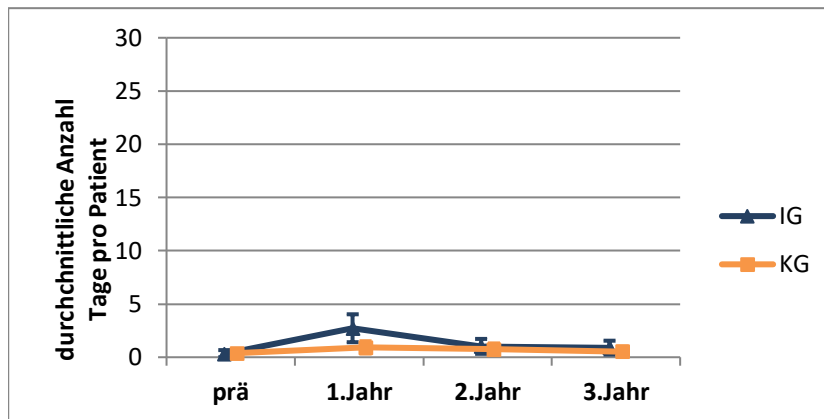


- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**

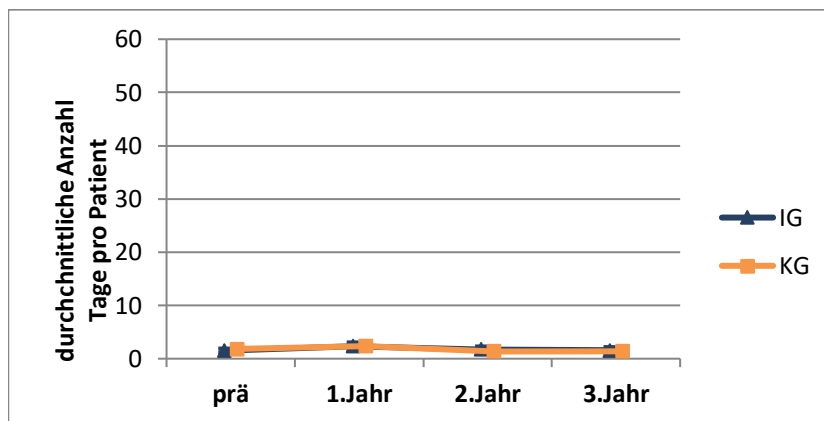




- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



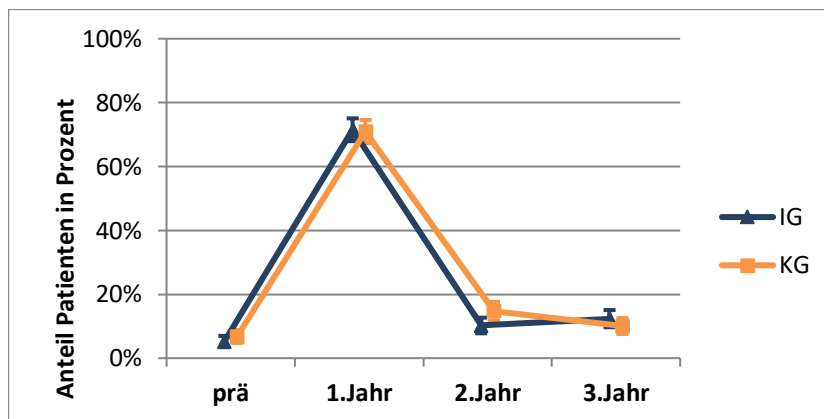
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

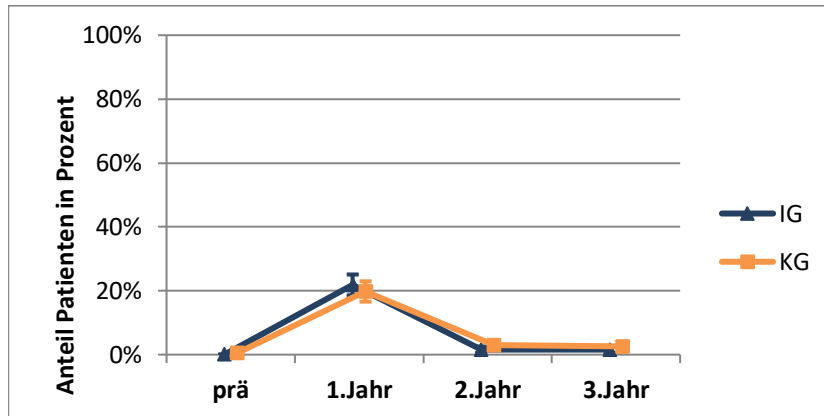
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

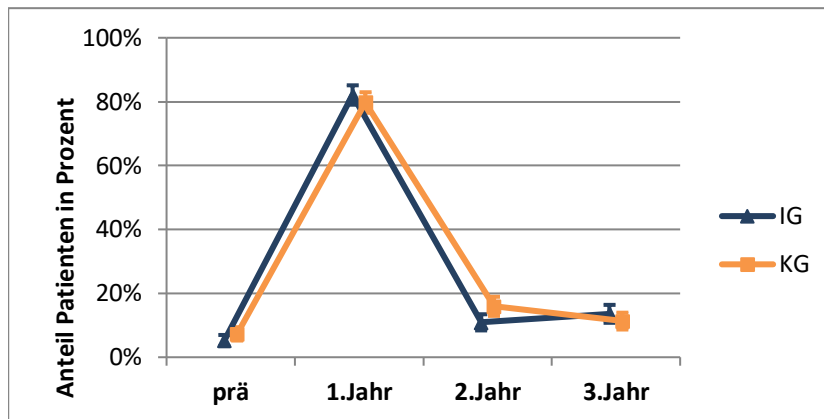
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



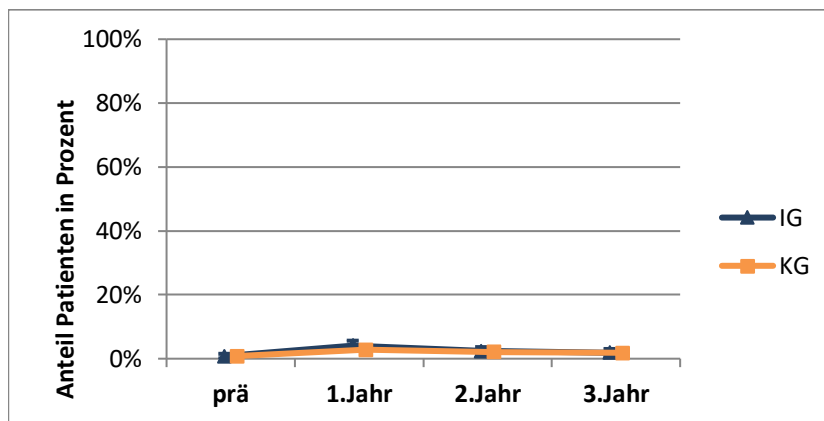
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



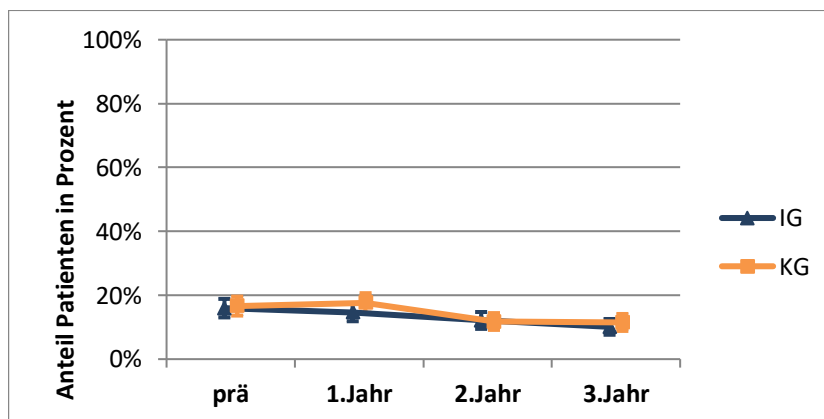
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

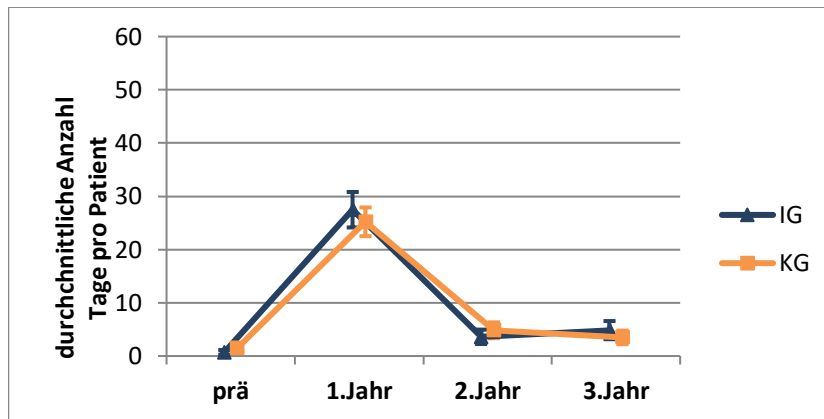


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

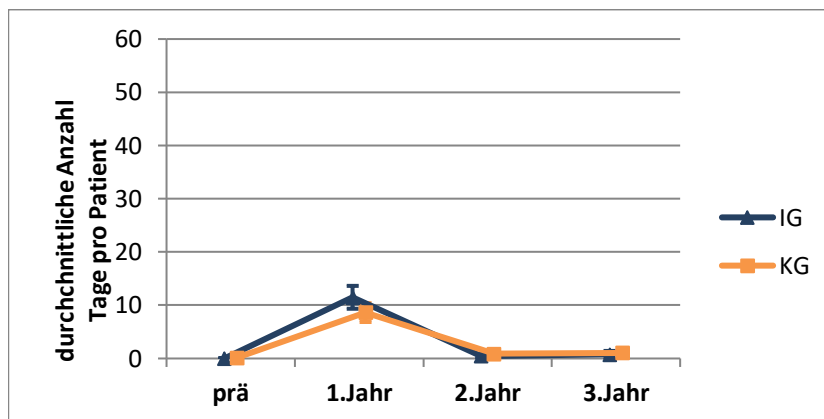


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

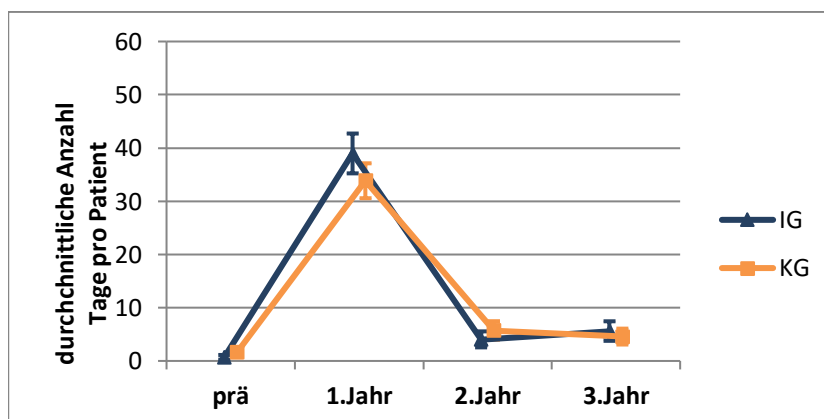
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



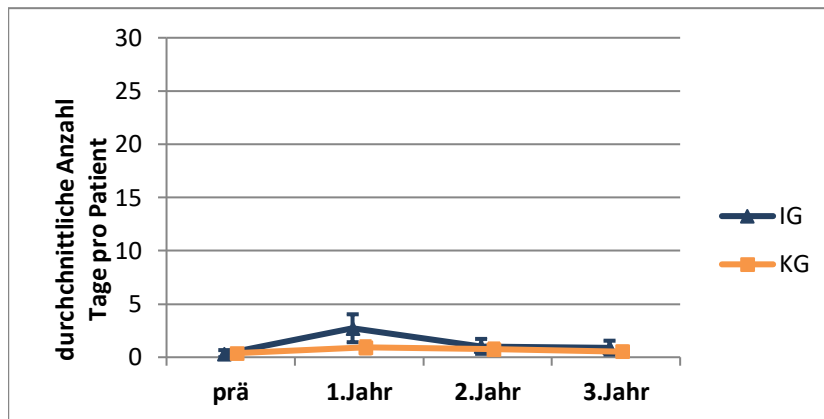
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



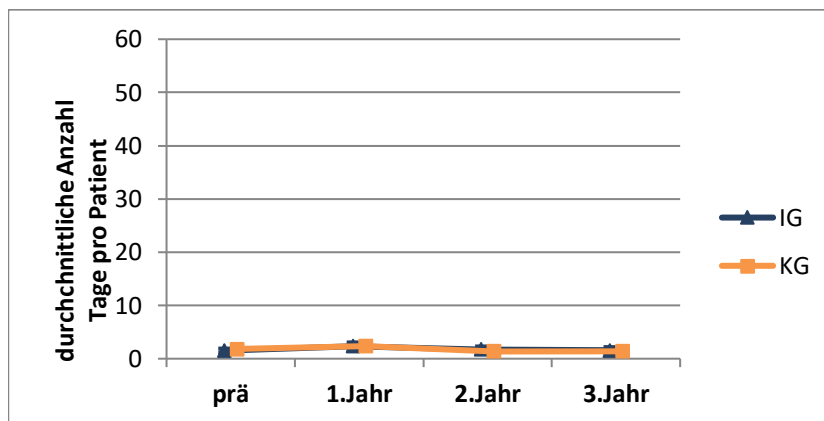
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



## 8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

**Sekundärer Outcome:** 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.

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf Inanspruchnahmen aufgrund von Indexdiagnosen. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in der PIA sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: 0,0; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -1,3; 4. Jahr: -0,6 PIA-Kontakte). Dabei war der geringere Anstieg der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant (DiD = -1,6 PIA-Kontakte). Auch der Vergleich vom Jahr vor Referenzfall mit dem zweiten Jahr nach Referenzfall zeigte einen statistisch signifikant geringeren Anstieg in der IG im Vergleich zur KG (DiD = -1,4 PIA-Kontakte). Bei den linikbekannten Patienten wiesen Patienten der IG stets geringere durchschnittliche PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf (prä: -1,8; 1. Jahr: -5,0; 2. Jahr: -3,6; 3. Jahr: -1,8; 4. Jahr: -0,4 PIA-Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall waren, u.a. durch das bereits unterschiedliche Niveau im Präzeitraum, nicht ersichtlich.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war die durchschnittliche Anzahl der Kontakte im Jahr vor Referenzfall in der IG etwas geringer und ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas größer als in der KG (prä: +0,4; 1. Jahr: -0,6; 2. Jahr: -0,7; 3. Jahr: -0,4; 4. Jahr: -0,5 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG, glich sich jedoch ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall an (prä: +1,4; 1. Jahr:

+2,3; 2. Jahr: +0,4; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: -0,1 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren analog zu den klinikneuen Patienten nicht ersichtlich.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein vergleichbarer starker Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG und der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +2,4 Kontakte; KG: +2,5 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG an (IG: +1,3 Kontakte; KG: +2,0 Kontakte).

U3: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf mit Peak der **PIA**-Kontakte im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch die Niveaus waren zwischen IG und KG vergleichbar.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG weniger stark als in der KG (IG: +1,3 Kontakte; KG: +2,0 Kontakte). Das weitere stärkere Absinken der Kontakte in der IG im Vergleich zur KG und verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = -0,9).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war die Anzahl der **PIA**-Kontakte klinikneuer Patienten im Verlauf vergleichbar, wobei der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG ausfiel (IG: +1,6; KG: +2,7 PIA-Kontakte). Auch im weiteren Verlauf wiesen Patienten der IG geringere PIA-Kontakte als Patienten der KG auf. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich in der IG stets geringere PIA-Kontakte verglichen mit der KG, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall (prä: -1,6; 1. Jahr: -5,0; 2. Jahr: -3,4; 3. Jahr: -1,5 PIA-Kontakte).

Der Verlauf der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich in der IG eine stets höhere Inanspruchnahme im Vergleich zur KG mit dem größten Unterschied im Jahr nach Referenzfall (prä: +1,6; 1. Jahr: +2,9; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +0,8 Kontakte).

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>251</b>	<b>247</b>	<b>242</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>249</b>	<b>242</b>	<b>234</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>251</b>	<b>247</b>	<b>242</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>249</b>	<b>242</b>	<b>234</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>249</b>	<b>253</b>	<b>238</b>	<b>237</b>	<b>229</b>	<b>250</b>	<b>247</b>	<b>235</b>	<b>227</b>	<b>219</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	0,6	0,0	2,6	2,1	1,9	1,2
• 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	2,9	2,6	5,0	4,7	3,6	3,4
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	4,5	5,6	6,0	5,9	6,1	5,7	7,3	7,2	7,0	6,5
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	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	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	0,2	0,4	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,4	0,4	0,5	0,1	0,8	1,5	0,9	0,8	0,5



• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	10,9	9,3	7,8	8,8	7,3	10,0	19,8	23,6	20,3	16,4
---	------	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>132</b>	<b>131</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>133</b>	<b>130</b>	<b>124</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>132</b>	<b>131</b>	<b>128</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>133</b>	<b>130</b>	<b>124</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>132</b>	<b>130</b>	<b>125</b>	<b>127</b>	<b>125</b>	<b>132</b>	<b>133</b>	<b>131</b>	<b>125</b>	<b>116</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,4	2,3	1,7	2,1	1,8	3,2	7,3	5,3	3,9	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,9	6,3	5,5	4,2	3,6	3,5	4,0	5,1	3,7	3,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	7,4	6,9	7,3	8,3	8,0	7,2	7,6	7,6	7,6	8,0

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	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,2	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,4	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,3	2,2	0,4	0,6	0,4	0,0	0,5	1,2	0,3	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,6	7,3	7,2	7,5	10,1	6,3	7,9	9,0	8,9	9,5

<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: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

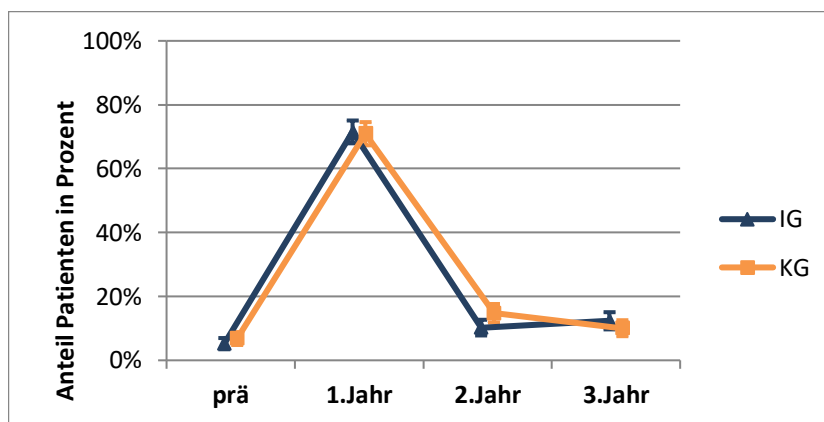
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

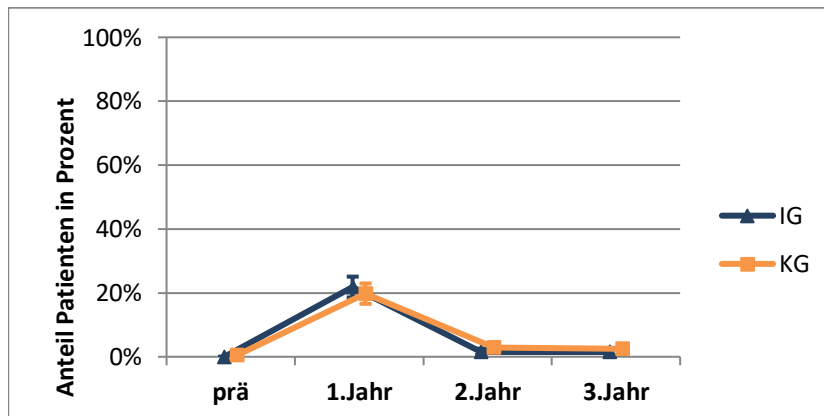
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

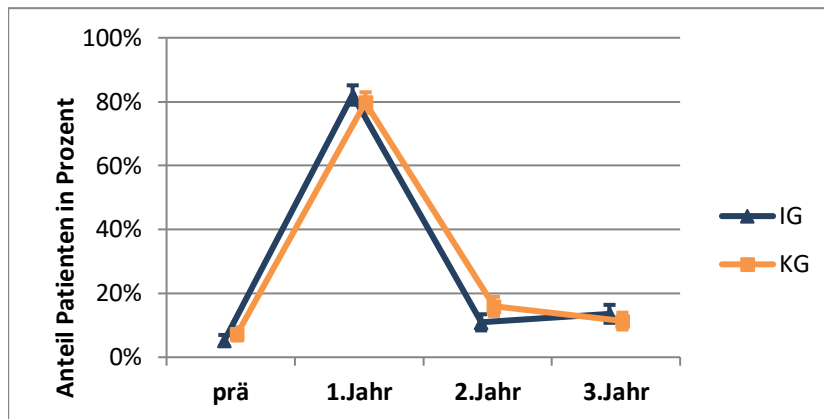
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



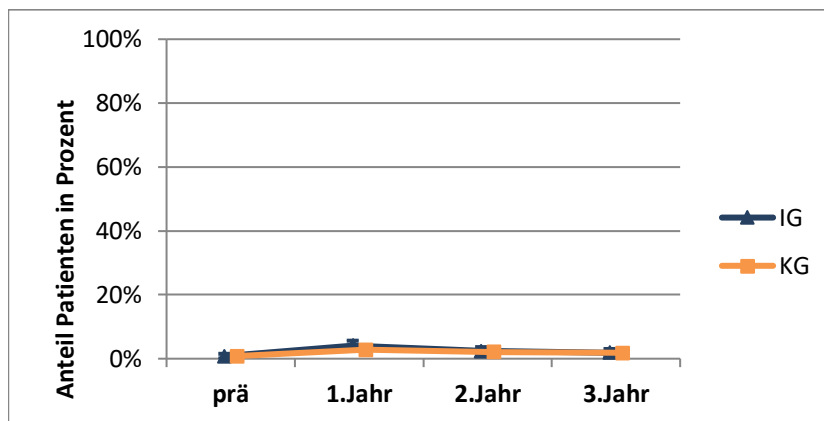
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



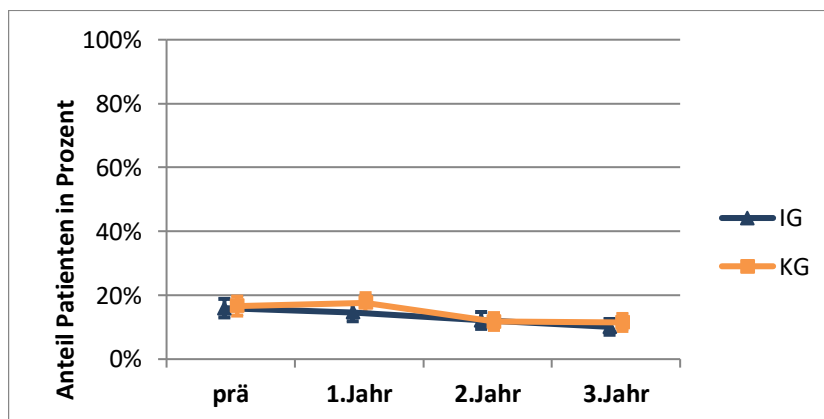
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

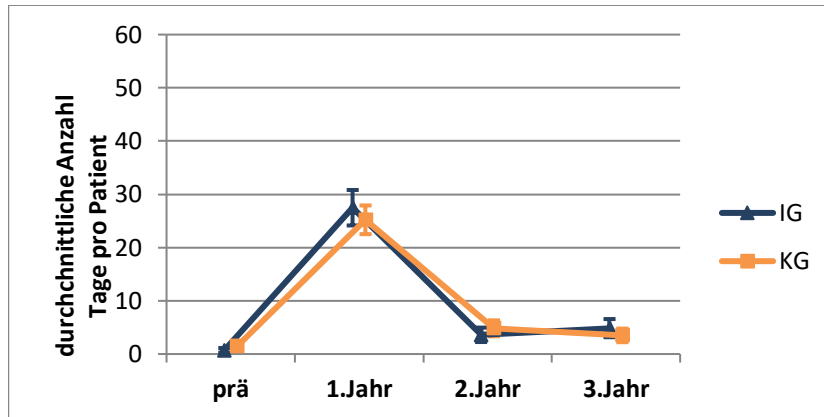


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

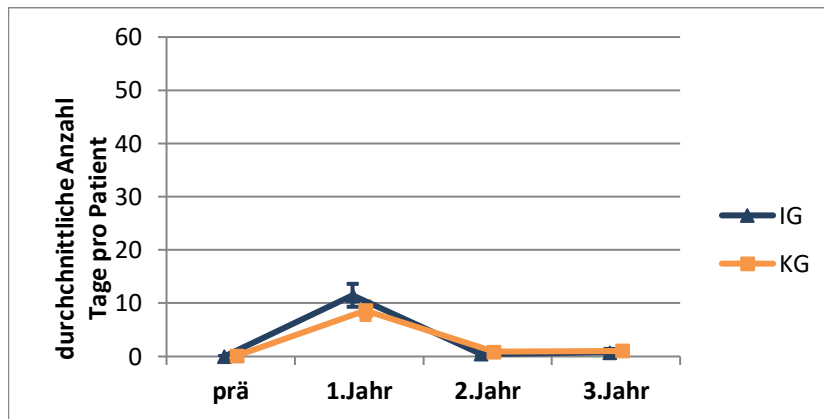


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

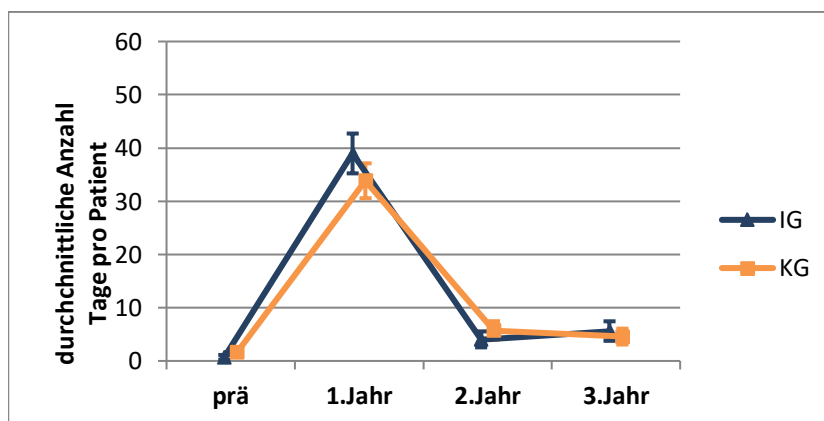
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



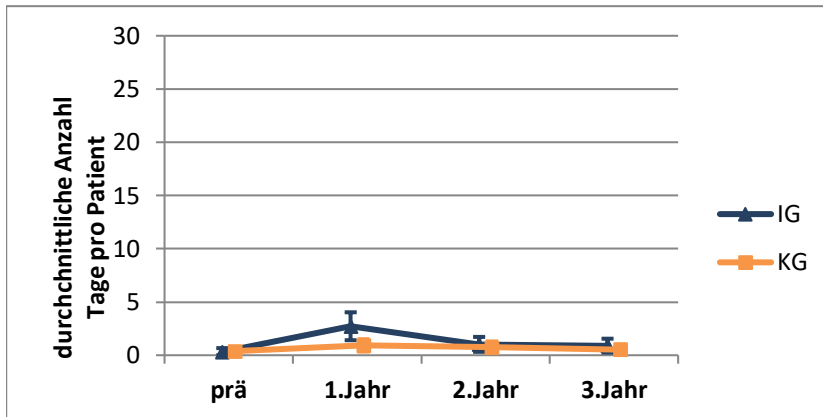
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



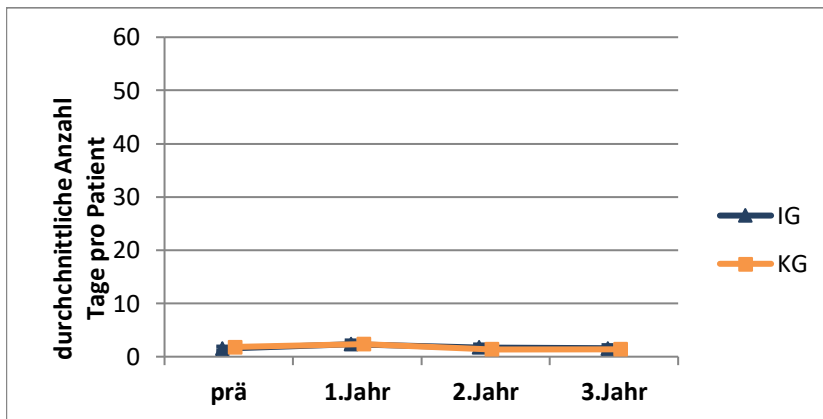
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



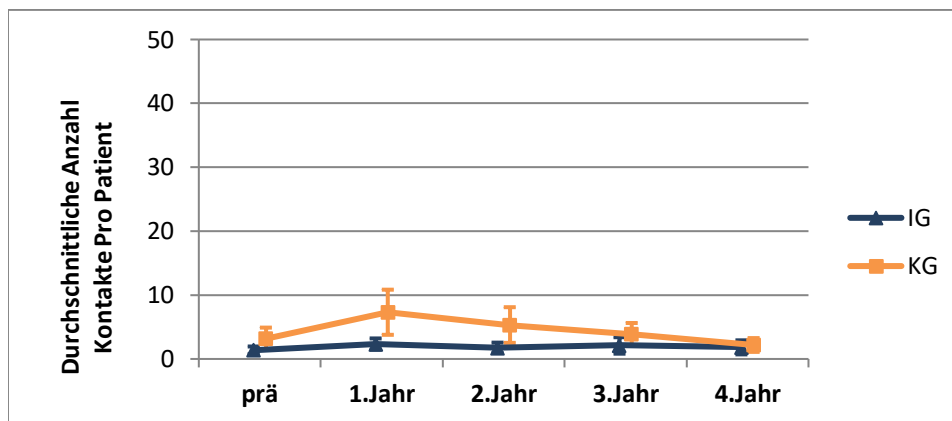
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

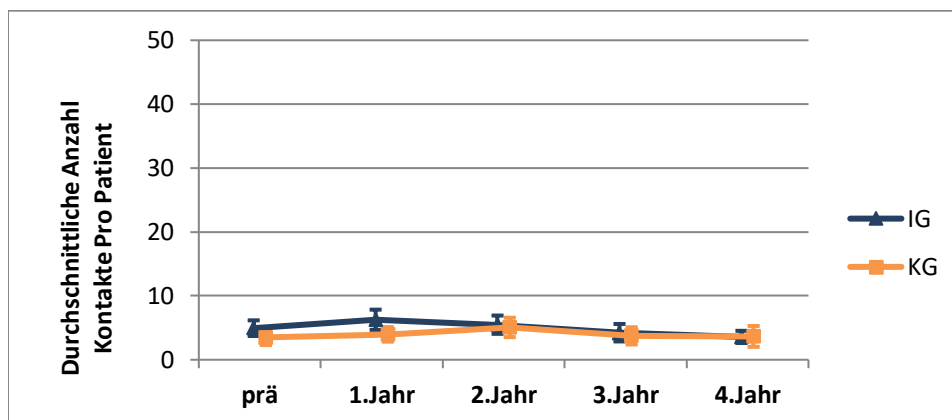
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

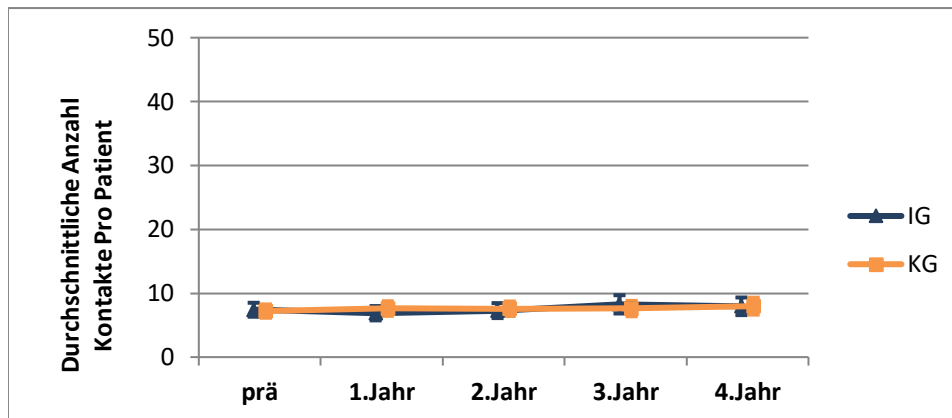
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

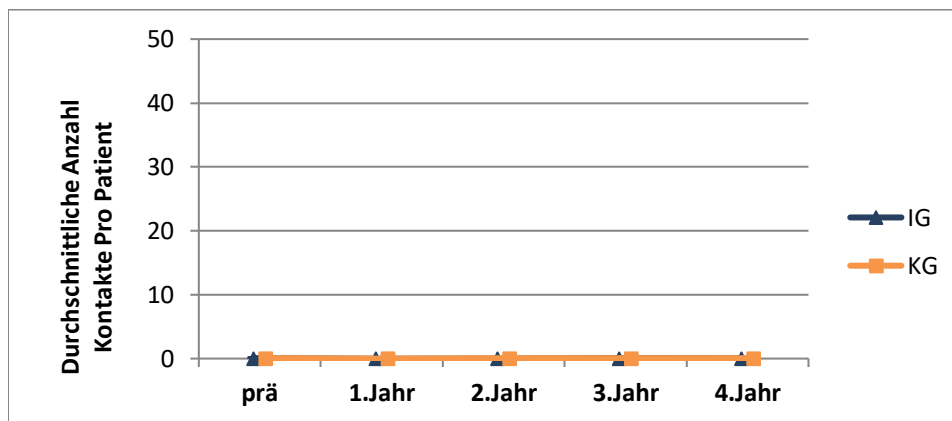


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

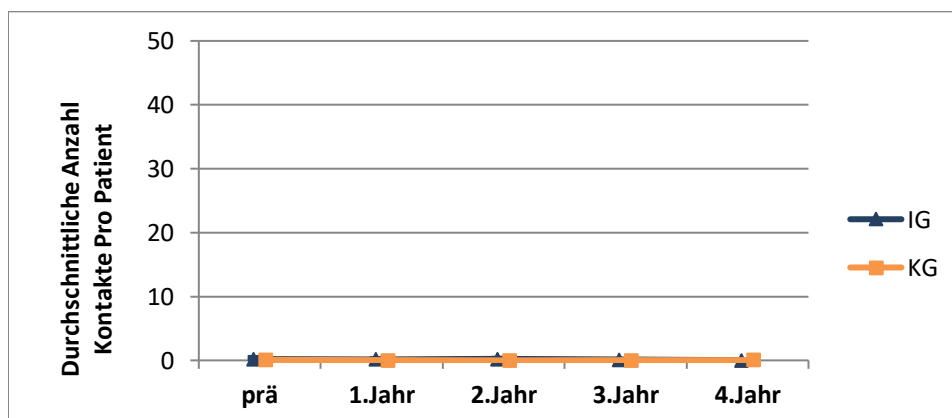


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

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

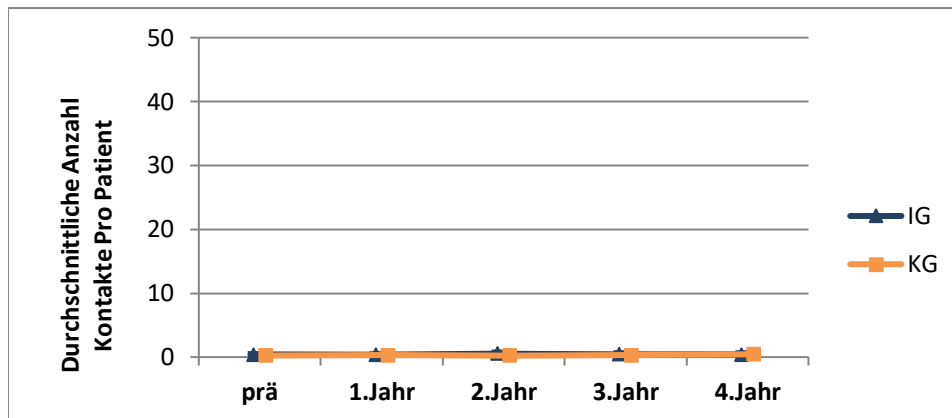


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)**



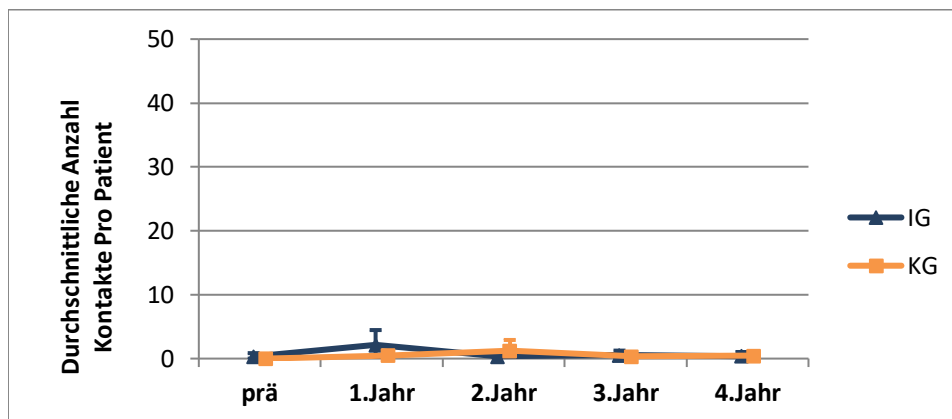


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

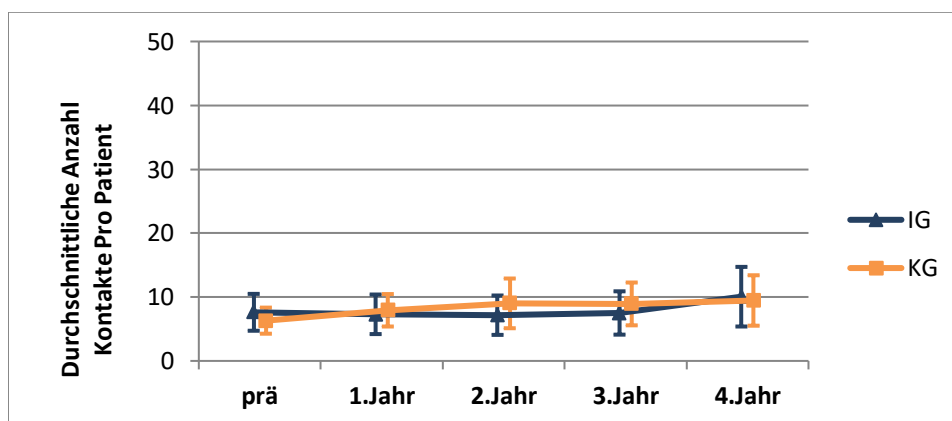


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



**Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,55* -2,95...-0,15	-0,99 -2,56...0,57	-0,51 -1,92...0,91
DID Jahr 2	-1,41* -2,81...-0,02	-1,13 -2,70...0,44	0,00 -1,41...1,42
DID Jahr 3	-1,23 -2,62...0,17	-0,76 -2,33...0,81	0,14 -1,28...1,55
DID Jahr 4	-0,51 -1,91...0,89	-0,85 -2,42...0,72	0,89 -0,53...2,30

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

### Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-3,14 -6,41...0,13	0,85 -1,62...3,32	-0,94 -3,07...1,19
DID Jahr 2	-1,69 -4,96...1,58	-1,14 -3,62...1,33	-0,65 -2,77...1,48
DID Jahr 3	0,13 -3,14...3,40	-1,00 -3,47...1,47	0,37 -1,76...2,50
DID Jahr 4	1,52 -1,75...4,80	-1,46 -3,93...1,01	-0,10 -2,23...2,02

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.262</b>	<b>1.265</b>	<b>1.279</b>	<b>1.274</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	2,6	0,0	2,6
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,1	4,4	3,2	5,2
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	5,7	6,8	6,7	7,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,3	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,3	0,4	0,6
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	12,1	9,8	9,9	11,4

<sup>1</sup> Wenn nur Kostenpauschale (40xxxx) oder O16xxx (schriftliche Mitteilung in Gutachten) an einem Tag abgerechnet wurde, dann war dies kein Kontakt. Alle restlichen Abrechnungen stellen Kontakte dar, auch wenn hier ggf. kein persönlicher Kontakt erfolgt ist. Auch wurden Abrechnungen von Labormedizinern (Facharztgruppe = 48) und Pathologen (Facharztgruppe = 56) nicht berücksichtigt.

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

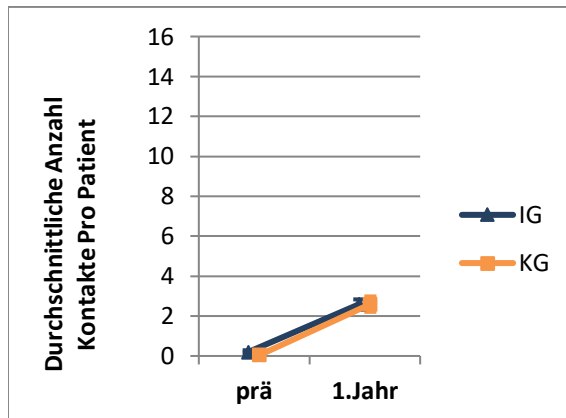
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

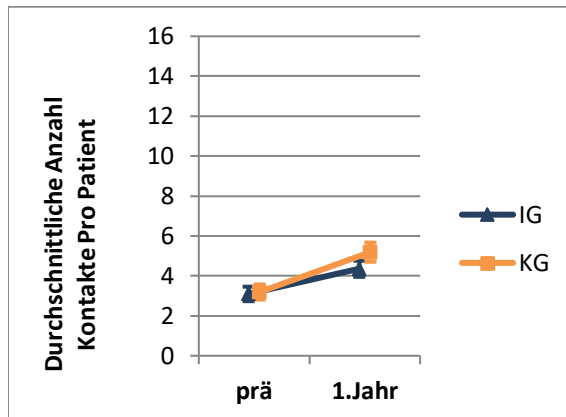
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

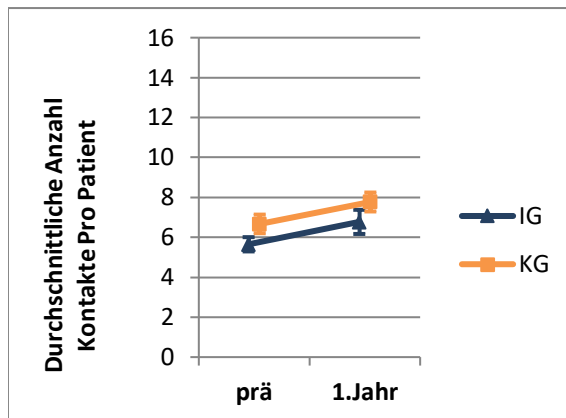
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

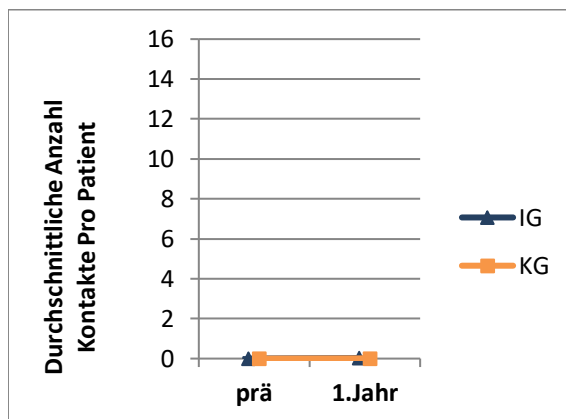


- bei anderen Vertragsärzten (E)

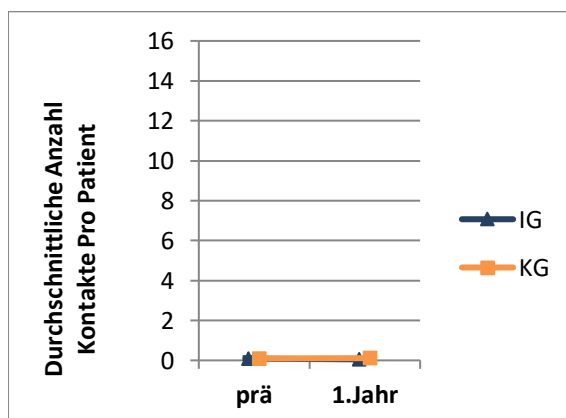


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

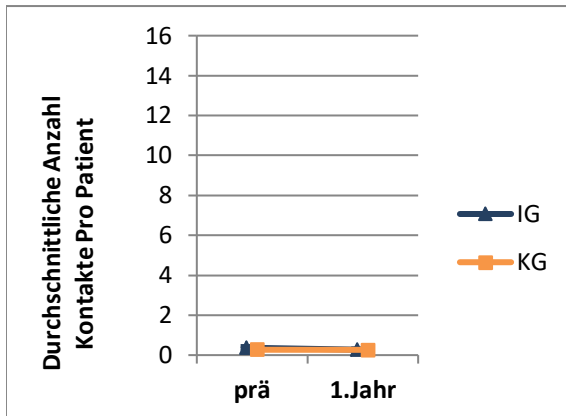
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

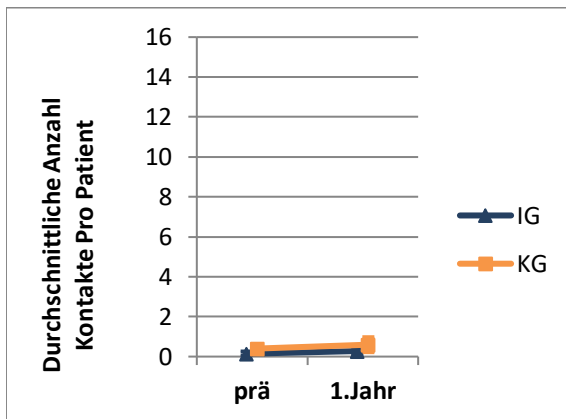


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

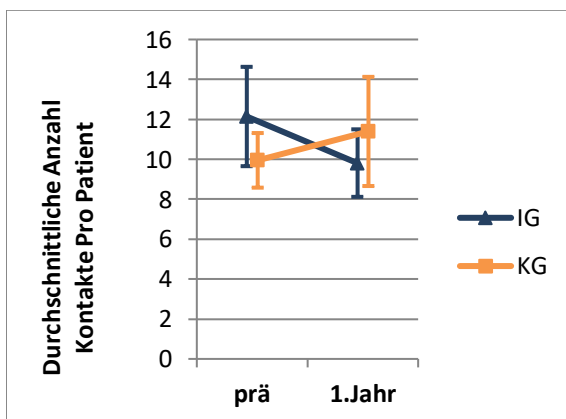


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>938</b>	<b>974</b>	<b>974</b>	<b>942</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>938</b>	<b>974</b>	<b>974</b>	<b>942</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>936</b>	<b>938</b>	<b>892</b>	<b>944</b>	<b>939</b>	<b>900</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,3	2,5	1,6	0,1	2,6	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,1	4,4	3,7	3,2	5,2	4,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	5,6	6,4	6,2	6,5	7,7	7,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,3	0,3	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)	0,2	0,2	0,3	0,4	0,7	0,6

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	11,4	9,6	10,8	9,4	11,6	13,3
---	------	-----	------	-----	------	------

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle



**Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

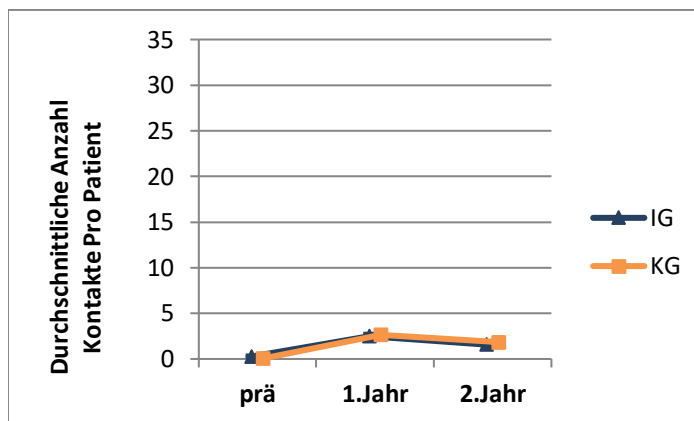
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

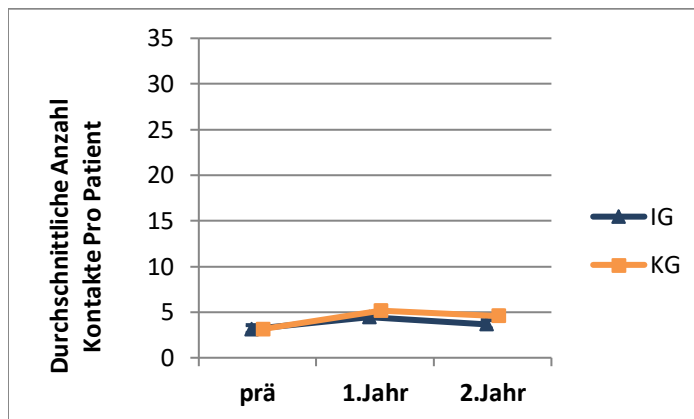
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

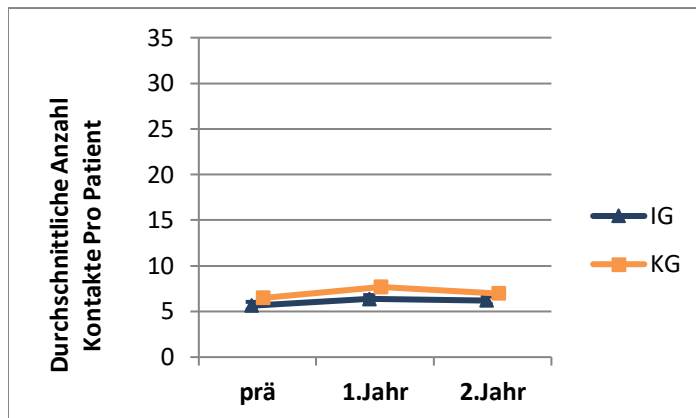
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

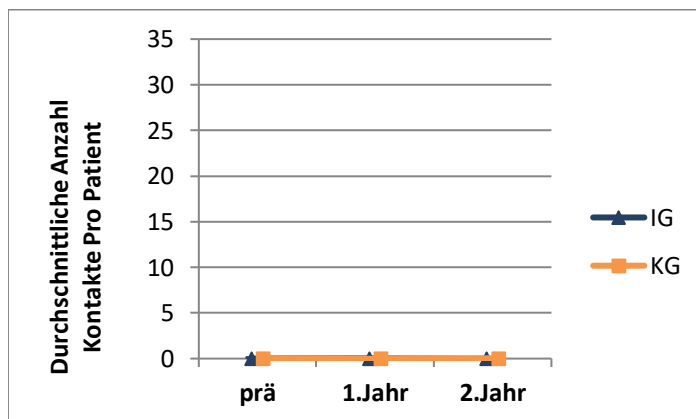


- bei anderen Vertragsärzten (E)

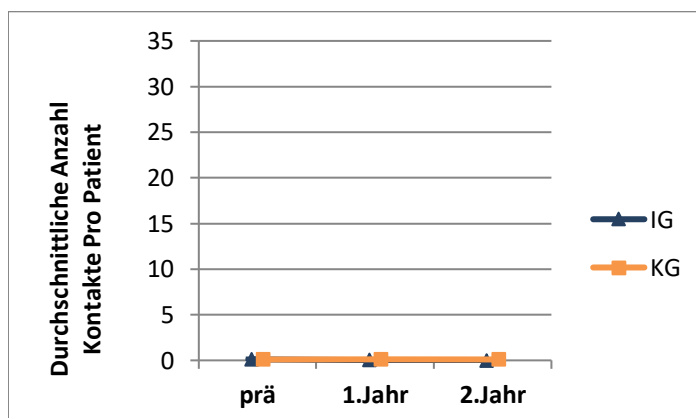


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

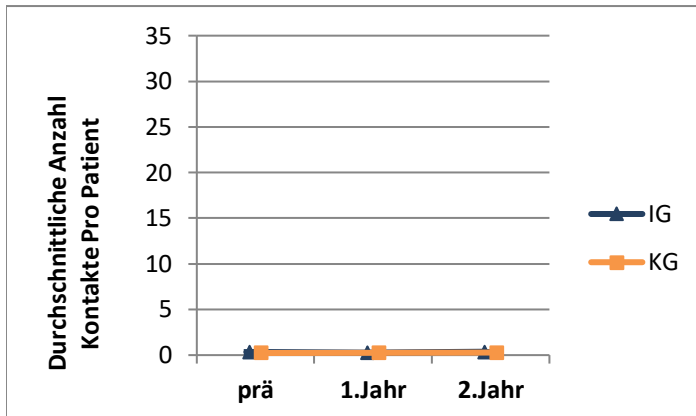
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

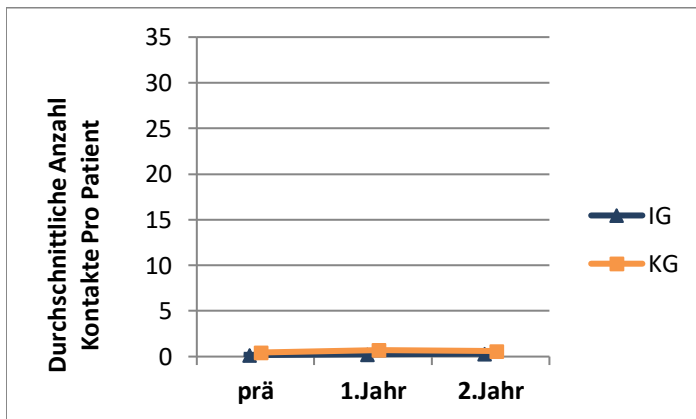


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

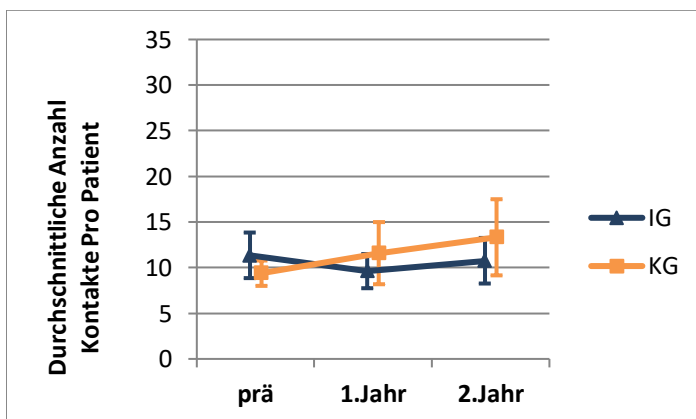


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



**Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,36 -0,99...0,27	-0,70 -1,60...0,20	-0,45 -1,33...0,43
DID Jahr 2	-0,45 -1,08...0,18	-0,92* -1,83...-0,02	0,06 -0,83...0,94

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

**U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**
**Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**
**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>614</b>	<b>614</b>	<b>586</b>	<b>574</b>	<b>602</b>	<b>602</b>	<b>577</b>	<b>557</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>614</b>	<b>614</b>	<b>586</b>	<b>574</b>	<b>602</b>	<b>602</b>	<b>577</b>	<b>557</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>578</b>	<b>586</b>	<b>552</b>	<b>540</b>	<b>583</b>	<b>578</b>	<b>551</b>	<b>531</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,4	2,0	1,4	1,3	0,1	2,8	2,1	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	3,1	4,9	4,0	3,1	3,1	5,1	4,5	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	5,4	6,5	6,3	6,4	6,2	7,6	7,1	6,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,4	0,3	0,3	0,5	0,9	0,6	0,6

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	11,6	10,1	11,6	12,2	9,5	13,1	15,6	14,7
---	------	------	------	------	-----	------	------	------

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### 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>183</b>	<b>183</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>174</b>	<b>170</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>174</b>	<b>170</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>166</b>	<b>168</b>	<b>175</b>	<b>176</b>	<b>171</b>	<b>163</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	1,1	2,0	1,5	1,9	2,7	7,0	4,9	3,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	4,9	6,6	5,6	4,2	3,3	3,7	4,6	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	7,3	6,7	7,0	7,5	7,8	7,9	8,2	8,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)</li> </ul>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,1	0,2	0,2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten<sup>4</sup> (D)</li> </ul>	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3
<b>Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor<sup>6</sup> (G1)</li> </ul>	0,3	1,8	0,5	0,7	0,0	0,4	0,9	0,4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	7,9	7,4	8,3	7,6	7,0	11,9	16,0	14,2

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

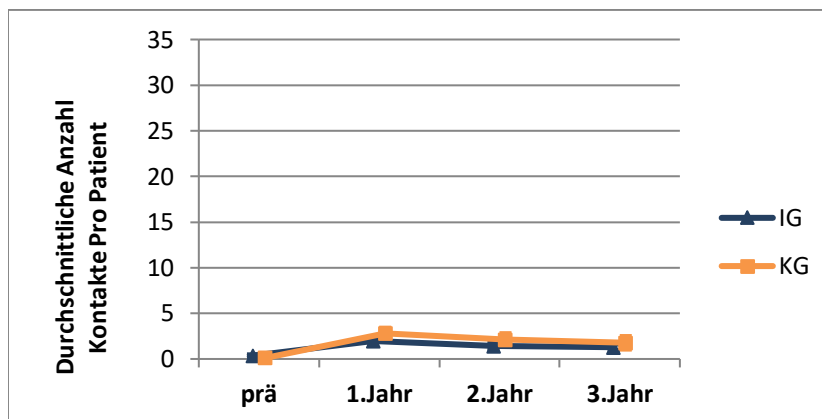
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

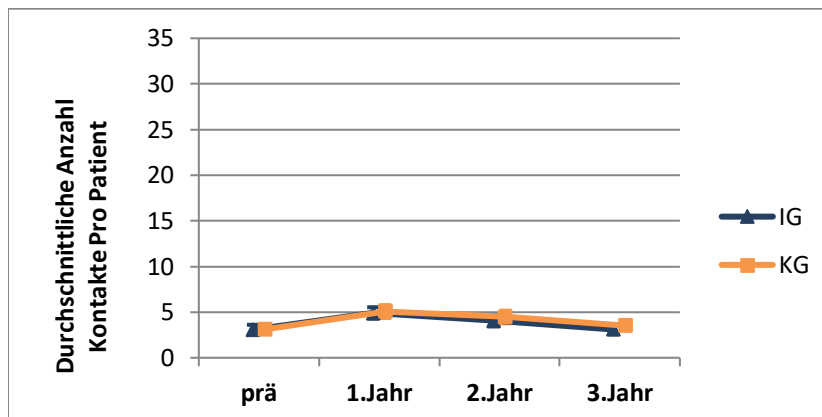
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

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

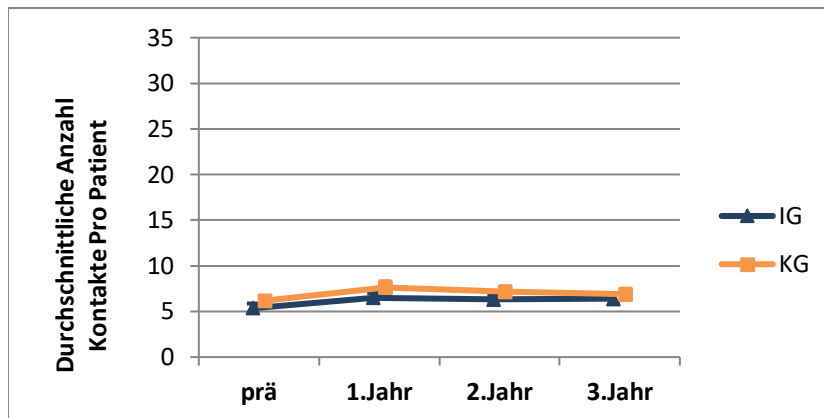


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**



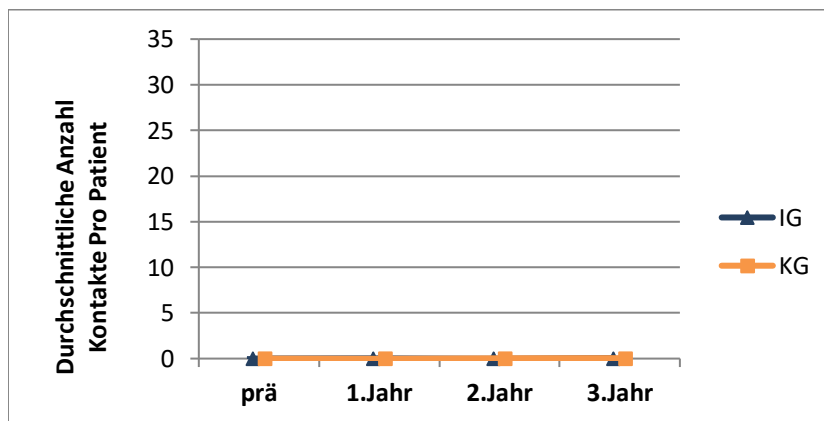


- bei anderen Vertragsärzten (E)

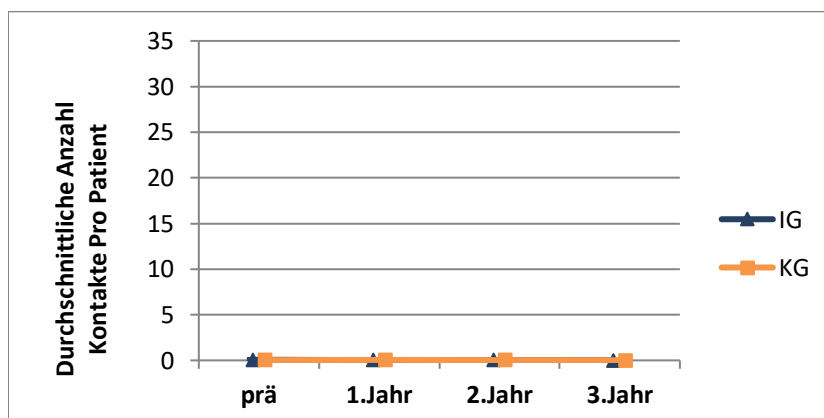


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

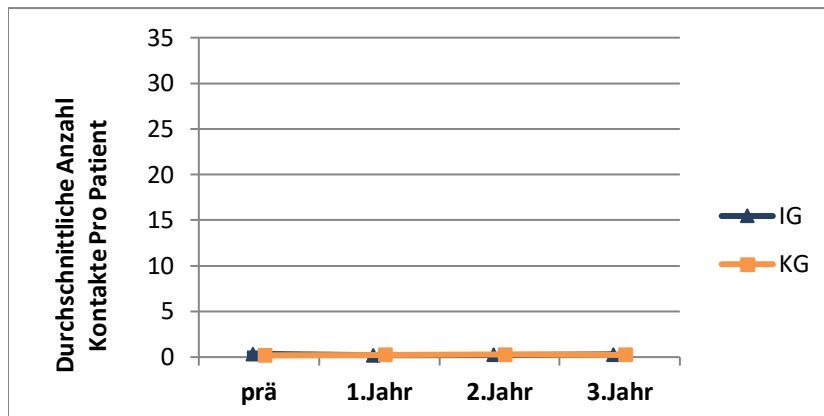
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

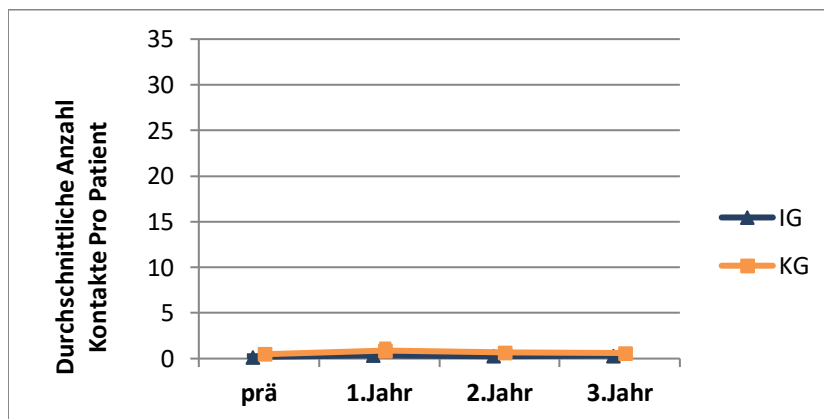


- bei anderen Vertragsärzten (F)

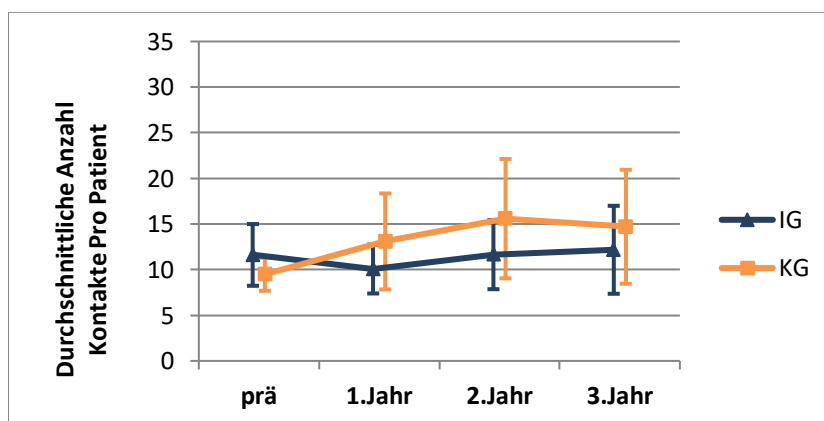


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



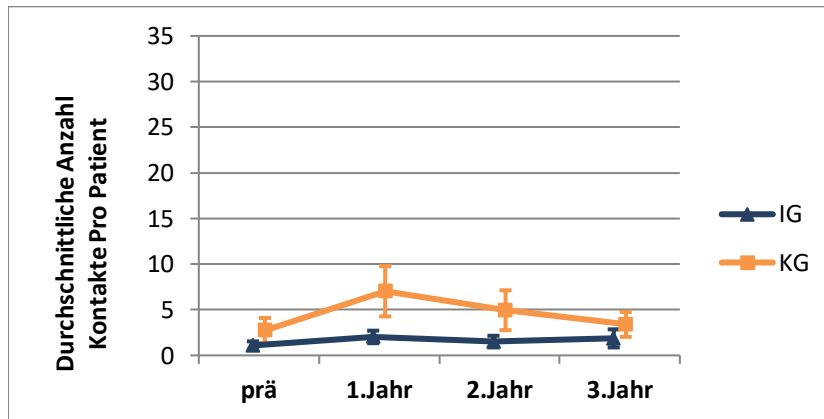
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

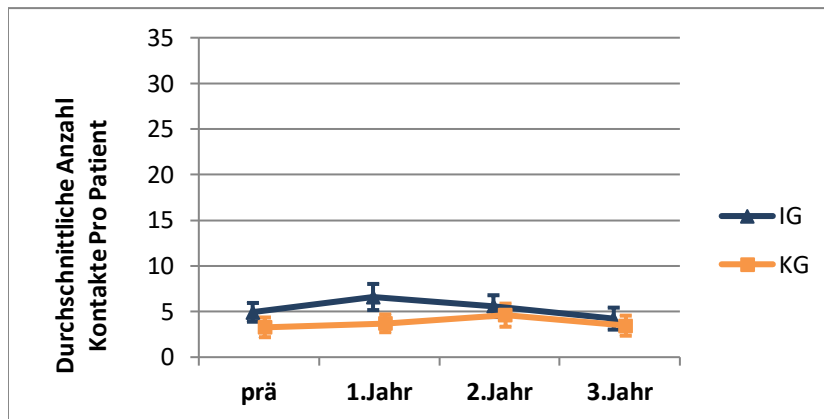
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

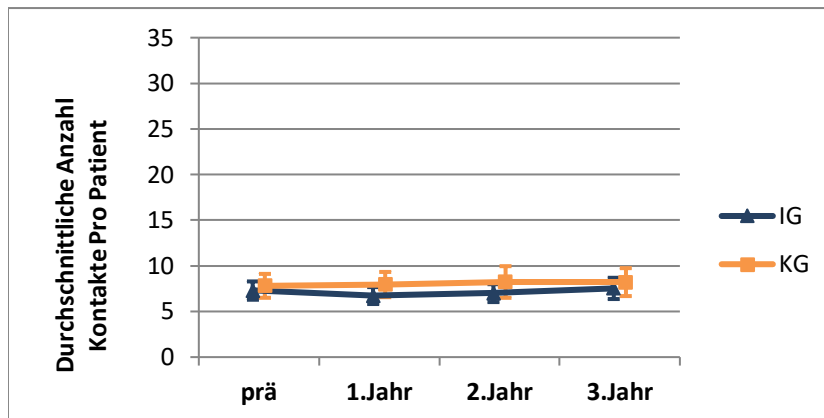
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

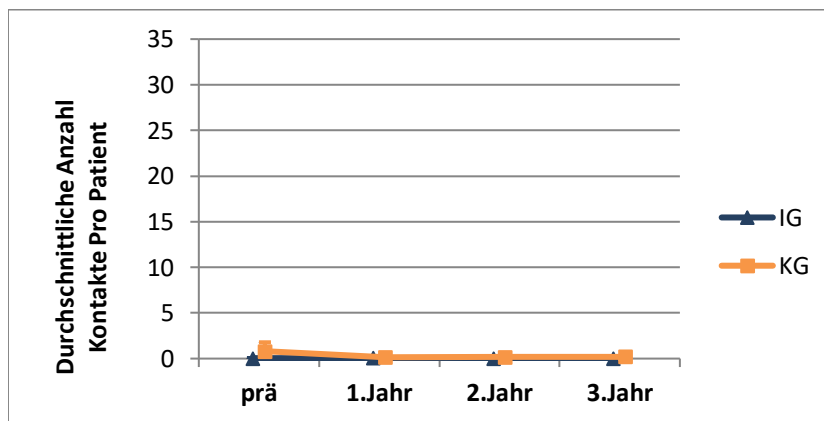


- bei anderen Vertragsärzten (E)

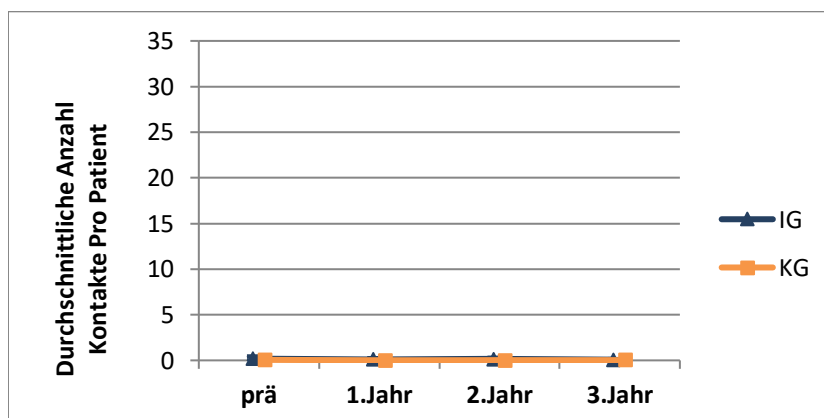


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

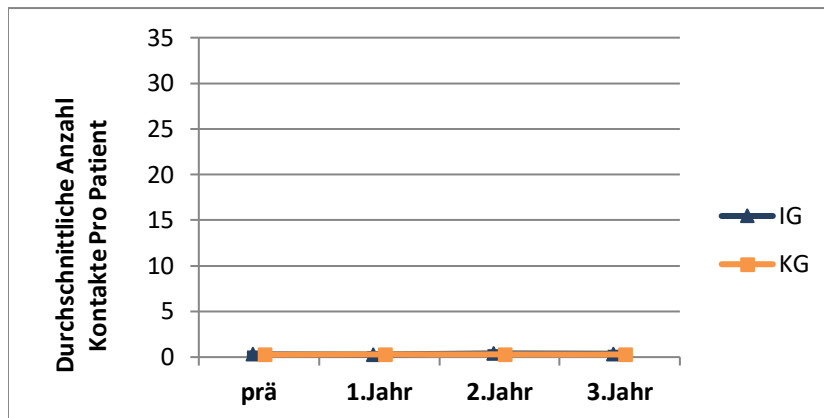
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

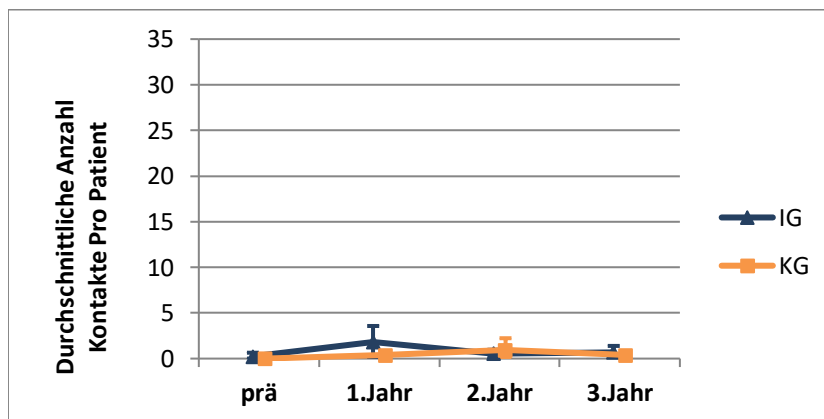


- bei anderen Vertragsärzten (F)

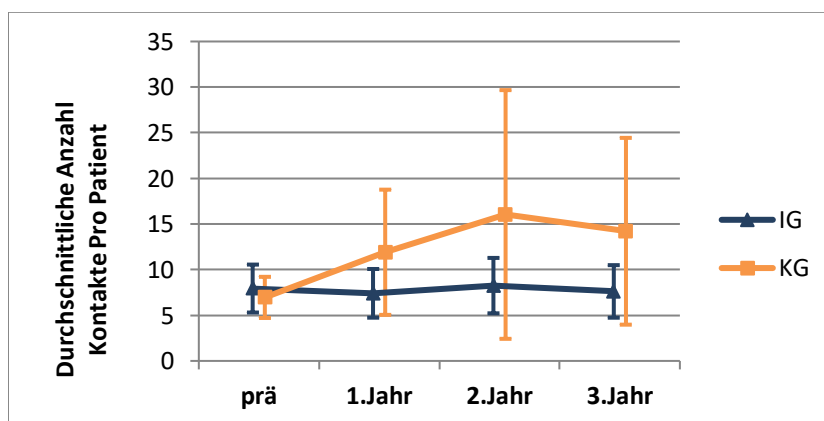


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

**Sekundärer Outcome:** 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.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Hauptaugenmerk lag hier bei der Kontinuität der Behandlung im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) aller Patienten.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 30 Tagen eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im zweiten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG (Gruppenschätzer = 0,2). Bei den linikbekannt Patienten zeigten sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: -2,7 %-Punkte; 30 Tage: -1,5 %-Punkte; 90 Tage: -2,9 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung gab es bei der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Im dritten Jahr nach Referenzfall wiesen jedoch die Patienten der IG stets geringere Behandlungskontinuität als Patienten der KG auf (7 Tage: -2,3; 30 Tage: -10,0; 90 Tage: -6,7 %-Punkte). Bei den linikbekannt Patienten hingegen wies die IG stets eine höhere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor

verglichen mit der KG auf, besonders im jeweils zweiten Jahr nach Referenzfall (7 Tage: +1,7; +19,6; +12,9 %-Punkte; 30 Tage: +5,8; +22,0; +4,8 %-Punkte; 90 Tage: +8,3; +13,4; +4,8 %-Punkte).

**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**
**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>296</b>	<b>33</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>275</b>	<b>66</b>	<b>53</b>	<b>43</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	2,4 %	18,2 %	10,6 %	5,9 %	5,1 %	6,1 %	3,8 %	2,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,2 %	6,1 %	14,9 %	14,7 %	14,5 %	15,2 %	11,3 %	16,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,8 %	30,3 %	27,7 %	38,2 %	42,2 %	28,8 %	32,1 %	23,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,5 %	9,1 %	10,6 %	11,8 %	12,0 %	13,6 %	9,4 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,1 %	0,0 %	2,1 %	2,9 %	4,7 %	4,5 %	9,4 %	9,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	12,1 %	2,1 %	0,0 %	3,6 %	6,1 %	13,2 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,3 %	24,2 %	25,5 %	23,5 %	22,2 %	24,2 %	22,6 %	27,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	45,3 %	51,5 %	48,9 %	47,1 %	40,0 %	48,5 %	49,1 %	48,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>118</b>	<b>&lt;10</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>110</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>17</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								



- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	5,0 %	5,6 %	7,3 %	9,5 %	9,1 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	28,0 %	22,2 %	25,0 %	22,2 %	28,2 %	28,6 %	22,7 %	23,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	33,1 %	33,3 %	25,0 %	44,4 %	46,4 %	23,8 %	36,4 %	11,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	21,2 %	11,1 %	20,0 %	11,1 %	15,5 %	19,0 %	9,1 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,2 %	14,3 %	13,6 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	9,5 %	18,2 %	5,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,9 %	22,2 %	30,0 %	27,8 %	40,0 %	47,6 %	40,9 %	23,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,1 %	55,6 %	40,0 %	38,9 %	28,2 %	33,3 %	36,4 %	64,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>68</b>	<b>&lt;10</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>45</b>	<b>&lt;10</b>	<b>12</b>	<b>10</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	4,4 %	0,0 %	8,3 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,4 %	0,0 %	25,0 %	28,6 %	28,9 %	33,3 %	25,0 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	29,4 %	0,0 %	31,3 %	42,9 %	33,3 %	0,0 %	16,7 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,5 %	0,0 %	25,0 %	7,1 %	6,7 %	11,1 %	8,3 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,4 %	11,1 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	22,2 %	25,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	36,8 %	0,0 %	25,0 %	35,7 %	37,8 %	33,3 %	25,0 %	10,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,4 %	100,0 %	37,5 %	35,7 %	42,2 %	55,6 %	50,0 %	80,0 %

<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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>283</b>	<b>30</b>	<b>43</b>	<b>31</b>	<b>250</b>	<b>51</b>	<b>40</b>	<b>36</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,0 %	20,0 %	11,6 %	16,1 %	10,0 %	9,8 %	5,0 %	5,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	22,6 %	13,3 %	20,9 %	25,8 %	20,8 %	25,5 %	32,5 %	19,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	56,5 %	46,7 %	46,5 %	58,1 %	64,4 %	45,1 %	47,5 %	55,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,2 %	23,3 %	23,3 %	35,5 %	31,6 %	25,5 %	27,5 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,7 %	0,0 %	4,7 %	19,4 %	12,0 %	13,7 %	15,0 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,1 %	16,7 %	11,6 %	3,2 %	7,6 %	15,7 %	17,5 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,6 %	33,3 %	34,9 %	45,2 %	32,8 %	39,2 %	45,0 %	33,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	26,1 %	40,0 %	27,9 %	19,4 %	18,4 %	23,5 %	30,0 %	19,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>110</b>	<b>&lt;10</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>98</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>16</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,5 %	0,0 %	5,9 %	18,8 %	17,3 %	12,5 %	11,1 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	43,6 %	33,3 %	41,2 %	37,5 %	37,8 %	50,0 %	61,1 %	31,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,7 %	66,7 %	58,8 %	62,5 %	72,4 %	43,8 %	55,6 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,5 %	44,4 %	29,4 %	56,3 %	35,7 %	31,3 %	16,7 %	6,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	17,3 %	0,0 %	0,0 %	31,3 %	21,4 %	31,3 %	16,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,5 %	11,1 %	11,8 %	6,3 %	7,1 %	25,0 %	22,2 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,5 %	33,3 %	47,1 %	62,5 %	55,1 %	75,0 %	72,2 %	31,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,8 %	22,2 %	11,8 %	0,0 %	7,1 %	6,3 %	16,7 %	25,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>66</b>	<b>&lt;10</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	3,0 %	0,0 %	0,0 %	15,4 %	15,0 %	0,0 %	11,1 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	53,0 %	0,0 %	46,2 %	46,2 %	47,5 %	50,0 %	55,6 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,1 %	50,0 %	61,5 %	53,8 %	70,0 %	12,5 %	33,3 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,5 %	0,0 %	38,5 %	53,8 %	27,5 %	12,5 %	11,1 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,7 %	0,0 %	0,0 %	30,8 %	15,0 %	37,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,1 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	5,0 %	50,0 %	33,3 %	22,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,1 %	0,0 %	46,2 %	69,2 %	57,5 %	62,5 %	55,6 %	11,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,6 %	50,0 %	7,7 %	0,0 %	7,5 %	12,5 %	22,2 %	44,4 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>254</b>	<b>29</b>	<b>37</b>	<b>28</b>	<b>220</b>	<b>42</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,3 %	20,7 %	21,6 %	28,6 %	11,8 %	11,9 %	14,8 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	33,1 %	20,7 %	24,3 %	46,4 %	28,2 %	28,6 %	37,0 %	25,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,4 %	79,3 %	70,3 %	85,7 %	77,7 %	69,0 %	81,5 %	81,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	55,5 %	62,1 %	45,9 %	64,3 %	54,5 %	40,5 %	59,3 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,4 %	6,9 %	8,1 %	21,4 %	17,3 %	23,8 %	18,5 %	18,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,7 %	48,3 %	29,7 %	32,1 %	13,6 %	9,5 %	29,6 %	18,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	44,5 %	44,8 %	48,6 %	67,9 %	45,5 %	47,6 %	55,6 %	55,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,2 %	10,3 %	18,9 %	3,6 %	9,5 %	19,0 %	3,7 %	3,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>99</b>	<b>&lt;10</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>87</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,1 %	0,0 %	20,0 %	31,3 %	16,1 %	8,3 %	27,3 %	10,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	58,6 %	37,5 %	40,0 %	62,5 %	46,0 %	58,3 %	72,7 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,8 %	87,5 %	80,0 %	93,8 %	83,9 %	91,7 %	90,9 %	80,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	69,7 %	50,0 %	60,0 %	75,0 %	65,5 %	75,0 %	54,5 %	30,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	24,2 %	25,0 %	6,7 %	31,3 %	26,4 %	58,3 %	27,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	37,4 %	50,0 %	33,3 %	43,8 %	12,6 %	25,0 %	36,4 %	30,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,7 %	50,0 %	60,0 %	81,3 %	70,1 %	83,3 %	90,9 %	60,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	12,5 %	6,7 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>60</b>	<b>&lt;10</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>37</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,7 %	0,0 %	18,2 %	30,8 %	16,2 %	0,0 %	20,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	70,0 %	0,0 %	45,5 %	61,5 %	64,9 %	60,0 %	80,0 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,7 %	100,0 %	90,9 %	92,3 %	86,5 %	80,0 %	80,0 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	71,7 %	50,0 %	81,8 %	69,2 %	67,6 %	60,0 %	60,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,3 %	0,0 %	9,1 %	30,8 %	21,6 %	80,0 %	20,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	35,0 %	50,0 %	36,4 %	38,5 %	13,5 %	40,0 %	40,0 %	50,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,3 %	0,0 %	63,6 %	76,9 %	81,1 %	80,0 %	80,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	16,7 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

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

Merkmal	IG				KG			
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>4. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>4. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>151</b>	<b>71</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>143</b>	<b>63</b>	<b>58</b>	<b>63</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	6,6 %	12,7 %	21,1 %	6,8 %	7,7 %	1,6 %	8,6 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	13,9 %	15,5 %	5,3 %	6,8 %	14,0 %	7,9 %	6,9 %	9,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	34,4 %	29,6 %	18,4 %	36,4 %	35,7 %	22,2 %	31,0 %	23,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,9 %	16,9 %	21,1 %	11,4 %	15,4 %	9,5 %	8,6 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,0 %	1,4 %	2,6 %	4,5 %	4,2 %	0,0 %	1,7 %	3,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	9,9 %	2,6 %	9,1 %	4,9 %	1,6 %	6,9 %	4,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,8 %	26,8 %	28,9 %	18,2 %	24,5 %	9,5 %	15,5 %	17,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,1 %	40,8 %	47,4 %	45,5 %	44,1 %	66,7 %	58,6 %	63,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>95</b>	<b>42</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>96</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>41</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,5 %	21,4 %	38,5 %	5,0 %	8,3 %	2,3 %	8,1 %	2,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,9 %	21,4 %	7,7 %	10,0 %	17,7 %	9,3 %	10,8 %	14,6 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,1 %	35,7 %	23,1 %	50,0 %	36,5 %	23,3 %	35,1 %	14,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	16,8 %	16,7 %	30,8 %	15,0 %	14,6 %	9,3 %	13,5 %	12,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,4 %	2,4 %	7,7 %	10,0 %	5,2 %	0,0 %	2,7 %	2,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	0,0 %	0,0 %	10,0 %	7,3 %	2,3 %	10,8 %	7,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,7 %	40,5 %	53,8 %	25,0 %	29,2 %	11,6 %	18,9 %	17,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,6 %	28,6 %	23,1 %	30,0 %	38,5 %	65,1 %	48,6 %	65,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>53</b>	<b>34</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>47</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,5 %	26,5 %	36,4 %	8,3 %	10,6 %	6,3 %	10,0 %	5,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,8 %	20,6 %	9,1 %	16,7 %	25,5 %	18,8 %	20,0 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,8 %	26,5 %	27,3 %	50,0 %	40,4 %	31,3 %	35,0 %	20,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,8 %	20,6 %	36,4 %	8,3 %	14,9 %	18,8 %	15,0 %	15,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,7 %	0,0 %	9,1 %	8,3 %	10,6 %	0,0 %	5,0 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	10,6 %	0,0 %	20,0 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,0 %	44,1 %	54,5 %	33,3 %	42,6 %	25,0 %	30,0 %	25,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,1 %	32,4 %	18,2 %	25,0 %	27,7 %	50,0 %	40,0 %	65,0 %

<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			
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>4. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>4. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>138</b>	<b>61</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>124</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>49</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,6 %	26,2 %	21,9 %	12,8 %	12,9 %	4,1 %	11,4 %	8,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,6 %	31,1 %	9,4 %	15,4 %	23,4 %	22,4 %	18,2 %	14,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,1 %	60,7 %	43,8 %	56,4 %	51,6 %	44,9 %	38,6 %	49,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,8 %	44,3 %	31,3 %	41,0 %	27,4 %	22,4 %	27,3 %	26,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,2 %	14,8 %	6,3 %	12,8 %	10,5 %	8,2 %	11,4 %	4,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,5 %	19,7 %	9,4 %	17,9 %	11,3 %	8,2 %	22,7 %	10,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	54,1 %	37,5 %	38,5 %	39,5 %	30,6 %	31,8 %	22,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,8 %	13,1 %	34,4 %	17,9 %	27,4 %	32,7 %	36,4 %	36,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>86</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>80</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,1 %	43,2 %	38,5 %	5,9 %	11,3 %	5,9 %	9,4 %	6,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	46,5 %	35,1 %	15,4 %	29,4 %	28,8 %	26,5 %	25,0 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,3 %	70,3 %	69,2 %	88,2 %	53,8 %	50,0 %	43,8 %	43,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,7 %	54,1 %	38,5 %	47,1 %	30,0 %	23,5 %	37,5 %	28,1 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,8 %	16,2 %	7,7 %	29,4 %	11,3 %	11,8 %	15,6 %	3,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,8 %	13,5 %	23,1 %	17,6 %	15,0 %	11,8 %	28,1 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,4 %	73,0 %	61,5 %	58,8 %	45,0 %	38,2 %	37,5 %	28,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,1 %	0,0 %	7,7 %	0,0 %	21,3 %	26,5 %	25,0 %	34,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>47</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>40</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	12,8 %	46,7 %	36,4 %	9,1 %	17,5 %	15,4 %	11,1 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	44,7 %	33,3 %	9,1 %	45,5 %	37,5 %	38,5 %	38,9 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	59,6 %	70,0 %	72,7 %	81,8 %	57,5 %	53,8 %	50,0 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,4 %	56,7 %	45,5 %	36,4 %	27,5 %	30,8 %	44,4 %	38,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,6 %	6,7 %	9,1 %	36,4 %	20,0 %	30,8 %	27,8 %	5,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,1 %	13,3 %	27,3 %	0,0 %	17,5 %	0,0 %	38,9 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,7 %	66,7 %	54,5 %	81,8 %	62,5 %	69,2 %	55,6 %	44,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,6 %	0,0 %	9,1 %	0,0 %	10,0 %	15,4 %	11,1 %	33,3 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>120</b>	<b>43</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>33</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	15,0 %	27,9 %	23,1 %	20,7 %	15,0 %	7,1 %	16,7 %	18,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	41,7 %	44,2 %	19,2 %	24,1 %	31,0 %	50,0 %	30,0 %	15,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,3 %	76,7 %	73,1 %	86,2 %	75,0 %	78,6 %	73,3 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	52,5 %	55,8 %	61,5 %	62,1 %	44,0 %	53,6 %	50,0 %	60,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	22,5 %	25,6 %	15,4 %	20,7 %	18,0 %	10,7 %	20,0 %	9,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,8 %	44,2 %	50,0 %	31,0 %	15,0 %	17,9 %	30,0 %	36,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,8 %	67,4 %	50,0 %	51,7 %	49,0 %	53,6 %	46,7 %	36,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	14,2 %	7,0 %	11,5 %	10,3 %	12,0 %	7,1 %	20,0 %	15,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>74</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>63</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>24</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	17,6 %	42,9 %	38,5 %	21,4 %	11,1 %	9,5 %	12,5 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	56,8 %	42,9 %	23,1 %	42,9 %	38,1 %	57,1 %	37,5 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	89,2 %	89,3 %	100,0 %	92,9 %	76,2 %	85,7 %	75,0 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,1 %	53,6 %	76,9 %	64,3 %	49,2 %	57,1 %	58,3 %	62,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	27,0 %	25,0 %	23,1 %	42,9 %	17,5 %	14,3 %	25,0 %	8,3 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	29,7 %	39,3 %	46,2 %	28,6 %	20,6 %	23,8 %	33,3 %	33,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,4 %	78,6 %	69,2 %	78,6 %	49,2 %	61,9 %	50,0 %	41,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,5 %	4,8 %	16,7 %	8,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>36</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>13</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> </ul>	16,7 %	47,6 %	36,4 %	30,0 %	15,6 %	20,0 %	20,0 %	30,8 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> </ul>	58,3 %	42,9 %	18,2 %	50,0 %	46,9 %	60,0 %	46,7 %	23,1 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> </ul>	88,9 %	90,5 %	100,0 %	90,0 %	78,1 %	80,0 %	86,7 %	69,2 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> </ul>	58,3 %	57,1 %	81,8 %	70,0 %	59,4 %	60,0 %	66,7 %	76,9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> </ul>	13,9 %	14,3 %	27,3 %	40,0 %	31,3 %	30,0 %	40,0 %	15,4 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	36,1 %	38,1 %	54,5 %	20,0 %	28,1 %	10,0 %	33,3 %	30,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,8 %	71,4 %	63,6 %	90,0 %	65,6 %	70,0 %	66,7 %	61,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	3,1 %	0,0 %	6,7 %	7,7 %

<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 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

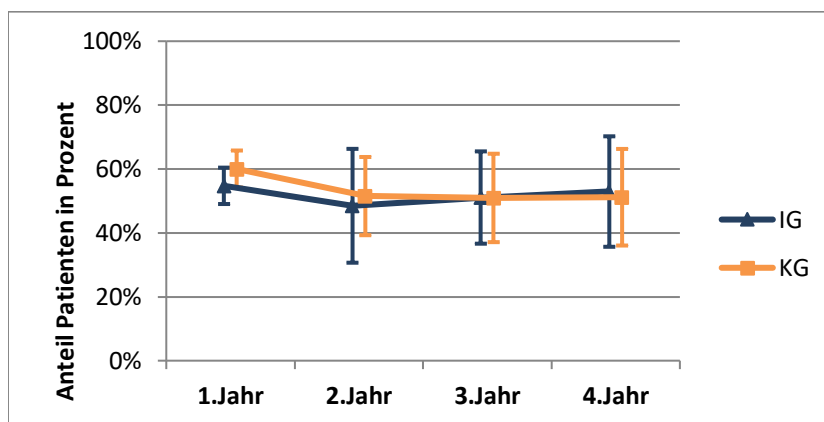
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

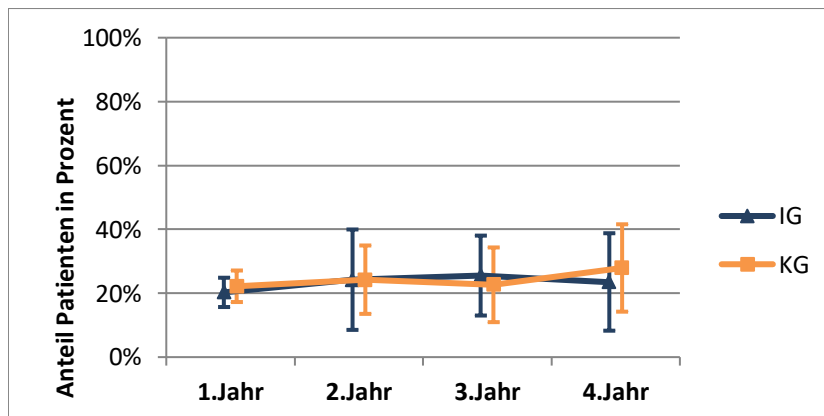
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



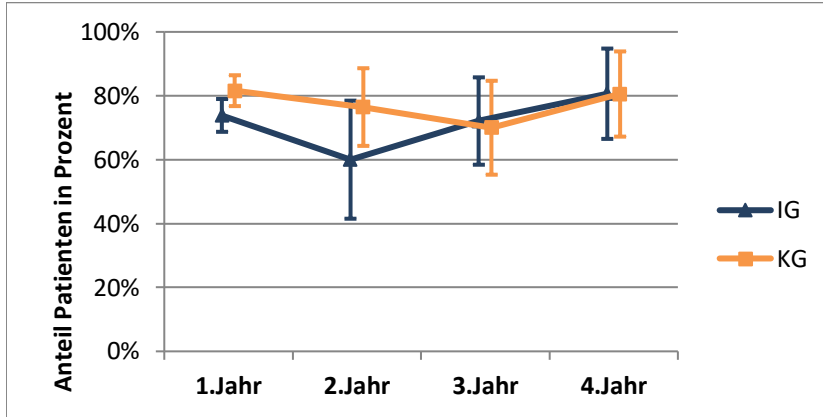
- Alle (psychiatrischer Sektor)



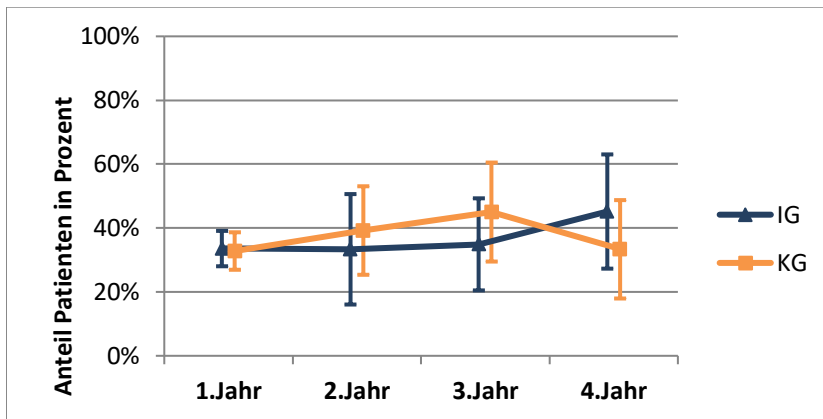
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



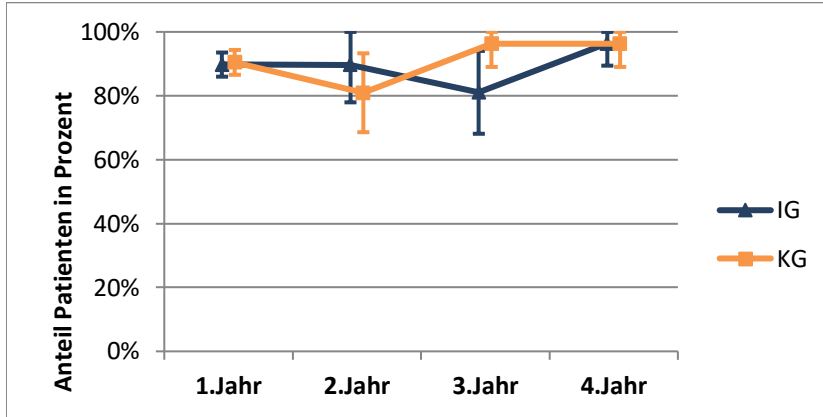
- Alle (psychiatrischer Sektor)



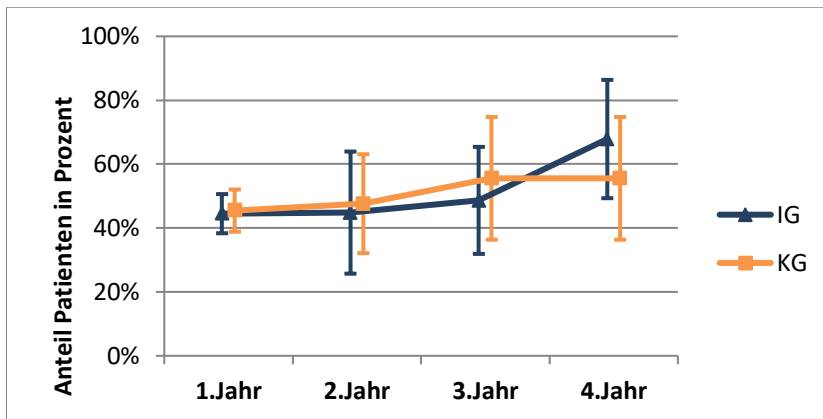
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

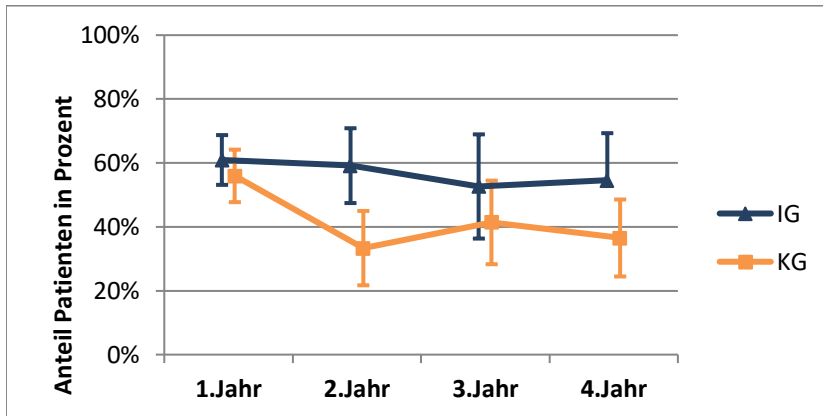
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie

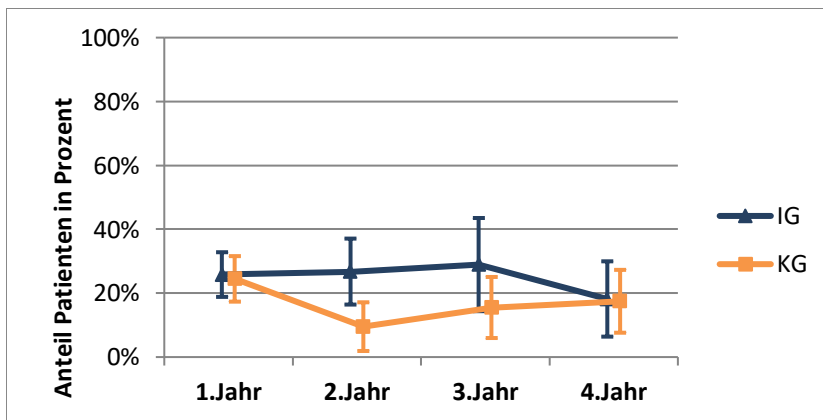
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

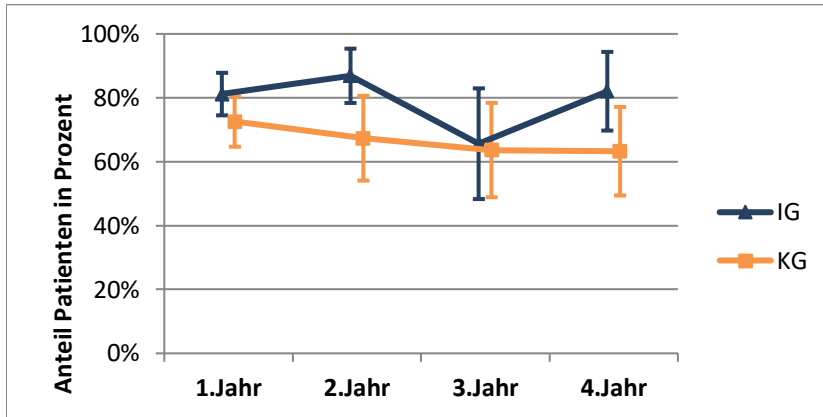




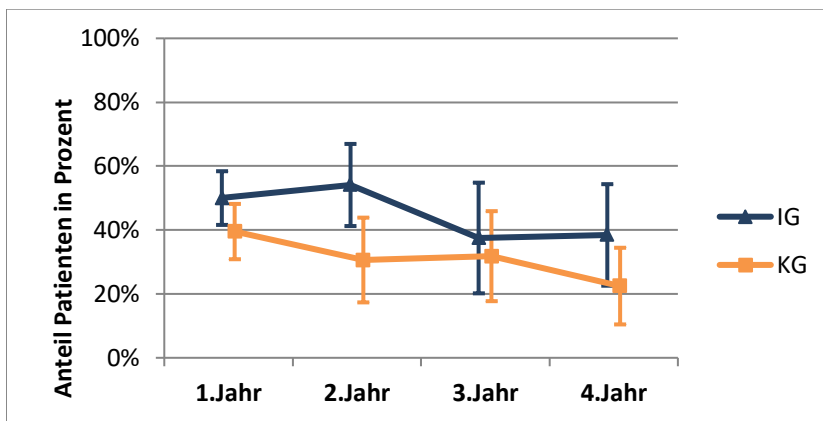
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



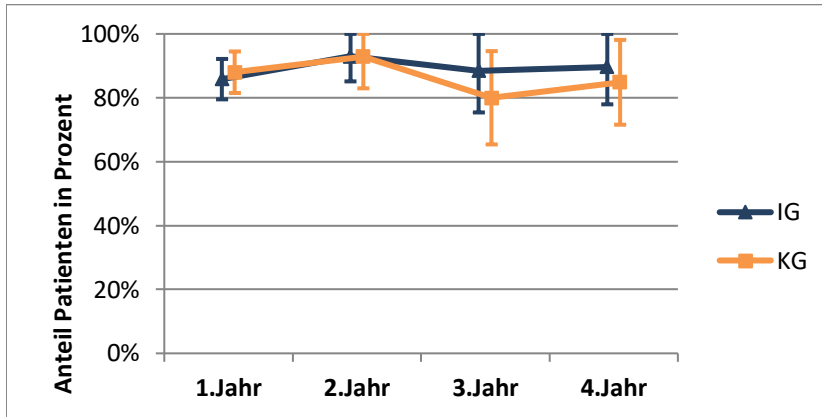
- Alle (psychiatrischer Sektor)



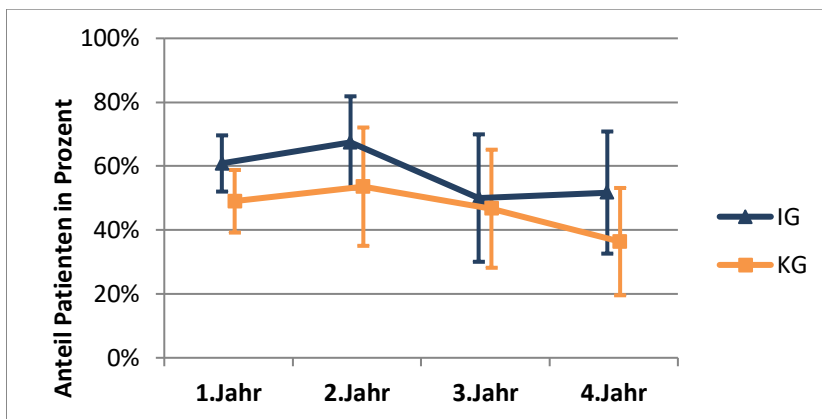
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,86 0,55...1,35	1,01 0,66...1,53	0,87 0,56...1,35
Gruppe Jahr 2	0,56 0,13...2,35	0,18* 0,04...0,88	0,25 0,05...1,24
Gruppe Jahr 3	0,52 0,12...2,30	0,37 0,08...1,70	0,52 0,09...2,99
Gruppe Jahr 4	0,44 0,10...1,94	1,27 0,34...4,74	1,48 0,34...6,52

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

**Klinikbekannte Patienten**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,14 0,64...2,05	1,64 0,92...2,91	1,79 0,96...3,36
Gruppe Jahr 2	1,81 0,49...6,72	1,37 0,39...4,77	1,09 0,23...5,21
Gruppe Jahr 3	2,92 0,59...14,44	1,15 0,28...4,67	1,49 0,28...7,96
Gruppe Jahr 4	0,59 0,11...3,20	3,67 0,57...23,78	0,75 0,09...6,34

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 25: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

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

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.132</b>	<b>1.285</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	6,1 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	12,6 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,0 %	46,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,3 %	11,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,6 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,1 %	23,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,4 %	36,3 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>449</b>	<b>576</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	7,3 %	6,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	22,3 %	22,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	44,1 %	48,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,4 %	14,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,6 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	1,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,1 %	35,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,4 %	29,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>222</b>	<b>230</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	8,6 %	5,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	27,0 %	28,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,2 %	43,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,9 %	13,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,1 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,8 %	40,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,3 %	29,6 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>1.075</b>	<b>1.204</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	11,2 %	10,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	21,9 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,1 %	66,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,3 %	31,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,2 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,8 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,2 %	38,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,9 %	16,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>415</b>	<b>537</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	14,5 %	12,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	37,8 %	34,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	69,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	43,1 %	38,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,9 %	21,4 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	14,2 %	8,2 %
	58,3 %	55,3 %
	8,4 %	9,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>204</b>	<b>213</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul> </li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	12,7 %	10,8 %
	46,6 %	42,3 %
	63,7 %	67,6 %
	42,6 %	38,5 %
	13,7 %	22,1 %
	10,8 %	6,6 %
	63,7 %	59,2 %
	7,4 %	6,6 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>987</b>	<b>1.101</b>
<b>Alle</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul> </li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 90 Tagen</li> </ul>	13,8 %	12,7 %
	31,1 %	31,1 %
	78,9 %	82,6 %
	54,2 %	53,0 %
	16,7 %	20,6 %
	31,8 %	16,6 %
	47,9 %	50,9 %
	9,6 %	7,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>379</b>	<b>490</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,9 %	14,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	53,3 %	47,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,8 %	85,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	67,8 %	62,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	26,1 %	29,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	35,4 %	19,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,4 %	70,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	2,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>187</b>	<b>198</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	17,6 %	13,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	65,2 %	59,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,4 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	72,2 %	68,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,0 %	29,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	33,7 %	19,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,8 %	78,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,5 %	0,5 %

<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

**Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

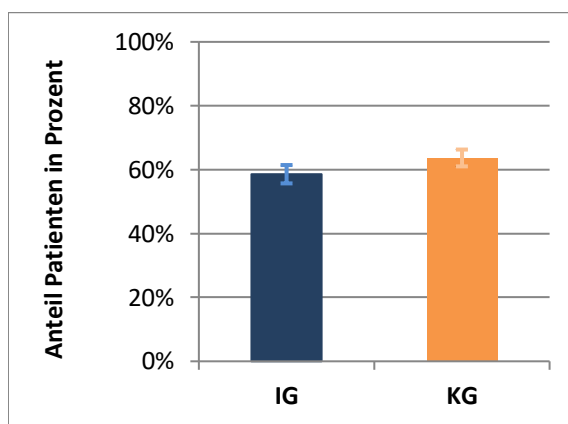
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

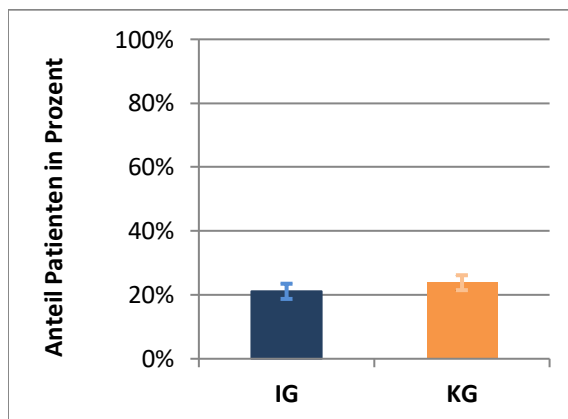
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

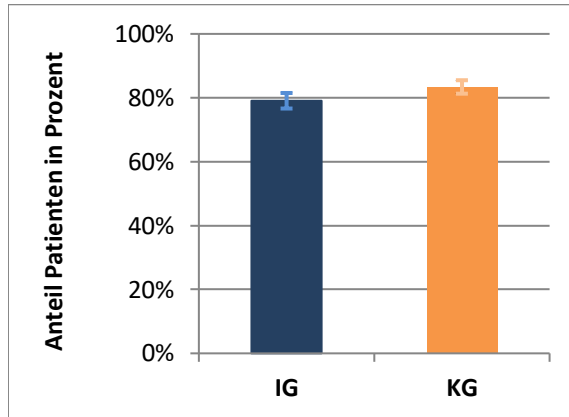
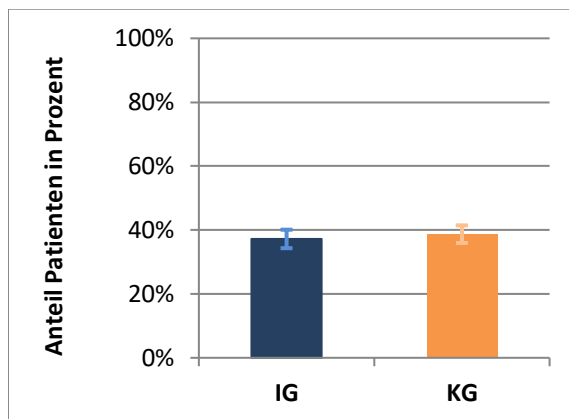
- Alle

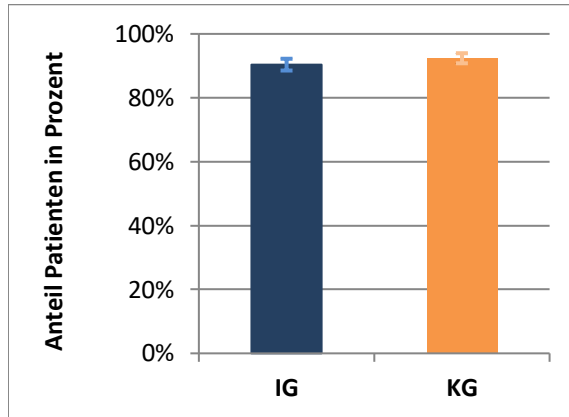
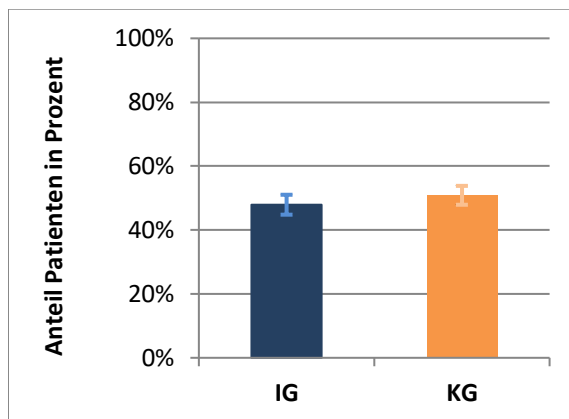


- Alle (psychiatrischer Sektor)





**Erwachsene, klinikneue Patienten****Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

**Erwachsene, klinikneue Patienten****Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 26: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene,(U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>861</b>	<b>145</b>	<b>954</b>	<b>182</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,7 %	11,0 %	5,8 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,4 %	11,0 %	14,5 %	15,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,5 %	35,2 %	45,3 %	35,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,9 %	13,1 %	11,2 %	10,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,9 %	4,1 %	5,8 %	4,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	6,2 %	2,5 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,6 %	24,8 %	23,6 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,6 %	44,1 %	37,1 %	44,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>351</b>	<b>61</b>	<b>416</b>	<b>65</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,8 %	11,5 %	6,7 %	9,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,2 %	16,4 %	23,8 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,6 %	36,1 %	46,9 %	38,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	17,7 %	18,0 %	13,5 %	16,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,0 %	6,6 %	8,4 %	12,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	4,9 %	2,2 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,6 %	31,1 %	35,6 %	36,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,9 %	44,3 %	29,8 %	29,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>177</b>	<b>40</b>	<b>159</b>	<b>24</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	8,5 %	15,0 %	5,0 %	4,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,4 %	17,5 %	31,4 %	29,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,2 %	35,0 %	42,8 %	25,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,2 %	15,0 %	12,6 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,0 %	5,0 %	6,9 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	5,0 %	3,1 %	8,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	32,5 %	40,9 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,9 %	45,0 %	30,2 %	41,7 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>815</b>	<b>134</b>	<b>884</b>	<b>158</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,7 %	17,2 %	9,8 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,2 %	18,7 %	21,8 %	25,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,1 %	55,2 %	65,6 %	55,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,7 %	32,8 %	30,8 %	29,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,3 %	8,2 %	13,5 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,1 %	11,9 %	7,9 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,4 %	37,3 %	37,2 %	36,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,0 %	27,6 %	17,1 %	22,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>320</b>	<b>57</b>	<b>383</b>	<b>59</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,4 %	15,8 %	12,5 %	10,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	39,7 %	22,8 %	35,0 %	42,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	65,3 %	64,9 %	69,2 %	61,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	45,0 %	43,9 %	36,6 %	35,6 %

<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>	16,6 %	8,8 %	20,1 %	22,0 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	15,3 %	12,3 %	8,9 %	20,3 %
	58,1 %	40,4 %	54,6 %	57,6 %
	8,8 %	21,1 %	9,4 %	10,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>161</b>	<b>36</b>	<b>144</b>	<b>23</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,4 %	19,4 %	9,7 %	4,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	47,8 %	25,0 %	45,8 %	52,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,5 %	75,0 %	68,8 %	52,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	43,5 %	47,2 %	37,5 %	34,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,0 %	8,3 %	20,1 %	21,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,2 %	13,9 %	6,9 %	21,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,4 %	41,7 %	59,0 %	60,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	13,9 %	4,9 %	8,7 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>752</b>	<b>112</b>	<b>806</b>	<b>135</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	13,3 %	26,8 %	12,8 %	13,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	31,4 %	26,8 %	31,0 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	77,9 %	74,1 %	82,0 %	69,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,9 %	58,0 %	53,3 %	50,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,6 %	14,3 %	19,7 %	20,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	31,4 %	35,7 %	17,4 %	17,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,5 %	52,7 %	50,2 %	51,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,6 %	9,8 %	7,7 %	14,1 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>294</b>	<b>47</b>	<b>349</b>	<b>49</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,7 %	27,7 %	14,3 %	8,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	52,7 %	29,8 %	47,3 %	57,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,3 %	76,6 %	85,1 %	81,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	68,4 %	61,7 %	62,8 %	69,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	25,9 %	17,0 %	27,5 %	36,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	37,1 %	34,0 %	18,6 %	32,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,1 %	59,6 %	69,3 %	73,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,4 %	10,6 %	2,6 %	4,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>147</b>	<b>28</b>	<b>131</b>	<b>16</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	17,0 %	32,1 %	13,0 %	0,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	64,6 %	32,1 %	59,5 %	62,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	81,0 %	85,7 %	90,8 %	87,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	72,1 %	75,0 %	67,9 %	81,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,1 %	14,3 %	26,0 %	37,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	36,1 %	39,3 %	16,0 %	31,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,3 %	60,7 %	74,8 %	68,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,7 %	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 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

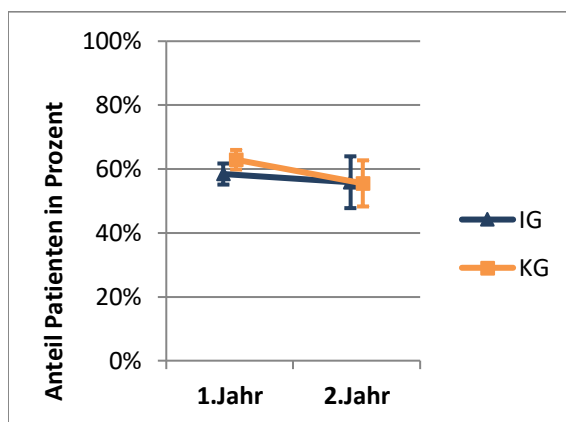
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie

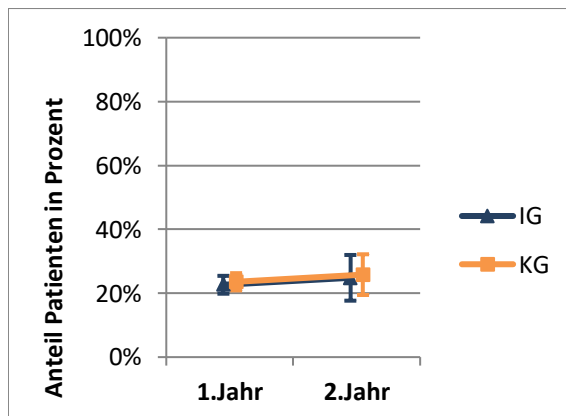
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



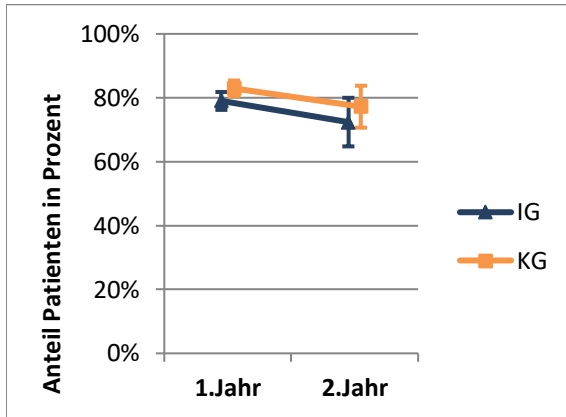
- Alle (psychiatrischer Sektor)



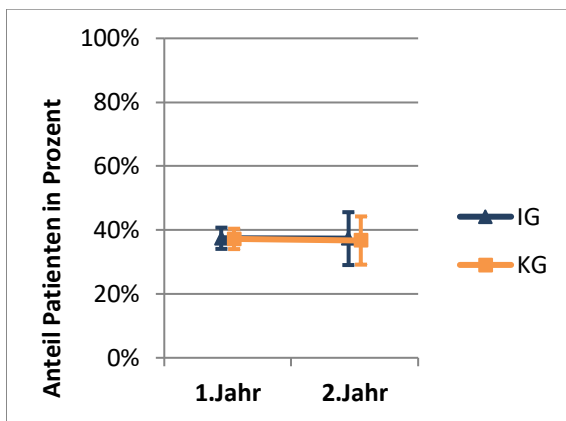
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

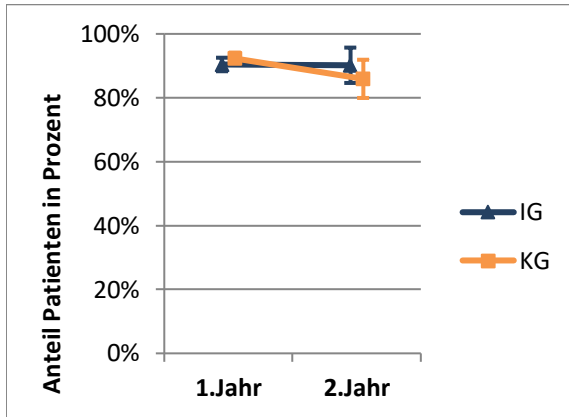




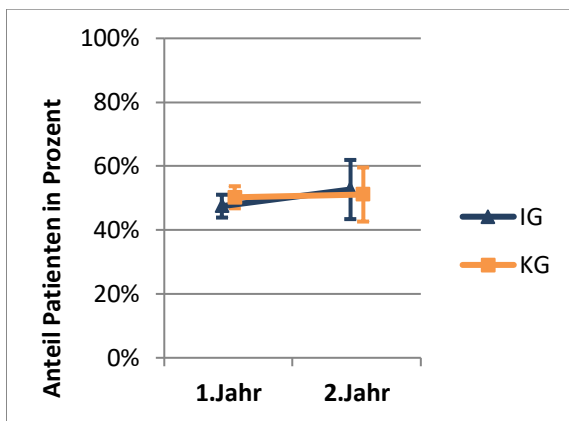
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



**Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>7 Tage</b>	<b>30 Tage</b>	<b>90 Tage</b>
	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>	<b>Intervalle mit mind. 1 Kontakt</b>
Gruppe Jahr 1	0,99 0,78...1,25	1,06 0,85...1,33	0,92 0,72...1,16
Gruppe Jahr 2	0,92 0,51...1,65	0,93 0,53...1,62	0,85 0,47...1,55

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 28: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>601</b>	<b>75</b>	<b>91</b>	<b>603</b>	<b>126</b>	<b>100</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	4,3 %	13,3 %	7,7 %	5,8 %	4,8 %	9,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,1 %	8,0 %	9,9 %	13,9 %	13,5 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,9 %	34,7 %	24,2 %	45,3 %	32,5 %	38,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	14,8 %	9,3 %	11,0 %	12,8 %	12,7 %	9,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,5 %	2,7 %	3,3 %	5,0 %	4,0 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,2 %	6,7 %	1,1 %	2,3 %	4,8 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,1 %	24,0 %	18,7 %	22,2 %	21,4 %	21,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	41,8 %	46,7 %	56,0 %	37,3 %	48,4 %	44,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>241</b>	<b>25</b>	<b>37</b>	<b>265</b>	<b>42</b>	<b>36</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	3,7 %	8,0 %	5,4 %	6,4 %	4,8 %	13,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,9 %	12,0 %	18,9 %	24,5 %	28,6 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	39,8 %	28,0 %	21,6 %	46,8 %	35,7 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	20,3 %	4,0 %	16,2 %	14,0 %	21,4 %	11,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,0 %	0,0 %	5,4 %	7,5 %	9,5 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,3 %	4,0 %	0,0 %	2,3 %	7,1 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,0 %	20,0 %	27,0 %	35,5 %	40,5 %	36,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,5 %	60,0 %	45,9 %	30,9 %	31,0 %	30,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>117</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>105</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	5,1 %	7,7 %	4,5 %	5,7 %	0,0 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,9 %	7,7 %	18,2 %	32,4 %	35,3 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	32,5 %	15,4 %	27,3 %	43,8 %	29,4 %	22,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	21,4 %	0,0 %	27,3 %	10,5 %	17,6 %	5,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,0 %	0,0 %	0,0 %	3,8 %	5,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	7,7 %	0,0 %	1,9 %	11,8 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,6 %	15,4 %	22,7 %	40,0 %	35,3 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	69,2 %	40,9 %	31,4 %	41,2 %	38,9 %

<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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>570</b>	<b>72</b>	<b>83</b>	<b>551</b>	<b>108</b>	<b>80</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	9,3 %	18,1 %	15,7 %	9,6 %	6,5 %	17,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,9 %	16,7 %	15,7 %	21,4 %	25,9 %	22,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	60,7 %	52,8 %	48,2 %	67,7 %	51,9 %	52,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,2 %	25,0 %	24,1 %	32,3 %	32,4 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	12,5 %	5,6 %	6,0 %	12,0 %	12,0 %	12,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,3 %	13,9 %	10,8 %	7,1 %	12,0 %	11,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,9 %	36,1 %	32,5 %	34,3 %	36,1 %	42,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,5 %	30,6 %	32,5 %	16,3 %	23,1 %	23,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>219</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>242</b>	<b>37</b>	<b>32</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,4 %	8,0 %	25,8 %	13,6 %	5,4 %	21,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	41,6 %	16,0 %	32,3 %	36,4 %	56,8 %	46,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	65,3 %	60,0 %	58,1 %	70,7 %	59,5 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,1 %	24,0 %	29,0 %	36,0 %	43,2 %	34,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,3 %	0,0 %	6,5 %	19,0 %	21,6 %	21,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,2 %	16,0 %	12,9 %	7,9 %	21,6 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,0 %	24,0 %	54,8 %	54,1 %	70,3 %	68,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	32,0 %	12,9 %	9,9 %	8,1 %	9,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>108</b>	<b>13</b>	<b>18</b>	<b>93</b>	<b>16</b>	<b>15</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	8,3 %	7,7 %	16,7 %	10,8 %	0,0 %	26,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	49,1 %	7,7 %	38,9 %	47,3 %	62,5 %	46,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	59,3 %	61,5 %	66,7 %	71,0 %	50,0 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,6 %	15,4 %	33,3 %	32,3 %	37,5 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,7 %	0,0 %	0,0 %	16,1 %	18,8 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,4 %	23,1 %	5,6 %	4,3 %	31,3 %	20,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,0 %	15,4 %	50,0 %	57,0 %	68,8 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,2 %	30,8 %	5,6 %	6,5 %	6,3 %	13,3 %

<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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>523</b>	<b>62</b>	<b>71</b>	<b>498</b>	<b>94</b>	<b>62</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,3 %	25,8 %	23,9 %	12,0 %	9,6 %	25,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	34,0 %	25,8 %	19,7 %	30,9 %	33,0 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	77,8 %	74,2 %	69,0 %	82,5 %	68,1 %	79,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,7 %	54,8 %	49,3 %	55,0 %	48,9 %	51,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,2 %	9,7 %	9,9 %	17,5 %	19,1 %	16,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	30,6 %	37,1 %	32,4 %	15,7 %	12,8 %	22,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,4 %	50,0 %	46,5 %	47,6 %	47,9 %	53,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,0 %	9,7 %	18,3 %	7,0 %	13,8 %	4,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>201</b>	<b>20</b>	<b>28</b>	<b>223</b>	<b>32</b>	<b>25</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,4 %	20,0 %	39,3 %	13,9 %	3,1 %	36,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	55,2 %	20,0 %	32,1 %	48,0 %	68,8 %	56,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	81,1 %	75,0 %	75,0 %	86,1 %	81,3 %	88,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	67,2 %	40,0 %	57,1 %	62,8 %	75,0 %	68,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	28,4 %	10,0 %	14,3 %	25,1 %	37,5 %	32,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	35,3 %	35,0 %	39,3 %	17,5 %	28,1 %	24,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,6 %	45,0 %	71,4 %	69,1 %	84,4 %	88,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	20,0 %	7,1 %	1,8 %	3,1 %	0,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>97</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>85</b>	<b>12</b>	<b>11</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,4 %	30,0 %	37,5 %	11,8 %	0,0 %	45,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	67,0 %	10,0 %	37,5 %	62,4 %	66,7 %	54,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,3 %	90,0 %	87,5 %	90,6 %	83,3 %	72,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	70,1 %	50,0 %	68,8 %	65,9 %	75,0 %	72,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	25,8 %	0,0 %	6,3 %	22,4 %	33,3 %	27,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	32,0 %	40,0 %	31,3 %	14,1 %	33,3 %	18,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,4 %	40,0 %	68,8 %	75,3 %	75,0 %	90,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	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**

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

Merkmal	IG			KG		
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>203</b>	<b>81</b>	<b>42</b>	<b>172</b>	<b>68</b>	<b>61</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	4,9 %	12,3 %	21,4 %	9,3 %	1,5 %	8,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,3 %	16,0 %	7,1 %	12,8 %	7,4 %	9,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	32,0 %	27,2 %	23,8 %	36,6 %	23,5 %	31,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,2 %	16,0 %	23,8 %	16,3 %	13,2 %	8,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,9 %	2,5 %	2,4 %	4,1 %	0,0 %	1,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	8,6 %	2,4 %	4,7 %	1,5 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,1 %	28,4 %	31,0 %	24,4 %	8,8 %	18,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	40,4 %	42,0 %	42,9 %	41,3 %	63,2 %	55,7 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>124</b>	<b>49</b>	<b>15</b>	<b>113</b>	<b>47</b>	<b>40</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	7,3 %	20,4 %	33,3 %	10,6 %	2,1 %	7,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	22,6 %	22,4 %	13,3 %	15,9 %	8,5 %	15,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,5 %	32,7 %	26,7 %	36,3 %	25,5 %	35,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,5 %	14,3 %	33,3 %	13,3 %	14,9 %	12,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	4,1 %	6,7 %	5,3 %	0,0 %	2,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	0,0 %	0,0 %	7,1 %	2,1 %	10,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,1 %	42,9 %	53,3 %	29,2 %	10,6 %	22,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,3 %	30,6 %	20,0 %	38,1 %	59,6 %	45,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>70</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>52</b>	<b>19</b>	<b>23</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	5,7 %	23,7 %	33,3 %	9,6 %	5,3 %	8,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	24,3 %	21,1 %	16,7 %	25,0 %	15,8 %	26,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	30,0 %	23,7 %	25,0 %	42,3 %	31,6 %	34,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	21,4 %	18,4 %	33,3 %	13,5 %	31,6 %	13,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,7 %	0,0 %	8,3 %	11,5 %	0,0 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	0,0 %	0,0 %	9,6 %	0,0 %	17,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,3 %	42,1 %	58,3 %	40,4 %	21,1 %	34,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	34,3 %	36,8 %	16,7 %	26,9 %	42,1 %	34,8 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>188</b>	<b>71</b>	<b>36</b>	<b>147</b>	<b>54</b>	<b>47</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	10,6 %	25,4 %	22,2 %	14,3 %	5,6 %	10,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	29,8 %	32,4 %	11,1 %	22,4 %	22,2 %	21,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	57,4 %	60,6 %	47,2 %	53,7 %	48,1 %	38,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,6 %	39,4 %	36,1 %	26,5 %	27,8 %	25,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,4 %	15,5 %	8,3 %	10,2 %	7,4 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,8 %	18,3 %	8,3 %	10,2 %	9,3 %	23,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,2 %	53,5 %	38,9 %	39,5 %	31,5 %	34,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	21,3 %	14,1 %	30,6 %	25,2 %	29,6 %	34,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>114</b>	<b>44</b>	<b>15</b>	<b>94</b>	<b>38</b>	<b>35</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	14,9 %	40,9 %	33,3 %	13,8 %	7,9 %	8,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	43,9 %	38,6 %	20,0 %	26,6 %	23,7 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	62,3 %	68,2 %	66,7 %	56,4 %	52,6 %	42,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	34,2 %	45,5 %	40,0 %	28,7 %	31,6 %	34,3 %

• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	18,4 %	18,2 %	13,3 %	11,7 %	10,5 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	11,4 %	20,0 %	13,8 %	13,2 %	28,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,3 %	72,7 %	60,0 %	44,7 %	36,8 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,5 %	2,3 %	6,7 %	20,2 %	23,7 %	22,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>63</b>	<b>34</b>	<b>12</b>	<b>45</b>	<b>16</b>	<b>21</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,1 %	44,1 %	33,3 %	15,6 %	12,5 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	41,3 %	35,3 %	16,7 %	35,6 %	31,3 %	42,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	58,7 %	67,6 %	66,7 %	60,0 %	56,3 %	47,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	39,7 %	50,0 %	41,7 %	26,7 %	43,8 %	38,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,5 %	5,9 %	16,7 %	20,0 %	25,0 %	23,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,9 %	11,8 %	25,0 %	15,6 %	6,3 %	38,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,0 %	64,7 %	58,3 %	57,8 %	56,3 %	57,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,3 %	2,9 %	8,3 %	8,9 %	12,5 %	9,5 %

<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		
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>						
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>164</b>	<b>53</b>	<b>30</b>	<b>121</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,8 %	28,3 %	23,3 %	16,5 %	9,1 %	15,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	42,1 %	47,2 %	23,3 %	30,6 %	45,5 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,0 %	73,6 %	73,3 %	75,2 %	81,8 %	75,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	53,7 %	50,9 %	63,3 %	43,8 %	57,6 %	54,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,7 %	26,4 %	16,7 %	16,5 %	12,1 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	31,1 %	37,7 %	46,7 %	16,5 %	18,2 %	30,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,9 %	67,9 %	53,3 %	49,6 %	54,5 %	48,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	11,6 %	5,7 %	10,0 %	10,7 %	6,1 %	18,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>99</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>75</b>	<b>25</b>	<b>27</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	16,2 %	42,9 %	33,3 %	14,7 %	12,0 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	57,6 %	51,4 %	33,3 %	36,0 %	48,0 %	40,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	86,9 %	82,9 %	93,3 %	77,3 %	88,0 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,6 %	45,7 %	73,3 %	48,0 %	64,0 %	63,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	25,3 %	28,6 %	26,7 %	17,3 %	16,0 %	22,2 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 90 Tagen</li> </ul>	29,3 %	31,4 %	40,0 %	21,3 %	24,0 %	33,3 %
	75,8 %	82,9 %	73,3 %	50,7 %	60,0 %	51,9 %
	2,0 %	0,0 %	0,0 %	9,3 %	4,0 %	14,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>36</b>	<b>13</b>	<b>18</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <li>• Arzt für Psy. bzw. KJP (B)<sup>1</sup></li> <li>• Allgemeinarzt / Hausarzt (C)<sup>2</sup></li> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	14,0 %	44,0 %	33,3 %	13,9 %	15,4 %	16,7 %
	60,0 %	52,0 %	25,0 %	50,0 %	46,2 %	50,0 %
	86,0 %	84,0 %	91,7 %	77,8 %	84,6 %	88,9 %
	60,0 %	52,0 %	75,0 %	55,6 %	69,2 %	72,2 %
	12,0 %	16,0 %	33,3 %	30,6 %	30,8 %	33,3 %
	36,0 %	32,0 %	50,0 %	25,0 %	15,4 %	33,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,0 %	76,0 %	66,7 %	66,7 %	61,5 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,0 %	0,0 %	0,0 %	2,8 %	0,0 %	5,6 %

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

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

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

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

**Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

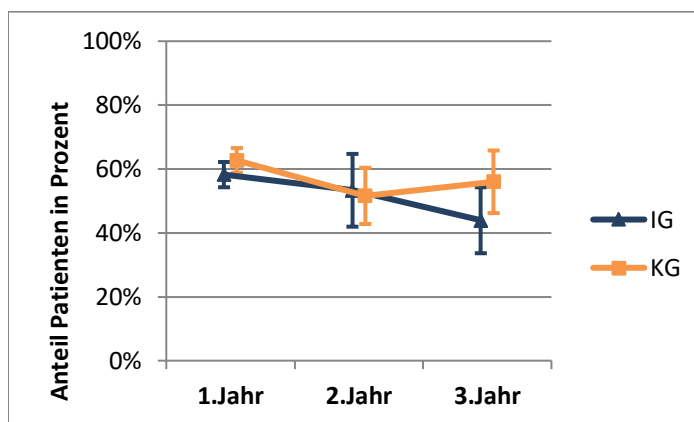
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

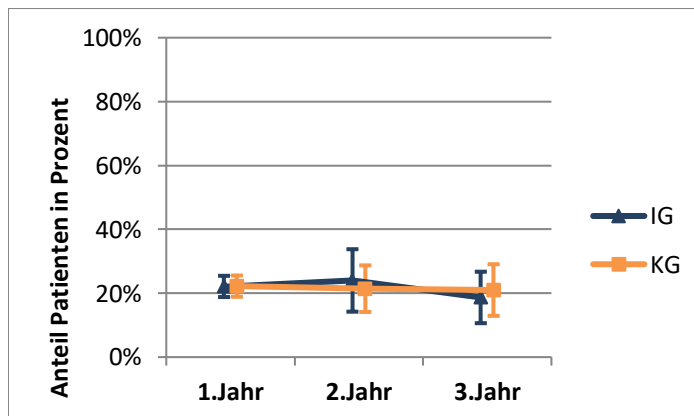
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

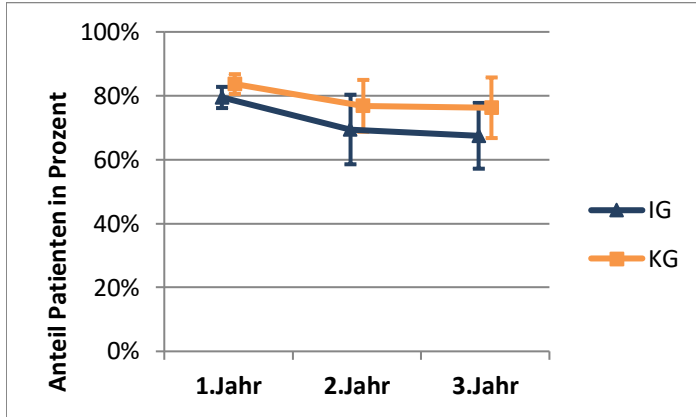




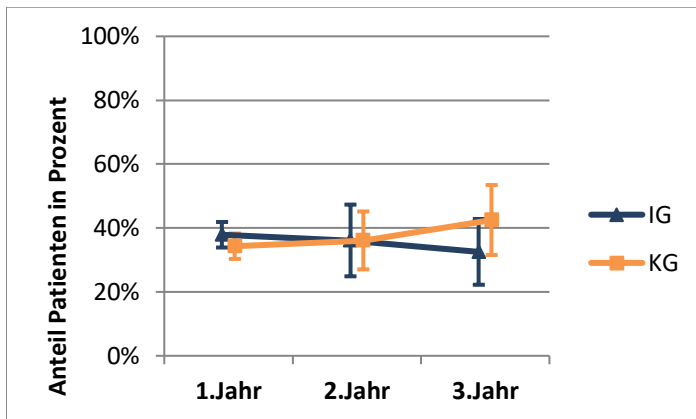
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



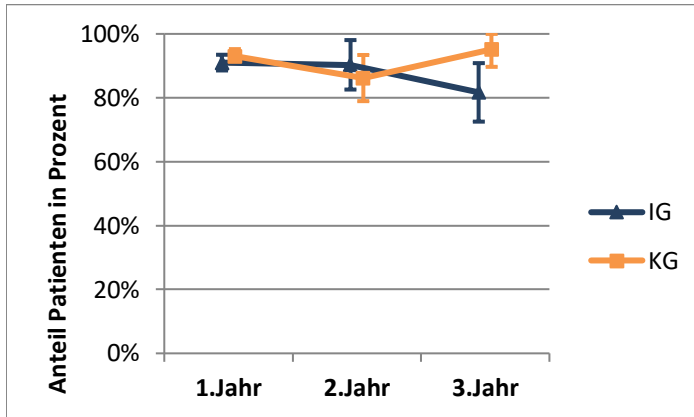
- Alle (psychiatrischer Sektor)



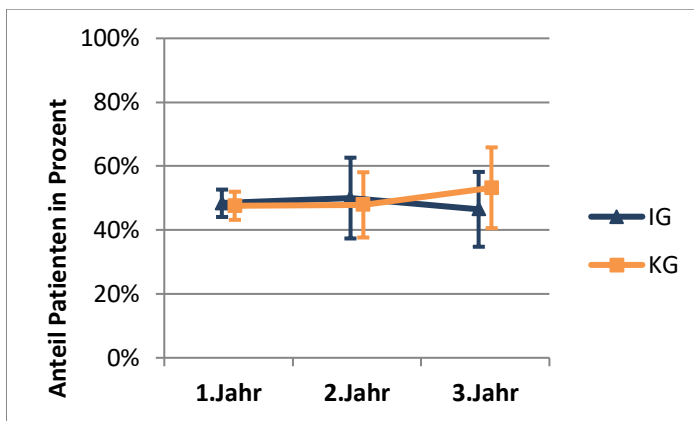
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

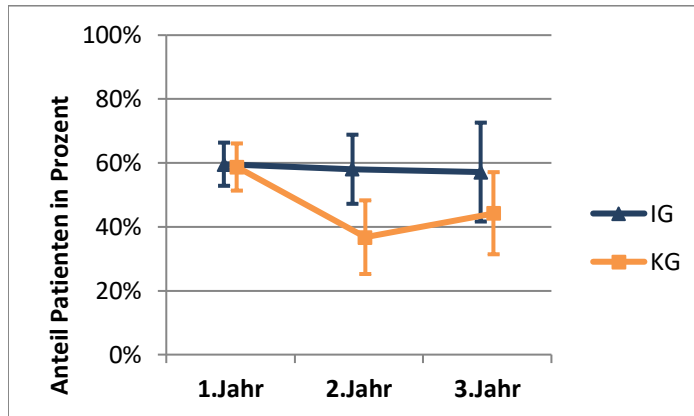
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

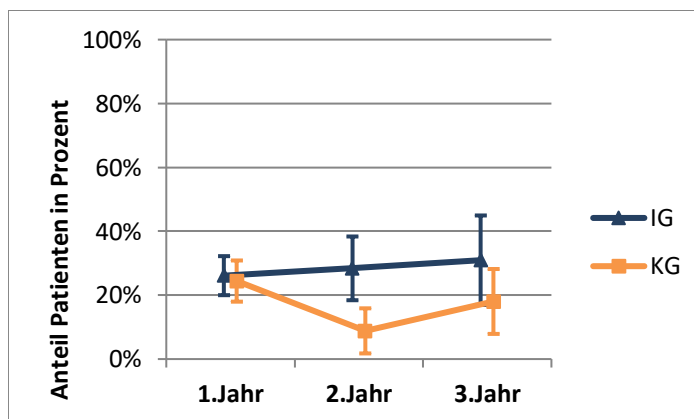
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



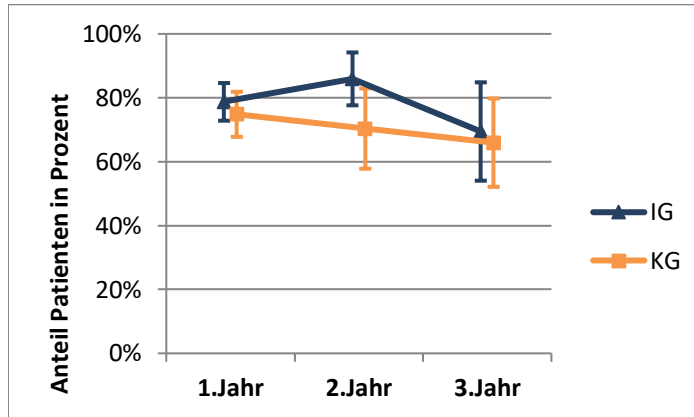
- Alle (psychiatrischer Sektor)



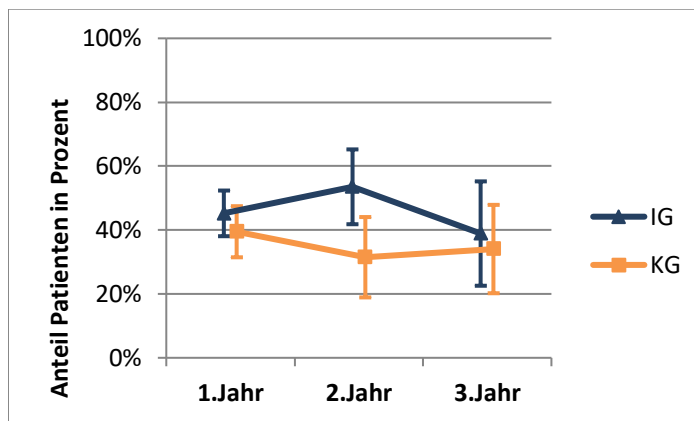
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



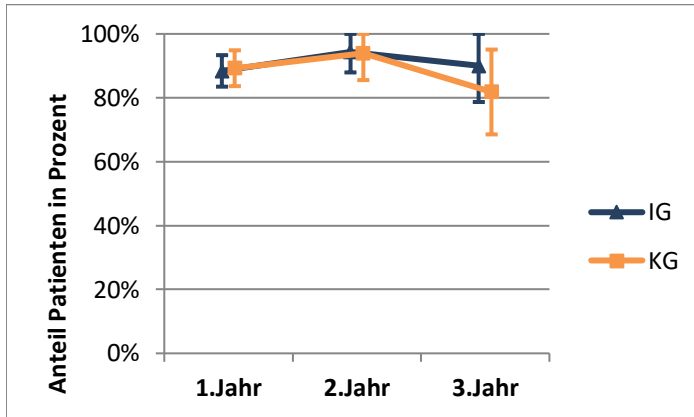
- Alle (psychiatrischer Sektor)



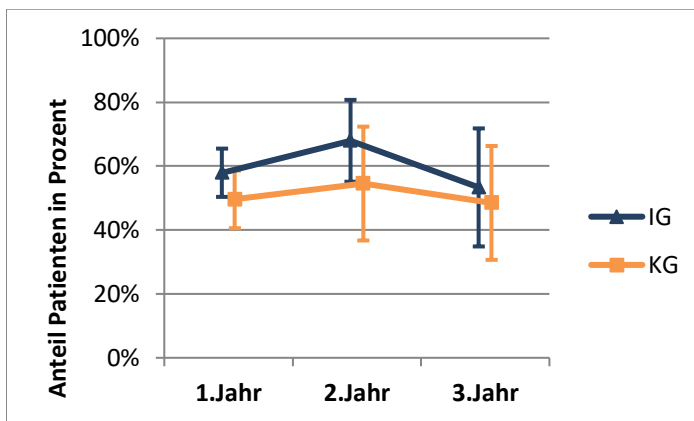
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

**Sekundärer Outcome:** 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 Präzeitraum 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.

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Abbrüche des Kontakts sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieser Untersuchung war die Beschreibung der durchschnittlichen Anzahl an Kontaktabbrüchen pro Patient, d.h. ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär), und der durchschnittlichen kumulierten Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen für Patienten mit schweren psychischen Störungen A (nur Diagnosekriterium).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil an Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Dauer der Kontaktabbrüche** war in der IG im Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG (90 Tage: -12,3 Tage; 180 Tage: -10,5 Tage). Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Hier wurden bei den Patienten mit Referenzfall im vierten Modelljahr nur diese betrachtet, die einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum aufwiesen. Zudem wurden ab initialem Klinikaufenthalt nur jeweils 365 Tage beobachtet.

**Tabelle 29: Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### 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>923</b>	<b>923</b>	<b>913</b>	<b>913</b>	<b>923</b>	<b>923</b>	<b>913</b>	<b>913</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	35	275	32	326	35	275	32	326
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	74	<10	92	<10	74	<10	92
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	24	0	31	<10	24	0	30
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	17	134	13	121	17	134	13	121
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	42	<10	35	<10	42	<10	35
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	12	0	11	<10	12	0	11

\* 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>Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)</b>	<b>670</b>	<b>923</b>	<b>660</b>	<b>913</b>	<b>670</b>	<b>923</b>	<b>660</b>	<b>913</b>
<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>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA1)	11,5 %	24,4 %	13,6 %	27,0 %	11,5 %	23,6 %	9,1 %	23,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB1)	7,7 %	16,4 %	0,0 %	21,5 %	7,7 %	16,4 %	0,0 %	17,4 %
<b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA2)	0,0 %	16,2 %	0,0 %	9,8 %	0,0 %	6,8 %	0,0 %	8,7 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB2)	0,0 %	14,3 %	0,0 %	8,6 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	8,6 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b>								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (aA3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (aB3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,1 %	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)								



• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA1)	318,7	322,8	266,7	313,5	318,7	347,8	324,5	345,6
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB1)	365,0	313,6	0,0	299,8	365,0	345,0	0,0	341,2
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	0,0	256,9	0,0	257,2	0,0	300,7	0,0	304,6
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	0,0	238,5	0,0	239,3	0,0	255,5	0,0	294,2
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	0,0	0,0	0,0	256,4	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	0,0	0,0	275,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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>Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A<sup>3</sup></b>	<b>290</b>	<b>391</b>	<b>311</b>	<b>414</b>	<b>290</b>	<b>391</b>	<b>311</b>	<b>414</b>
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	3,3	71,1	2,6	83,4	3,3	65,5	2,1	76,1

<b>Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B<sup>4</sup></b>	<b>127</b>	<b>183</b>	<b>110</b>	<b>152</b>	<b>127</b>	<b>183</b>	<b>110</b>	<b>152</b>
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	2,9	53,3	0,0	66,2	2,9	47,1	0,0	58,8

<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.

**Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

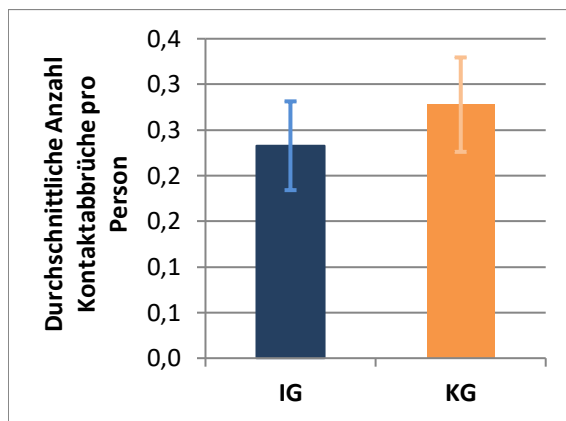
Legende für die folgenden Abbildungen:

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**

> 90 Tage, Anteil Patienten

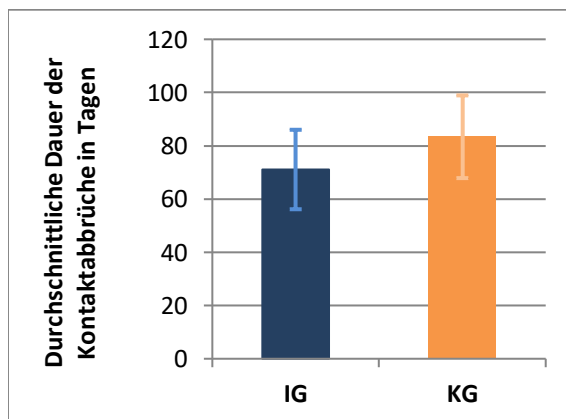
- **Schwere Psychische Störung A**



**Erwachsene, klinikneue Patienten**

> 90 Tage, Dauer

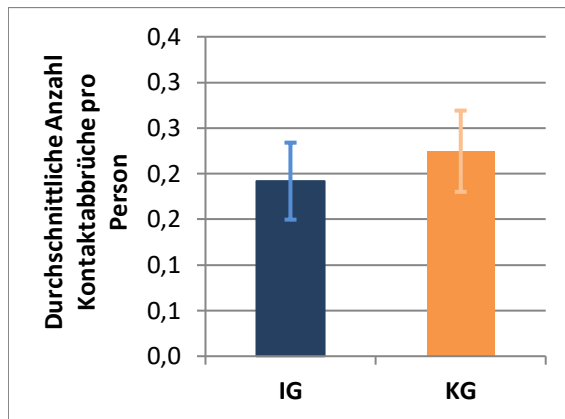
- **Schwere Psychische Störung A**



**Erwachsene, klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

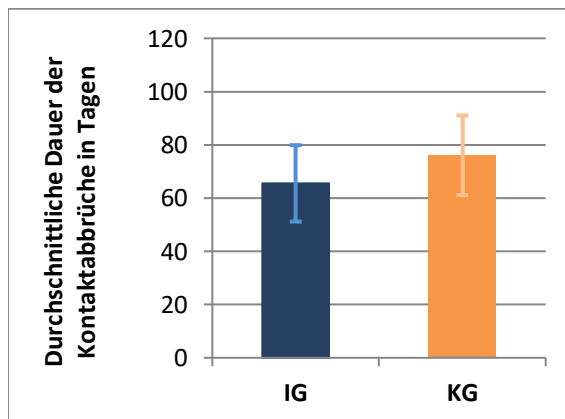
- **Schwere Psychische Störung A**



**Erwachsene, klinikneue Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



**Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,03 -0,10...0,04	-6,93 -28,51...14,66	-0,02 -0,08...0,04	-5,22 -25,99...15,55

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

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

**Sekundärer Outcome:** 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.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige Patienten wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (**Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping**). Dies war in der IG und der KG bei linikneuen und linikbekannten Patienten der Fall. Auch gab es kaum Veränderungen über die Zeit. Daher ergaben sich sehr vergleichbare Muster mit wenig Veränderungen über den Beobachtungszeitraum, unabhängig von der untersuchten Kohorte (U1 bis U4). Die Fallzahlen waren stets zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>268</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>262</b>	<b>262</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>249</b>	<b>253</b>	<b>238</b>	<b>237</b>	<b>229</b>	<b>250</b>	<b>247</b>	<b>235</b>	<b>227</b>	<b>220</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%	1,1%	0,7%	0,0%	0,4%	1,1%	1,9%	1,1%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>136</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>132</b>	<b>130</b>	<b>125</b>	<b>127</b>	<b>125</b>	<b>132</b>	<b>133</b>	<b>131</b>	<b>125</b>	<b>116</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%	2,2%	1,4%	0,0%	0,0%	0,7%	1,5%	1,5%	2,2%	2,2%
• Vier (B)	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%	0,7%	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%	0,0%	0,7%

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

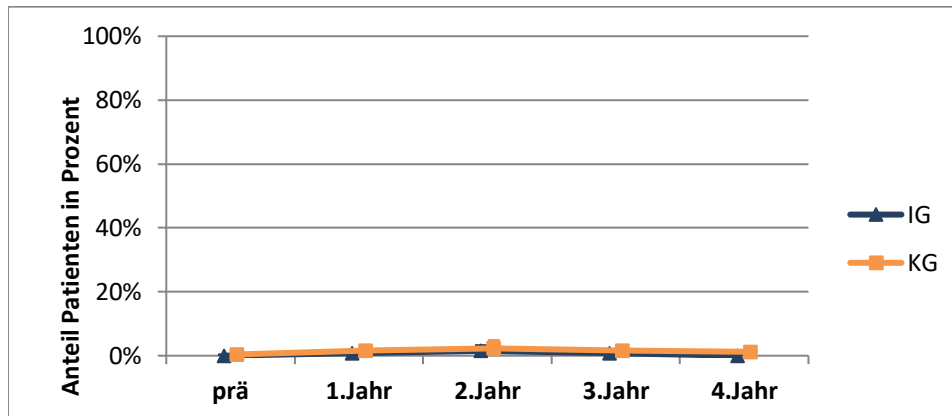


**Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

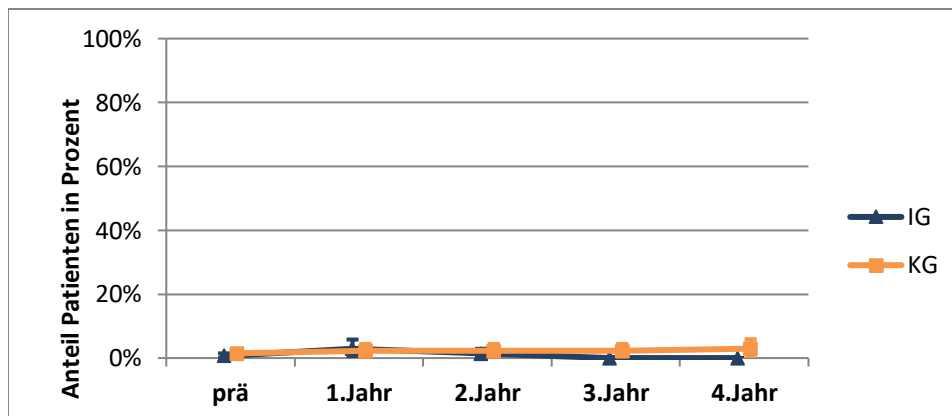
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

**Klinikbekannte Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.262</b>	<b>1.265</b>	<b>1.279</b>	<b>1.274</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%	0,7%	1,4%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%

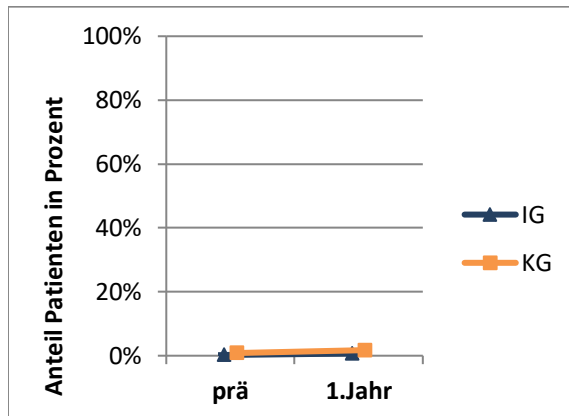
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Erwachsene, klinikneue Patienten

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.



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>980</b>	<b>974</b>	<b>974</b>	<b>974</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>936</b>	<b>938</b>	<b>892</b>	<b>944</b>	<b>939</b>	<b>900</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%	0,4%	0,5%	1,4%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%

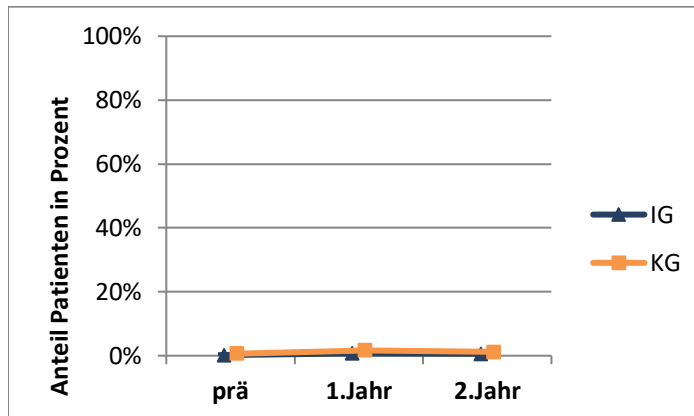
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



**Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

#### U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

##### 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>614</b>	<b>614</b>	<b>614</b>	<b>614</b>	<b>602</b>	<b>602</b>	<b>602</b>	<b>602</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>578</b>	<b>586</b>	<b>552</b>	<b>540</b>	<b>583</b>	<b>578</b>	<b>551</b>	<b>531</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%	0,5%	0,7%	0,3%	1,2%	1,2%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,3%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

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



**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>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>183</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>179</b>	<b>179</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>166</b>	<b>168</b>	<b>175</b>	<b>176</b>	<b>171</b>	<b>163</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,5%	2,7%	1,6%	0,5%	0,6%	1,1%	1,1%	1,7%
• Vier (B)	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,6%	0,6%	0,6%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

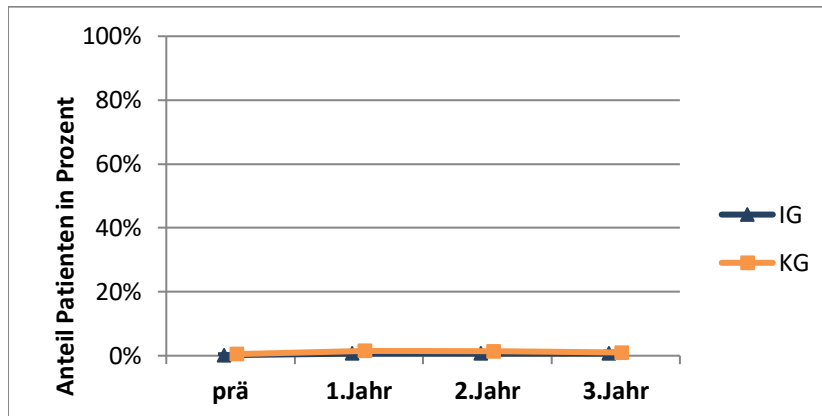
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

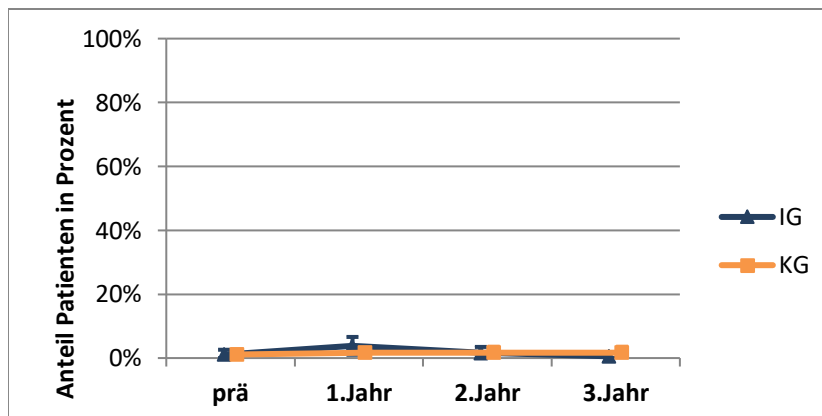
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**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.



### 8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

**Primärer Outcome:** 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 IG im Vergleich zur KG aufwies (Tabelle 8), hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen, im Vergleich zur KG (Tabelle 37). Ausführungen zur Abgrenzung der Bezugspopulation erwerbstätige Patienten finden sich im Methodenband.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Hauptaugenmerk lag hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl an Episoden der Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten in der IG stets leicht geringere Anzahlen an **AU-Episoden** als in der KG (-0,2 bzw. -0,1 AU-Episoden). Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,2 bzw. 1,3 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall und sank dann in beiden Gruppen auf 0,2 bzw. 0,3 AU-Episoden ab. Bei den linikbekannten Patienten war eine Verringerung der AU-Episoden über die Zeit ersichtlich. Das Absinken der AU-Episoden über die Zeit war in der IG etwas stärker als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG größer im Vergleich zur KG (IG: +62,4 AU-Tage; KG: +48,0 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich hier nicht, da der Effekt hier vor allem auf wenige Probanden mit sehr langen AU-Dauern zurückzuführen ist.

In der IG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die jüngeren Patienten der KG, ausgenommen im zweiten Jahr nach Referenzfall (siehe

Kapitel 14.2). Bei den älteren Patienten wies die IG auch stets weniger AU-Tage als die KG auf, ausgenommen im Jahr nach Referenzfall. Die meisten AU-Tage in der IG und KG im Jahr nach Referenzfall wiesen jeweils Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung auf (wobei erstgenannte sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 297 im Anhang).

Bei den klimbekannt Patienten war im Jahr vor Referenzfall ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zu den klinikneuen Patienten zu erkennen. Während die Patienten der IG auf einem leicht geringeren AU-Tage-Niveau starteten als die KG (prä = -2,1 AU-Tage), drehte sich dieser Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall (+4,9 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die Anzahl an AU-Tagen in der IG erneut geringer als in der KG, wobei der Unterschied im dritten Jahr nach Referenzfall am größten war (2. Jahr: -2,0; 3. Jahr: -16,5; 4. Jahr: -4,0 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

Bei den jüngeren klimbekannt Patienten war die Fallzahl im Nenner zu gering, um eine ansatzweise valide Einschätzung bezüglich Alter und Diagnose vornehmen zu können (siehe Kapitel 14.2). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 297 im Anhang).

U2: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,5 bzw. +0,6 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +49,9 AU-Tage; KG: +52,7 AU-Tage).

U3: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dabei war im Jahr vor Referenzfall die Höhe der AU-Tage in der IG bereits geringer als in der KG (prä: -4,8 AU-Tage). Im ersten Jahr nach Referenzfall vergrößerte sich dieser Unterschied weiter (1. Jahr: -5,1 AU-Tage) und verringerte sich im zweiten Jahr nach Referenzfall (2. Jahr: -0,6 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschied gab es jedoch nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe erkennbar. Bei der Anzahl an **AU-Tagen** war bei den linikneuen Patienten ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG größer als in der KG (IG: +60,6 AU-Tage; KG: +48,6 AU-Tage). Bei den linikbekannten Patienten war ein zu den klinikneuen Patienten höheres Ausgangsniveau der AU-Tage erkennbar, welches im Gegensatz zu den klinikneuen Patienten, hier in der IG etwas höher als in der KG war. Während die Anzahl der AU-Tage in der IG im Jahr vor und den zwei Jahren nach Referenzfall über den der KG lag (im zweiten Jahr nach Referenzfall nur leicht), sanken im dritten Jahr nach Referenzfall die AU-Tage in der IG stark und stiegen in der KG an (IG: 11,0 AU-Tage; KG: 21,4 AU-Tage).

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen Patienten in der IG niedriger als in der KG.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>125</b>	<b>124</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>129</b>	<b>128</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,5	1,2	0,3	0,3	0,2	0,7	1,3	0,4	0,4	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	15,9	78,3	20,2	7,0	6,4	25,0	72,9	16,7	11,4	9,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,8%	8,8%	5,6%	2,4%	1,6%	27,1%	17,1%	6,2%	4,7%	3,1%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,5	0,1	0,7	0,0	1,2	2,8	0,7	0,3	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	77	77	77	77	77	77	77	76	76	75
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,4	1,2	0,7	0,6	0,5	1,1	1,4	0,7	0,7	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	53,9	68,8	20,7	9,4	11,2	56,0	63,8	22,8	25,9	15,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,1%	16,9%	5,2%	1,3%	3,9%	18,2%	13,0%	6,6%	6,6%	1,3%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,8	1,1	0,8	0,0	0,0	2,5	2,9	2,7	1,6	3,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	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

**Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

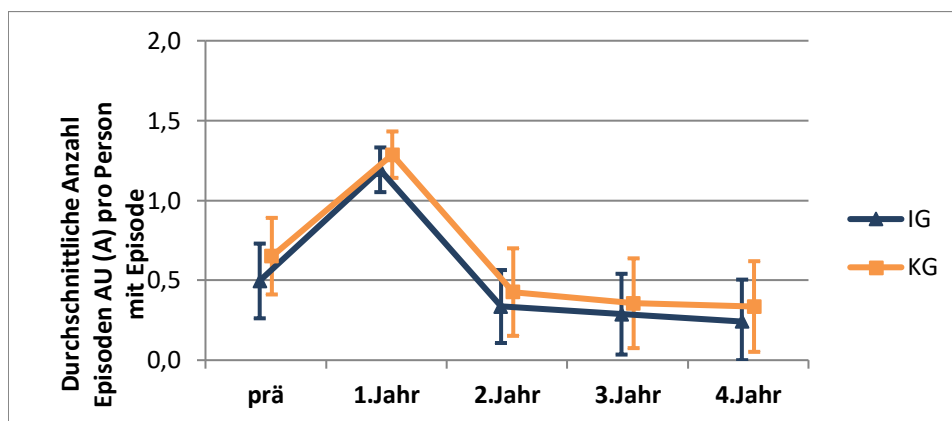
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

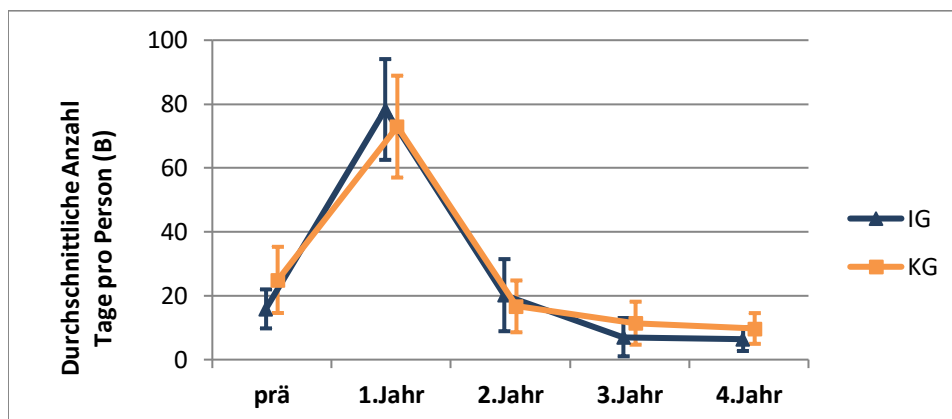
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



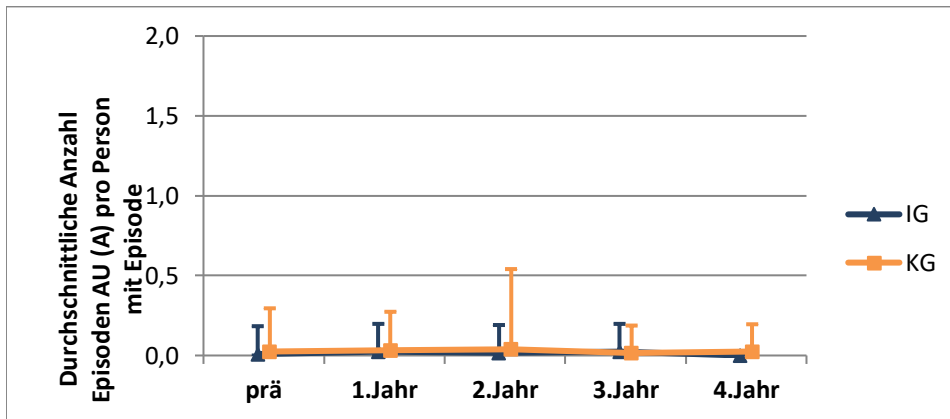
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



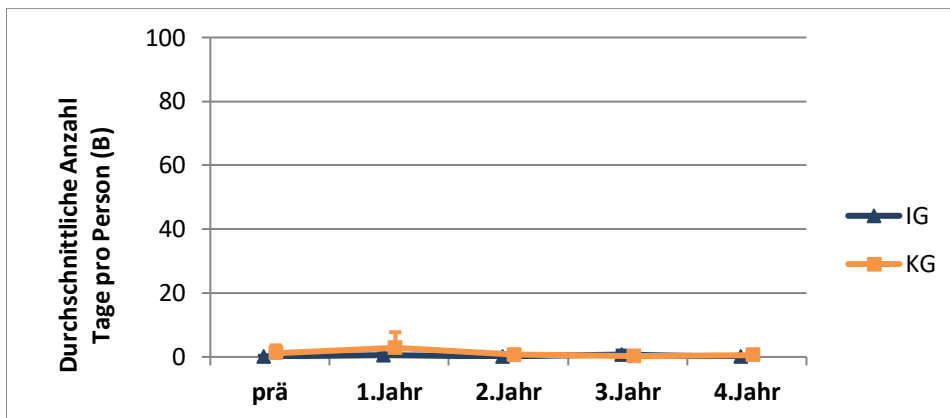


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



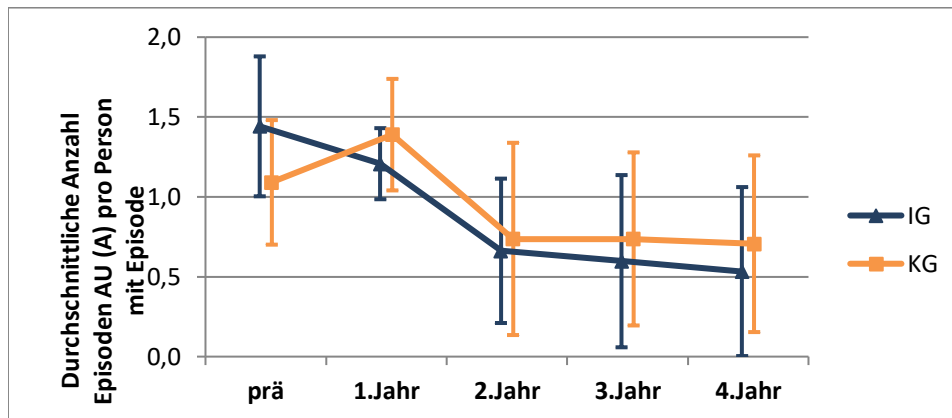
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

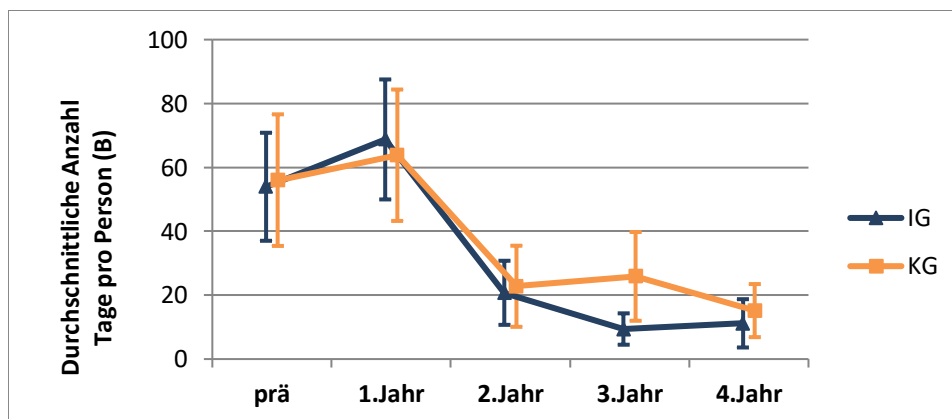
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

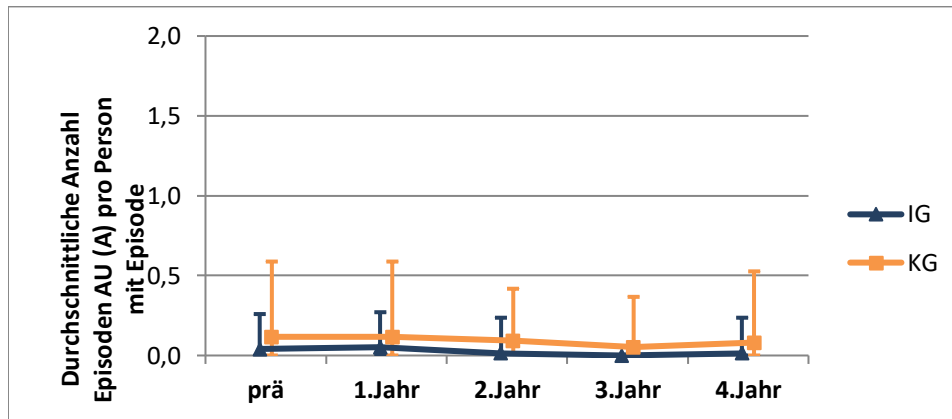


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

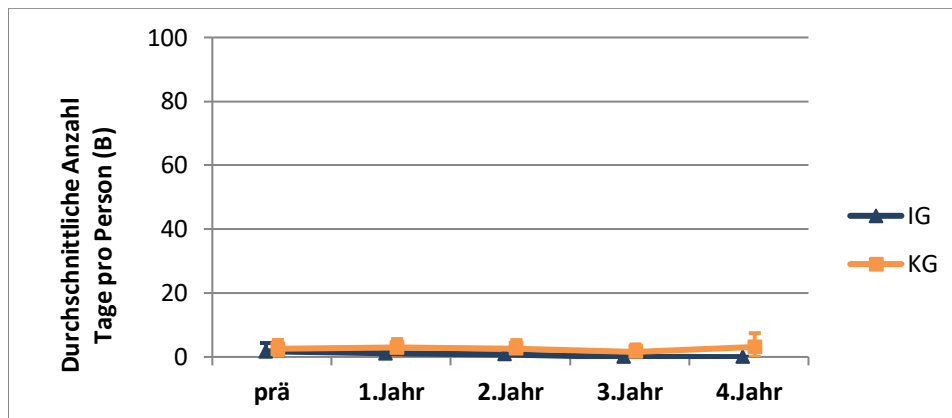


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



**Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,06 -0,20...0,32	14,44 -3,98...32,86
DID Jahr 2	0,07 -0,19...0,32	12,58 -5,84...31,00
DID Jahr 3	0,09 -0,17...0,35	4,70 -13,72...23,12
DID Jahr 4	0,06 -0,20...0,32	5,75 -12,67...24,17
DID Jahr 1-4	—	9,37 -6,72...25,46

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

**Klinikbekannte Patienten**

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,53 -1,10...0,04	7,03 -20,04...34,10
DID Jahr 2	-0,42 -0,99...0,15	0,33 -26,75...27,39
DID Jahr 3	-0,48 -1,05...0,09	-14,06 -41,13...13,01
DID Jahr 4	-0,51 -1,08...0,06	-1,52 -28,59...25,55
DID Jahr 1-4	—	-2,06 -24,47...20,36

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

 Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### 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>717</b>	<b>717</b>	<b>780</b>	<b>780</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)<sup>2</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	0,6	1,1	0,7	1,2
	24,9	74,8	30,7	83,5
	24,4%	12,8%	29,4%	15,8%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,2	1,8	0,8	1,5
	0,1%	0,1%	0,3%	0,1%

<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: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

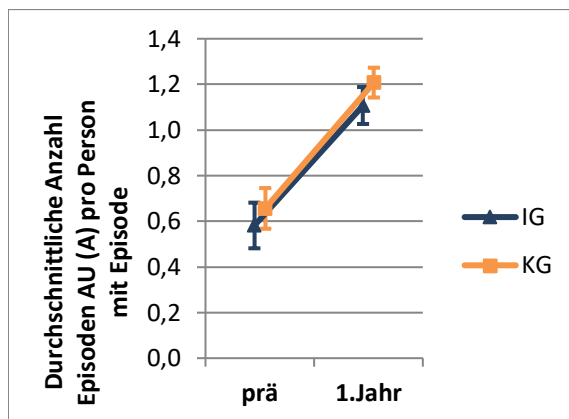
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

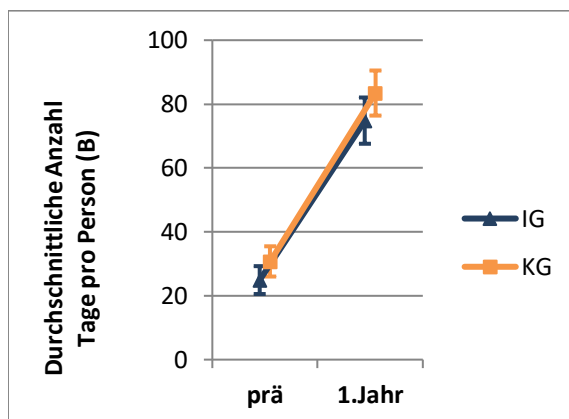
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

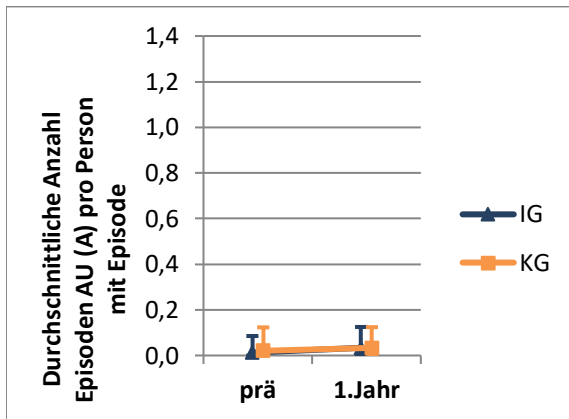


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

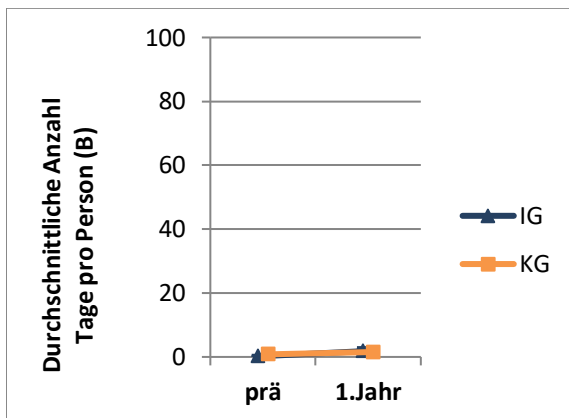


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>508</b>	<b>508</b>	<b>508</b>	<b>557</b>	<b>557</b>	<b>556</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,1	0,4	0,6	1,2	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	22,8	76,2	19,5	27,6	81,3	20,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,6%	13,6%	5,9%	28,7%	16,9%	6,3%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	1,7	0,5	1,0	1,7	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%

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



**Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

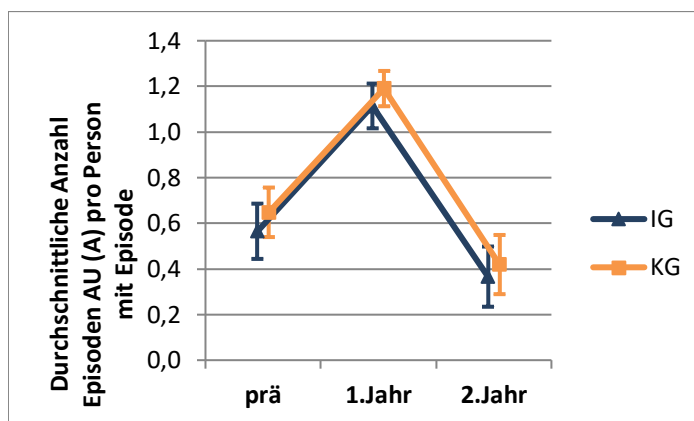
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

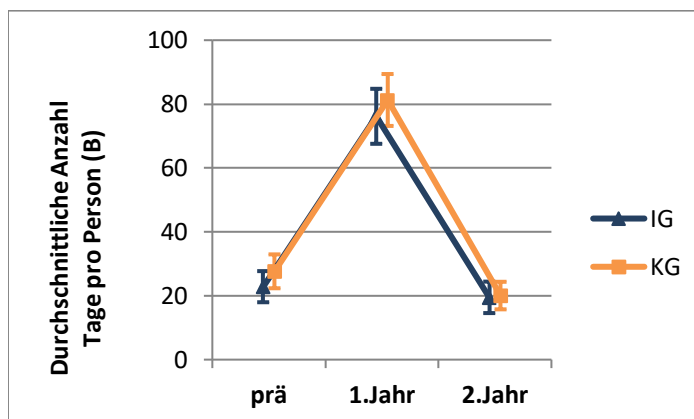
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### **Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

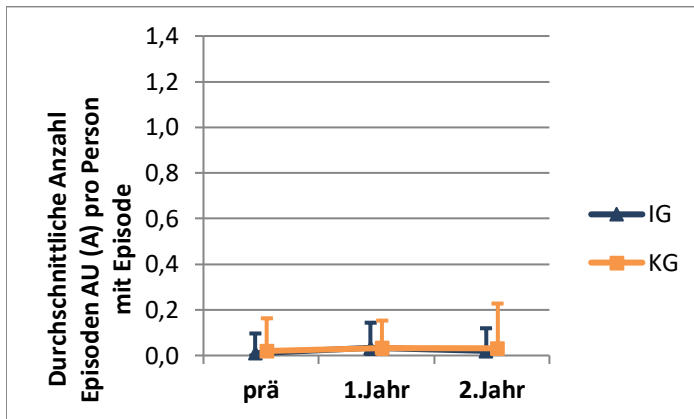


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

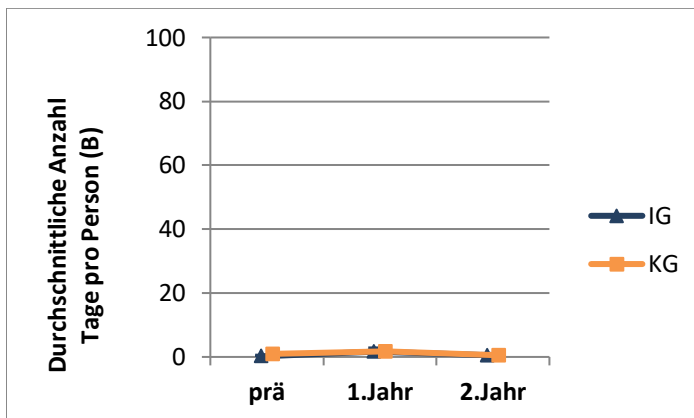


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



**Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	0,01 -0,13...0,15	-0,31 -11,78...11,17
DID Jahr 2	0,03 -0,11...0,17	4,29 -7,19...15,76

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### 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>306</b>	<b>306</b>	<b>306</b>	<b>306</b>	<b>318</b>	<b>318</b>	<b>318</b>	<b>317</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,2	0,4	0,4	0,6	1,2	0,4	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	23,2	83,8	20,3	12,3	29,1	77,7	18,8	12,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,5%	15,4%	5,9%	5,6%	27,4%	16,7%	6,0%	4,4%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,2	0,8	0,4	0,3	0,9	1,9	0,6	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>98</b>	<b>98</b>	<b>97</b>	<b>97</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	1,3	1,2	0,7	0,5	1,0	1,3	0,7	0,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	49,3	65,4	20,6	11,0	47,4	60,3	20,2	21,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	20,4%	16,5%	6,8%	1,0%	17,3%	13,3%	6,2%	6,2%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	5,2	1,1	0,7	0,4	2,8	2,6	2,1	1,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	1,0%	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

**Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

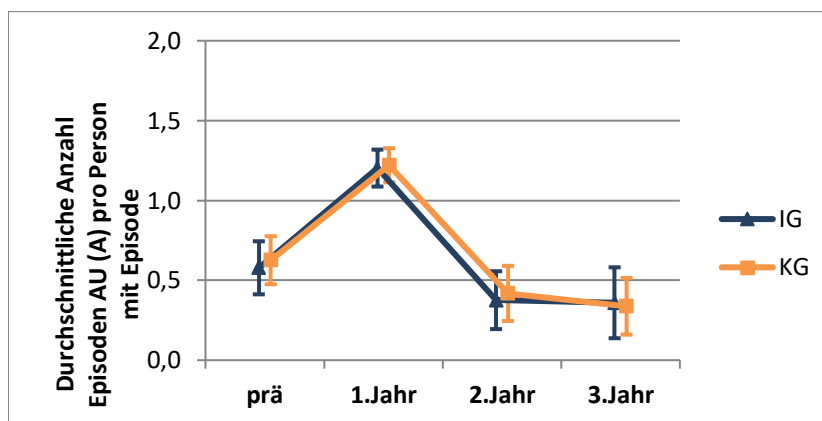
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

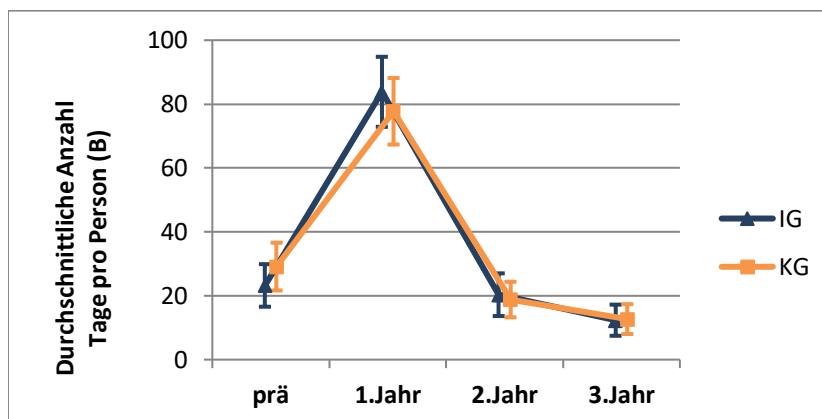
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

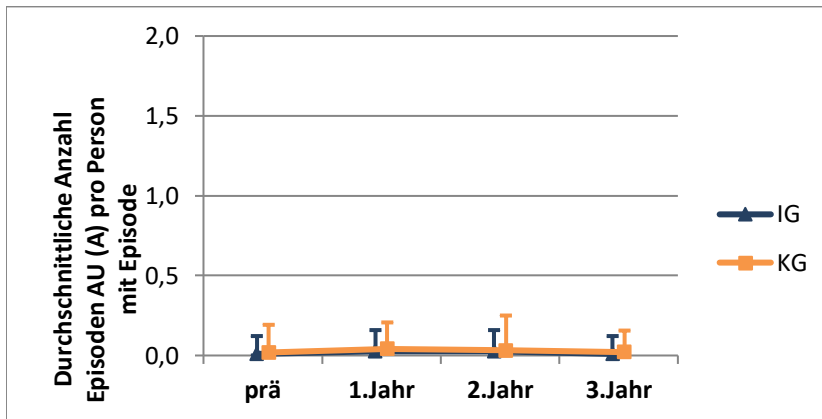


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

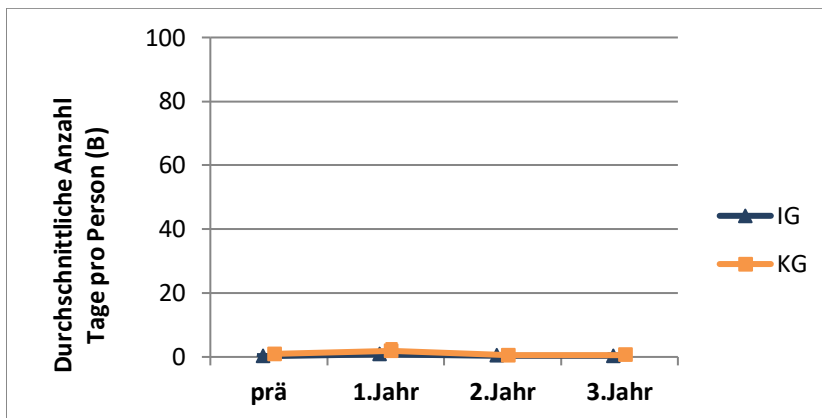


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



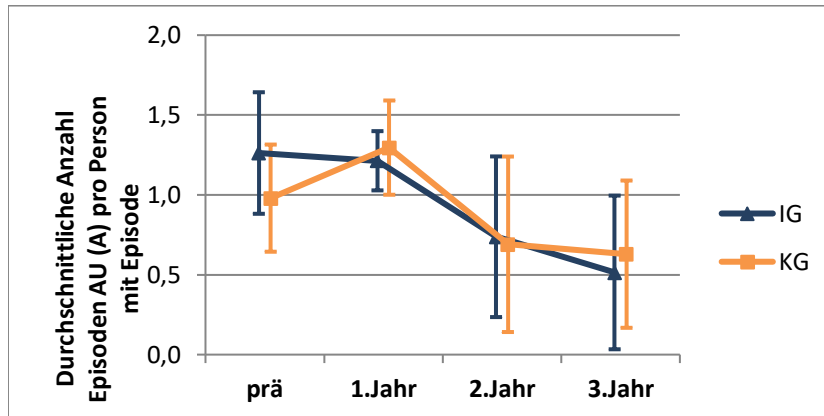
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

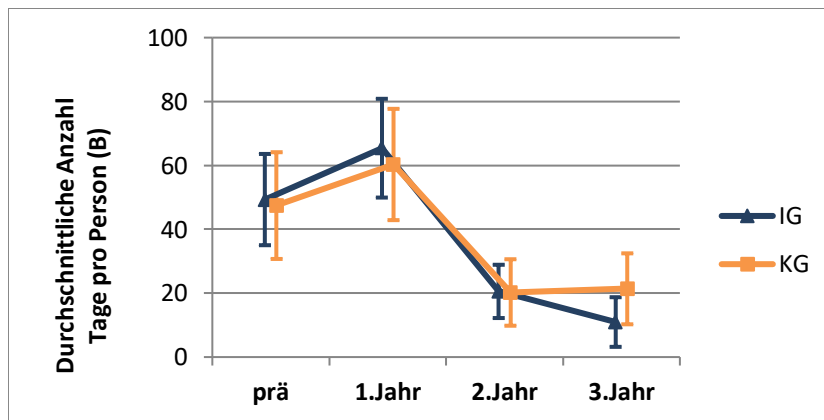
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



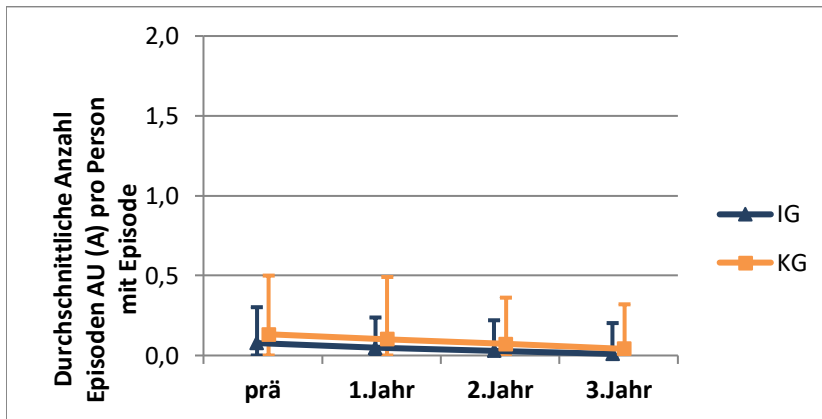
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



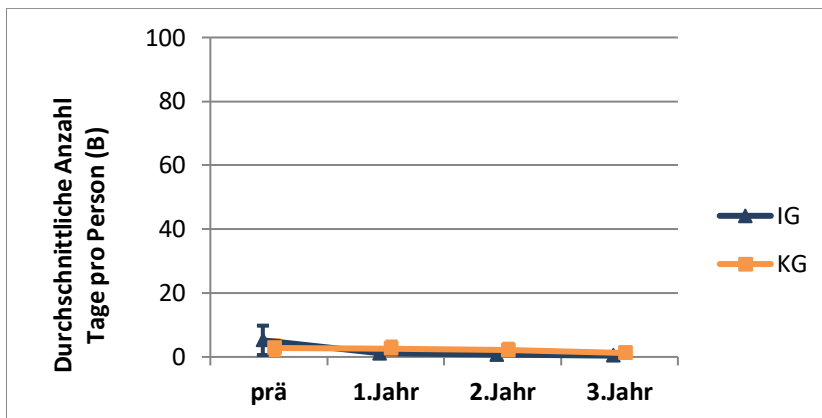


**Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen**

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



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



### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

**Sekundärer Outcome:** 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.

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieses Outcomes lag auf den Anteil der Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme sowie der Dauer zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung bei allen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG fast identisch (IG: 23,1 %; KG: 23,2 %). Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war in der IG um 11,2 Tage geringer. Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>804</b>	<b>858</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	23,1%	23,2%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	114,1	125,3
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>299</b>	<b>364</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	9,7%	9,9%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	103,1	104,6
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>153</b>	<b>156</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	5,2%	4,5%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	112,8	123,9

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

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

**Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

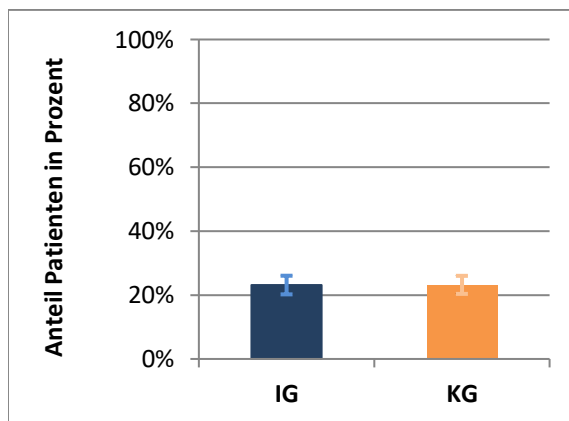
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

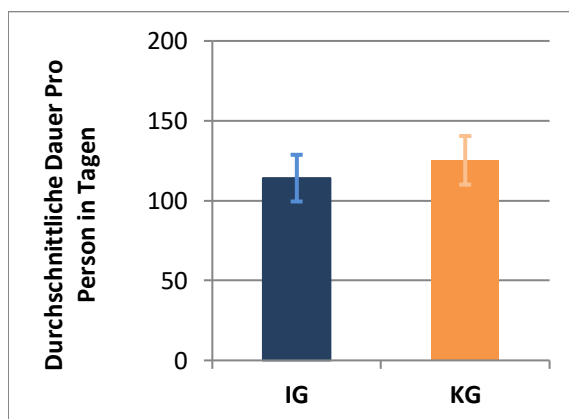
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

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)**



**Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	1,03 0,82...1,30	-13,99 -35,27...7,29

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

### 8.2.8 Komorbidität

**Sekundärer Outcome:** 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 ist hier nur für den mittleren Elixhauser-Score (Komorbiditäts-Score) sinnvoll. Daher wird an dieser Stelle auf den prävalenten und inzidenten Score sowie die Angabe des Medians verzichtet.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in identischer Höhe etwas an (IG: +0,8; KG: +0,8). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,3-3,6), jedoch sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG vergleichbar.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wieder. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar, jedoch und kaum Unterschiede in den Verläufen zwischen IG und KG.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu U1 bei den linikneuen Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Score vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Ein Unterschied im Verlauf zwischen IG und KG war nicht erkennbar. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein paralleler Verlauf zwischen IG und KG und ein nur sehr kleiner Peak im ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich.

In allen untersuchten Kohorten wiesen jedoch klinikneue und klinikbekannte Patienten der IG zu jedem Zeitpunkt geringere Komorbiditäts-Scores als Patienten der KG auf. Diese Unterschiede bestanden bereits im Jahr vor Referenzfall. Die Verläufe waren sehr vergleichbar.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,6	3,4	2,6	2,9	2,9	2,8	3,5	3,2	3,3	3,2

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,4	3,3	3,4	3,3	3,3	3,6	3,4	3,4	3,3



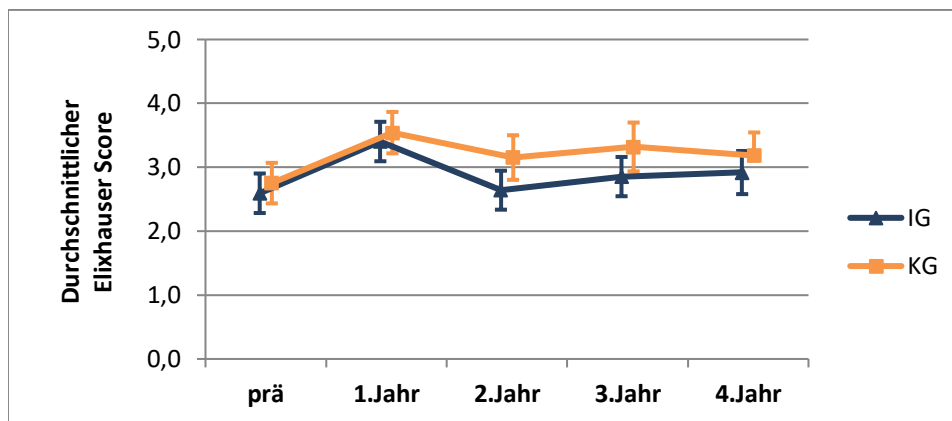
**Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Mittlerer Elixhauser Score**

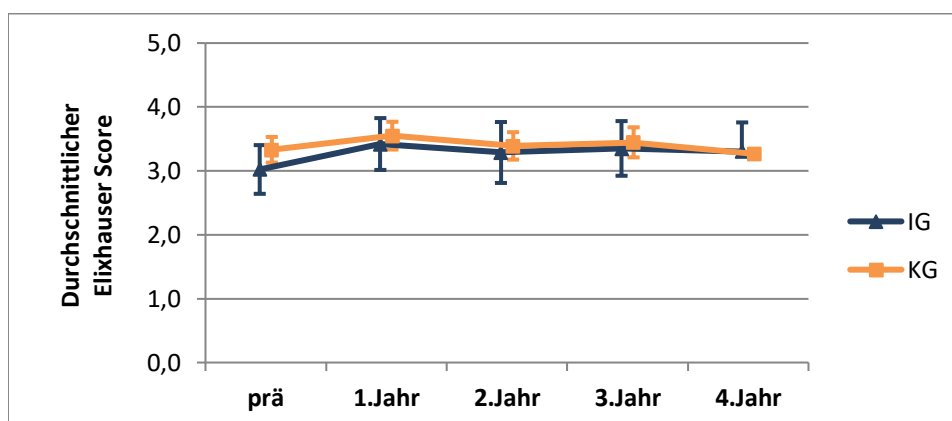


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Mittlerer Elixhauser Score**



**Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,02 -0,56...0,60
DID Jahr 2	-0,36 -0,95...0,22
DID Jahr 3	-0,28 -0,86...0,31
DID Jahr 4	-0,05 -0,63...0,53

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,18 -0,60...0,96
DID Jahr 2	0,14 -0,64...0,92
DID Jahr 3	0,20 -0,58...0,98
DID Jahr 4	0,40 -0,38...1,18

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.316	1.316	1.316	1.316
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,4	2,8	3,6

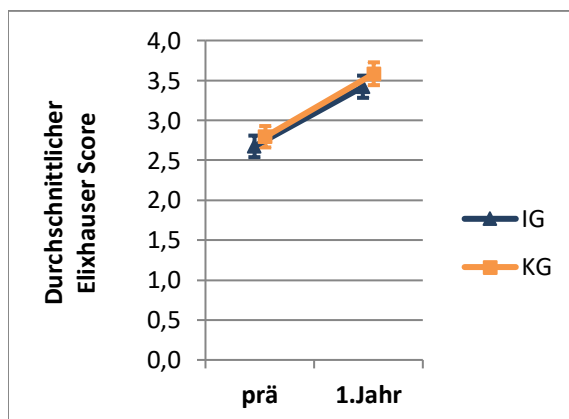
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### Erwachsene, klinikneue Patienten

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



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	980	980	938	974	974	942
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,7	3,4	2,9	2,8	3,6	3,1

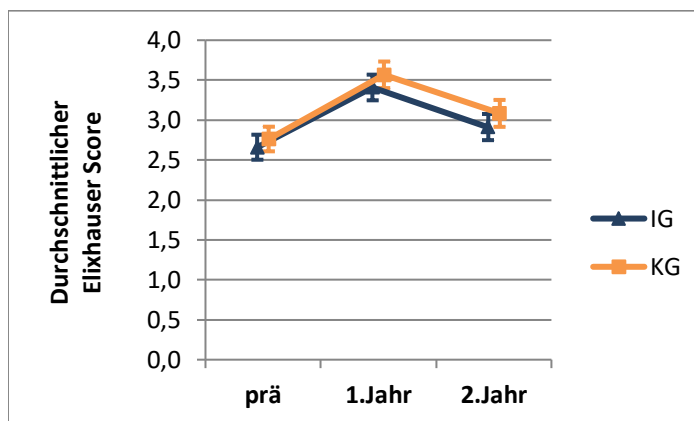
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

#### Mittlerer Elixhauser Score



**Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	-0,06 -0,34...0,23
DID Jahr 2	-0,09 -0,38...0,19

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	614	614	586	574	602	602	577	557
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,6	3,4	2,9	2,9	2,8	3,7	3,1	3,2

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	183	183	176	174	179	179	174	170
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,4	3,2	3,3	3,3	3,6	3,4	3,5

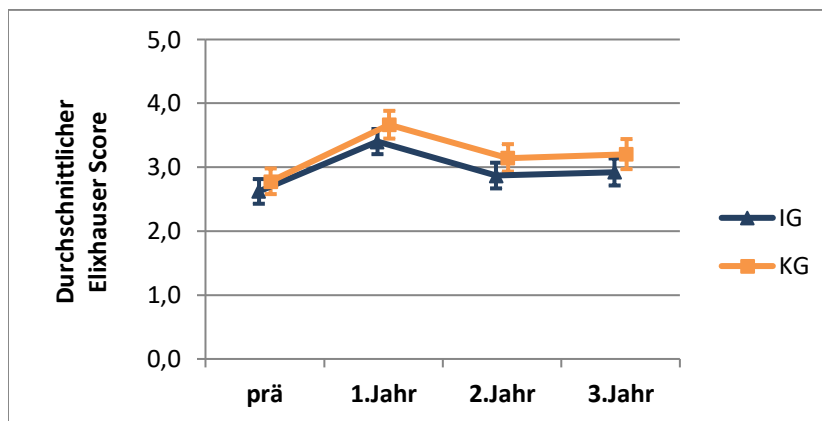
**Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**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**

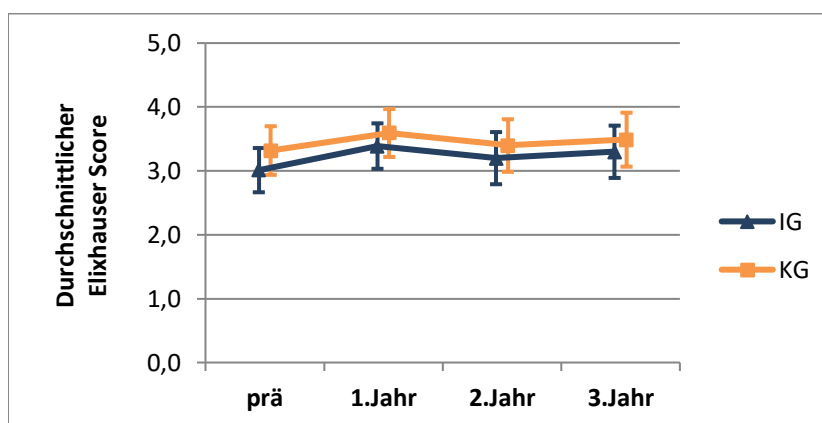


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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**



### 8.2.9 Mortalität

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

Anstelle des Zeitverlaufs der anderen Outcomes wurde hier die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres bzw. 4-Jahres Mortalität untersucht. Todesursachen können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 13,1 %; KG: 13,4 %) und bei den linikbekanntnen Patienten etwas niedriger (-3,1 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch nicht statistisch signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die nach einem Jahr nach Referenzfall verstarben, in IG und KG vergleichbar.

U3: Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U1 und U2, die Anzahl Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster einer zwischen IG und KG vergleichbaren Mortalität linikneuer Patienten für die 2-Jahres-Mortalität. Die 2-Jahres-Mortalität war bei den linikbekanntnen Patienten in der IG etwas geringer als in der KG (-2,4 %-Punkte).



**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung****Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung****Klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>268</b>	<b>262</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	13,1 %	13,4 %

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>138</b>	<b>136</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	8,0 %	11,0 %

**Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

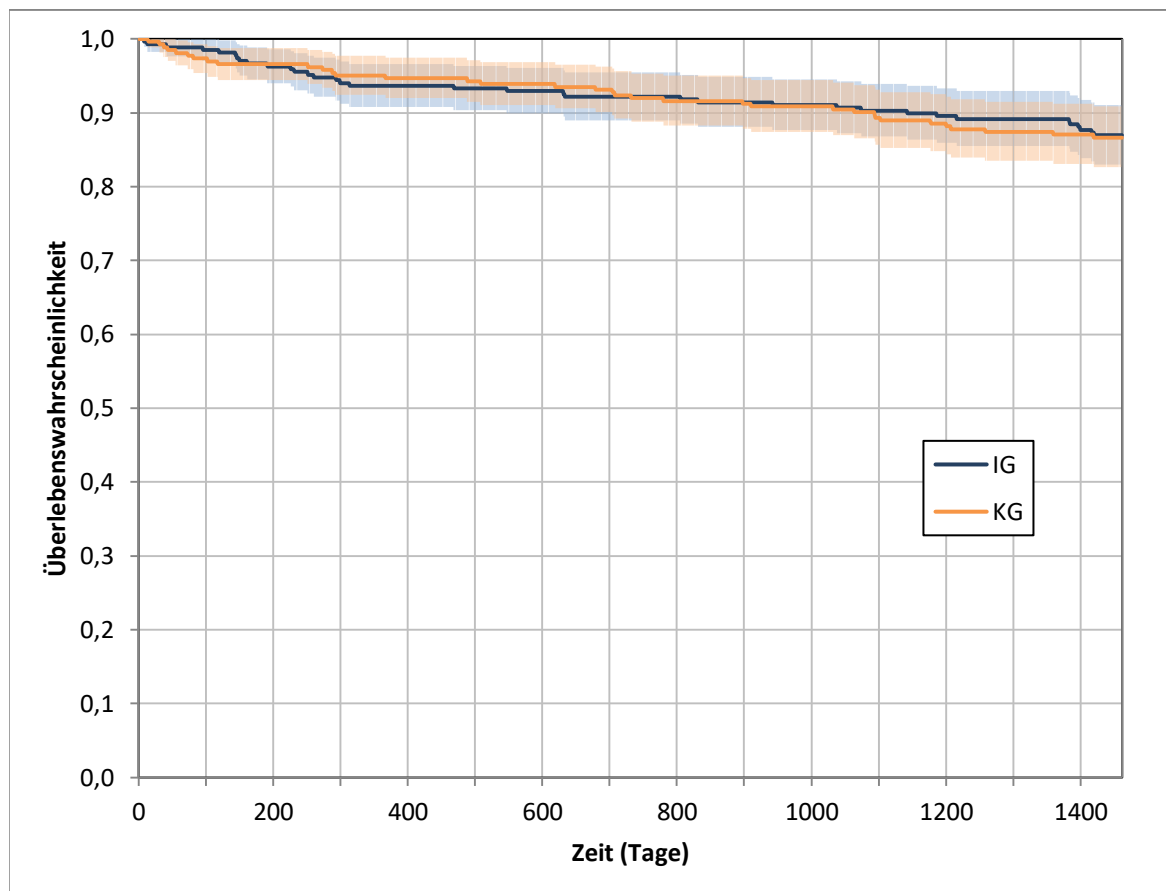
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

#### Überlebenswahrscheinlichkeit

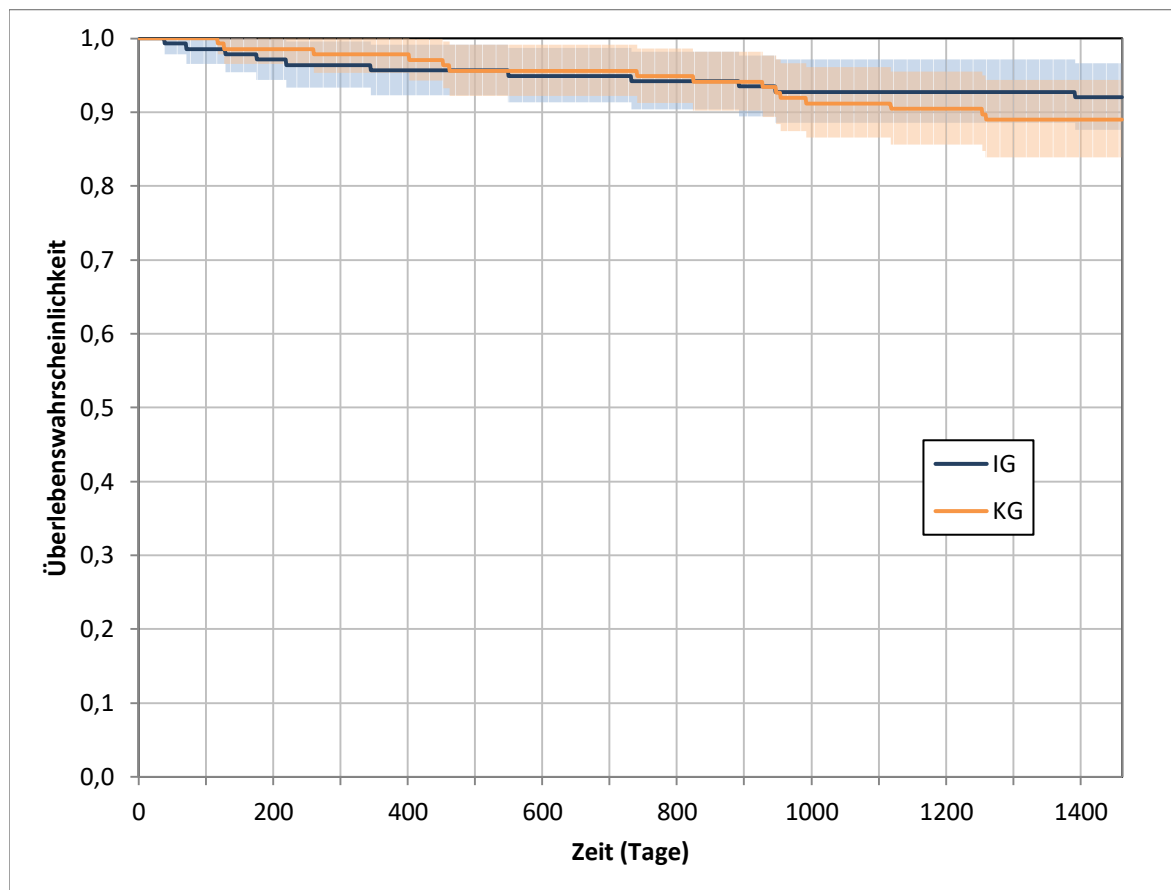


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

**Überlebenswahrscheinlichkeit**

**Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,11 0,68...1,82

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	0,78 0,35...1,77

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.316	1.316
<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li></ul>	4,3 %	3,8 %

**Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

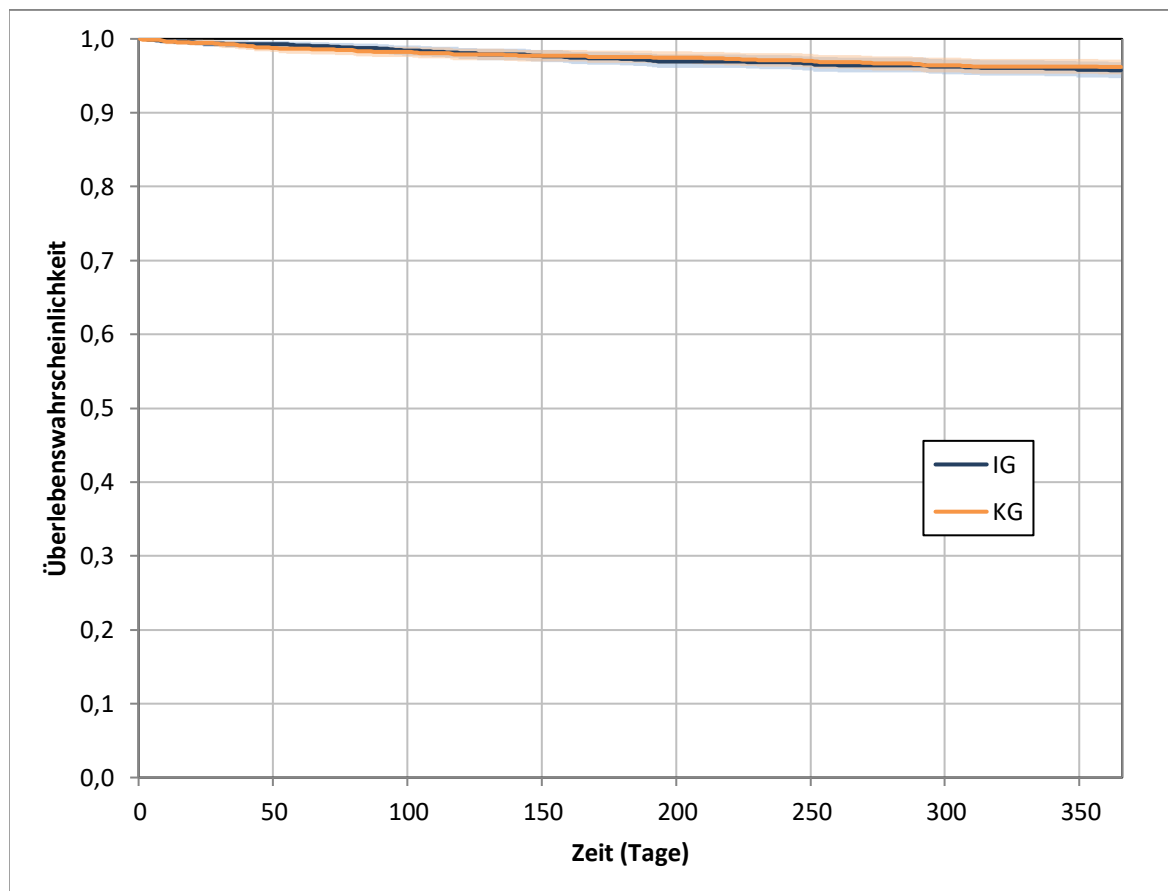
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

### Überlebenswahrscheinlichkeit



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	980	974
<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)</li></ul>	6,1 %	6,5 %

**Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

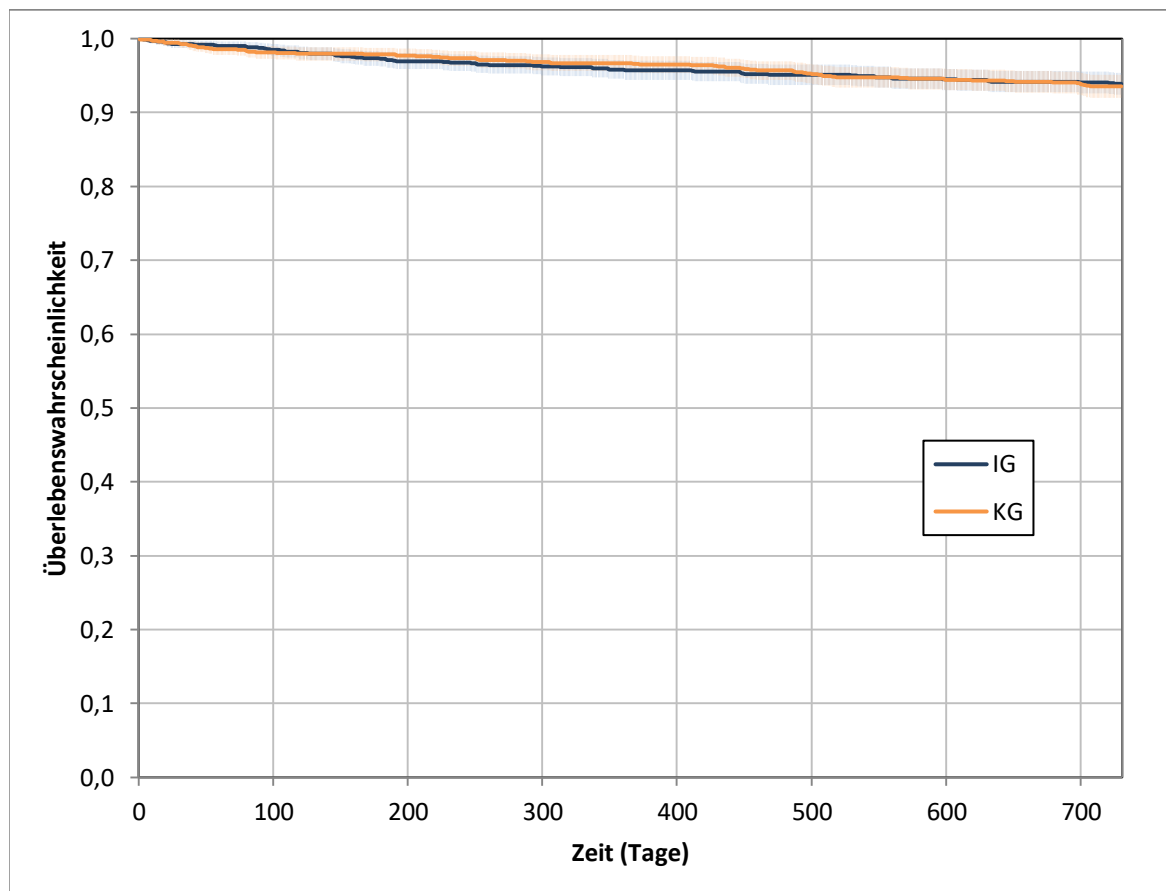
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

### Überlebenswahrscheinlichkeit





**Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	0,94 0,66...1,36

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	614	602
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	9,0 %	9,8 %

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	183	179
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,6 %	8,9 %

**Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

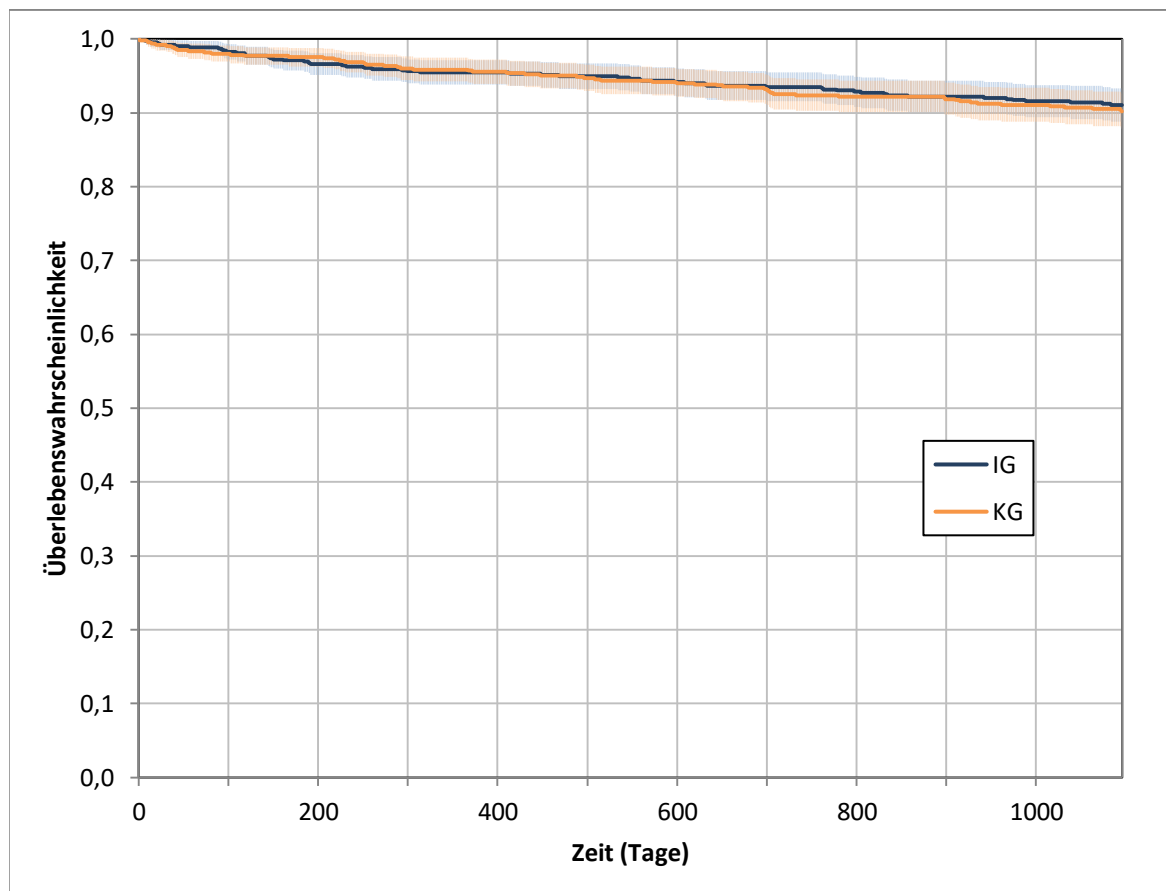
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

### Überlebenswahrscheinlichkeit

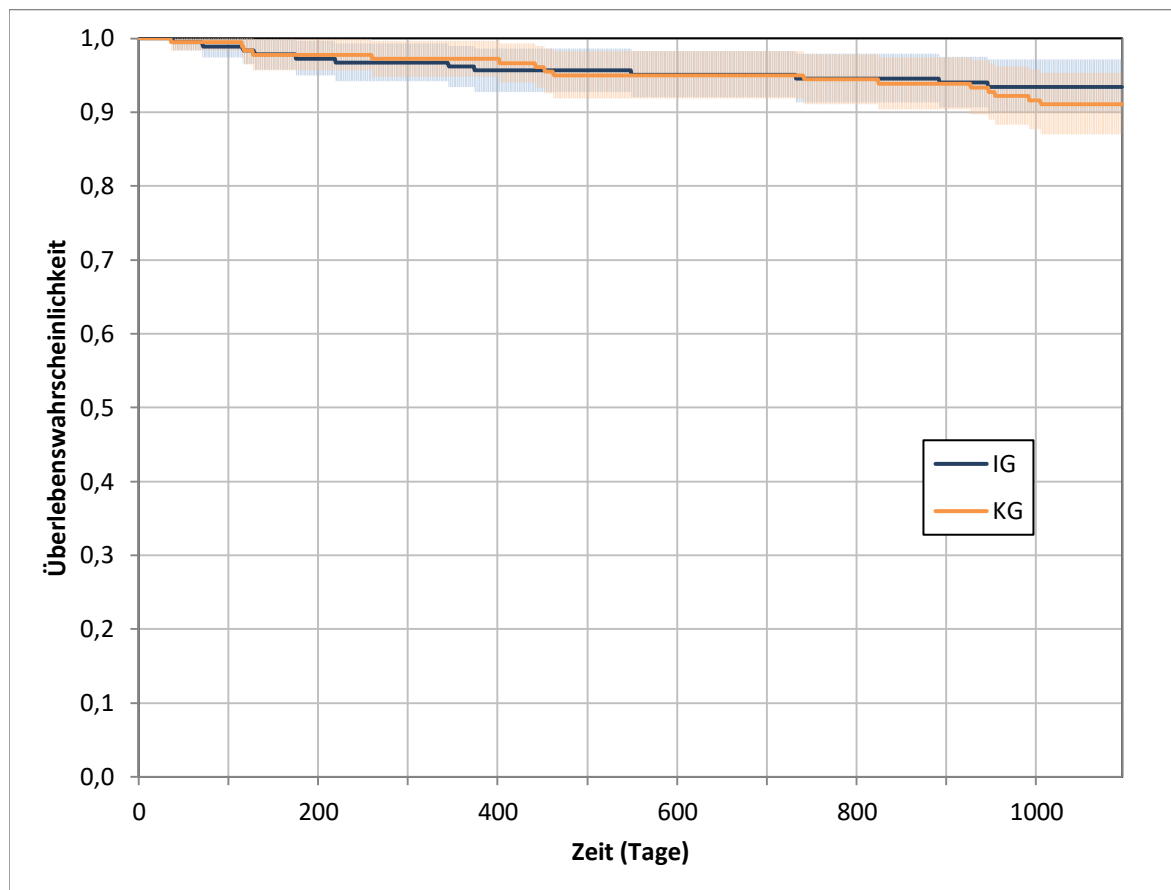


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

**Überlebenswahrscheinlichkeit**

### 8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

**Sekundärer Outcome:** 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 entwickelte. Ausführungen zur Operationalisierung dieses Outcomes finden sich im Methodenband.

Hier werden, analog zur Mortalität, die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres und 4-Jahres Progression dargestellt.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-3,5 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG dagegen etwas größer als in der KG (+1,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren statistisch nicht signifikant. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-5,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil geringer (-2,4 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch erneut statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen im Vergleich zu Patienten der KG (-3,0 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier erneut nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 6,0 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,2 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,5 %-Punkte größer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG geringer als in der KG (-5,1 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 0,6). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (-1,0 %-Punkte). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG größer als in der KG (+1,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 1,3).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-4,2 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG hingegen größer (+1,5 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-3,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,2 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas größeren Anteilen als die Patienten der KG (+1,2 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>4 Jahre</b>	<b>4 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>233</b>	<b>227</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	78	80
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	128	118
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	177	158
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	9,0 %	12,5 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	1,6 %	6,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	30,5 %	33,5 %

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

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
	<b>4 Jahre</b>	<b>4 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>127</b>	<b>121</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	52	40
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	67	71
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	72	62
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	13,5 %	12,5 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	7,5 %	9,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	22,2 %	22,6 %

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

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

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

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

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



**Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung**

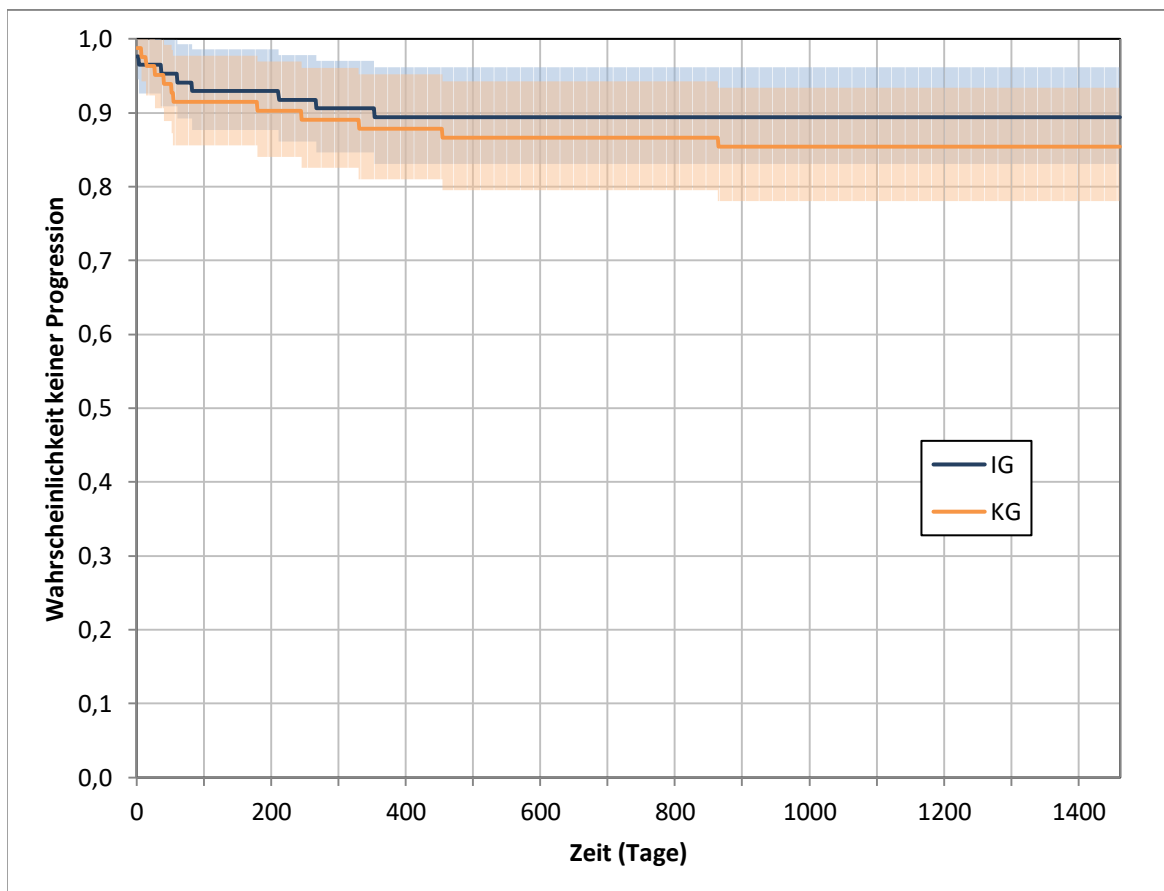
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

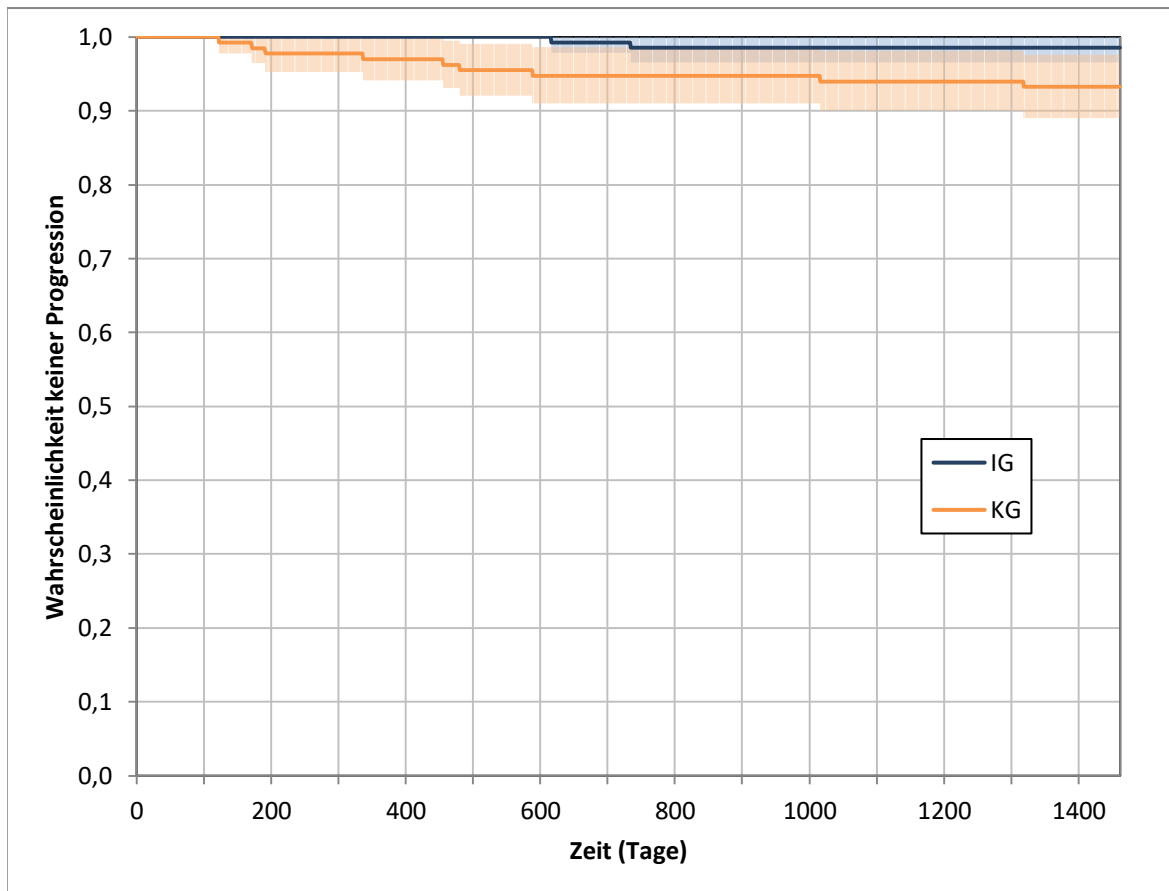
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

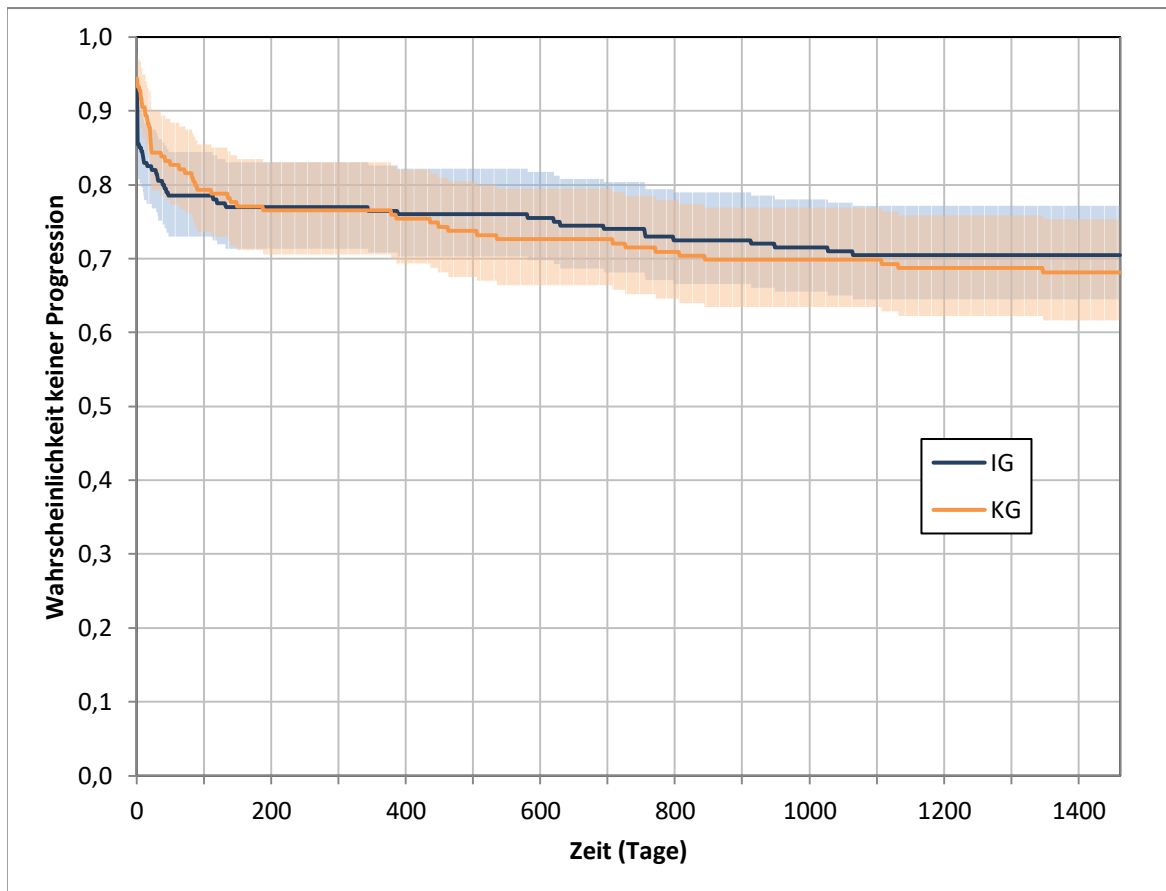
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

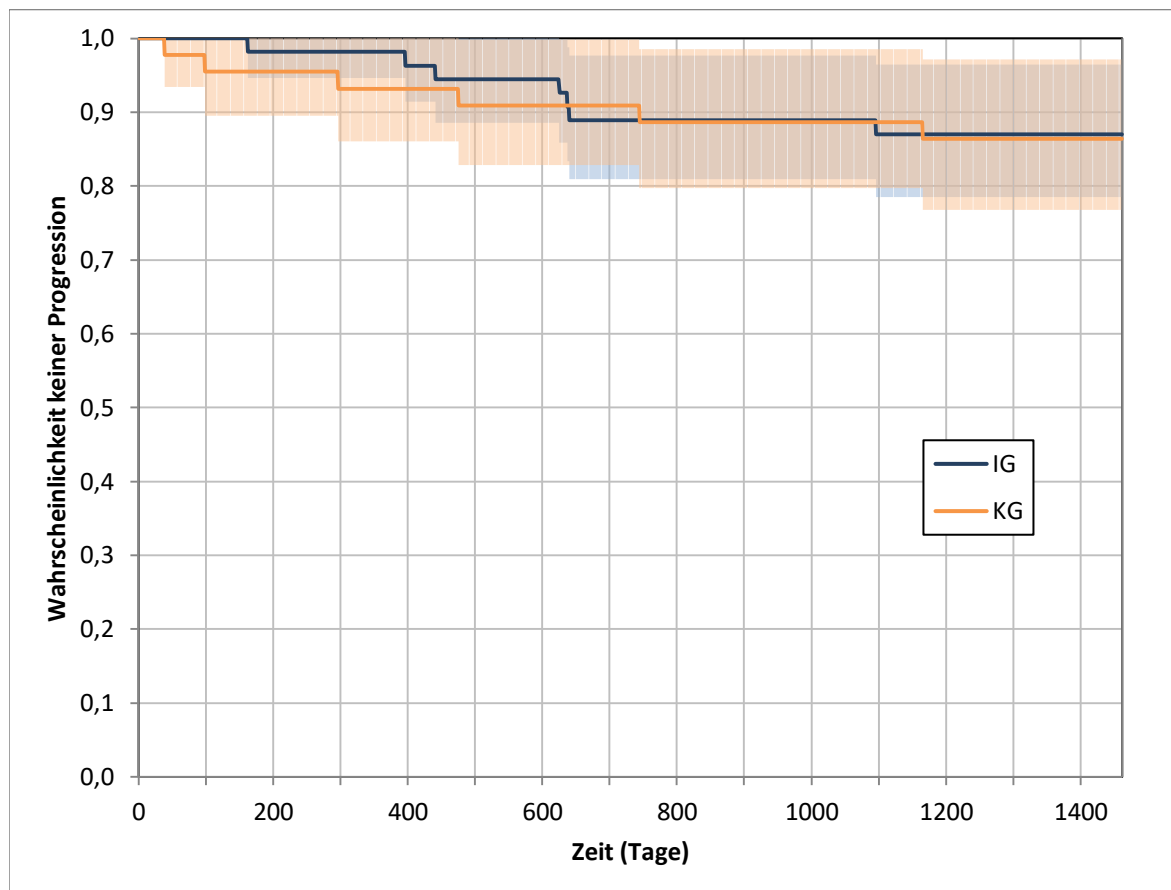


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

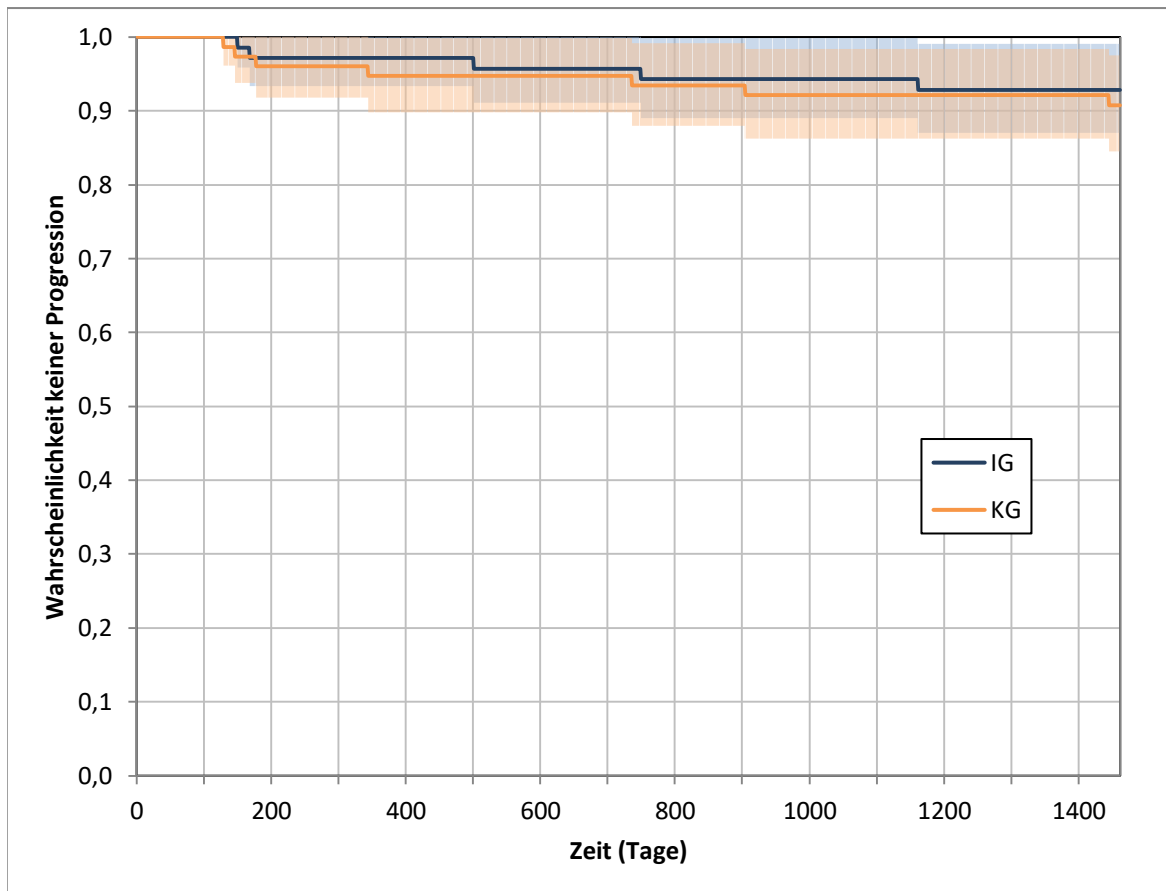
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

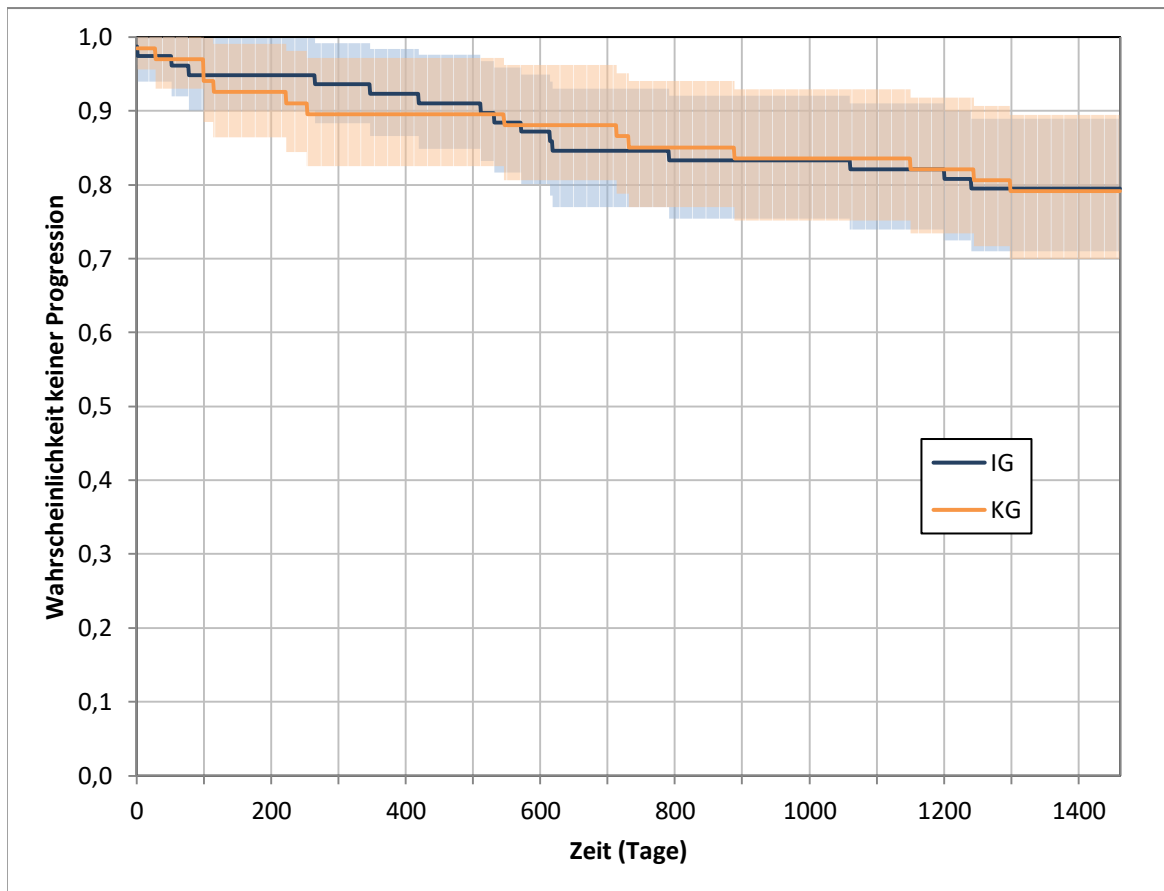
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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

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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,76 0,31...1,84	0,22 0,05...1,04	1,08 0,75...1,56

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

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,69 0,22...2,18	0,57 0,17...1,94	0,69 0,31...1,53

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.260</b>	<b>1.266</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	447	416
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	650	704
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	950	908
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	6,9 %	13,0 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,1 %	4,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	23,7 %	22,1 %

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

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

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

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

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



**Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

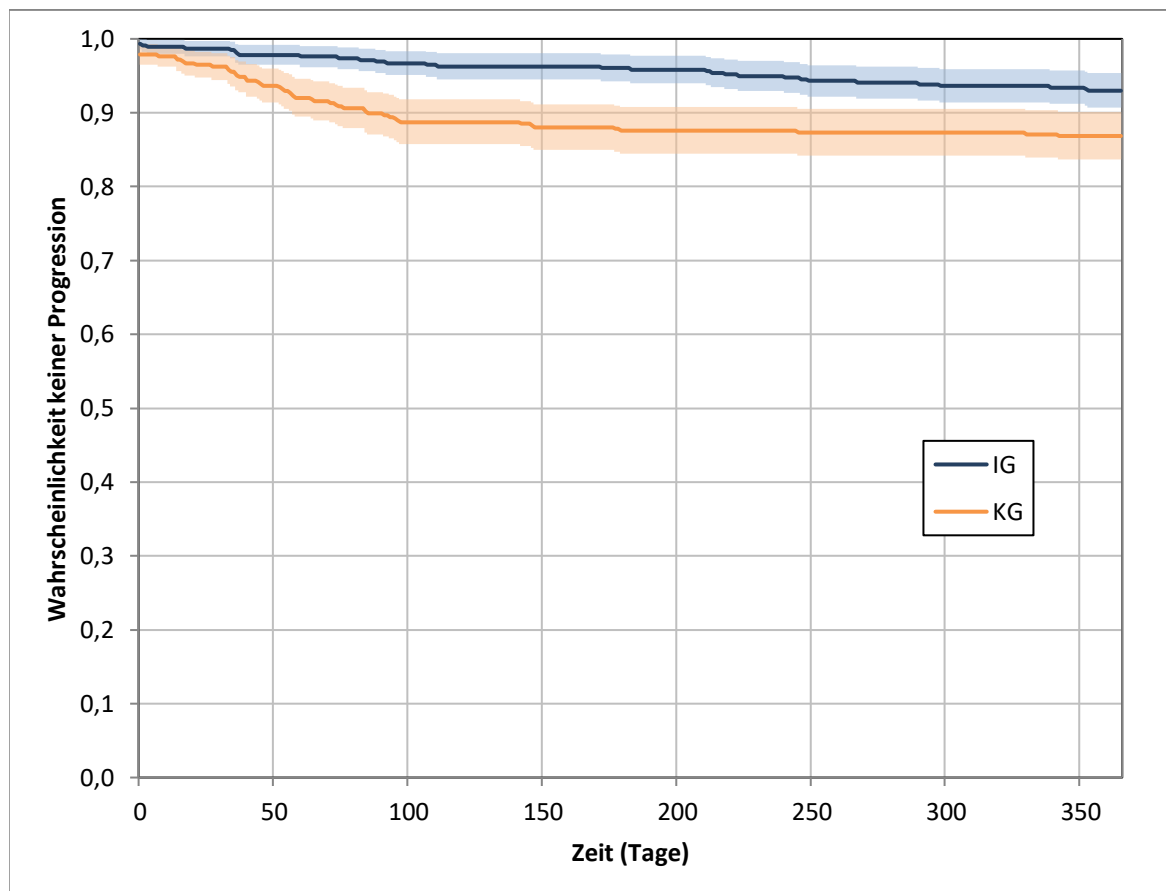
### Erwachsene, klinikneue Patienten

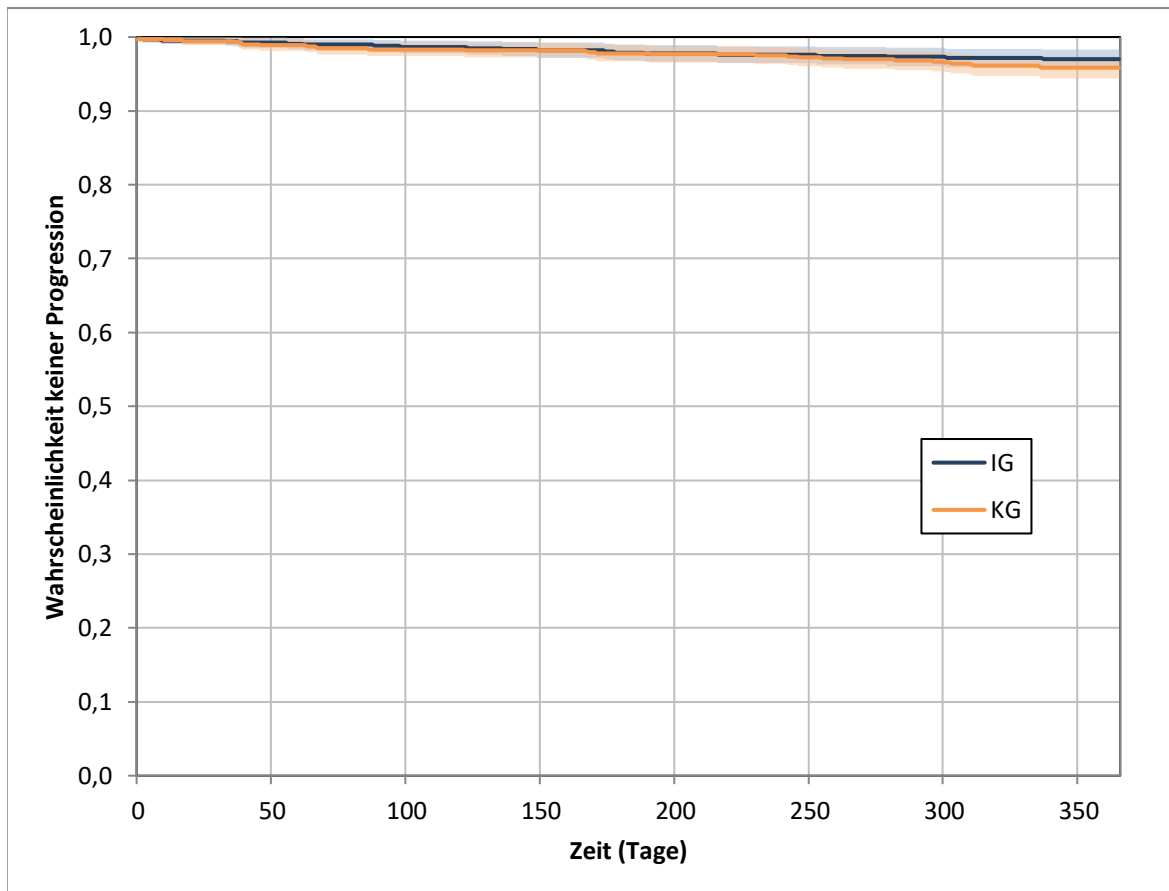
Legende für die folgenden Abbildungen:

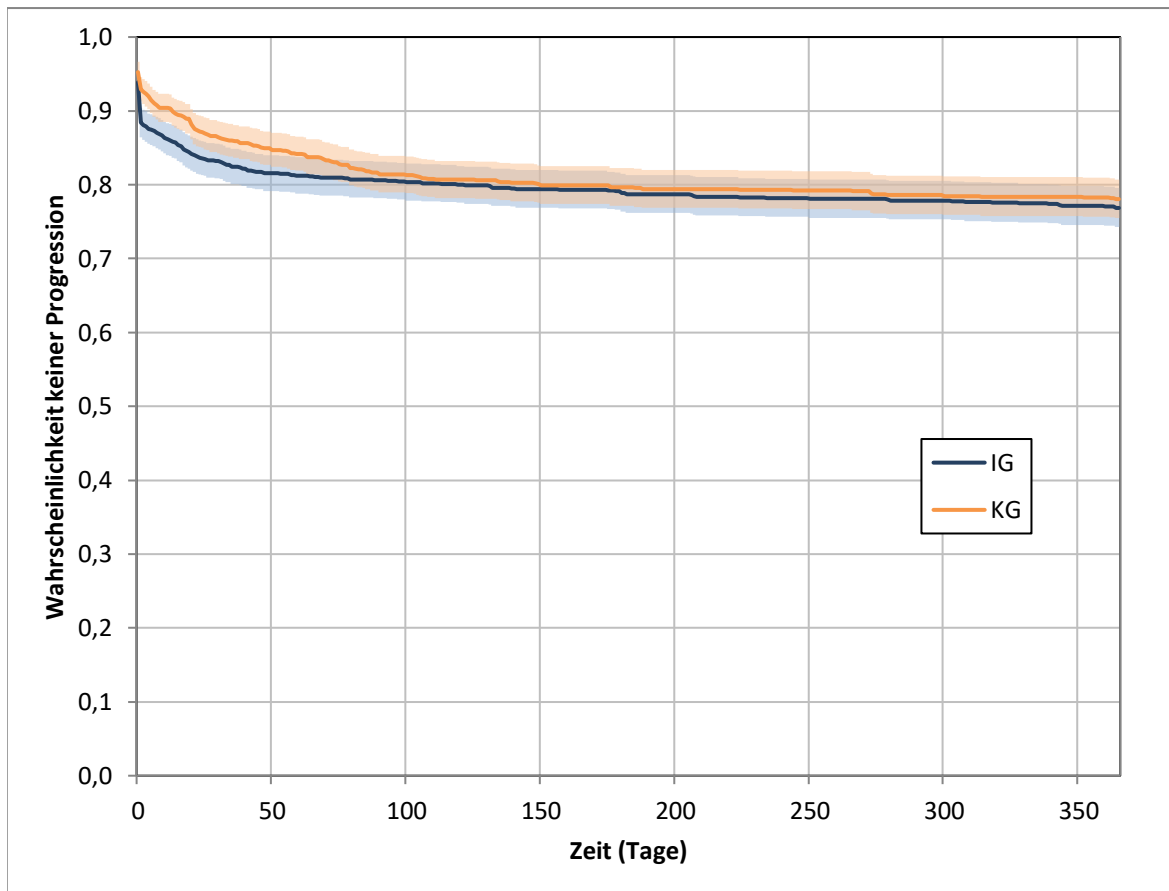
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>2 Jahre</b>	<b>2 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>920</b>	<b>911</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	341	316
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	498	525
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	698	660
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	8,8 %	13,9 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,6 %	4,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	26,2 %	24,4 %

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

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

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

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

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

**Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

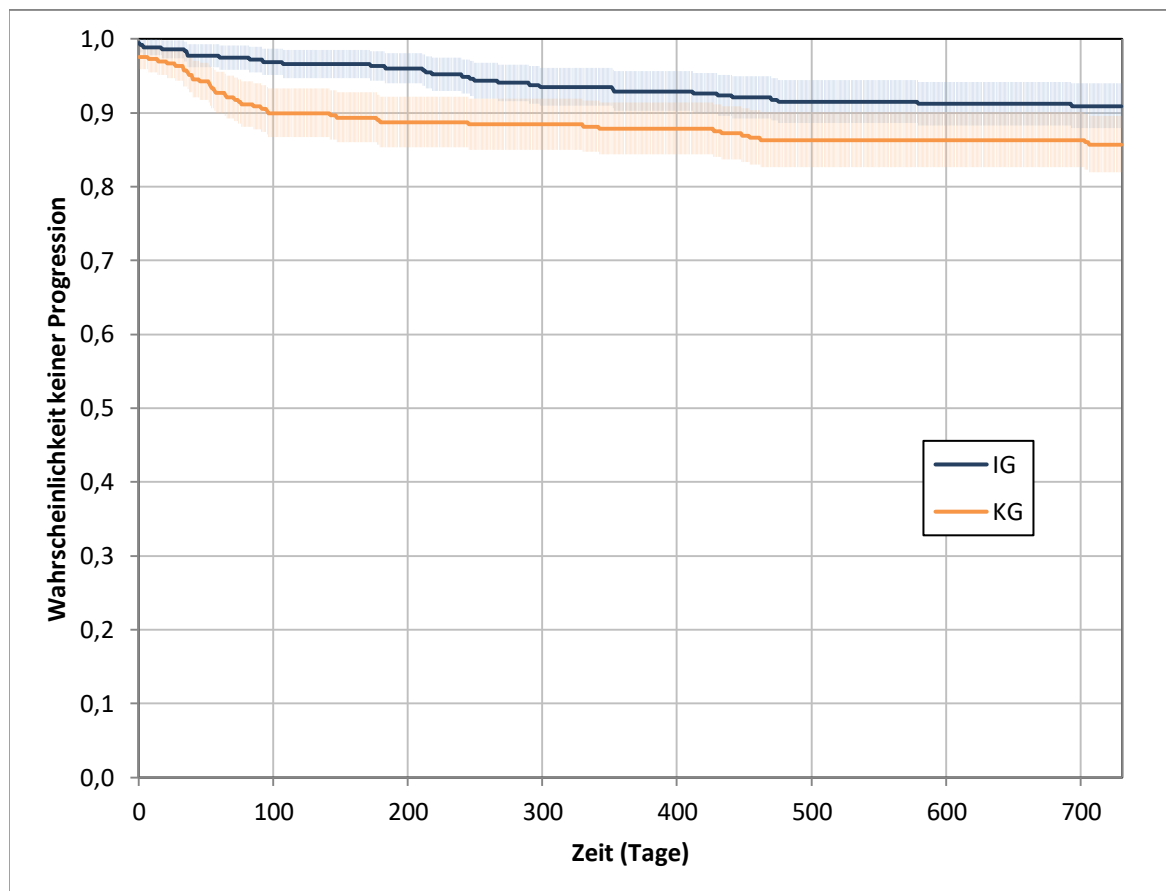
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

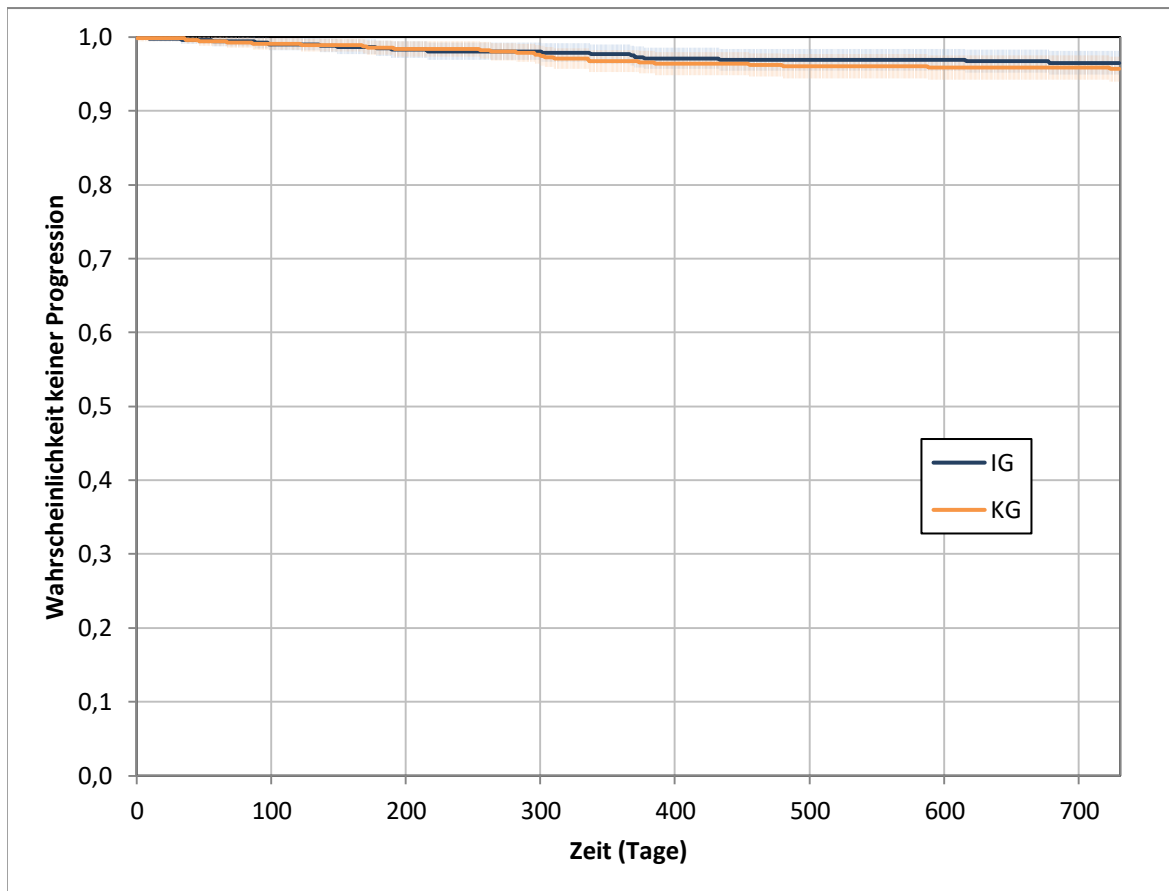
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

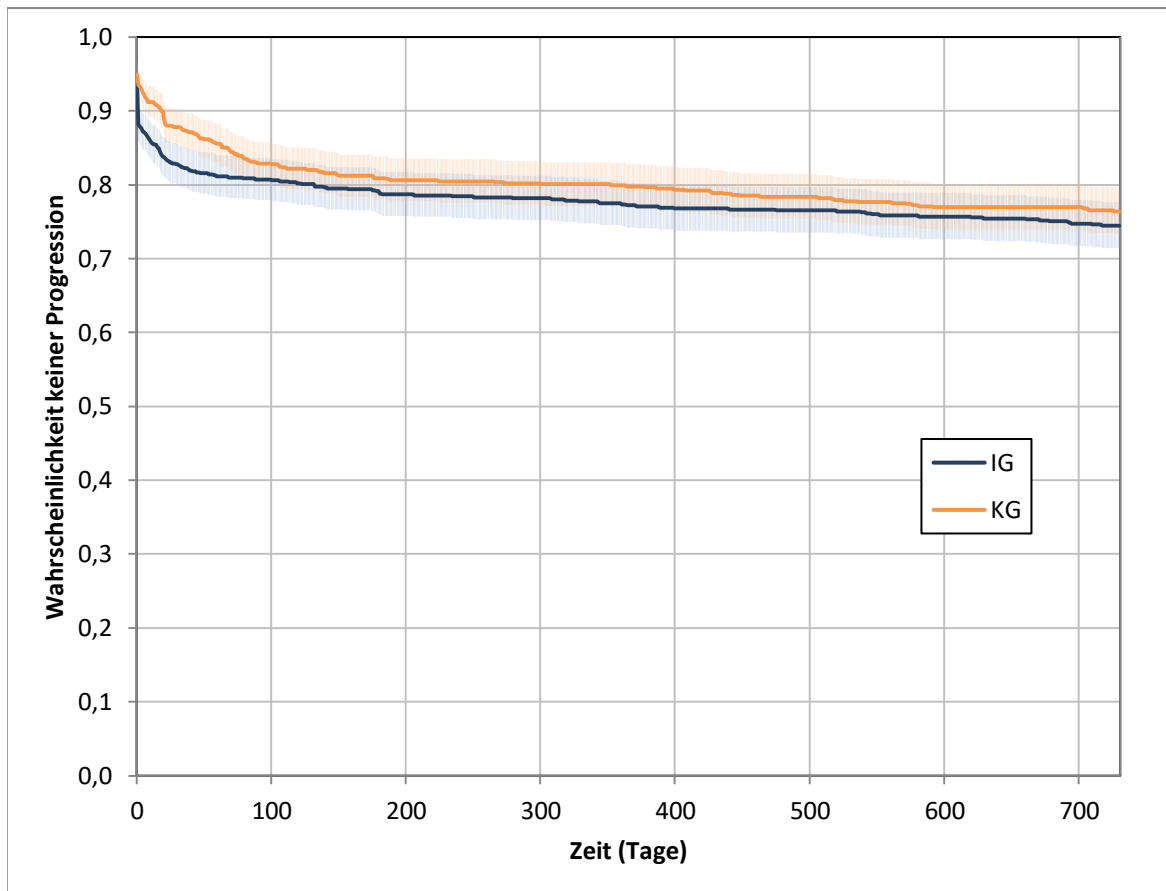
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,60* 0,38...0,95	0,64 0,34...1,21	1,34* 1,07...1,67

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).



## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>3 Jahre</b>	<b>3 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>559</b>	<b>543</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	220	197
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	315	306
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	419	385
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	10,0 %	14,2 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,5 %	5,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	27,9 %	26,8 %

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

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
	<b>3 Jahre</b>	<b>3 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>171</b>	<b>163</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	70	47
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	91	91
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	103	84
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	10,0 %	8,5 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,4 %	6,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	16,5 %	16,7 %

<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 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung**

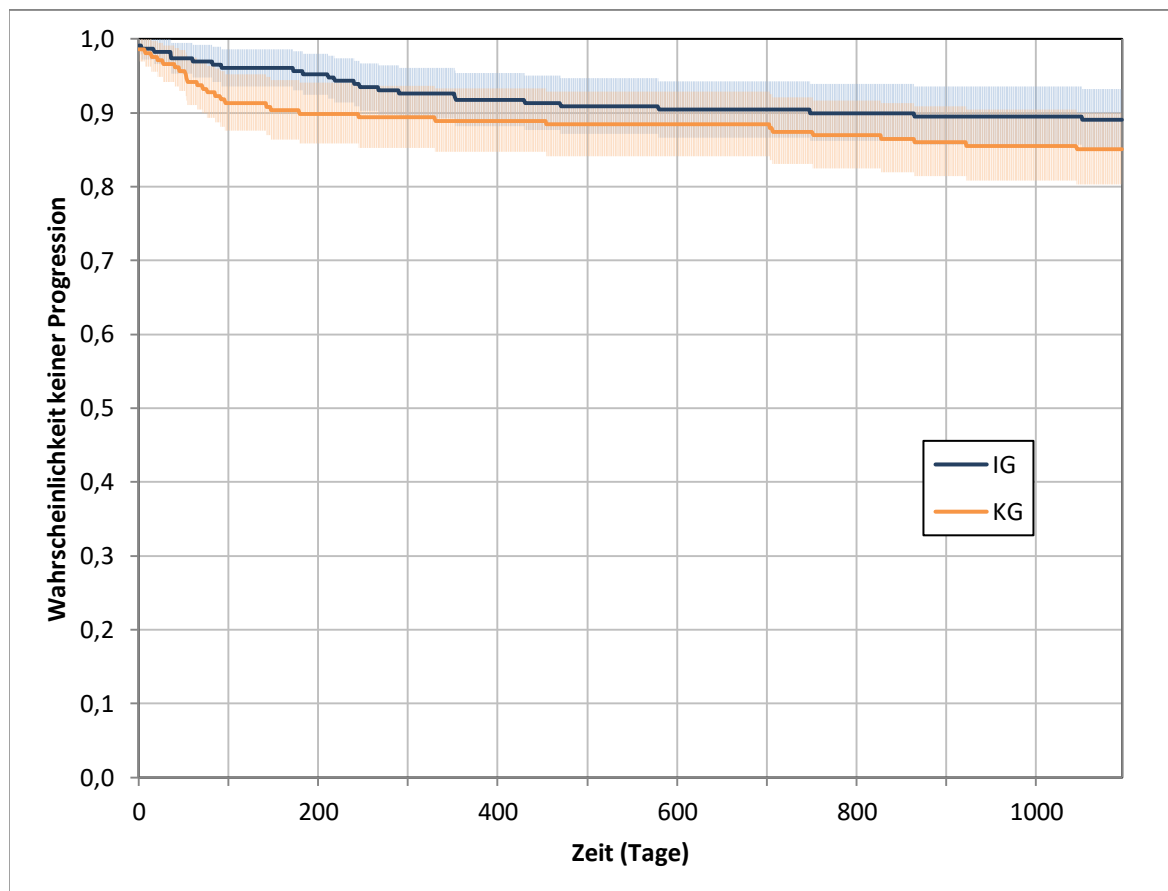
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

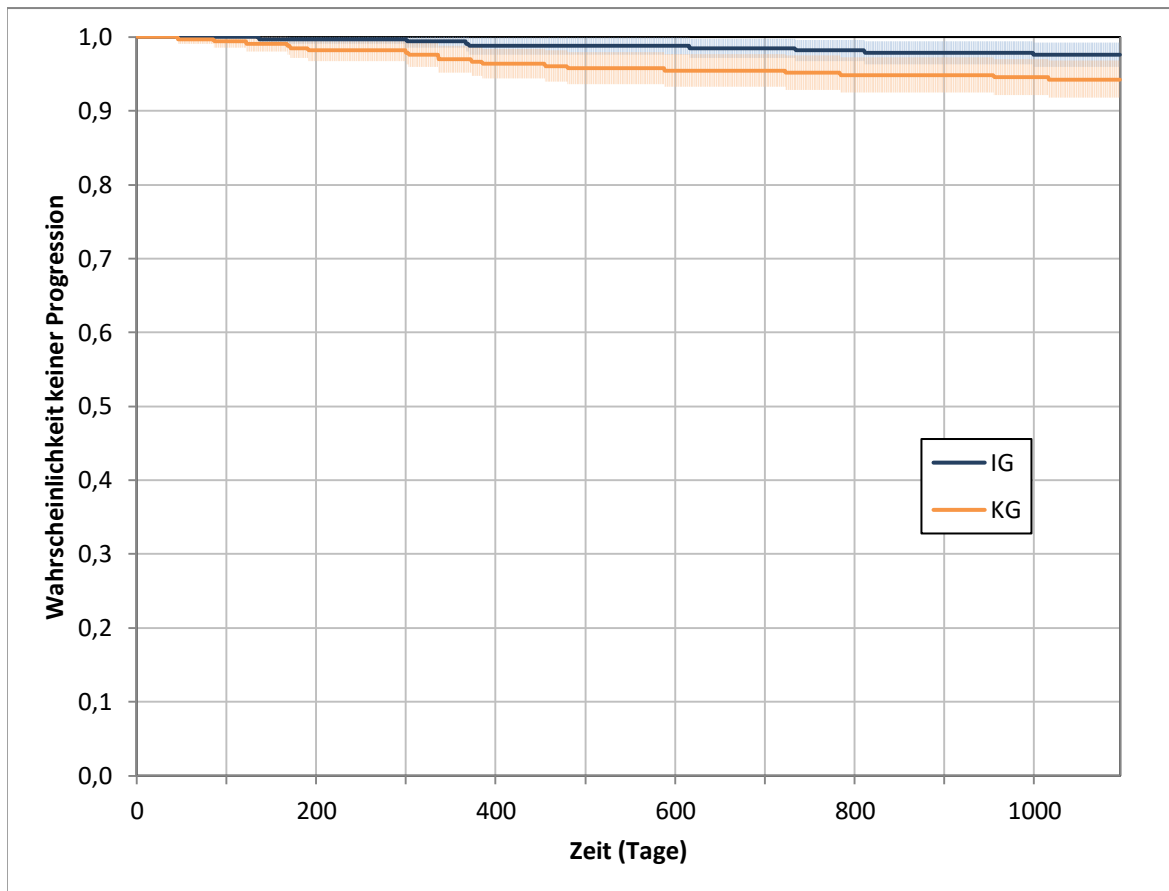
Legende für die folgenden Abbildungen:

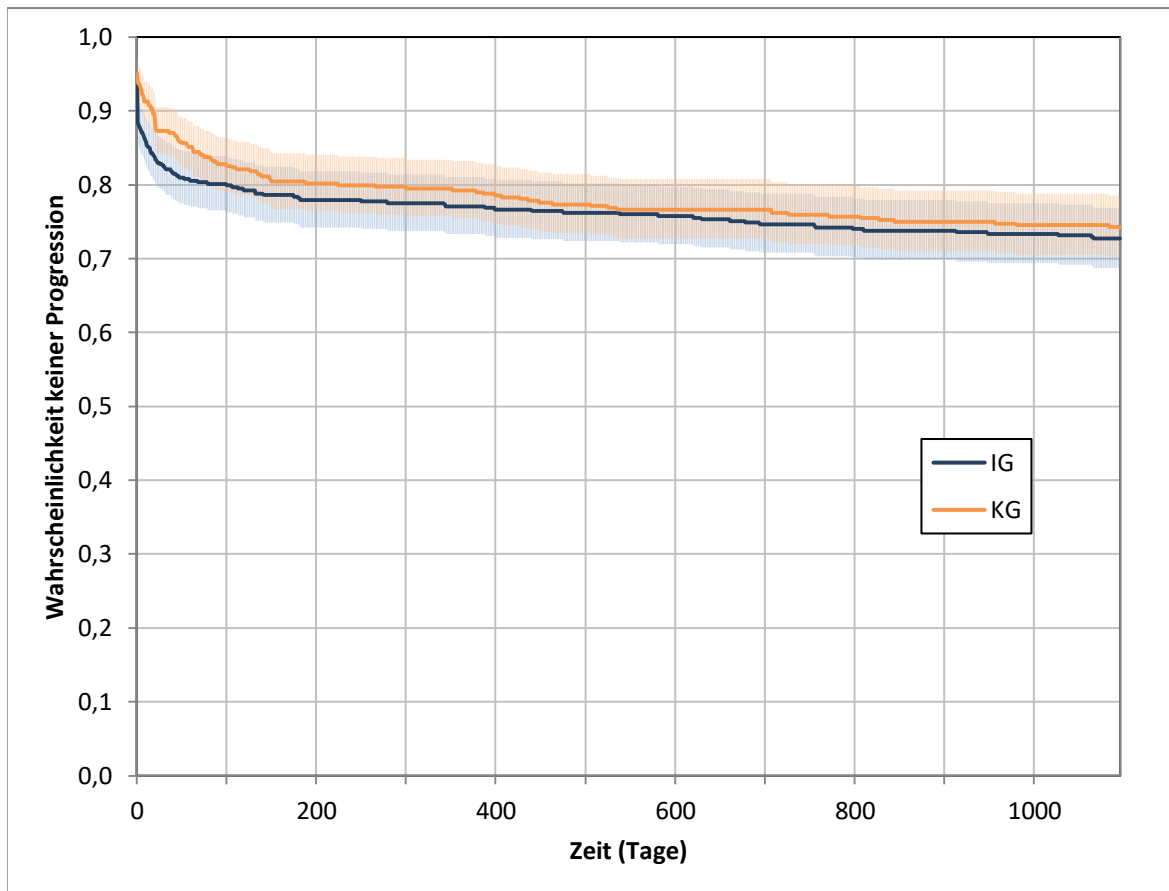
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

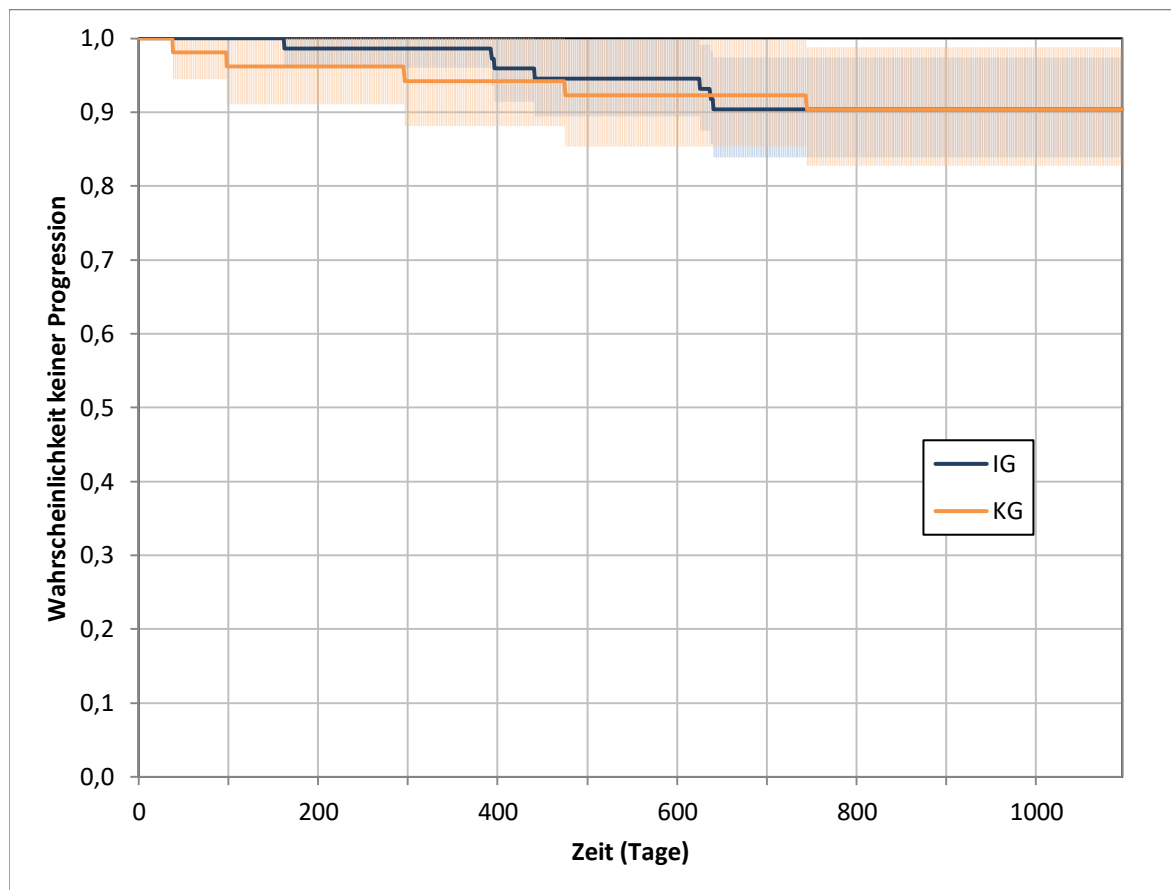
**Progression C (→ Suchterkrankung)**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

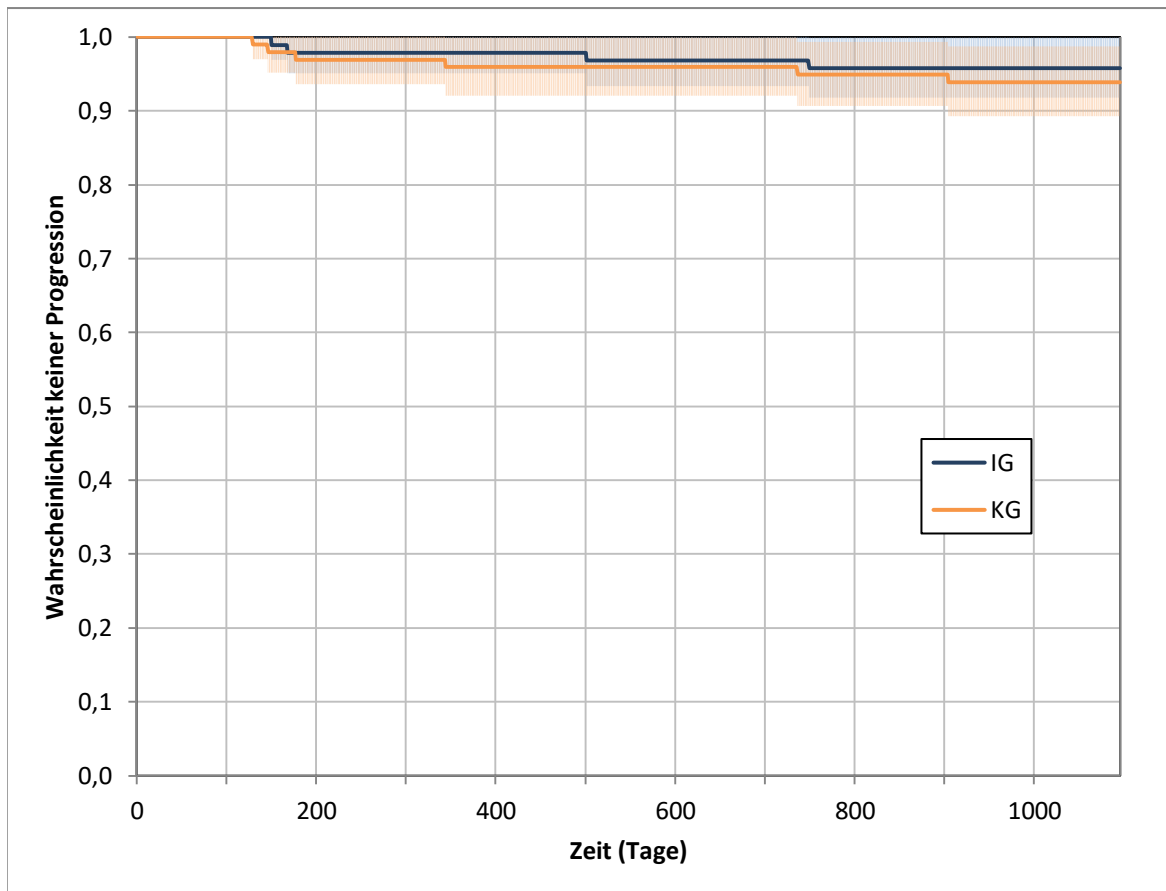
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

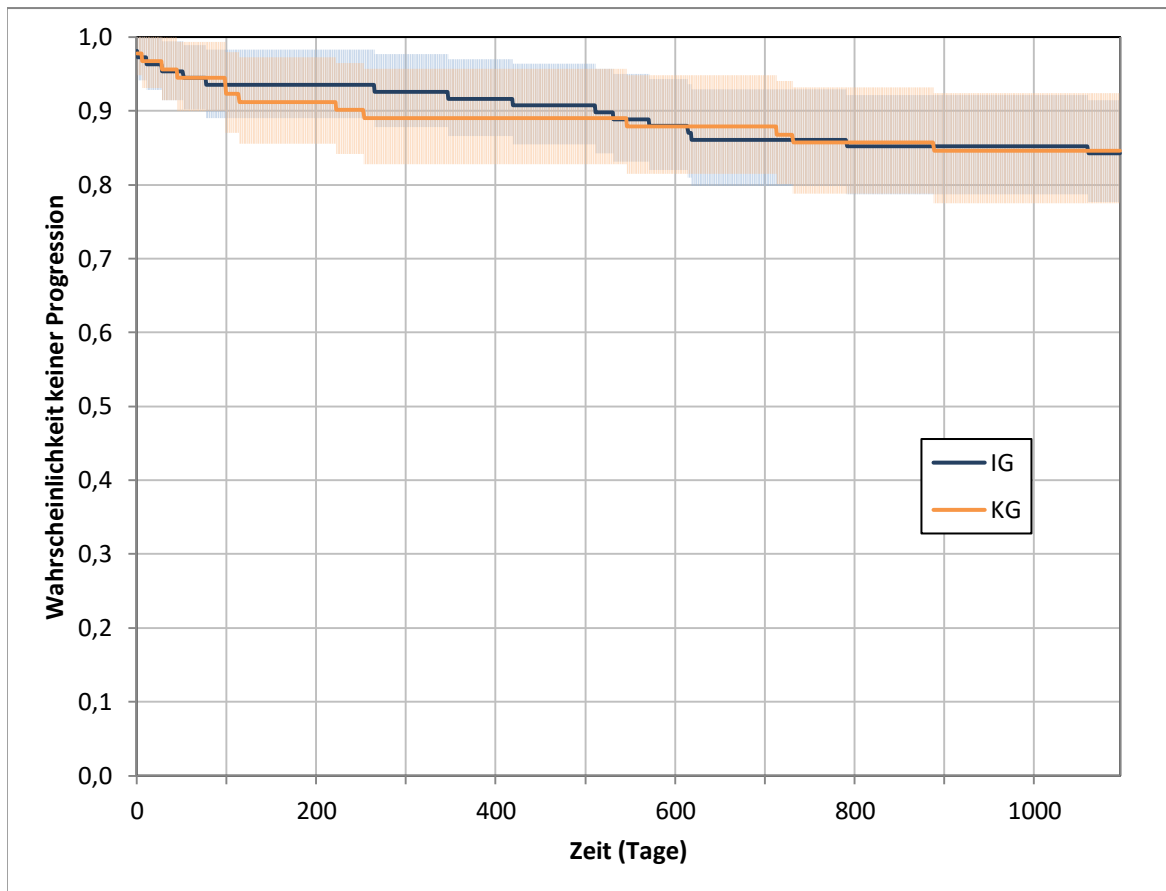
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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

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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**





### 8.2.11 Leitlinienadhärenz

**Sekundärer Outcome:** Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Outcomes untersucht, inwieweit die Einhaltung der Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen in den vorhandenen Daten dokumentiert sind. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesen Outcomes wird kein Zeitreihenvergleich erstellt, da diese zeitsensibel sind, z.B. ausgehend von erster Diagnose oder abhängig vom Vorzeitraum. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 0,8 %; KG: 0,7 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 1,3 %; KG: 2,2 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG niedriger als in der KG waren (IG: 3,7 %; KG: 8,9 %). Für inferenzstatistische Berechnungen waren die Fallzahlen jedoch zu gering. Bei den anderen Untersuchungen zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering um generell valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 52,0 %; KG: 51,9 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 15,8 %; KG: 18,0 %). Dieser Unterschied war statistisch jedoch nicht signifikant.

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 87,3 %; KG: 90,0 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den anderen Untersuchungen zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering um valide Aussagen ableiten zu können.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### 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 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	120 0,8 %	145 0,7 %
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	160 1,3 %	179 2,2 %

<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

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 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

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>	82 3,7 %	101 8,9 %
<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>	14 64,3 %	19 42,1 %
<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>	42 38,1 %	50 48,0 %

<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> ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

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

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

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

## 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 im 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 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit**

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>354</b> 52,0 %</p>	<p><b>403</b> 51,9 %</p>
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>• Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>443</b> 15,8 %</p>	<p><b>477</b> 18,0 %</p>

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

<sup>2</sup> ATC 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

## Schizophrenie

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

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

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

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

**Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit**

<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>63</b></p> 87,3 %	<p style="text-align: center;"><b>60</b></p> 90,0 %
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>42</b></p> 97,6 %	<p style="text-align: center;"><b>33</b></p> 93,9 %
<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>	<p style="text-align: center;"><b>23</b></p> 26,1 %	<p style="text-align: center;"><b>18</b></p> 16,7 %

<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> ATC-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

**Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit**

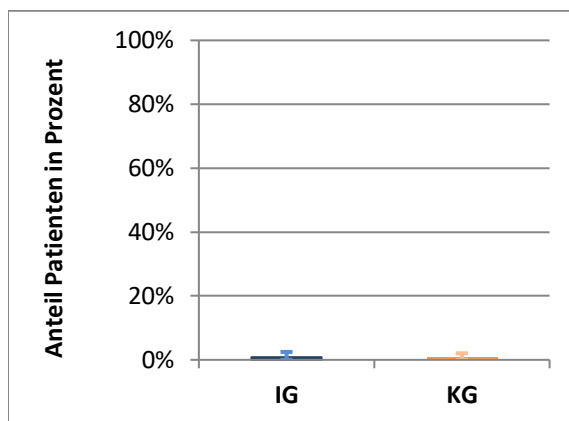
### Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

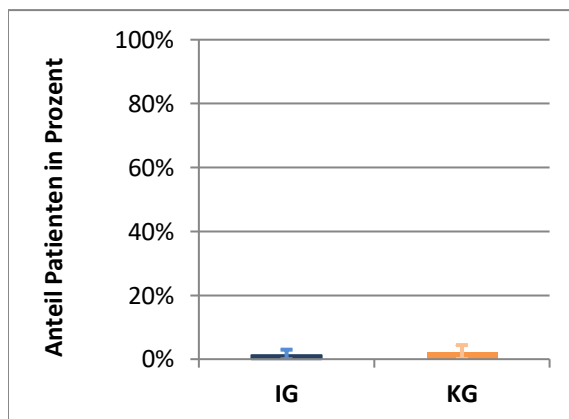
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

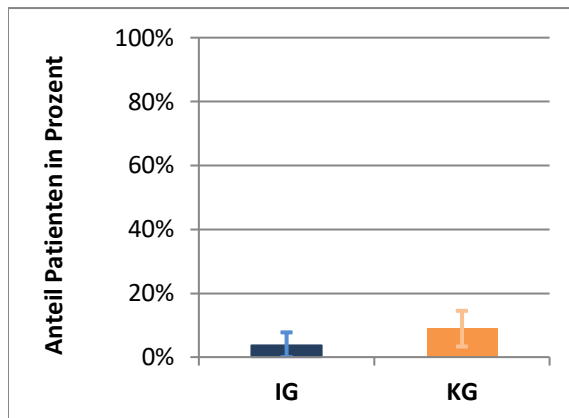
#### Alkoholabhängigkeit B



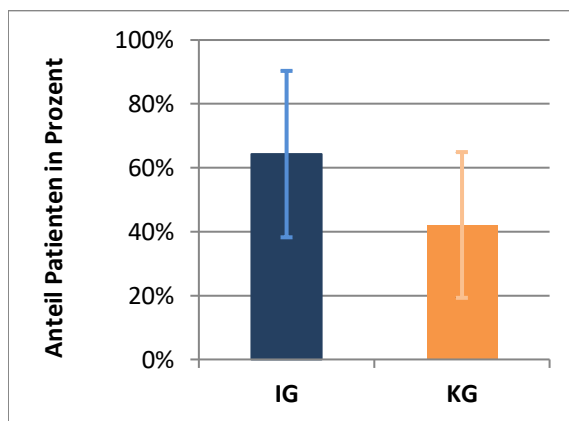
#### Alkoholabhängigkeit C



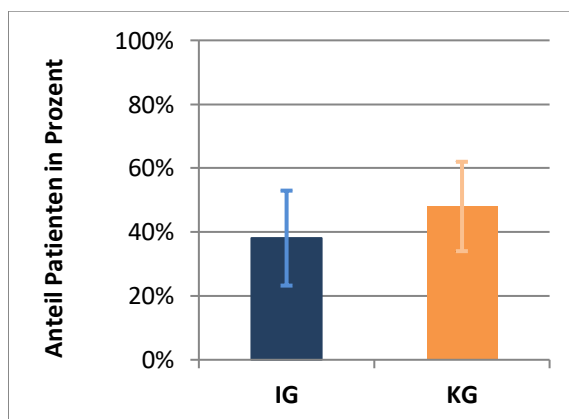
**Demenz D**



**Demenz E**

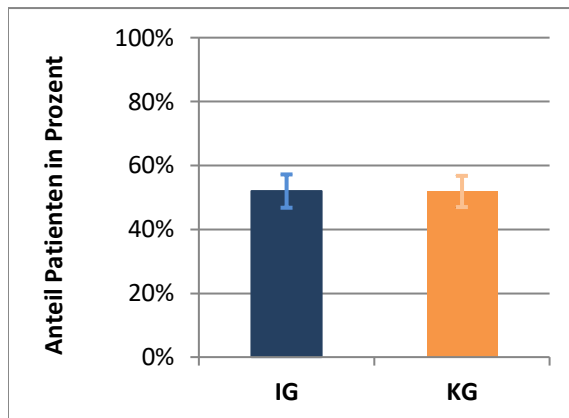


**Demenz F**

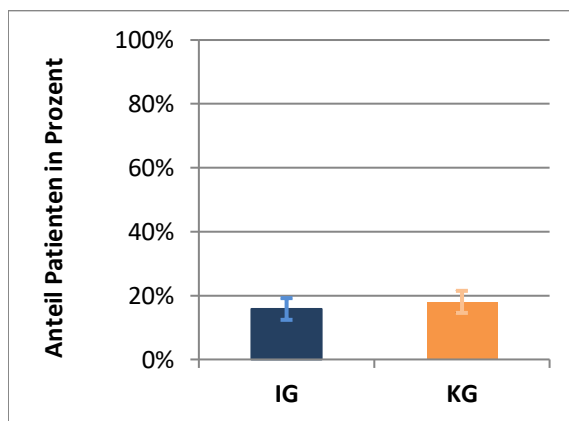




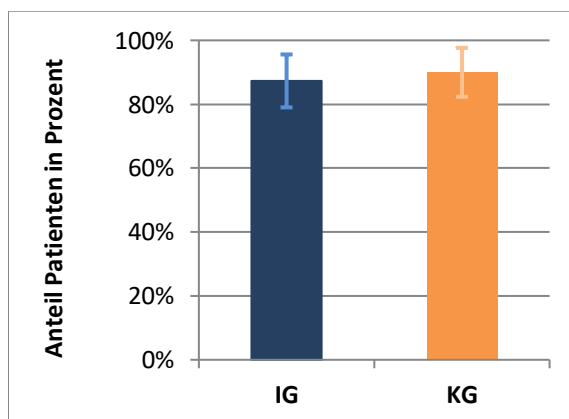
**Depression G**



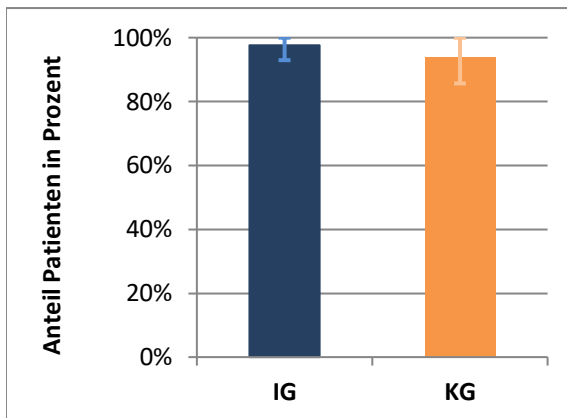
**Depression I**



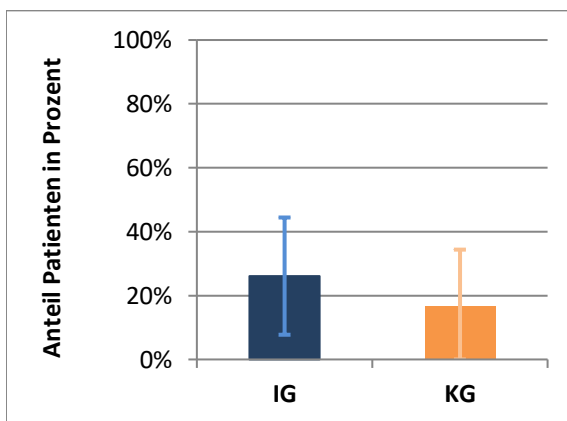
**Schizophrenie J**



**Schizophrenie K**



**Schizophrenie L**



**Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<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	0,98 0,72...1,32	0,83 0,57...1,19	0,88 0,27...2,89	kf	kf

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

kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

### 8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 analog zu den Auswertungen der Erwachsenen (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 57) hier für Kinder und Jugendliche (Alter <18 Jahre) darstellt. Einzelne Parameter, die nicht für Kinder und Jugendliche zutreffen wurden herausgenommen (siehe auch separater Methodenband).

#### 8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

**Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcome:** 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. Bei der Berechnung der kumulierten Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte werden alle Patienten, die eingeschlossen wurden, berücksichtigt und nicht nur Patienten, die einen stationären Aufenthalt aufwiesen. Hier werden demnach Tage pro Patient ausgewiesen (inkl. Patienten mit keinen Tag) und nicht Fallzahlen im Krankenhaus.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf stationäre Aufenthalte aufgrund von Indexdiagnosen als Hauptdiagnose für Kinder und Jugendliche.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den klinikneuen Patienten im Jahr vor Referenzfall in der IG um 7,2 %-Punkte höher als bei den Patienten der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war jedoch in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = 0,2) (IG: +19,2 %-Punkte; KG: +37,8 %-Punkte). Auch alle weiteren Jahre waren in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant geringer (DiD = 0,2 bzw. 0,3). Auch absolut waren die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in den Jahren nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG mit Abnahme über die Zeit (1. Jahr: -11,3; 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -2,3; 4. Jahr: -0,4 %-Punkte). Bei den klinikbekannten Patienten wies die IG erneut größere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt im Jahr vor Referenzfall auf (+8,8 %-Punkte). Zum ersten Jahr nach Referenzfall blieb dieser Anteil in der IG fast konstant, stieg jedoch in der KG an (IG: +0,6; KG: +14,9 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 0,4). Im weiteren Verlauf ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG (1. Jahr: -5,4; 2. Jahr: -1,0; 3. Jahr: +3,9; 4. Jahr: +2,7 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit**

**mindestens einem teilstationären Aufenthalt** verzeichnete bei den linikneuen Patienten in der IG einen wesentlich höheren Peak als in der KG (IG: +39,7; KG: +10,1 %-Punkte). Auch in den folgenden Jahren waren die Anteile in der IG stets größer als in der KG (2. Jahr: +2,5; 3. Jahr: +3,4; 4. Jahr: +1,7 %-Punkte). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden. Die linikbekannten Patienten der IG starteten, analog zu den vollstationären Anteilen, auf einem wesentlich höheren Niveau als die Patienten der KG im Jahr vor Referenzfall (IG: 20,8 %; KG: 6,4 %). Dieser höhere Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum bestehen, verringerte sich aber über die Zeit (prä: 14,4 %; 1. Jahr: 10,9 %; 2. Jahr: 9,0 %; 3. Jahr: 1,7 %; 4. Jahr: 3,8 %). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier erneut keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster zwischen IG und KG im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 0,7; KG: 0,1 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 12,8; KG: 21,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,6; 3,1 und 2,7 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,5; 5,3 und 3,2 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Dabei war der Peak im Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -9,1 vollstationäre Tage). Auch wies die IG in den weiteren Jahren weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Diese Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch im Verlauf nicht mehr signifikant. Auch der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten wiesen die Patienten der IG im ersten Jahr nach Referenzfall geringere vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur KG auf. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = -10,6 vollstationäre Tage). In den weiteren Jahren glichen sich die Höhe der vollstationären Tage zwischen IG und KG an. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht mehr. Auch war der Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach statistisch nicht signifikant.

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG (+7,5 teilstationäre Tage). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden. Die weiteren Jahre waren dann zwischen IG und KG vergleichbar, wobei die Anzahl teilstationärer Tage in der IG teils leicht aber stets über den Werten der KG blieb. Bei den linikbekannten Patienten zeigte in der IG nur ein kleiner Peak vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (+3,7 teilstationäre Tage); während dieser in der KG größer ausfiel (+11,9 teilstationäre Tage). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier erneut keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG weniger stark als in der KG (IG: +24,3 %-Punkte; KG: +37,1 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg jedoch in der IG stärker als in der KG (IG: +35,2 %; KG: +11,2 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +13,1; KG: +23,2 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG stärker im Vergleich zur KG (IG: +14,5; KG: +9,0 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Anteil war im Jahr vor Referenzfall in der IG höher als in der KG. In den folgenden beiden Jahren waren dagegen die Anteile in der IG geringer als in der KG. Diese geringeren Anteile der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall waren in beiden Jahren statistisch signifikant (DiD = 0,4 bzw. 0,5). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an, dabei fiel dieser Anstieg in der IG wesentlich höher aus im Vergleich zur KG (IG: +38,1; KG: +10,6 %-Punkte). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnte auch hier kein inferenzstatistischer Test durchgeführt werden.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -10,0 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Tage in der IG und der KG, blieb aber in der IG stets etwas unter der Anzahl der vollstationären Tage der KG. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG höher ausfielen als in der KG (IG: +15,9; KG: +8,9 teilstationäre Tage). Zu geringe Fallzahlen erlaubten auch hier keine inferenzstatistischen Testungen.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten weniger stark anstieg als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anstieg in der IG geringer als in der KG. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG (IG: + 39,2; KG: +8,9 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war ein größerer

Anstieg in der IG, trotz größerem Ausgangsniveaus im Jahr vor Referenzfall, im Vergleich zur KG zum ersten Jahr nach Referenzfall zu verzeichnen (IG: +11,2; KG: +9,3 %-Punkte). Auch im weiteren Verlauf waren die teilstationären Anteil in der IG größer als in der KG.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (IG: +12,8 vollstationäre Tage; KG: +23,5 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein geringerer Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG (IG: +2,2 vollstationäre Tage; KG: +11,2 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG höher als in der KG (IG: +16,2 teilstationäre Tage; KG: +8,3 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein geringerer Peak teilstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +4,8; KG: +9,8 teilstationäre Tage), wobei die Anzahl teilstationärer Tage in der IG im Jahr vor und dem zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall numerisch höher ausfiel.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	10,9 %	30,1 %	7,9 %	7,9 %	7,0 %	3,7 %	41,5 %	10,6 %	10,1 %	7,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	40,2 %	5,7 %	4,8 %	3,1 %	0,0 %	10,1 %	3,2 %	1,4 %	1,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	11,4 %	55,5 %	10,9 %	11,4 %	8,7 %	3,7 %	49,8 %	13,4 %	11,1 %	8,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,7 %	1,3 %	0,9 %	1,3 %	0,9 %	0,9 %	1,8 %	1,4 %	0,5 %	0,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	3,1 %	4,4 %	2,2 %	2,6 %	2,6 %	1,8 %	2,8 %	2,8 %	2,3 %	2,8 %
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	12,8	2,6	3,1	2,7	0,1	21,3	4,5	5,3	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	16,1	1,3	2,6	1,2	0,0	8,6	1,3	0,7	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,8	28,9	3,9	5,6	3,9	0,1	29,9	5,8	6,0	4,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,7	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,0	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,1	0,3	0,2	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).

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>140</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	27,3 %	27,9 %	11,0 %	11,7 %	9,1 %	18,4 %	33,3 %	12,1 %	7,8 %	6,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	20,8 %	27,9 %	9,7 %	4,5 %	4,5 %	6,4 %	17,0 %	0,7 %	2,8 %	0,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	40,9 %	42,9 %	18,8 %	14,9 %	12,3 %	23,4 %	46,1 %	12,1 %	9,9 %	7,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	0,6 %	0,6 %	1,9 %	0,6 %	2,8 %	3,5 %	1,4 %	2,1 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	9,7 %	3,9 %	5,8 %	5,2 %	2,6 %	1,4 %	2,1 %	2,8 %	1,4 %	0,7 %
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)	9,8	9,8	3,0	4,3	3,2	9,5	20,0	4,8	2,3	2,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	5,0	8,7	3,6	1,6	1,3	2,8	14,7	0,6	1,1	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	14,8	18,5	6,6	5,9	4,4	12,3	34,8	5,4	3,4	3,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	2,1	1,0	0,3	1,2	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,6	0,2	0,3	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0

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

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

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

**Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

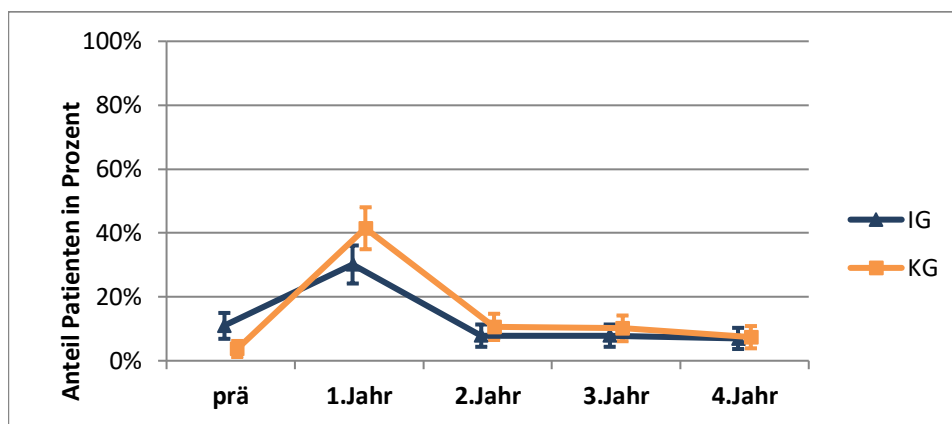
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

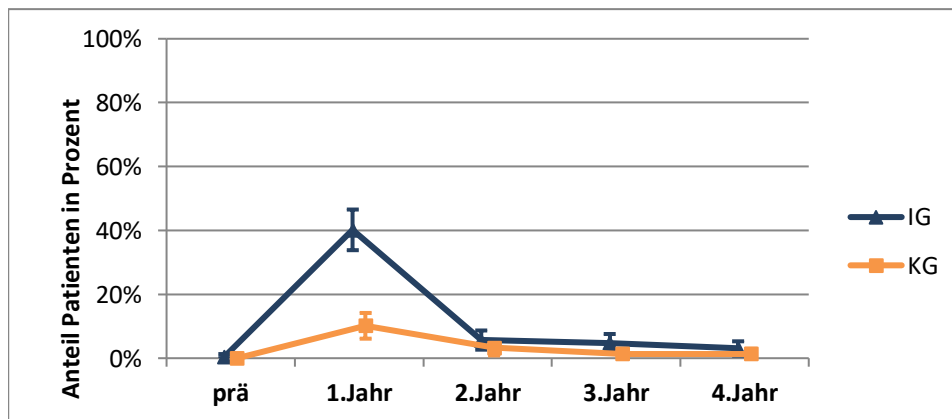
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

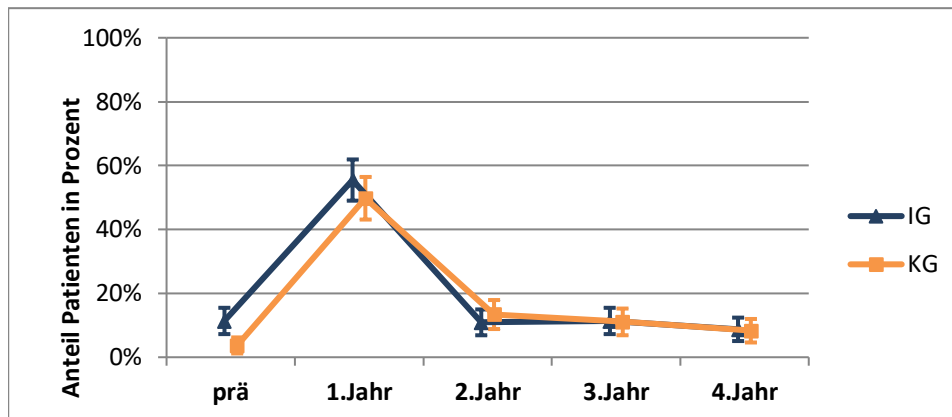
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



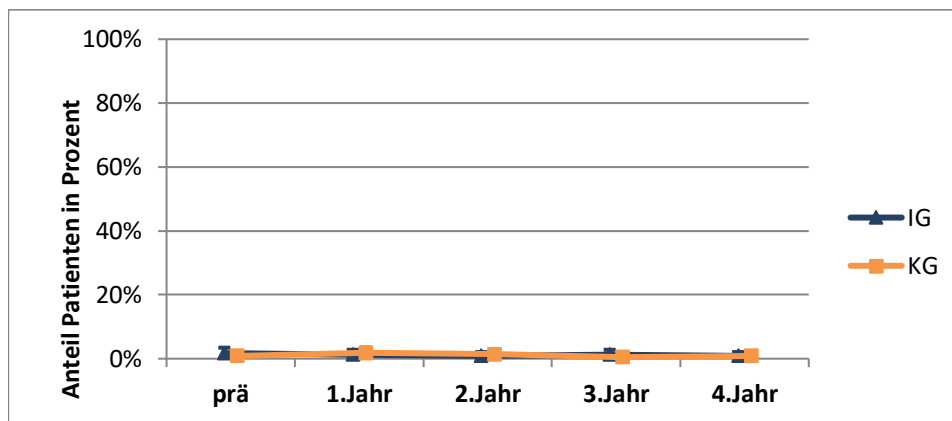
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



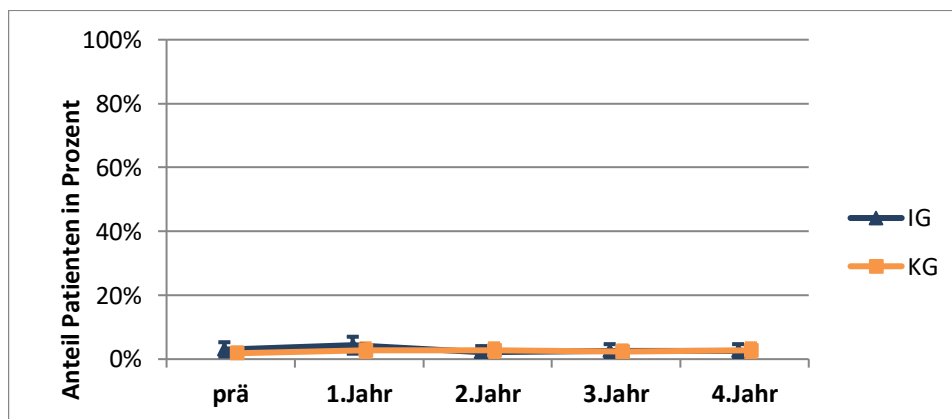
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

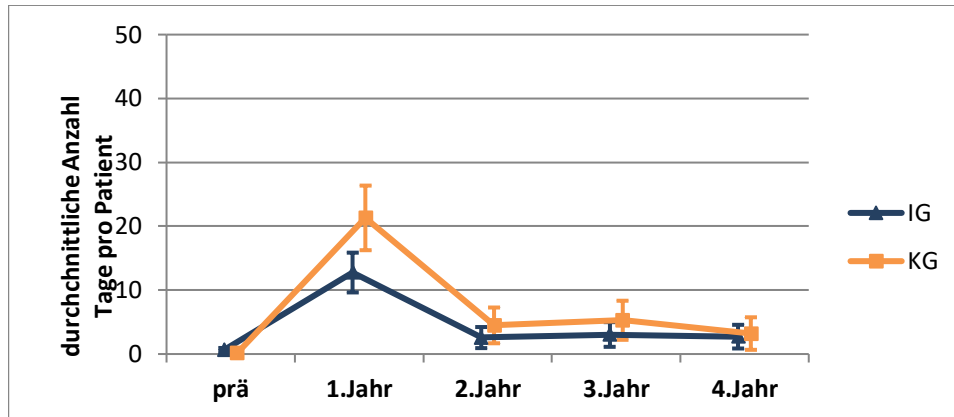


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

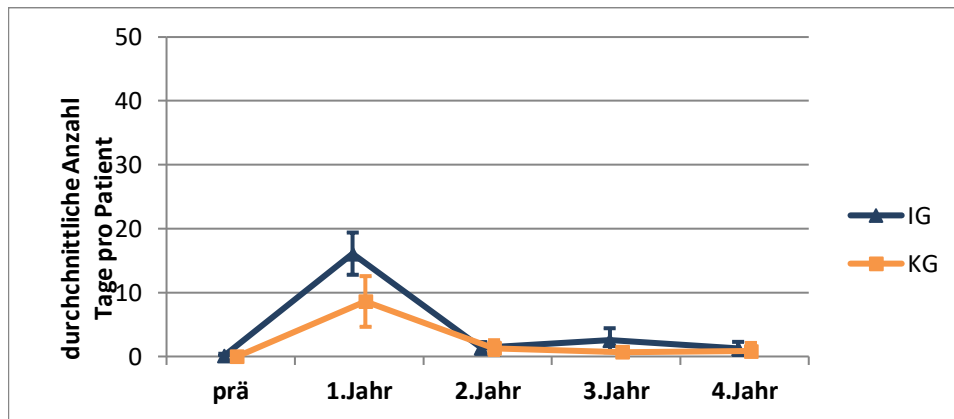


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

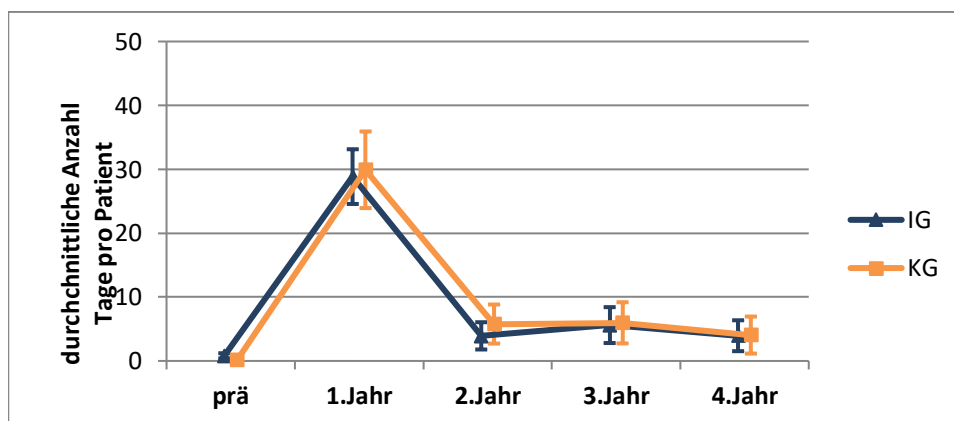
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



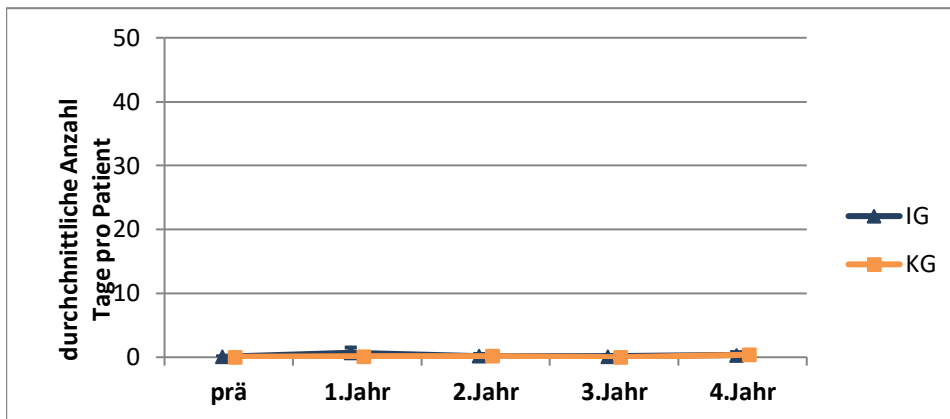
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



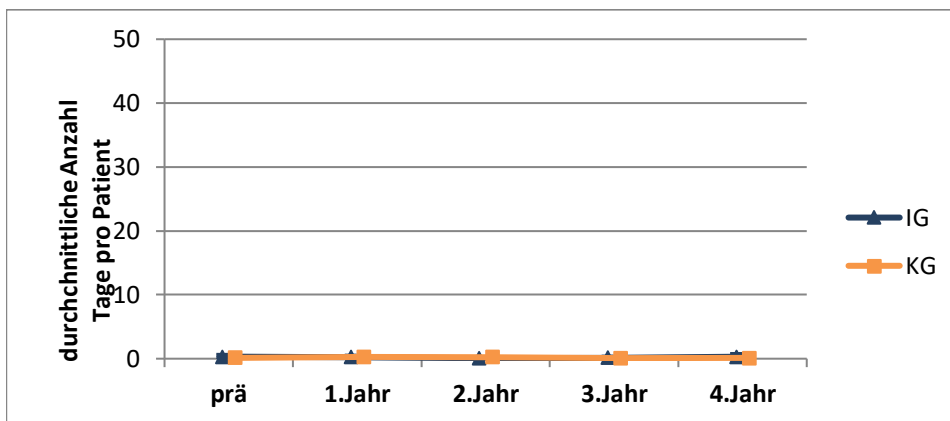
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



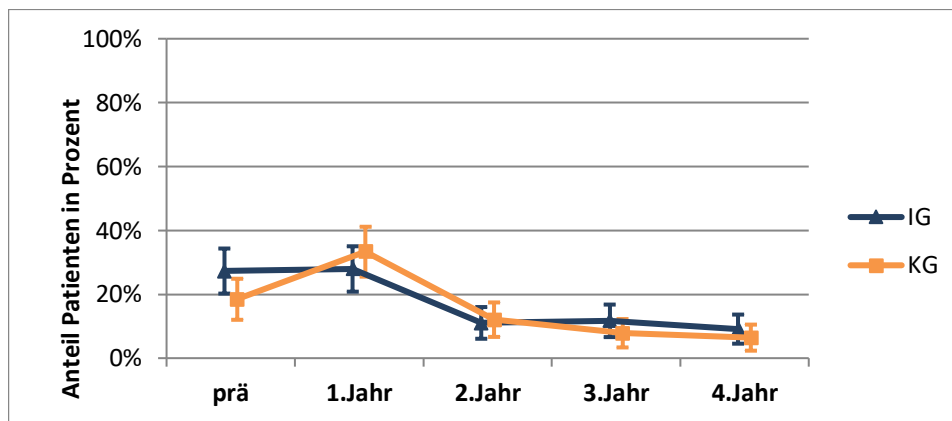
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

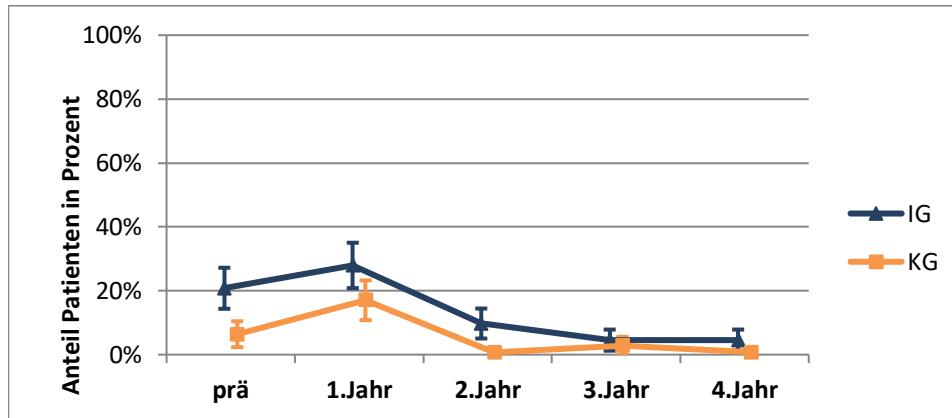
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

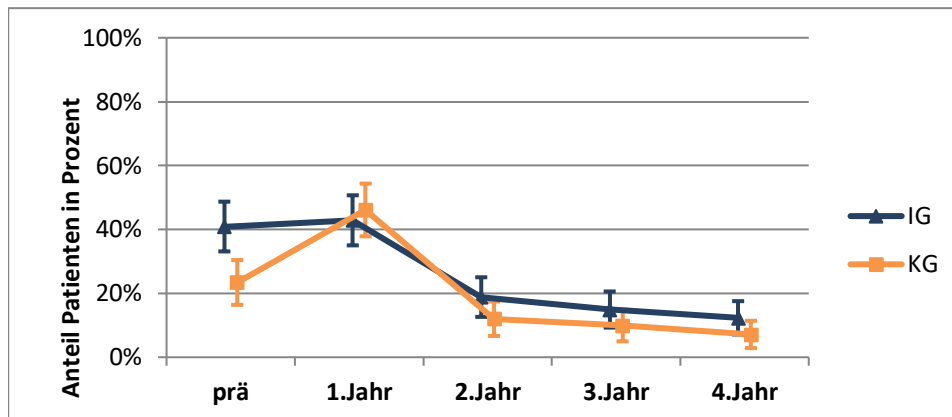
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



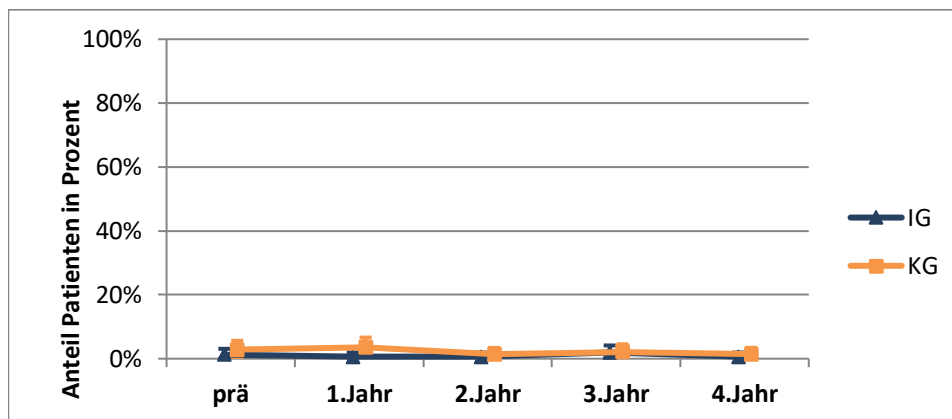
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



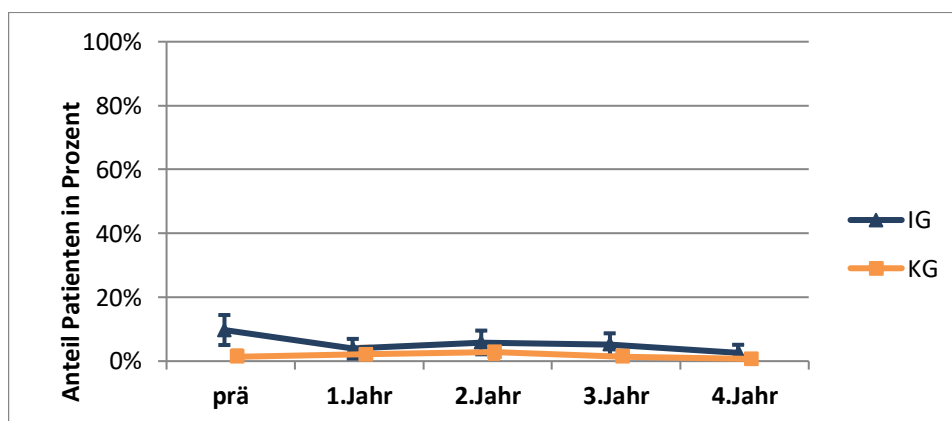
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**



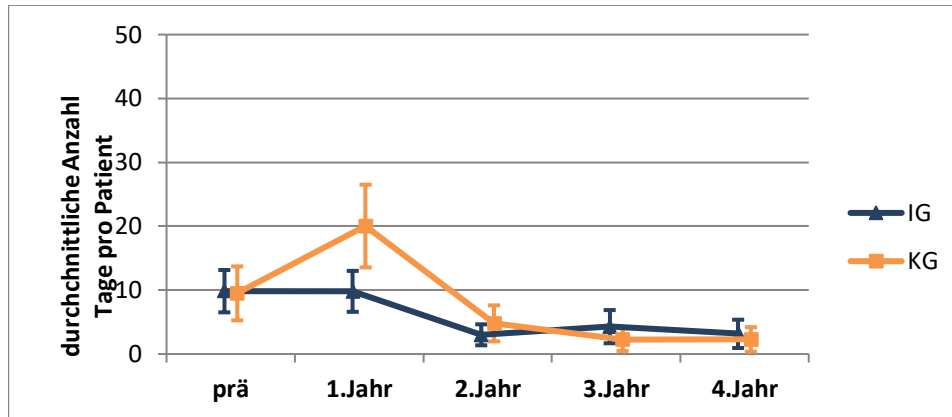
- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**



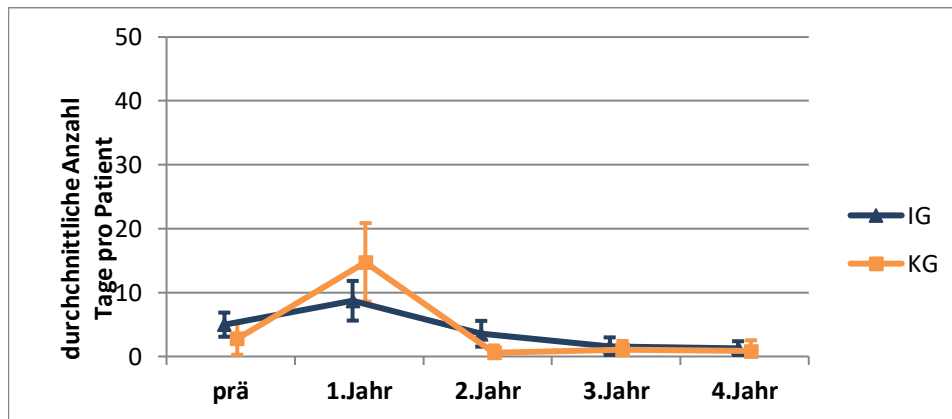


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

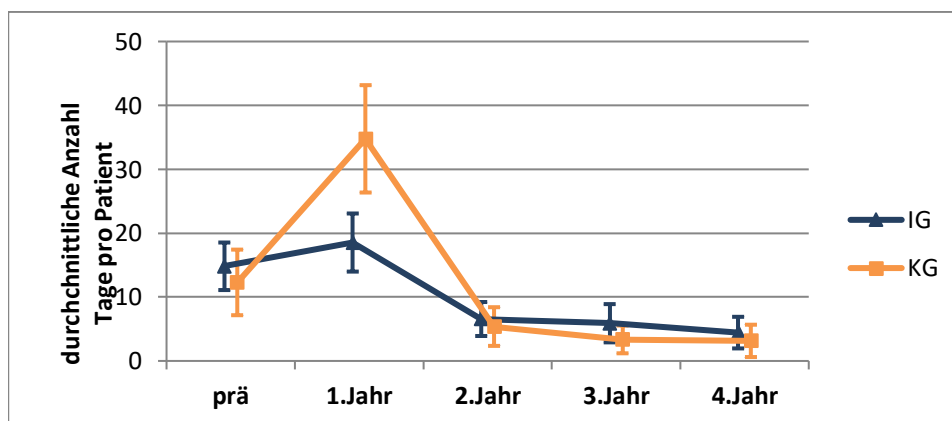
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



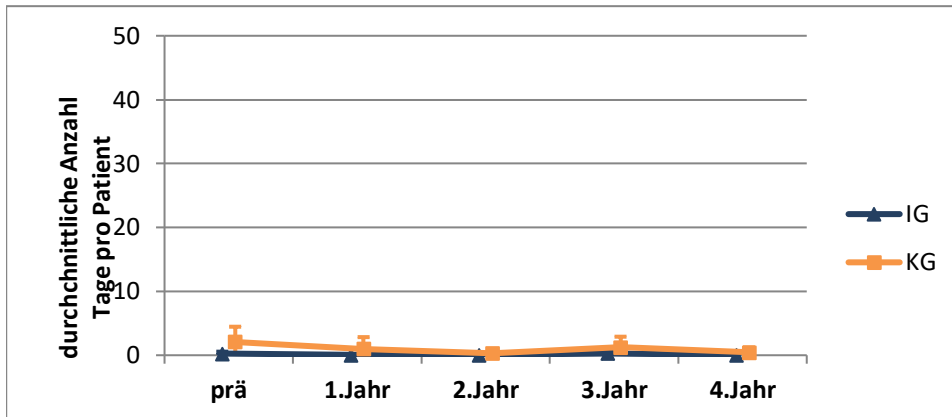
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



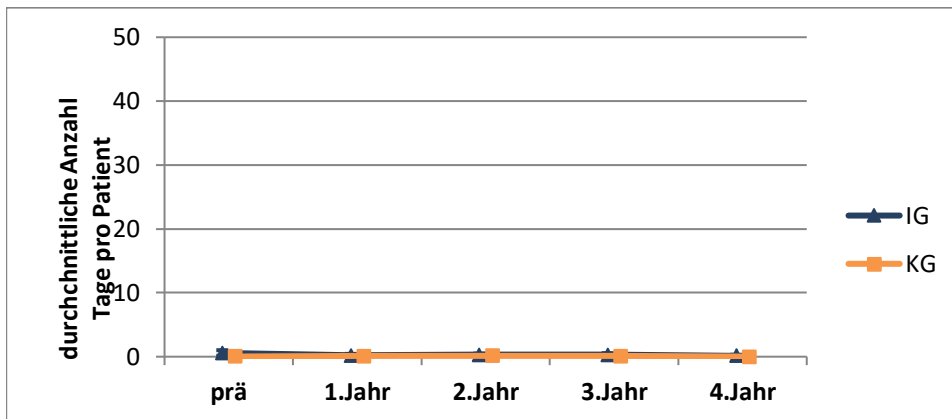
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



**Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,17*** 0,07...0,44	kf	-9,06** -14,24...-3,89	kf
DID Jahr 2	0,21** 0,07...0,61	kf	-2,42 -7,59...2,75	kf
DID Jahr 3	0,22** 0,08...0,65	kf	-2,74 -7,91...2,44	kf
DID Jahr 4	0,28* 0,09...0,85	kf	-0,99 -6,17...4,18	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-3,80 -8,04...0,43	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05; kf=kleine Fallzahl

**Klinikbekannte Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,43* 0,20...0,94	kf	-10,56** -17,00...-4,13	kf
DID Jahr 2	0,52 0,20...1,32	kf	-2,14 -8,57...4,30	kf
DID Jahr 3	0,92 0,34...2,49	kf	1,69 -4,75...8,12	kf
DID Jahr 4	0,86 0,30...2,48	kf	0,55 -5,88...6,99	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-2,62 -7,85...2,62	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05; kf=kleine Fallzahl

 Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	8,9 %	33,2 %	5,5 %	42,6 %
	0,4 %	35,6 %	0,4 %	11,6 %
	9,3 %	54,8 %	5,8 %	50,9 %
	1,4 %	1,5 %	0,8 %	1,5 %
	2,5 %	3,2 %	2,5 %	2,2 %
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>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	0,5	13,7	0,4	23,6
	0,1	14,6	0,1	9,1
	0,6	28,2	0,5	32,7
	0,1	0,3	0,0	0,5
	0,2	0,2	0,1	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).

**Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

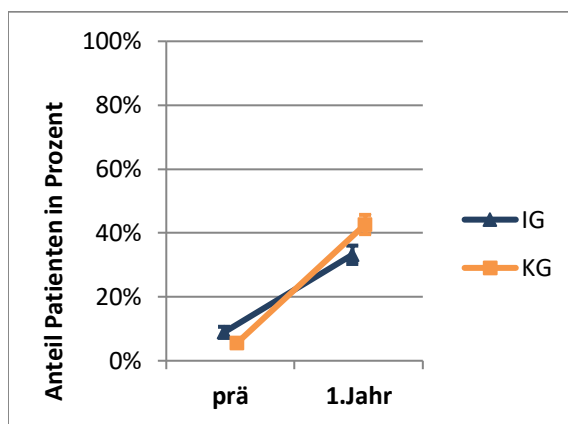
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

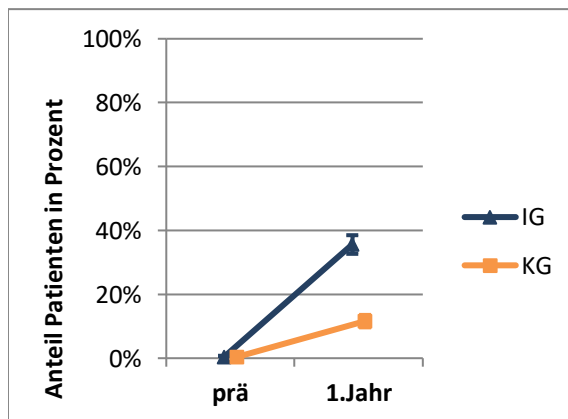
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

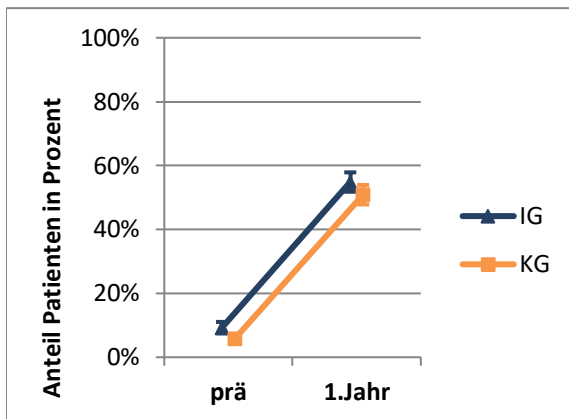
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



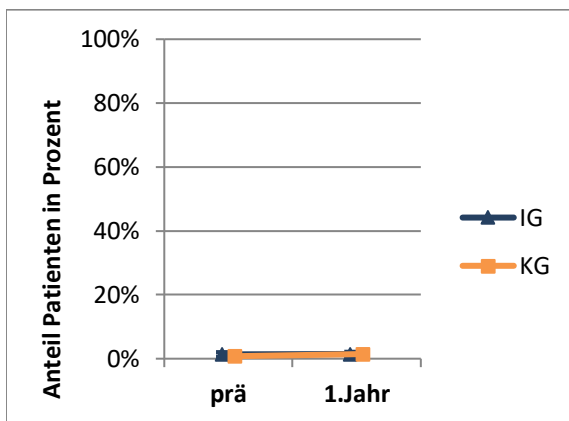
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



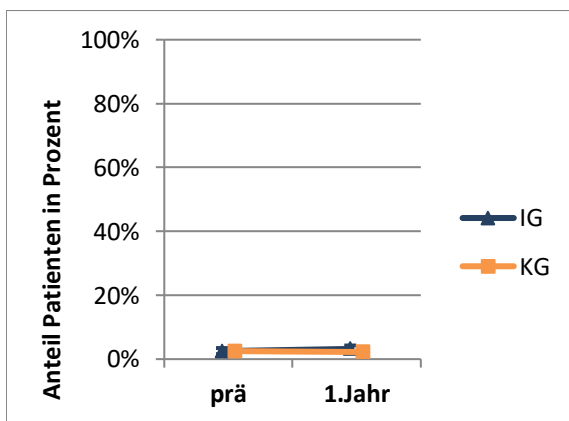
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

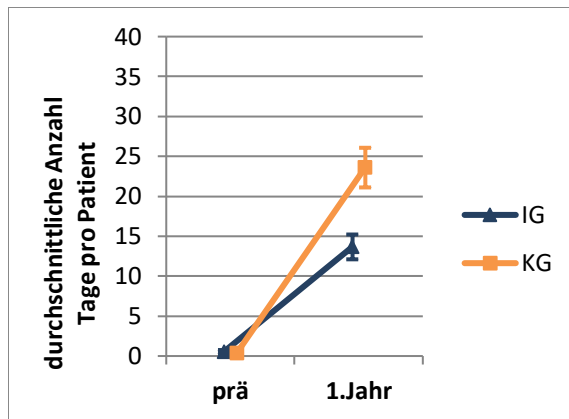


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

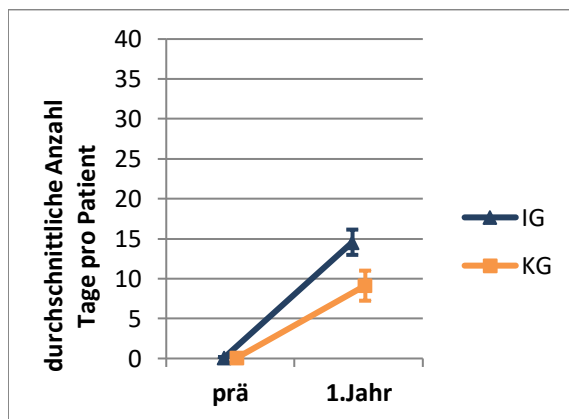


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

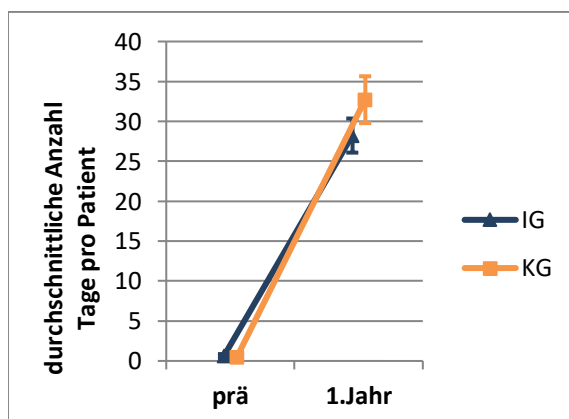
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



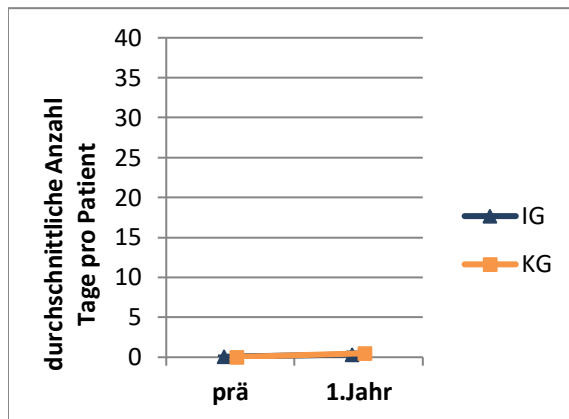
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



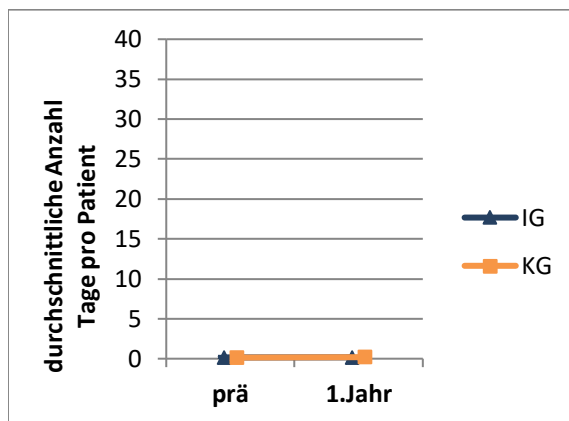
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)





### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>717</b>	<b>716</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	9,0 %	34,7 %	9,0 %	6,0 %	43,5 %	11,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	38,6 %	5,0 %	0,4 %	11,0 %	3,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,4 %	57,9 %	11,6 %	6,3 %	51,7 %	14,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,2 %	1,4 %	0,8 %	1,0 %	1,4 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	3,0 %	3,7 %	2,3 %	3,1 %	2,5 %	3,6 %
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)	0,5	14,2	3,2	0,4	24,1	5,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	15,9	1,4	0,1	9,0	2,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,5	30,1	4,7	0,5	33,1	7,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,4	0,2	0,0	0,6	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3

- <sup>1</sup> Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-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 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

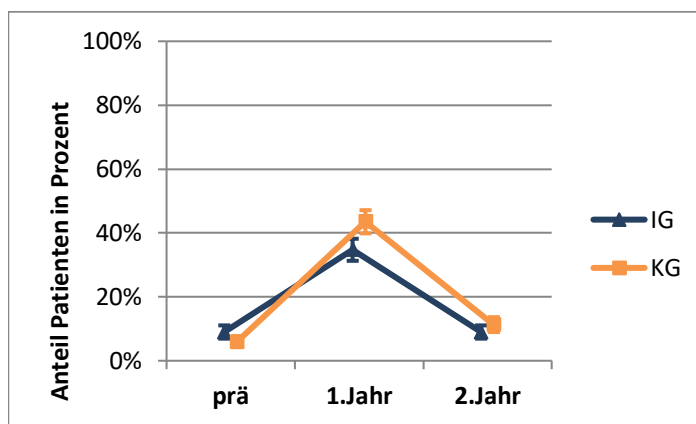
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

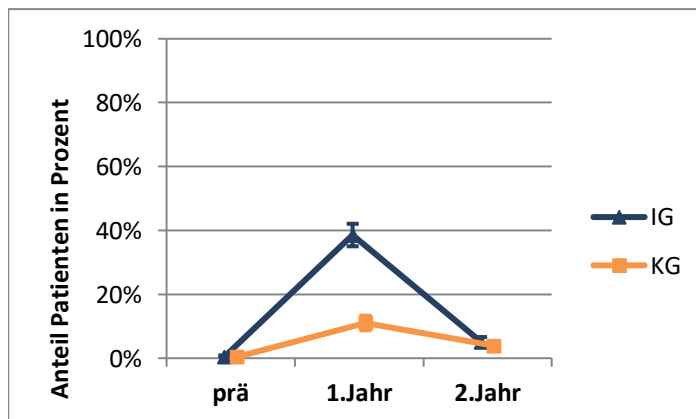
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

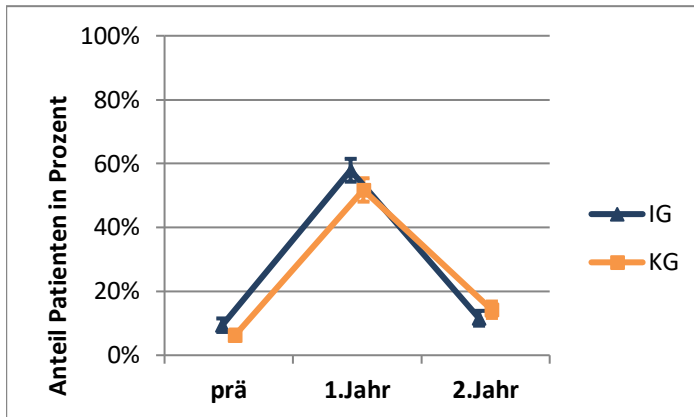
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



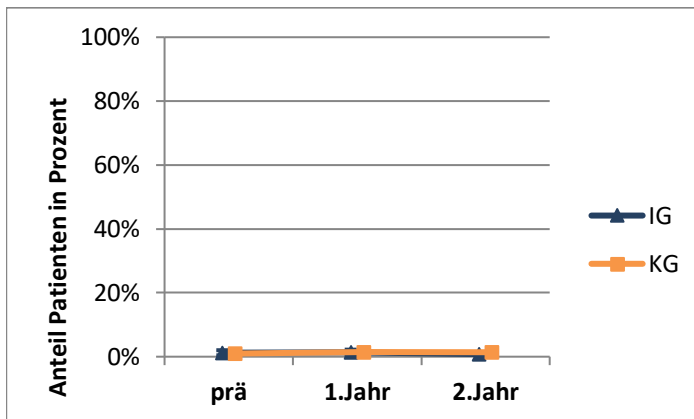
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



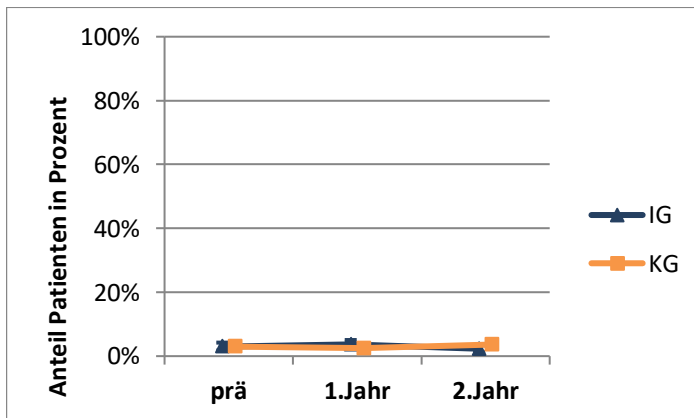
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

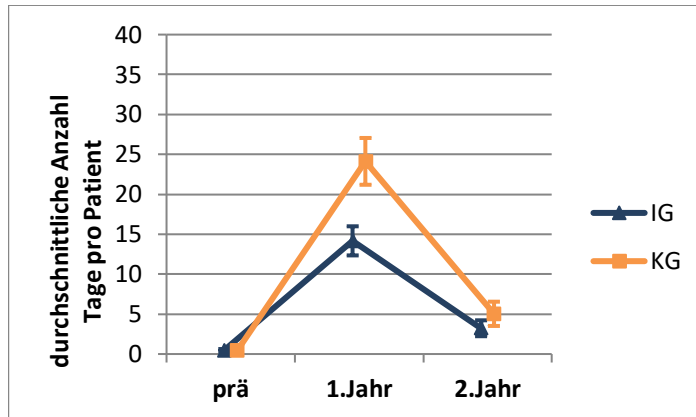


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

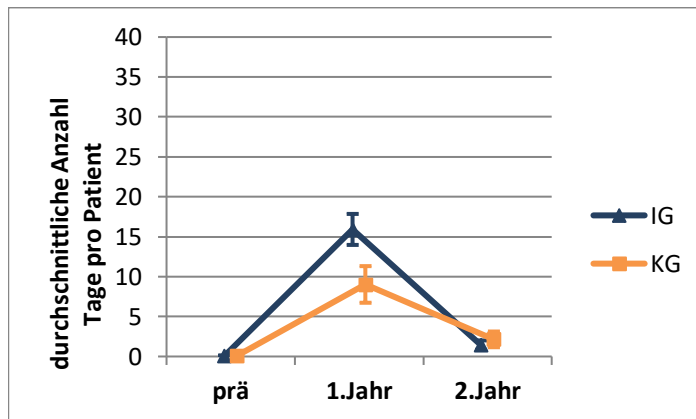


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

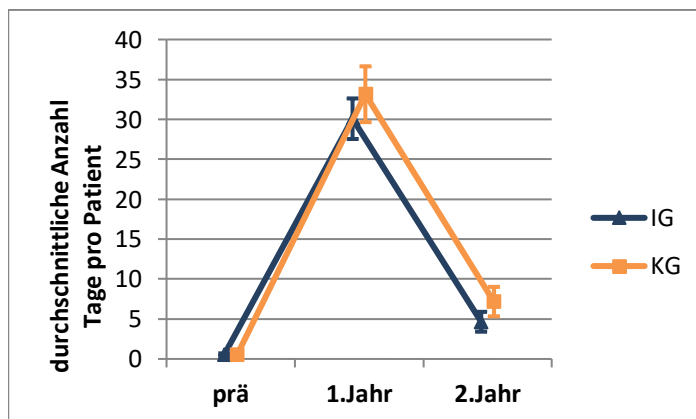
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



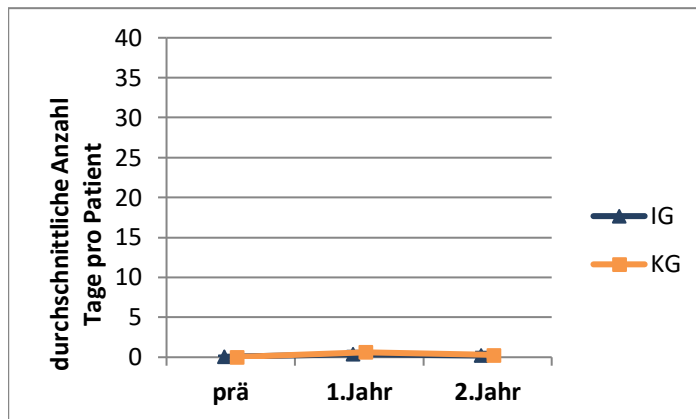
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



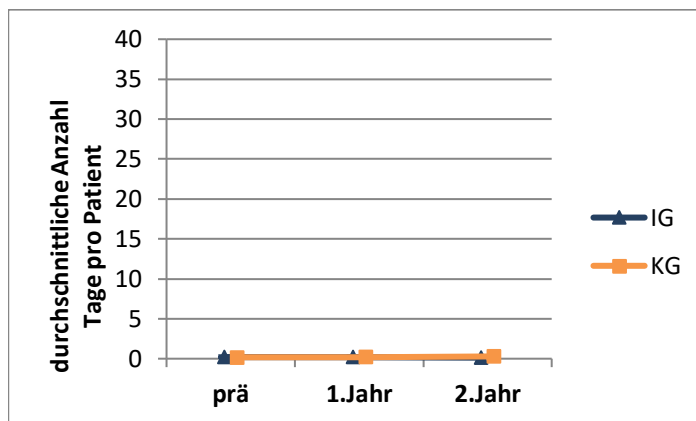
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



**Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,41*** 0,26...0,65	kf	-10,03*** -13,16...-6,90	kf
DID Jahr 2	0,48** 0,28...0,82	kf	-1,88 -5,01...1,25	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05; kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

#### U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

##### 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>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>469</b>	<b>469</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	10,5 %	33,2 %	10,3 %	8,0 %	5,1 %	42,8 %	9,8 %	10,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	39,6 %	5,4 %	3,8 %	0,6 %	9,6 %	3,0 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,9 %	58,1 %	12,5 %	10,9 %	5,5 %	50,2 %	12,2 %	11,3 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,6 %	0,8 %	0,6 %	1,6 %	0,6 %	1,7 %	1,3 %	0,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	3,8 %	3,8 %	2,4 %	3,8 %	2,3 %	2,8 %	2,8 %	2,8 %
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)	0,6	13,4	3,4	2,9	0,4	23,9	4,6	5,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	16,3	1,4	2,3	0,2	8,4	1,5	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,7	29,7	4,8	5,2	0,6	32,3	6,2	6,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,4	0,3	0,3	0,0	0,9	0,3	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,2



<sup>1</sup> Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

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

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

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	24,7 %	29,2 %	12,4 %	11,2 %	15,7 %	33,7 %	12,2 %	6,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	18,5 %	29,8 %	9,6 %	3,9 %	6,4 %	15,7 %	0,6 %	2,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	37,1 %	44,4 %	19,1 %	14,0 %	20,9 %	45,3 %	12,2 %	8,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,1 %	1,1 %	0,6 %	1,7 %	3,5 %	2,9 %	1,7 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	9,0 %	3,4 %	5,6 %	5,1 %	2,3 %	1,7 %	2,9 %	1,2 %
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)	8,6	10,8	4,0	4,1	7,9	19,1	4,9	1,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	4,5	9,3	3,3	1,4	3,0	12,8	0,5	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	13,1	20,0	7,3	5,5	10,9	31,9	5,4	2,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,1	0,0	0,2	2,2	0,8	0,4	1,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,5	0,2	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<sup>1</sup> Es wird drei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 3-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 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

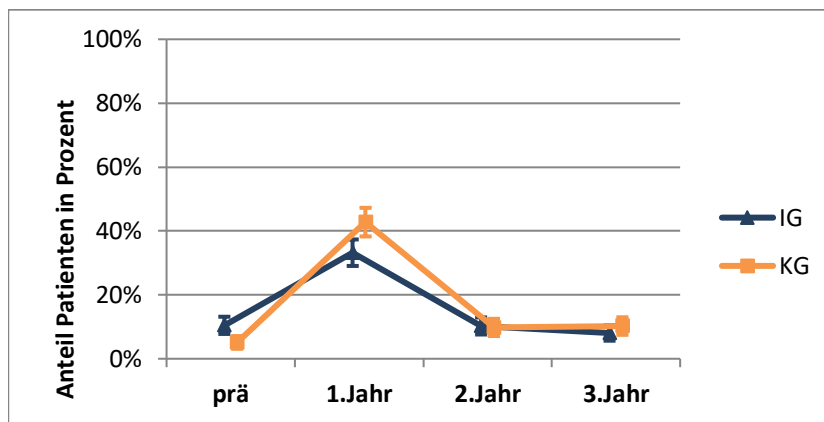
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

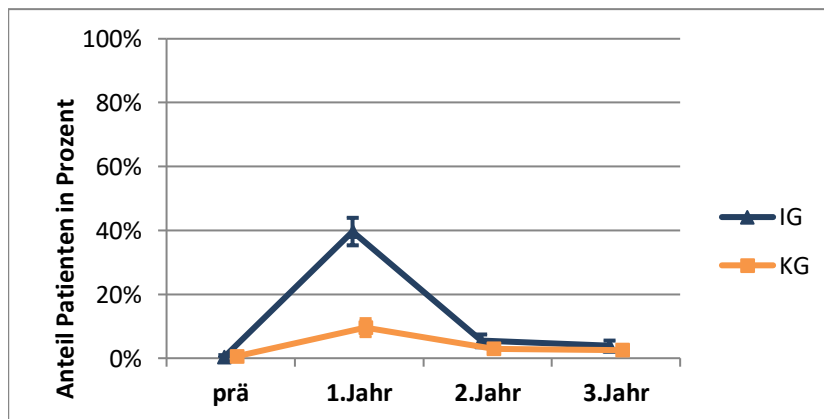
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

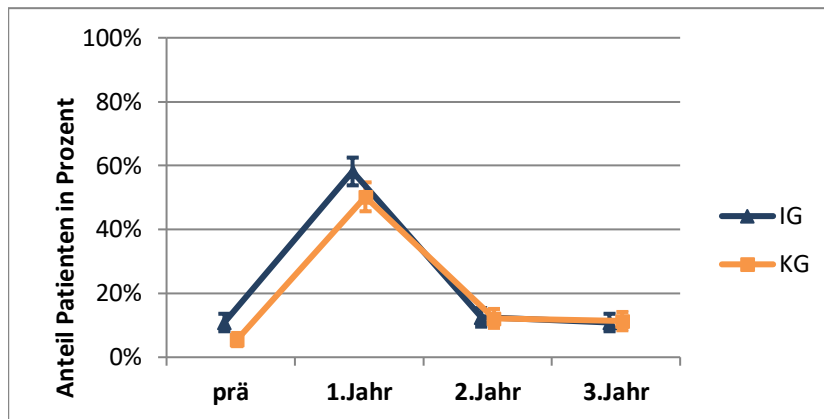
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



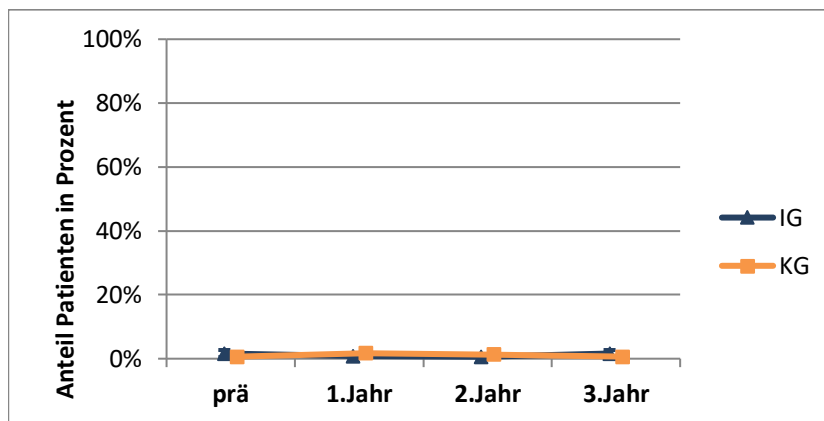
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



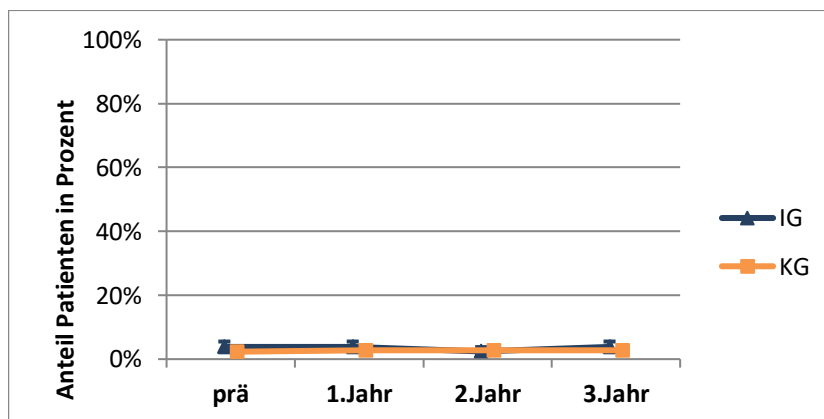
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

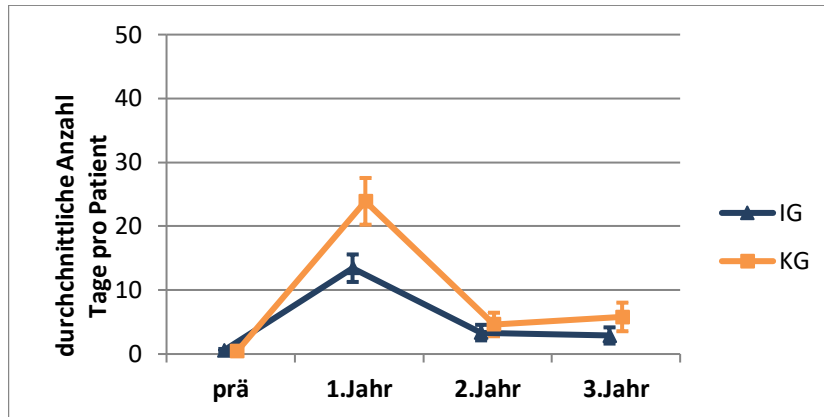


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

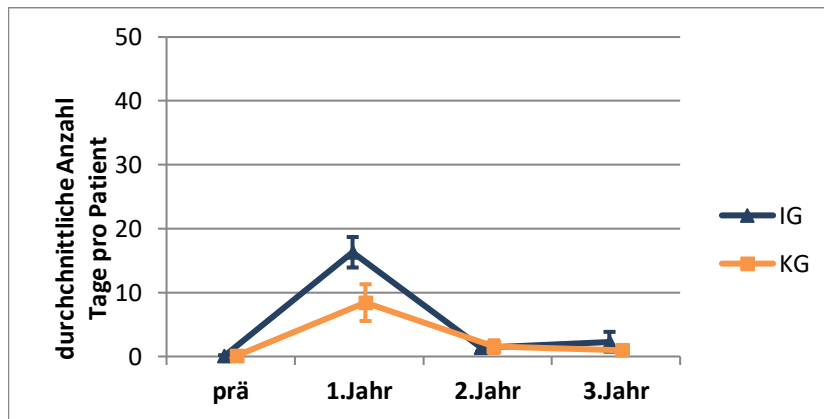


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

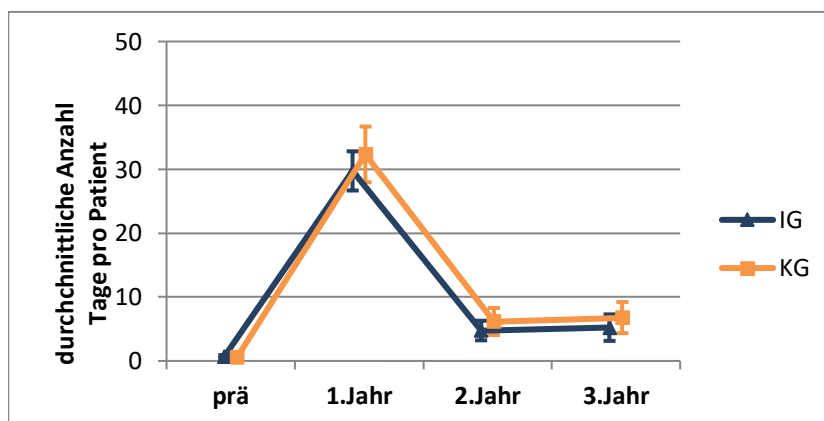
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



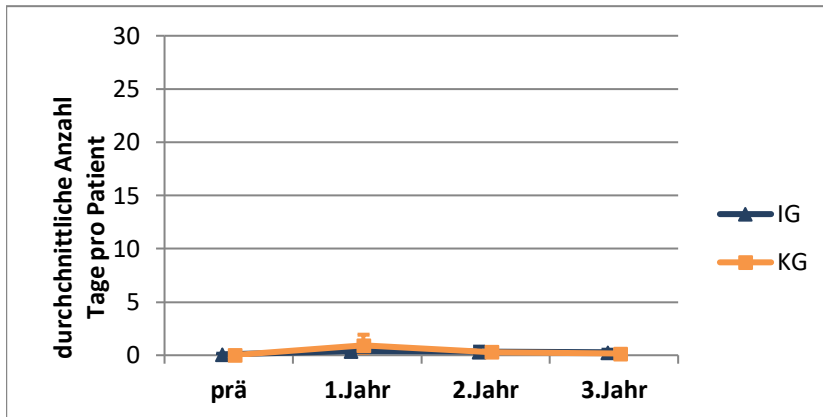
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



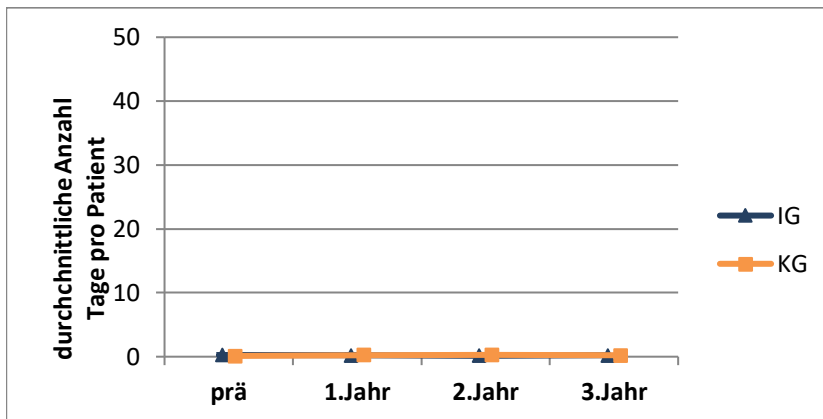
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



### Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

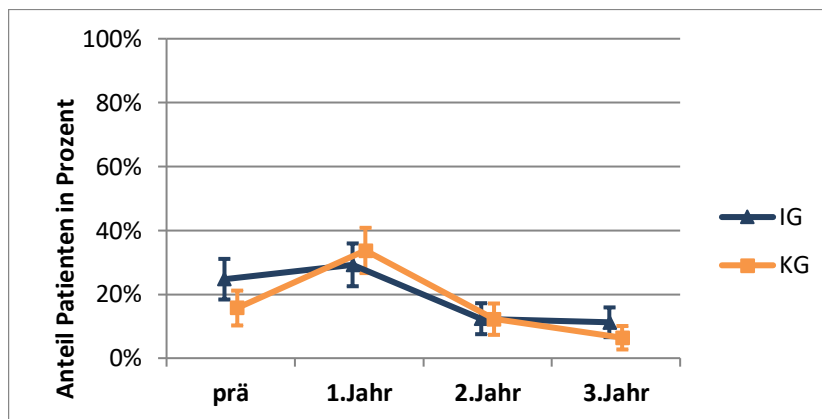
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

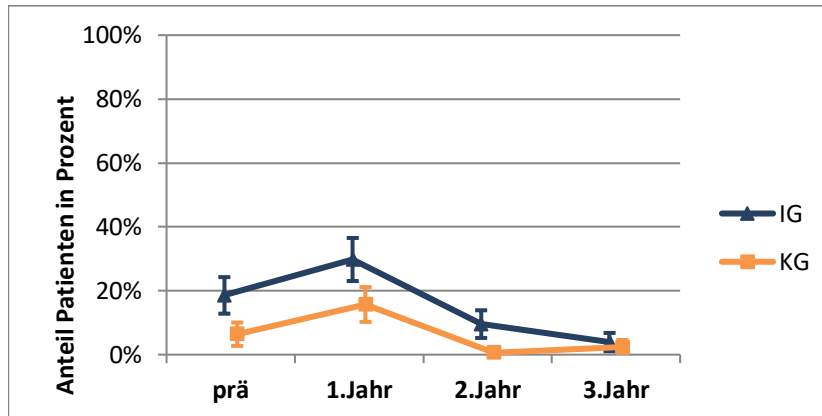
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

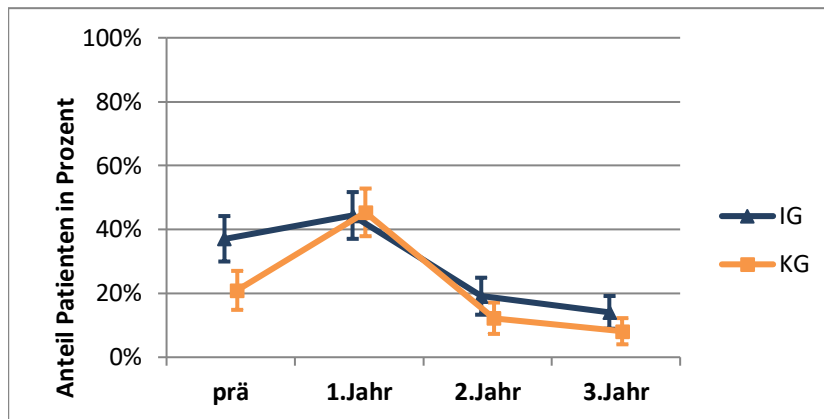
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



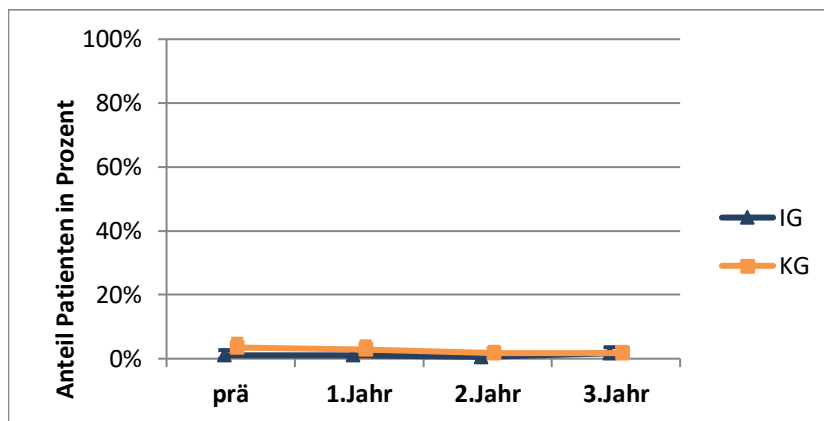
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



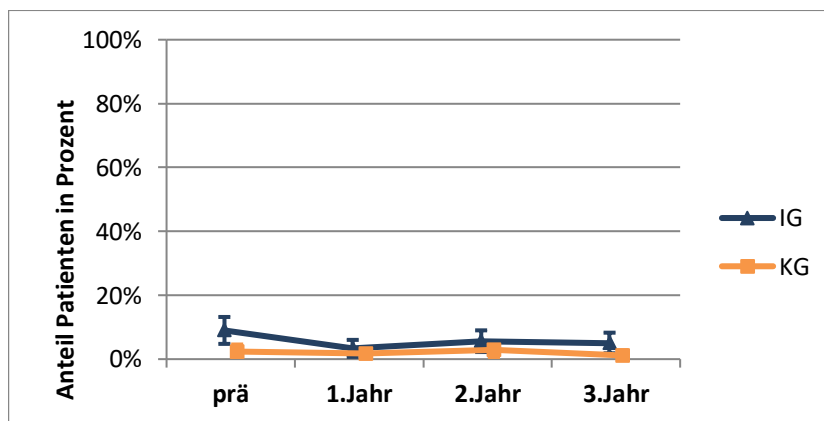
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**



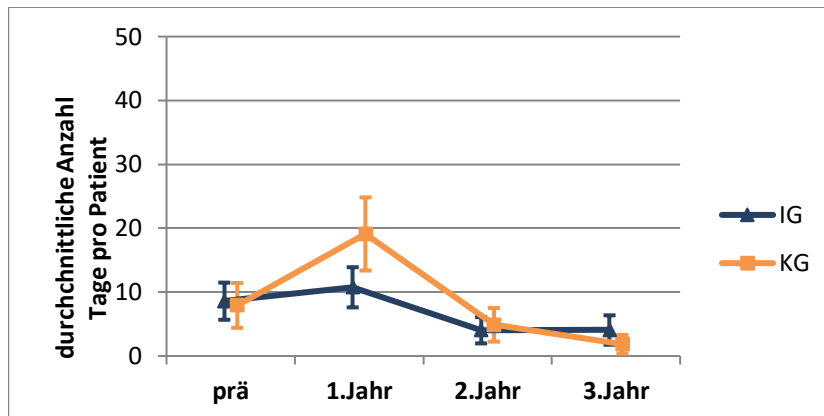
- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**



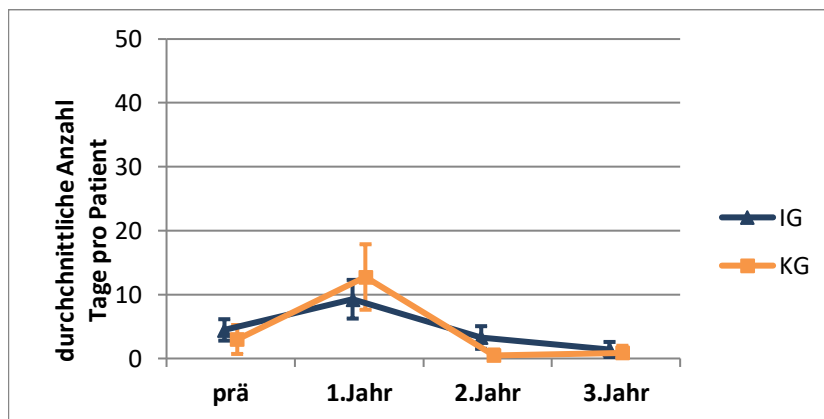


**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

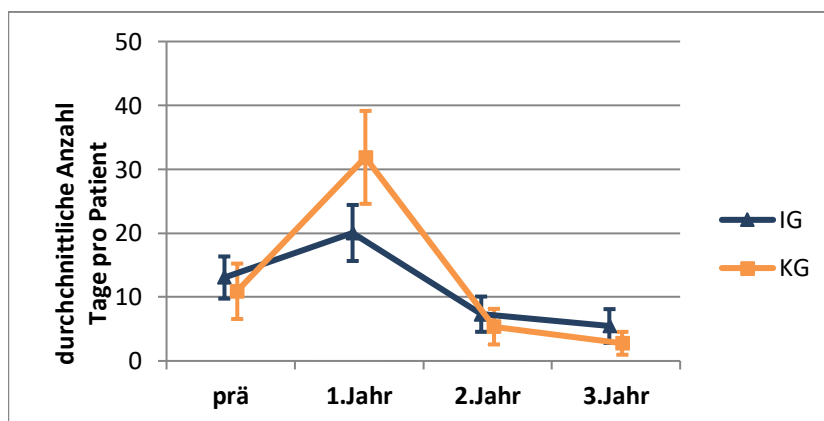
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



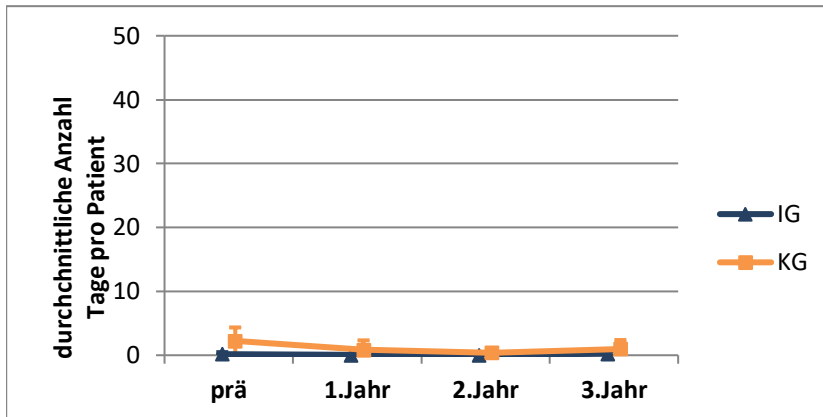
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



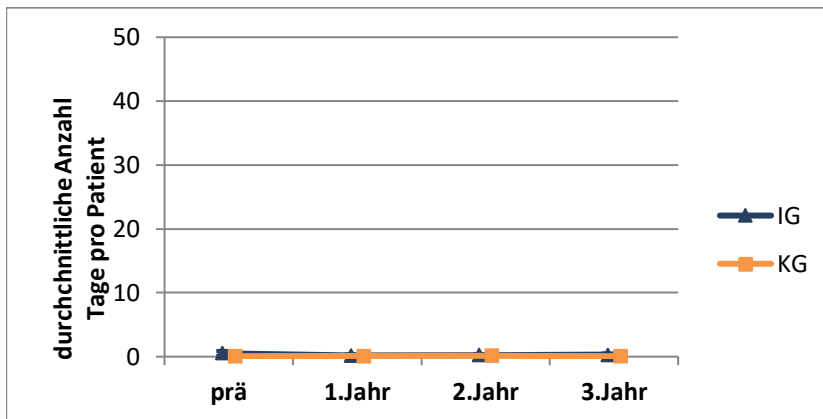
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



### 8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

**Sekundärer Outcome:** 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.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Alle folgenden Aussagen beziehen sich auf Inanspruchnahmen aufgrund von Indexdiagnosen für Kinder und Jugendliche. Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in der PIA sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den linikneuen Patienten in der IG einen statistisch signifikant geringeren Anstieg der durchschnittlichen **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (DiD = -1,5 PIA-Kontakte). Im weiteren Verlauf waren die PIA-Kontakte zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = 2,0 PIA-Kontakte) und der weitere Verlauf vergleichbar. Im Jahr vor Referenzfall wies die IG noch höhere durchschnittlichen PIA-Kontakte als die KG auf (+1,0 PIA-Kontakte) und sank dann im ersten Jahr nach Referenzfall unter dem Wert der KG (-1,0 PIA-Kontakte).

Das Muster einer über die Beobachtungszeit weitgehend unveränderten ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch lag die IG in Niveau stets unter der KG (prä: -0,7; 1. Jahr: -2,1; 2. Jahr: -1,6; 3. Jahr: -1,1; 4. Jahr: -1,4 Kontakte). Da dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, sind statistisch signifikante Unterschiede (Vergleich mit Jahr vor Referenzfall) nicht ersichtlich. Auch war das Absinken der Kontakte zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich (-0,2 Kontakte) zum Ansteigen der Kontakte in der KG (+1,2 Kontakte) statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf mit stets geringerer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -1,0; 1. Jahr: -2,7; 2. Jahr: -2,9; 3. Jahr: -1,9; 4. Jahr: -0,7 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede waren analog zu den linikneuen Patienten nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein weniger starker Anstieg der Kontakte in der PIA in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +3,2 Kontakte; KG: +6,2 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas stärker als in der KG an (IG: +0,1 Kontakte; KG: +0,4 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein weniger starker Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = -3,1). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall war der Anstieg in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall (DiD = -0,9).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** verlief in der IG mit 2,4 Kontakten in jedem Jahr konstant, während in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall ein kleiner Peak zu verzeichnen war. Die Höhe der Kontakte war in der IG stets geringer als in der KG (prä: -1,2; 1. Jahr: -1,5; 2. Jahr: -1,2 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die PIA-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG (+3,3 PIA-Kontakte) weniger stark als in der KG (+6,6 PIA-Kontakte) war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und blieb in der IG etwas geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten stieg die Anzahl der PIA-Kontakte in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach geringer als in der KG (IG: +1,7; KG: +4,0 PIA-Kontakte). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall war die PIA-Inanspruchnahme zwischen IG und KG vergleichbar.

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1, in der IG stets geringer als in der KG (prä: -1,2; 1. Jahr: -1,5; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -1,0 Kontakte). Verläufe waren auch hier vergleichbar. Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf mit stets geringerer Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG, wobei der Unterschied

im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall am größten ausfiel (prä: -1,4; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -2,3; 3. Jahr: -1,3 Kontakte).

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>223</b>	<b>225</b>	<b>218</b>	<b>216</b>	<b>225</b>	<b>214</b>	<b>213</b>	<b>210</b>	<b>210</b>	<b>207</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,4	2,1	1,4	1,2	0,0	5,9	1,8	1,3	0,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,8	1,5	1,9	1,5	1,5	2,5	3,6	3,5	2,6	2,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,1	3,0	2,8	2,9	2,9	3,2	4,0	3,6	3,6	3,5
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	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,7	0,7	0,5	0,4	0,3	1,1	1,0	0,7	0,8	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	0,0	0,2	0,1	0,3	0,2	0,1

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>140</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>140</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>152</b>	<b>148</b>	<b>144</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>141</b>	<b>138</b>	<b>137</b>	<b>135</b>	<b>136</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,2	5,8	3,6	2,5	2,3	3,3	6,8	3,8	2,5	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,5	1,2	1,4	1,1	1,2	2,5	3,9	4,3	3,1	1,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,5	3,6	3,7	4,2	3,3	4,5	4,0	4,0	3,5	3,9

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	1,1	0,6	0,4	0,4	0,4	0,8	0,7	0,7	0,7	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	0,3	0,6	0,1	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	12,4	12,1	11,0	9,0	5,6	16,5	9,7	9,3	5,6	5,4

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle



**Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

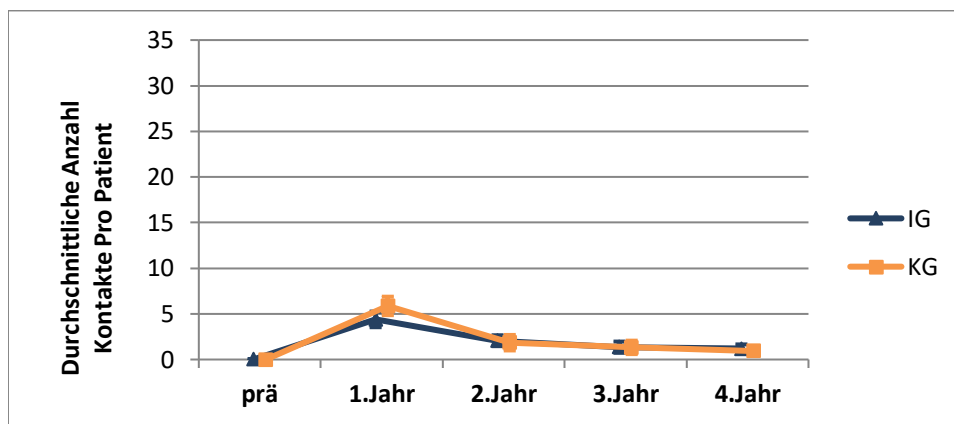
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

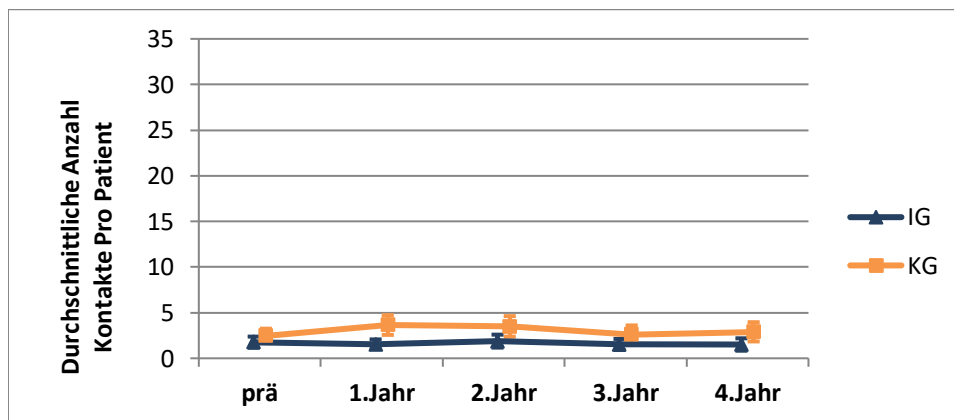
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

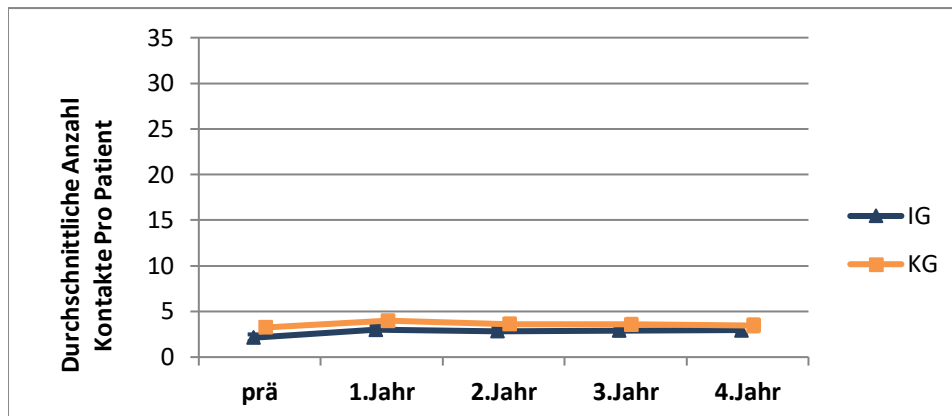
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

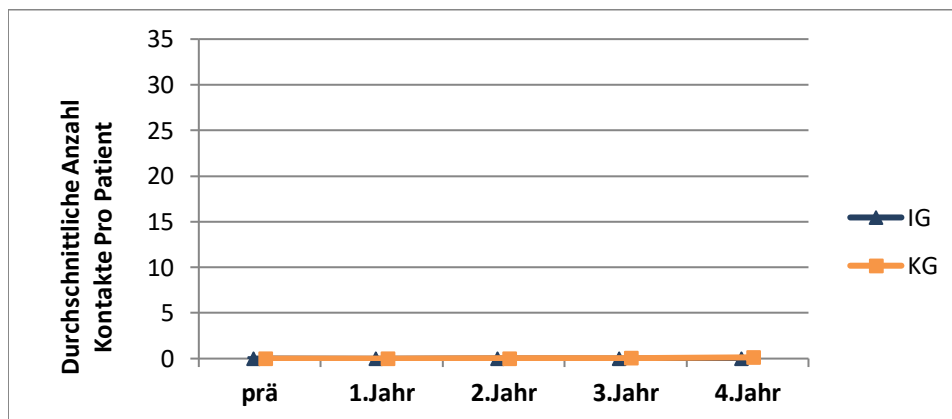


- bei anderen Vertragsärzten (E)

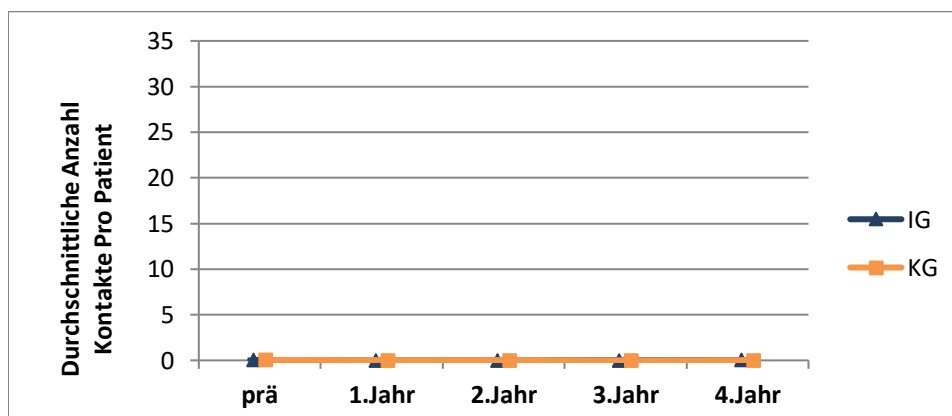


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

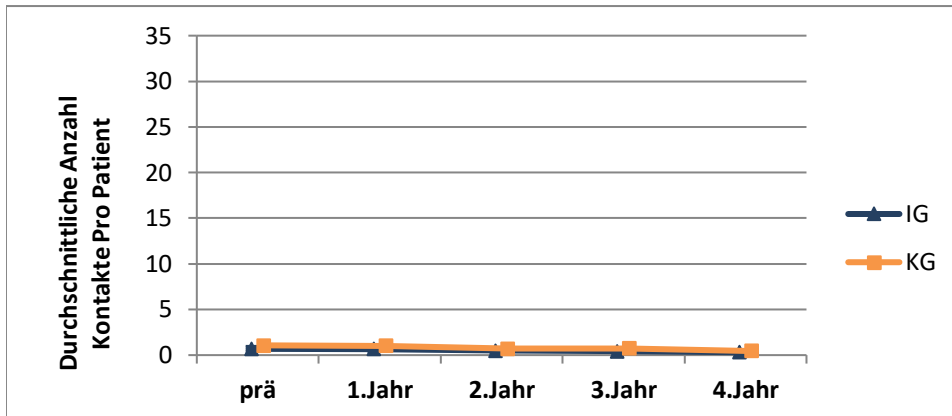
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

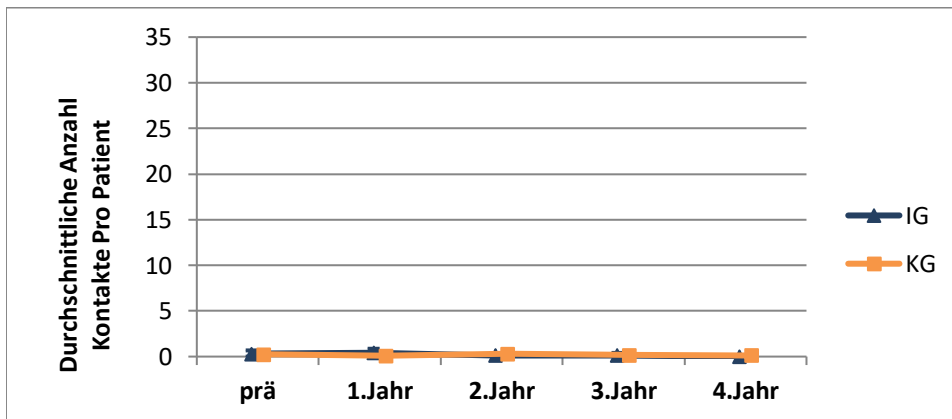


- bei anderen Vertragsärzten (F)

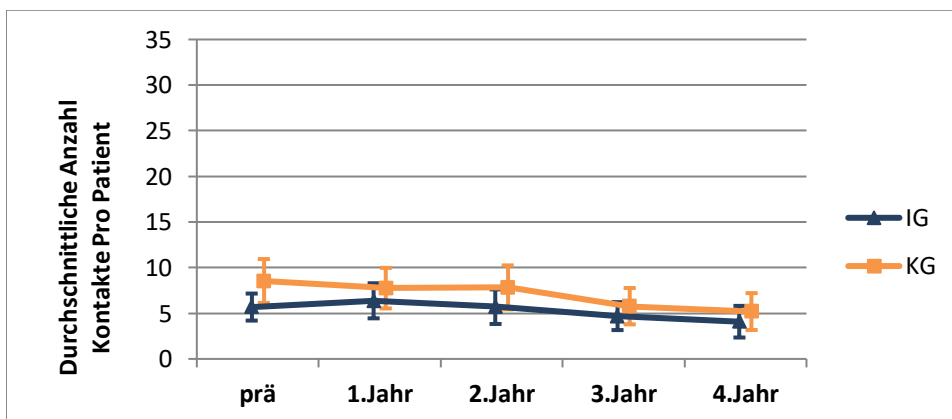


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



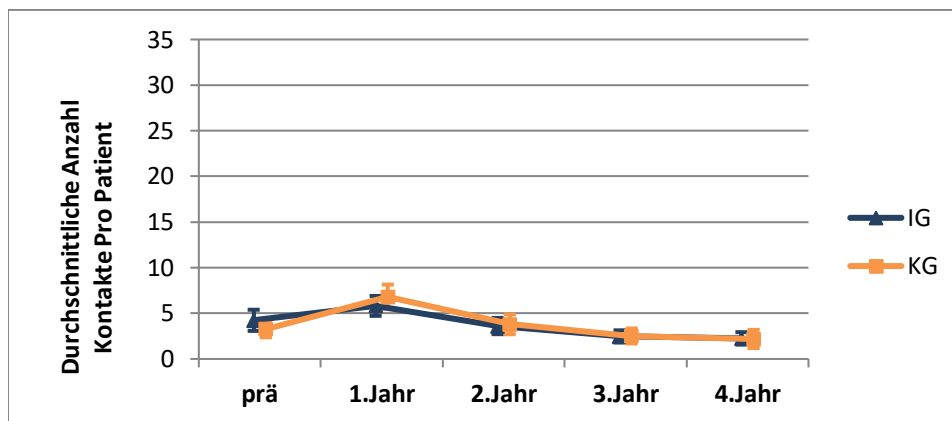
### Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

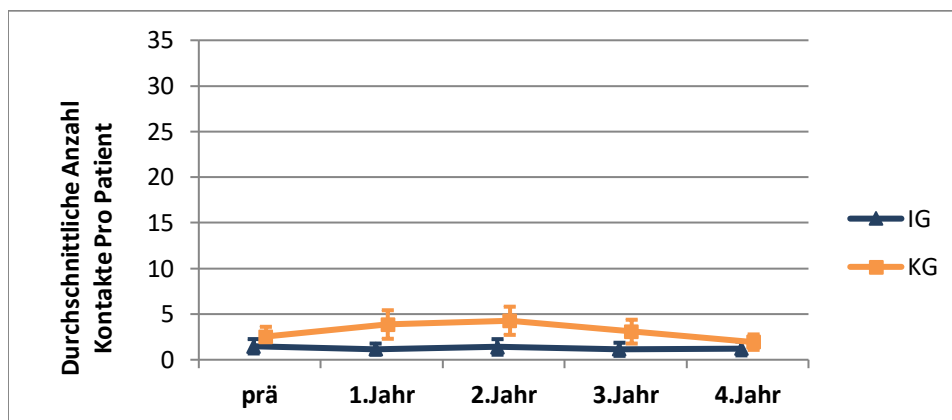
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

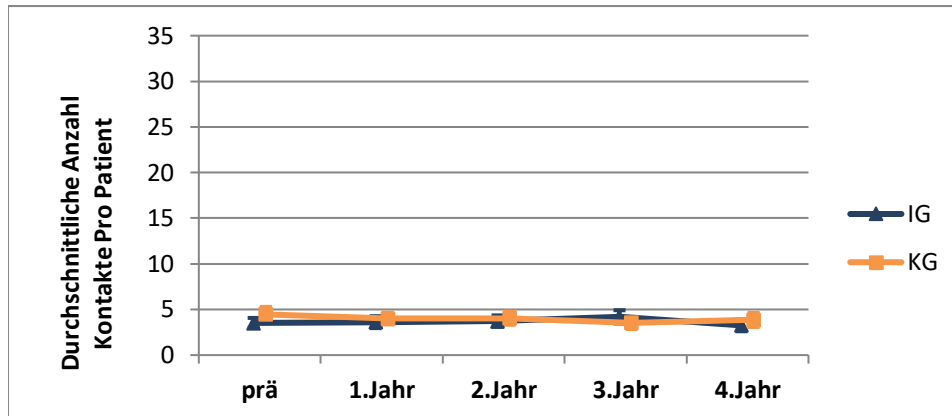
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

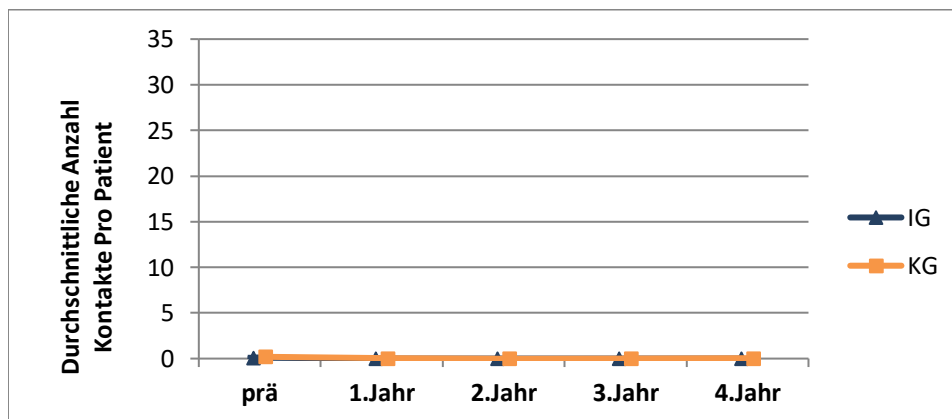


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

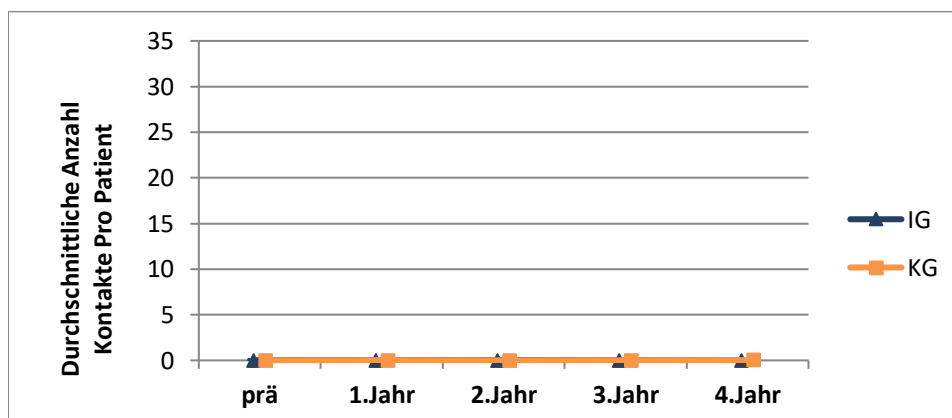


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

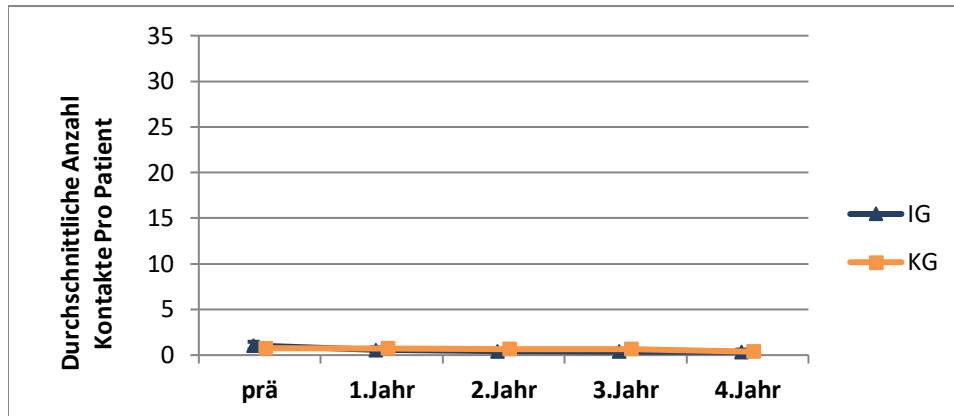
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

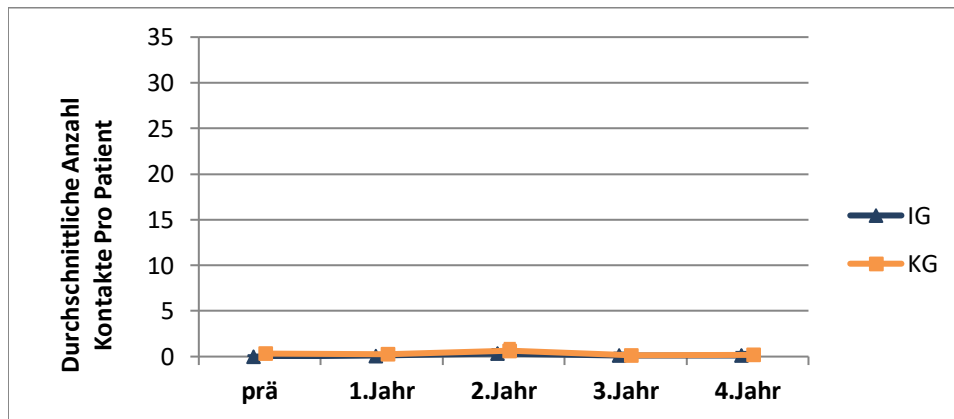


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

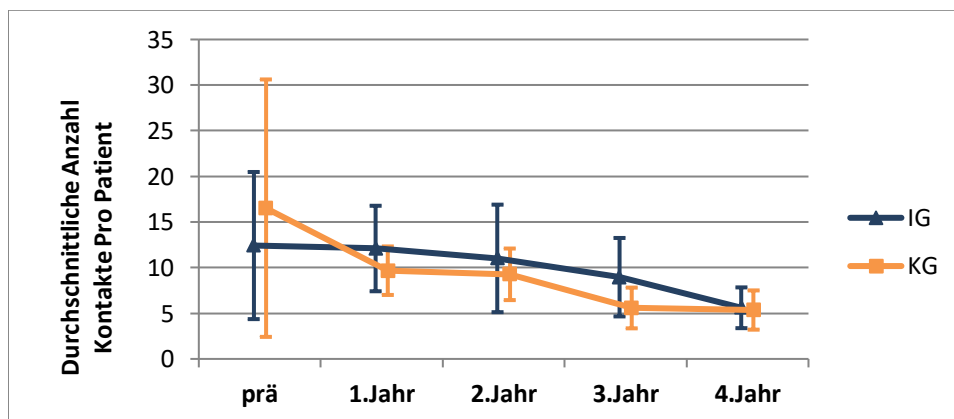


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



**Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen , Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,49* -2,78...-0,20	-1,43 -3,09...0,24	0,13 -0,93...1,19
DID Jahr 2	0,20 -1,09...1,49	-0,93 -2,60...0,74	0,33 -0,73...1,38
DID Jahr 3	0,00 -1,28...1,29	-0,40 -2,07...1,27	0,44 -0,62...1,49
DID Jahr 4	0,22 -1,07...1,50	-0,71 -2,37...0,96	0,59 -0,47...1,65

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

**Klinikbekannte Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,95* -3,85...-0,04	-1,66 -3,72...0,40	0,53 -0,81...1,88
DID Jahr 2	-1,15 -3,05...0,76	-1,83 -3,89...0,23	0,61 -0,73...1,96
DID Jahr 3	-1,01 -2,91...0,90	-0,90 -2,96...1,16	1,60* 0,25...2,94
DID Jahr 4	-0,87 -2,78...1,03	0,36 -1,70...2,42	0,37 -0,98...1,71

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.014</b>	<b>1.020</b>	<b>1.022</b>	<b>1.023</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	3,2	0,0	6,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,4	2,5	3,5	4,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,7	3,5	3,6	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
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	1,0	0,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,7	7,8	9,5	8,1

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle



**Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

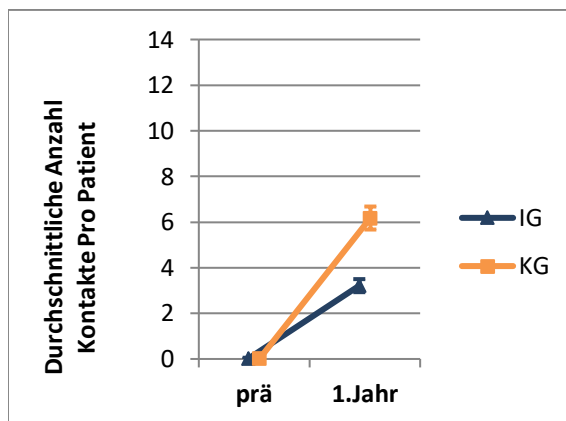
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

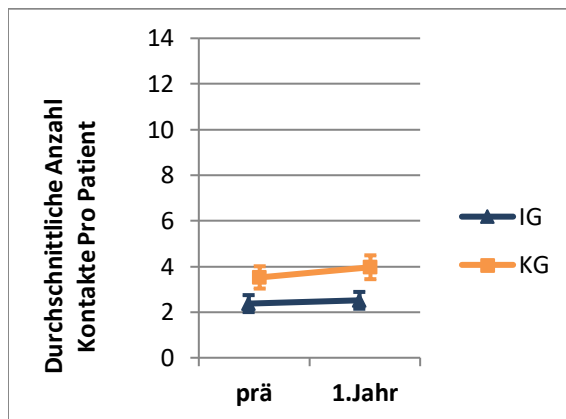
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

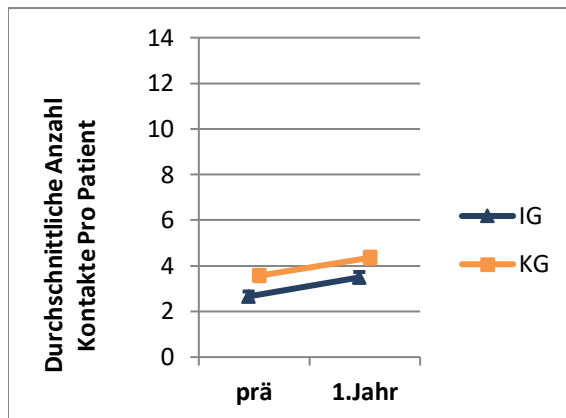
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

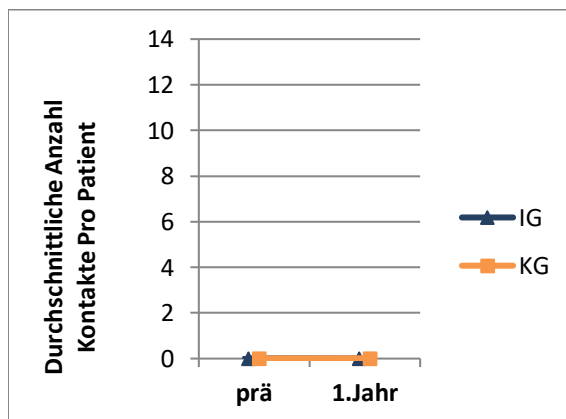


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

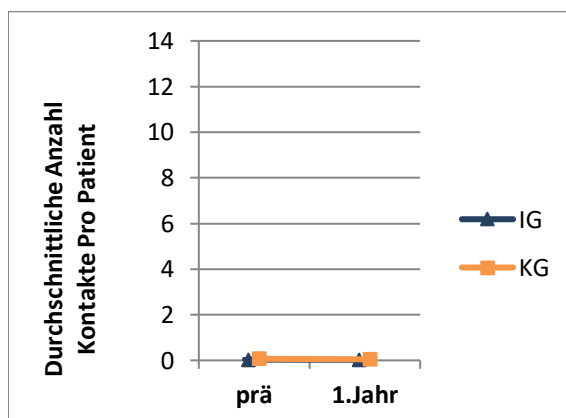


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

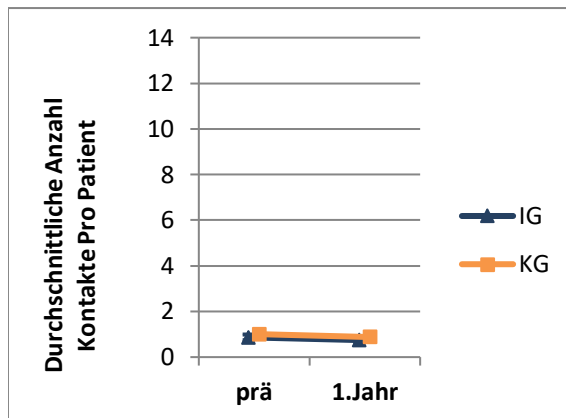
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

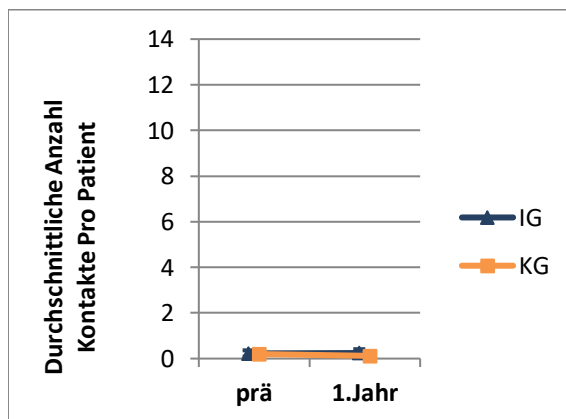


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

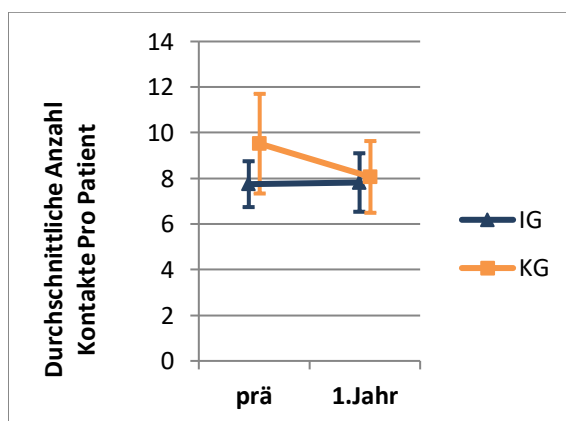


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>717</b>	<b>716</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>717</b>	<b>716</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>716</b>	<b>726</b>	<b>709</b>	<b>707</b>	<b>707</b>	<b>700</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	3,3	1,3	0,0	6,4	2,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,4	2,4	2,4	3,5	3,8	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,8	3,5	3,3	3,5	4,3	4,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,8	0,8	0,6	1,0	0,9	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,3	0,2	0,1	0,1	0,2

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,6	7,6	8,1	10,5	8,8	7,1
---	-----	-----	-----	------	-----	-----

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

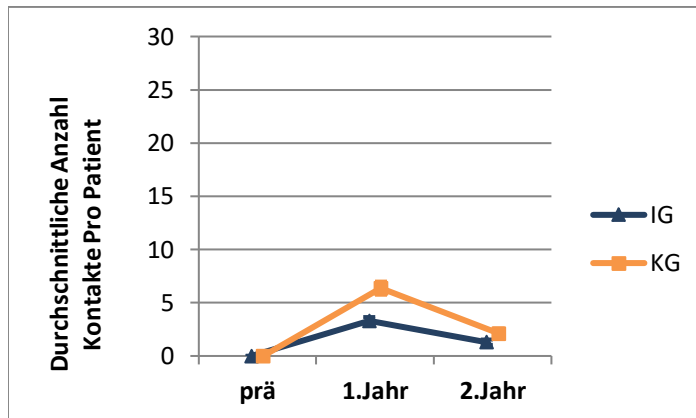
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

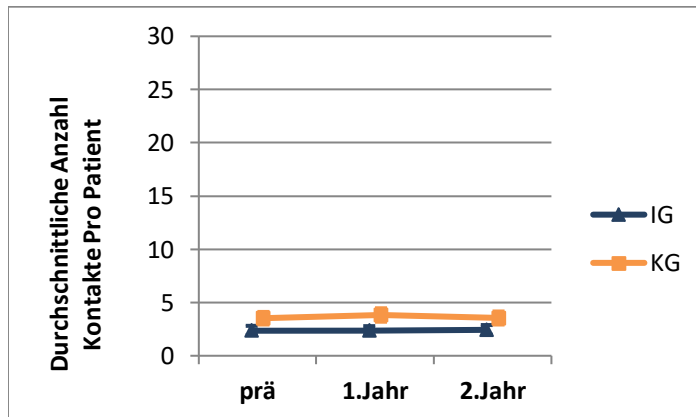
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

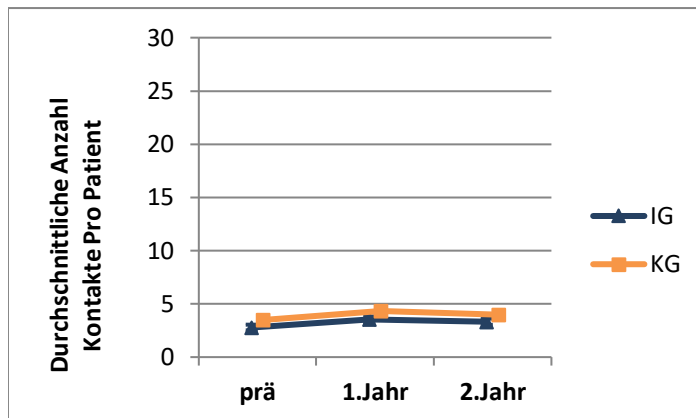
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

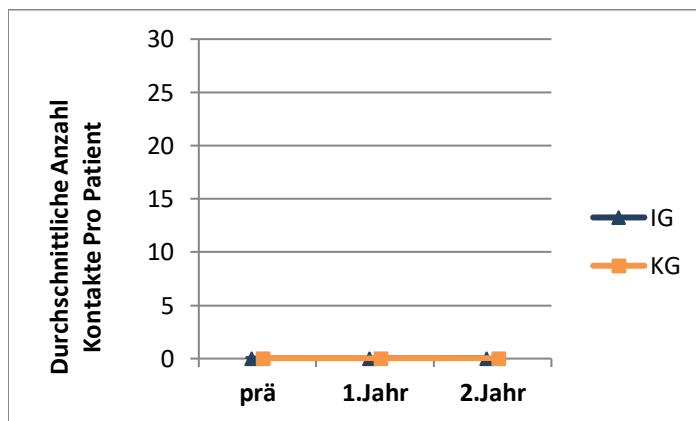


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

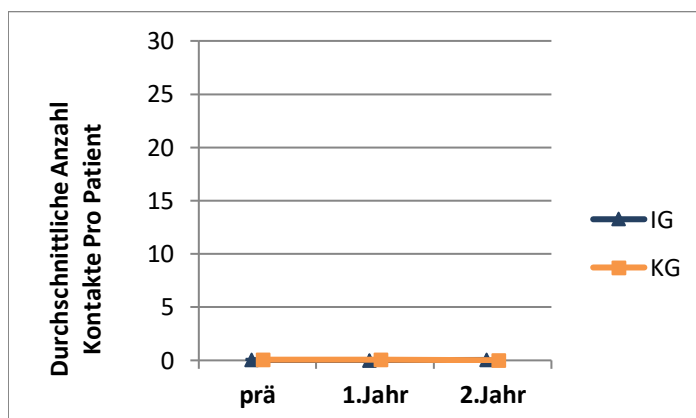


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

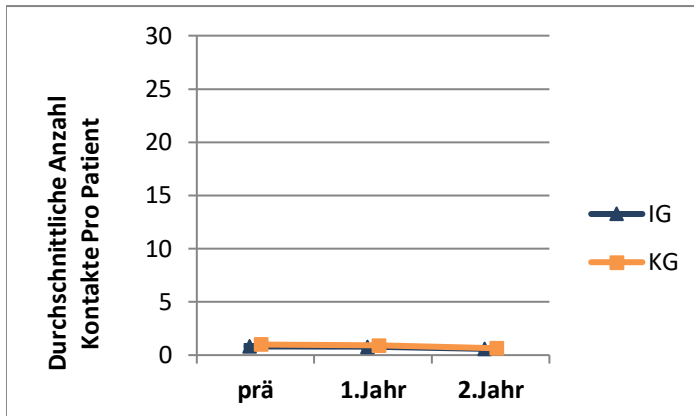
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

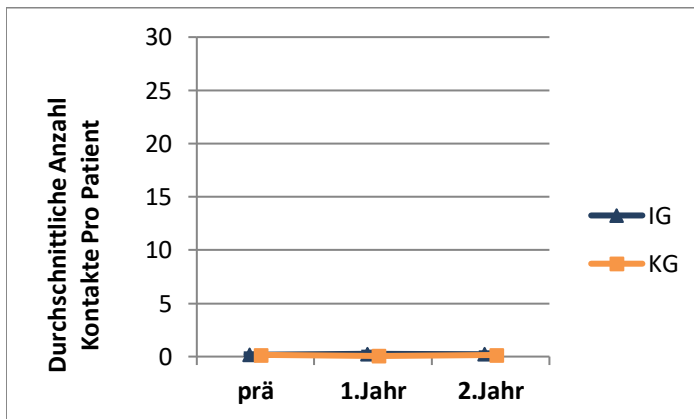


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

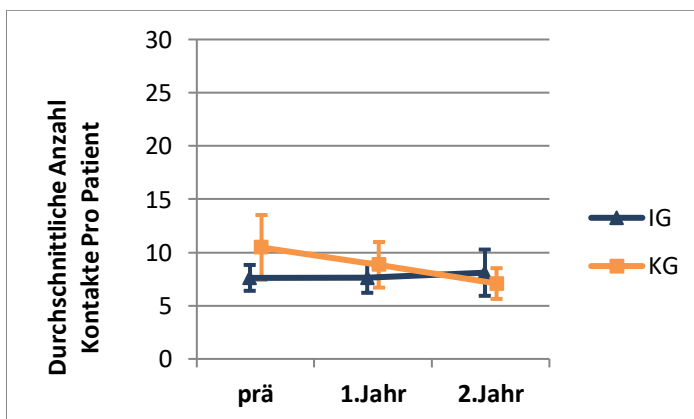


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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





**Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	-3,06*** -3,77...-2,35	-0,32 -1,36...0,73	-0,09 -0,69...0,52
DID Jahr 2	-0,81* -1,52...-0,10	0,04 -1,00...1,09	0,05 -0,55...0,66

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

#### U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

##### 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>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>469</b>	<b>469</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>469</b>	<b>469</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>484</b>	<b>491</b>	<b>478</b>	<b>475</b>	<b>464</b>	<b>463</b>	<b>458</b>	<b>449</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	3,3	1,4	1,2	0,0	6,6	2,3	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,2	2,1	2,1	1,7	3,4	3,6	3,3	2,7
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,6	3,5	3,3	3,2	3,5	4,3	4,1	3,7
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,8	0,8	0,6	0,5	1,0	1,0	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	7,6	8,5	8,3	6,6	10,8	9,1	7,4	6,0
---	-----	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### 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>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
<b>Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>176</b>	<b>171</b>	<b>168</b>	<b>171</b>	<b>171</b>	<b>169</b>	<b>166</b>	<b>164</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,7	5,4	3,4	2,3	3,1	7,1	3,5	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	1,3	1,1	1,6	1,6	2,7	3,5	3,9	3,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,7	3,9	3,9	4,3	4,5	4,5	4,2	3,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)</li> </ul>	0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten<sup>4</sup> (D)</li> </ul>	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	1,1	0,6	0,5	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6
<b>Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte</b>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor<sup>6</sup> (G1)</li> </ul>	0,0	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,7	0,2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	13,4	12,5	11,2	9,9	16,0	9,9	9,9	7,1

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

**Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

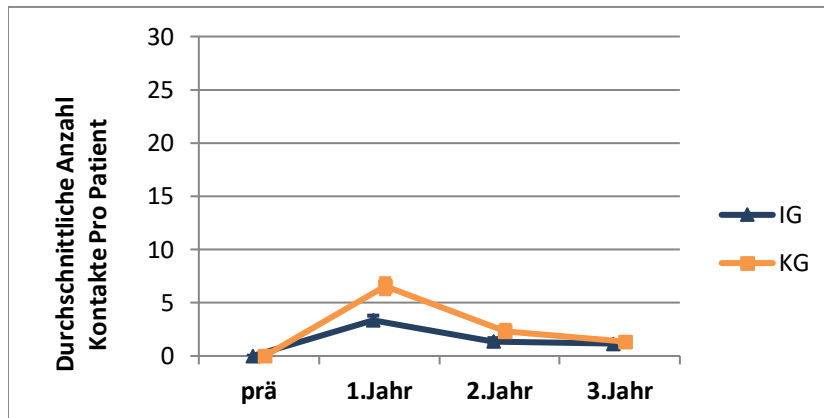
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

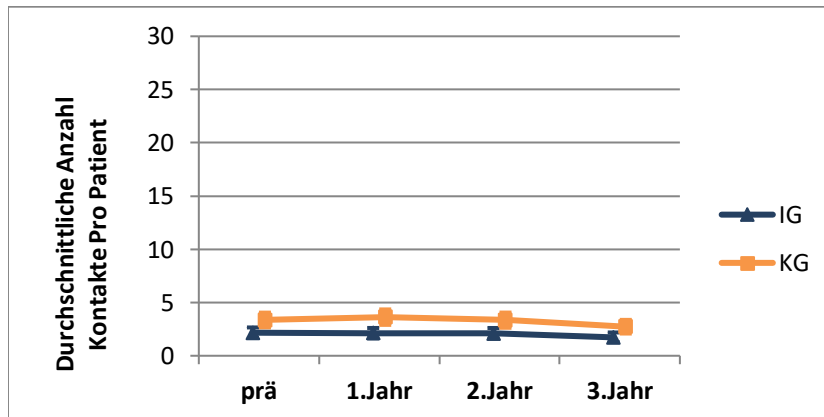
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

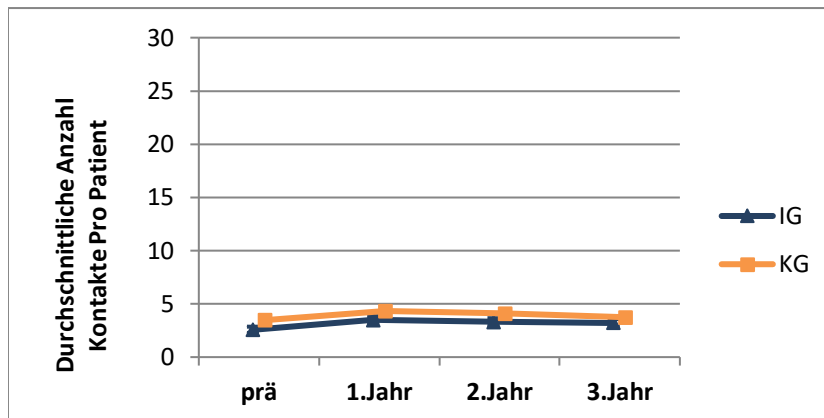
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

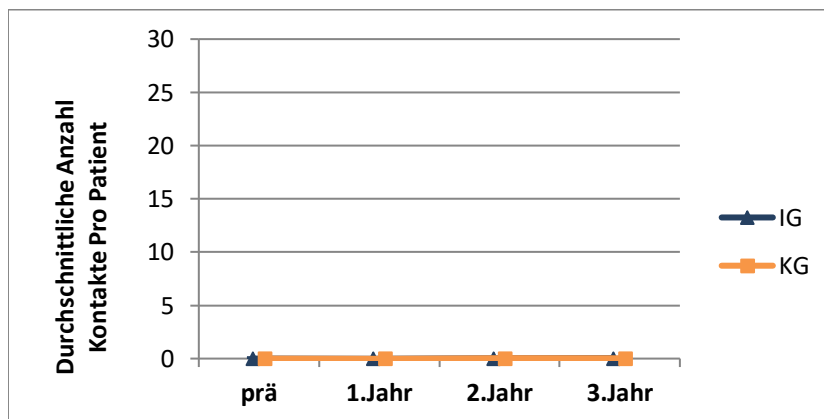


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

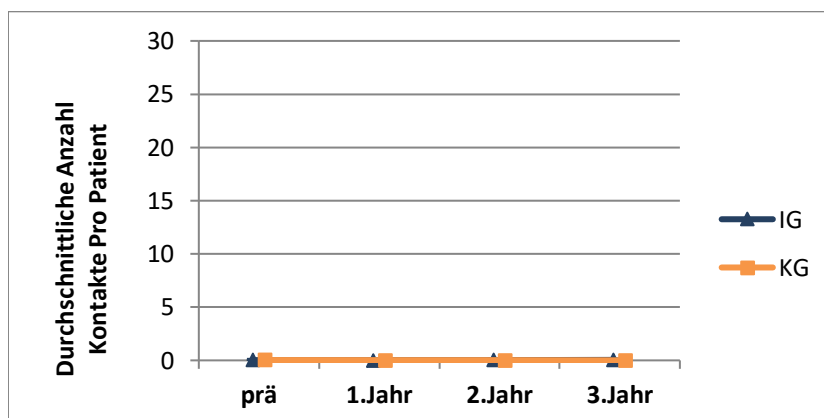


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

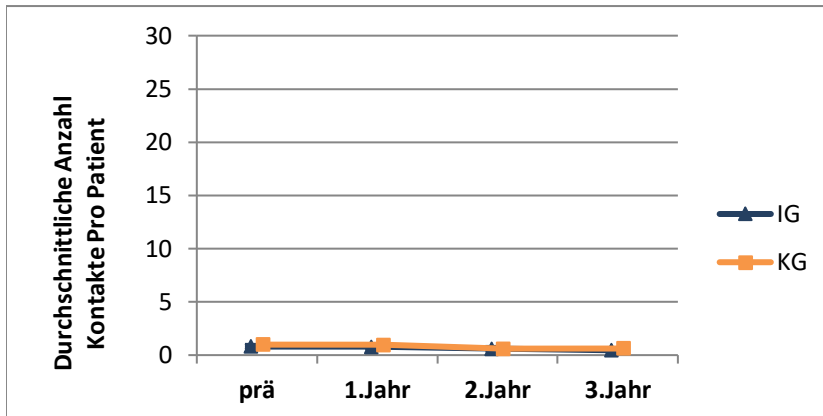
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

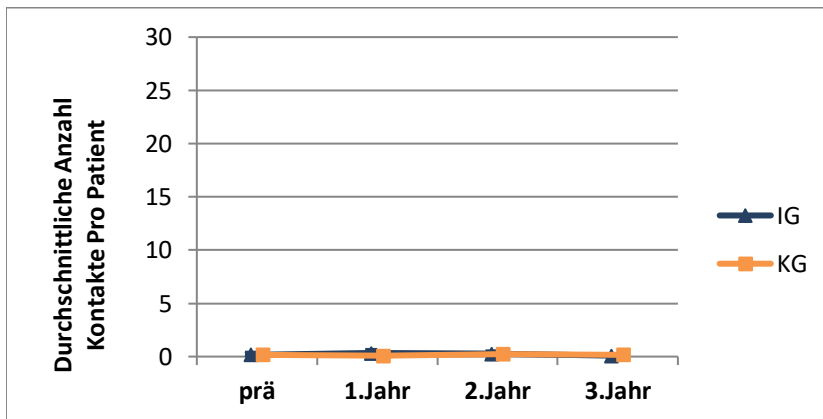


- bei anderen Vertragsärzten (F)

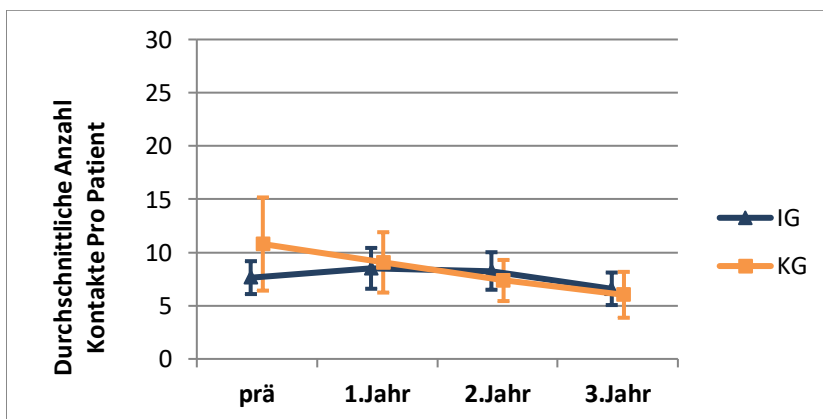


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



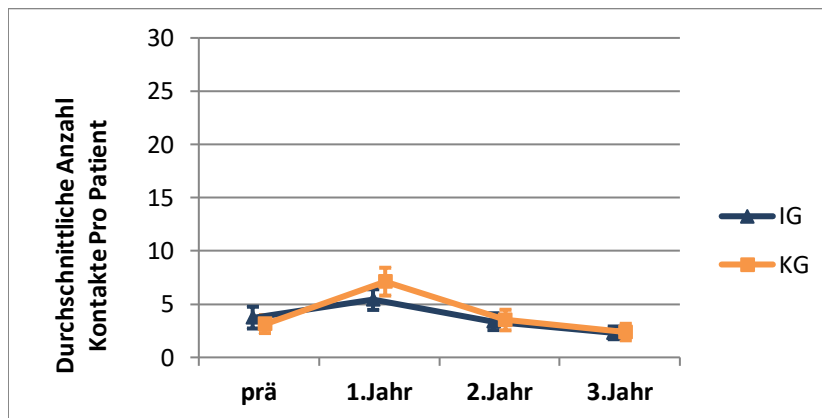
### Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

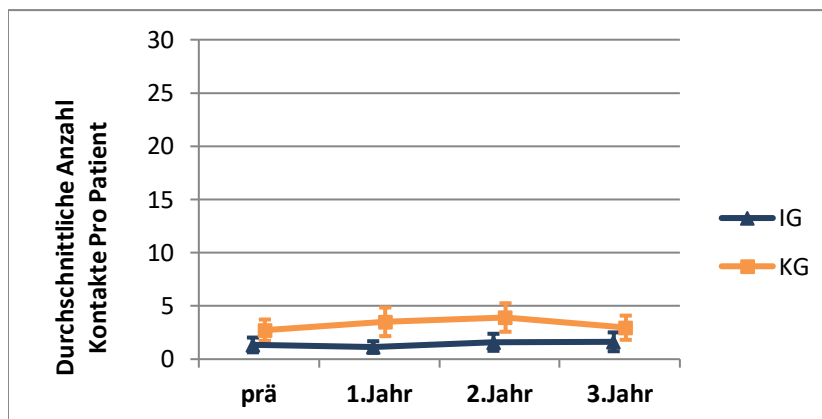
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)

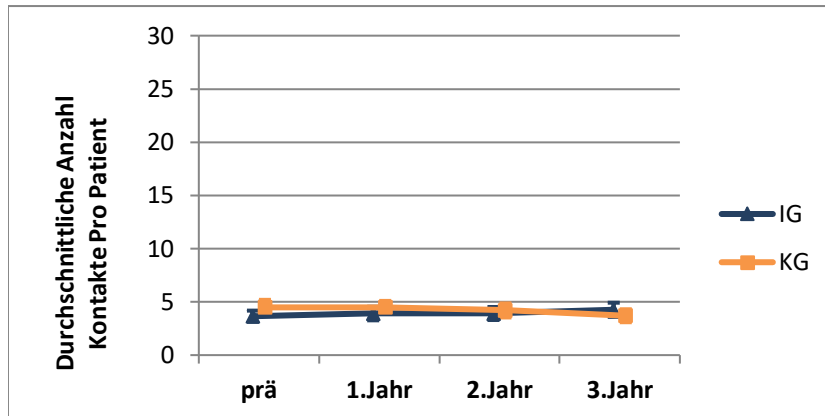


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)



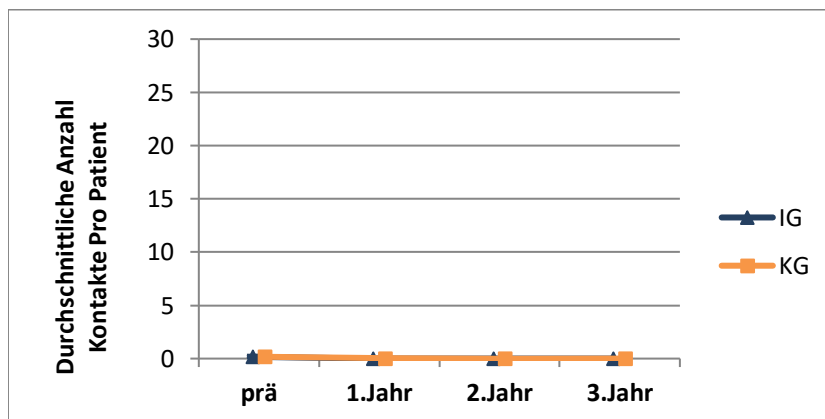


- bei anderen Vertragsärzten (E)

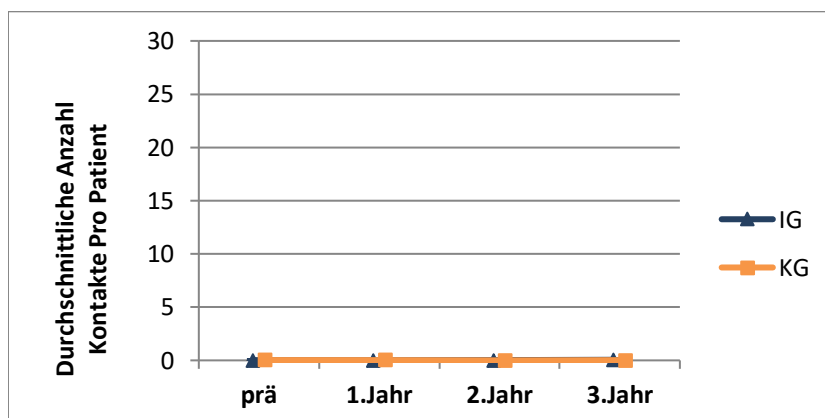


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

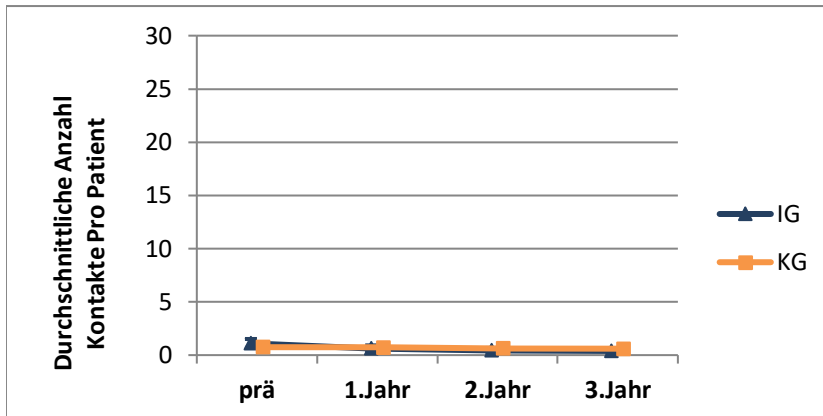
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

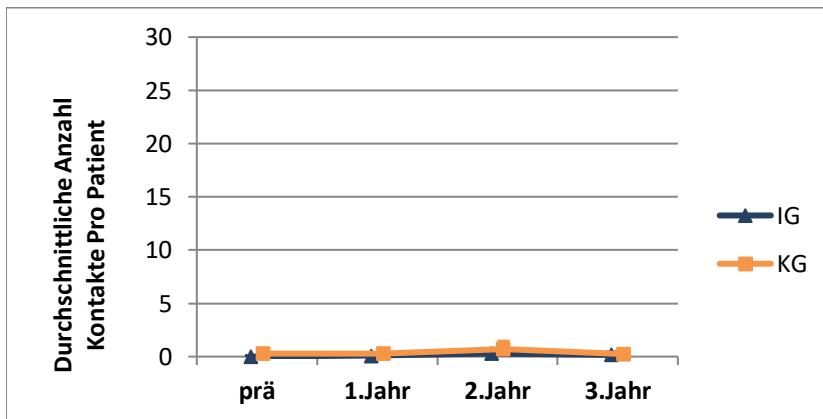


- bei anderen Vertragsärzten (F)

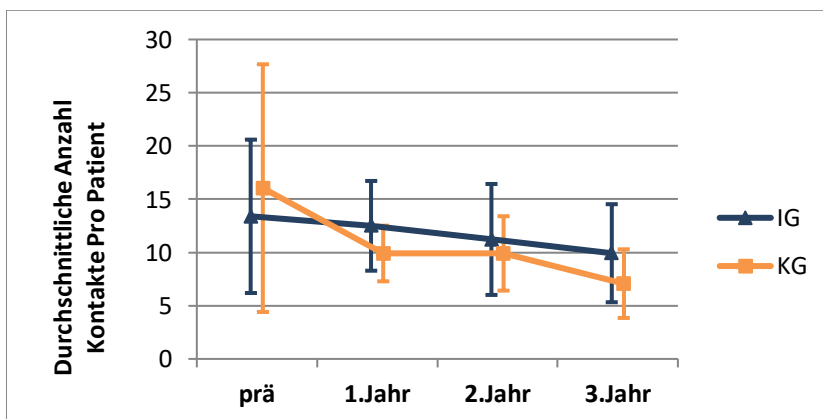


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



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

**Sekundärer Outcome:** 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.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Hauptaugenmerk lag hier bei der Kontinuität der Behandlung im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) aller Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 7 Tagen eine statistisch signifikant geringere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im dritten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG (DiD = 0,2). Zu beachten ist hier jedoch, dass zum einen die Fallzahlen im dritten Jahr sehr gering waren. Zum anderen war in allen anderen Jahren (erstes, zweites und viertes Jahr nach Referenzfall) in der IG stets eine höhere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7 Tagen nach stationärem Aufenthalt im Vergleich zur KG festzustellen war (stets nicht statistisch signifikant). Der numerisch große Unterschied im dritten Jahr nach Referenzfall (IG: 6,9 %; KG: 33,3 %) führte zu einem statistisch signifikanten Ergebnis trotz geringer Fallzahlen. Weitere statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich IG vs. KG konnten nicht gefunden werden. Bei den linikbekannten Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = 2,3; IG: 30,0 %; KG: 18,3 %). Weitere statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich IG vs. KG waren nicht ersichtlich.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7 und 30 und ein vergleichbarer Anteil innerhalb von 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: -4,3 %-Punkte; 30 Tage: -8,1 %-Punkte; 90 Tage: +0,8 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall für

30 Tage Nachbeobachtung in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = 0,7; IG vs. KG: -7,8 %-Punkte). Weitere statistisch signifikante Unterschiede waren nicht ersichtlich.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten in der IG stets geringer als in der KG. Bei den linikbekanntem Patienten gab es keine eindeutige Tendenz. Mal wiesen Patienten der IG eine höhere Behandlungskontinuität auf und mal eine niedrigere im Vergleich zu Patienten der KG. Die Fallzahlen waren meist sehr gering.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>162</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>29</b>	<b>126</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>23</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	16,7 %	19,4 %	3,4 %	24,1 %	11,1 %	13,8 %	26,7 %	17,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,2 %	6,5 %	0,0 %	3,4 %	0,8 %	3,4 %	10,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	14,2 %	12,9 %	20,7 %	20,7 %	31,7 %	20,7 %	33,3 %	60,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,9 %	3,2 %	6,9 %	6,9 %	2,4 %	6,9 %	10,0 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	2,5 %	6,5 %	3,4 %	0,0 %	4,8 %	10,3 %	6,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	0,0 %	3,4 %	3,4 %	2,4 %	0,0 %	3,3 %	13,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	24,7 %	29,0 %	6,9 %	27,6 %	16,7 %	27,6 %	33,3 %	17,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,5 %	61,3 %	65,5 %	51,7 %	55,6 %	51,7 %	36,7 %	30,4 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>153</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>25</b>	<b>118</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>19</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	28,8 %	30,0 %	17,9 %	36,0 %	26,3 %	32,1 %	32,1 %	21,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	10,5 %	20,0 %	3,6 %	8,0 %	4,2 %	7,1 %	10,7 %	10,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	35,3 %	40,0 %	39,3 %	44,0 %	54,2 %	50,0 %	57,1 %	78,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,0 %	10,0 %	14,3 %	20,0 %	17,8 %	21,4 %	14,3 %	26,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,2 %	16,7 %	3,6 %	4,0 %	10,2 %	14,3 %	17,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	10,0 %	7,1 %	16,0 %	5,1 %	0,0 %	10,7 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,5 %	46,7 %	25,0 %	48,0 %	40,7 %	50,0 %	46,4 %	31,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	30,1 %	30,0 %	35,7 %	24,0 %	27,1 %	25,0 %	17,9 %	15,8 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>140</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>111</b>	<b>22</b>	<b>26</b>	<b>16</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,9 %	50,0 %	42,3 %	56,5 %	36,0 %	36,4 %	38,5 %	31,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	17,1 %	23,1 %	7,7 %	13,0 %	7,2 %	9,1 %	23,1 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,4 %	65,4 %	80,8 %	73,9 %	80,2 %	86,4 %	69,2 %	81,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	39,3 %	42,3 %	26,9 %	52,2 %	28,8 %	50,0 %	38,5 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,6 %	11,5 %	3,8 %	8,7 %	15,3 %	13,6 %	23,1 %	25,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,1 %	26,9 %	11,5 %	30,4 %	11,7 %	13,6 %	19,2 %	12,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,9 %	65,4 %	53,8 %	69,6 %	53,2 %	59,1 %	53,8 %	62,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	11,5 %	7,7 %	4,3 %	11,7 %	4,5 %	15,4 %	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

**Klinikbekannte Patienten**

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

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>80</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>82</b>	<b>22</b>	<b>14</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	26,3 %	35,7 %	14,3 %	25,9 %	8,5 %	18,2 %	7,1 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,8 %	0,0 %	7,1 %	11,1 %	4,9 %	31,8 %	7,1 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	21,3 %	14,3 %	25,0 %	11,1 %	15,9 %	27,3 %	14,3 %	11,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	3,8 %	0,0 %	7,1 %	3,7 %	7,3 %	9,1 %	14,3 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,9 %	4,5 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	7,1 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	30,0 %	35,7 %	21,4 %	37,0 %	18,3 %	50,0 %	14,3 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,5 %	50,0 %	50,0 %	51,9 %	67,1 %	31,8 %	71,4 %	55,6 %

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

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

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

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

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



Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>76</b>	<b>27</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>77</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,8 %	44,4 %	34,6 %	34,8 %	31,2 %	23,8 %	15,4 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,9 %	0,0 %	7,7 %	21,7 %	10,4 %	38,1 %	0,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,4 %	44,4 %	57,7 %	30,4 %	42,9 %	52,4 %	46,2 %	55,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,2 %	14,8 %	11,5 %	8,7 %	22,1 %	19,0 %	15,4 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,9 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	9,1 %	14,3 %	7,7 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,9 %	0,0 %	7,7 %	8,7 %	6,5 %	4,8 %	7,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,1 %	44,4 %	42,3 %	47,8 %	42,9 %	66,7 %	15,4 %	33,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,0 %	18,5 %	11,5 %	26,1 %	31,2 %	9,5 %	30,8 %	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			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. 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>69</b>	<b>27</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>69</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>&lt;10</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	52,2 %	59,3 %	50,0 %	43,8 %	36,2 %	29,4 %	33,3 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,2 %	11,1 %	9,1 %	18,8 %	11,6 %	35,3 %	8,3 %	11,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	75,4 %	77,8 %	86,4 %	81,3 %	82,6 %	64,7 %	75,0 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,6 %	25,9 %	36,4 %	25,0 %	46,4 %	35,3 %	58,3 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,8 %	3,7 %	0,0 %	6,3 %	17,4 %	23,5 %	8,3 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,3 %	7,4 %	22,7 %	18,8 %	14,5 %	11,8 %	25,0 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	55,1 %	70,4 %	59,1 %	50,0 %	52,2 %	76,5 %	41,7 %	44,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,8 %	3,7 %	0,0 %	6,3 %	4,3 %	5,9 %	0,0 %	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

**Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

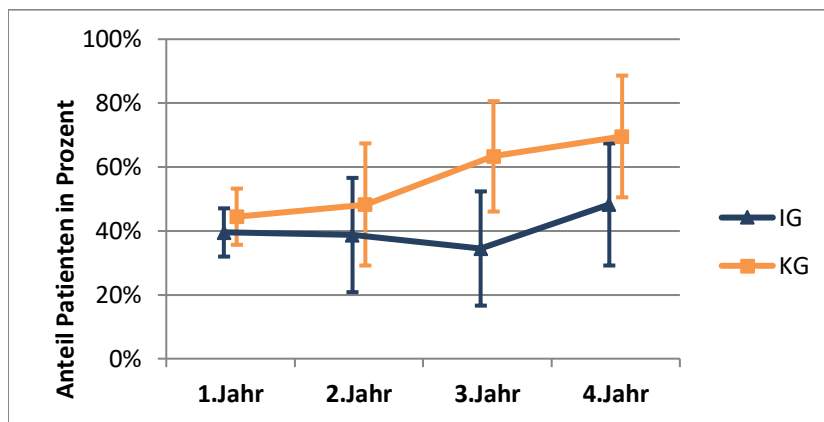
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

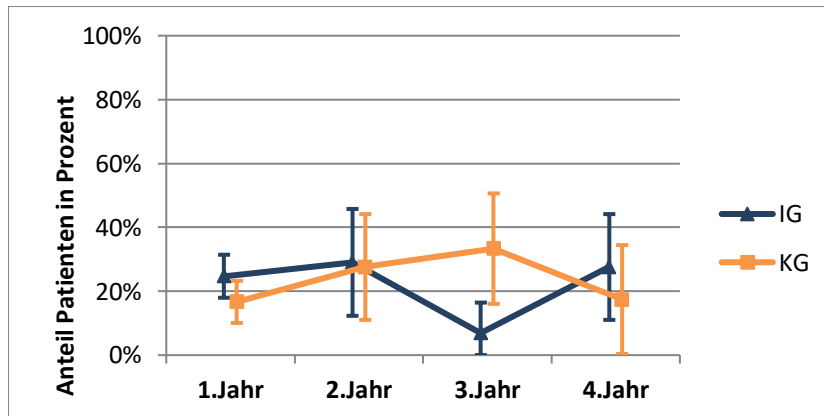
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



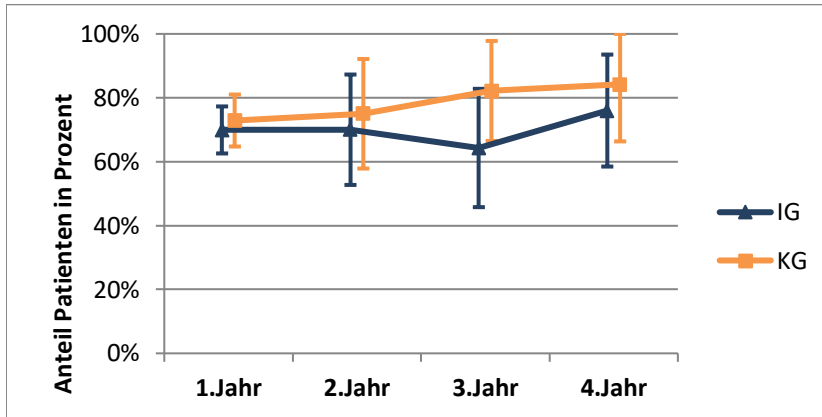
- Alle (psychiatrischer Sektor)



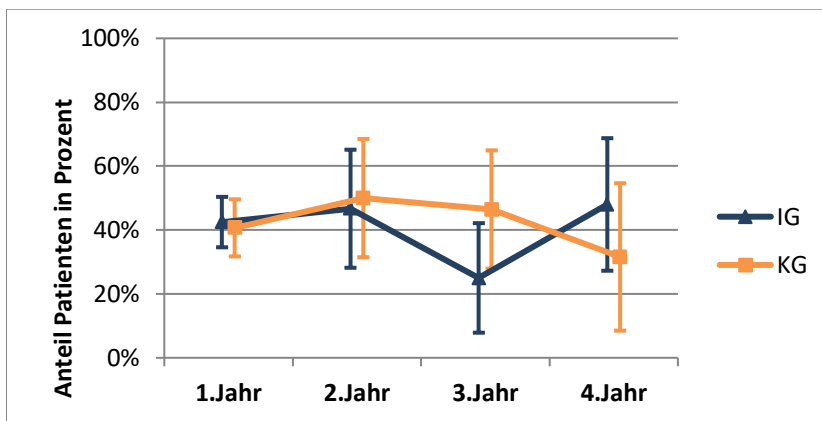
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



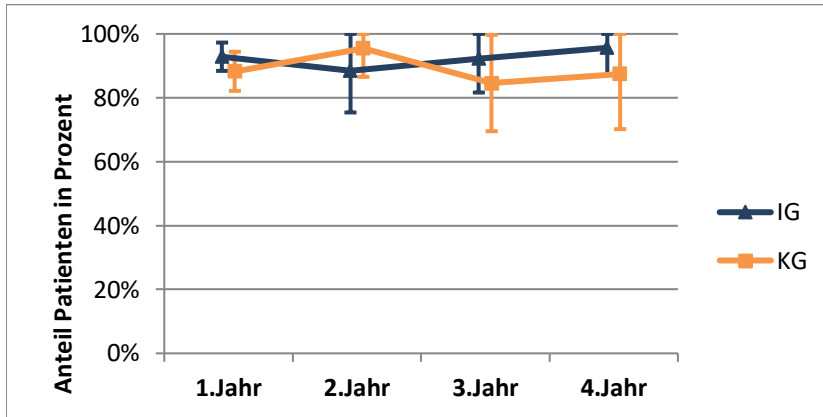
- Alle (psychiatrischer Sektor)



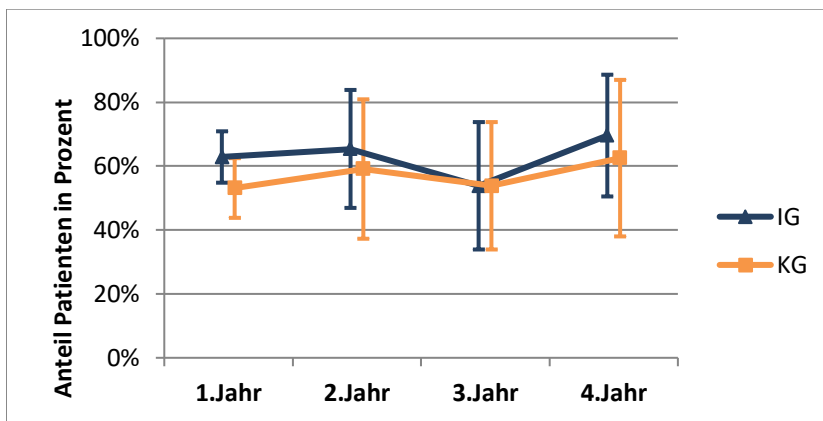
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



### Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

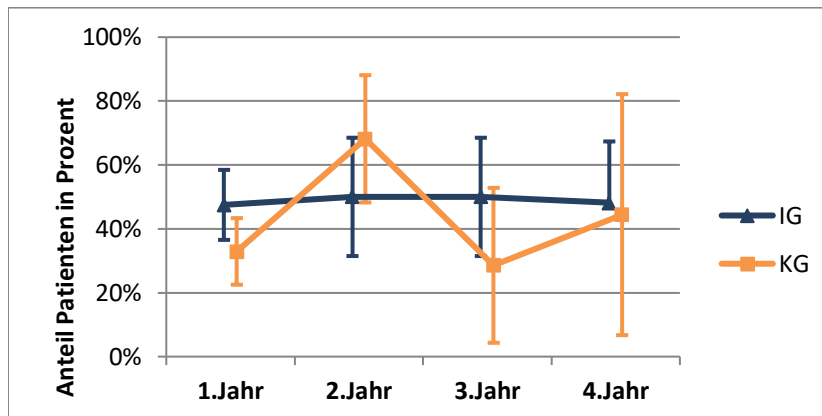
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie

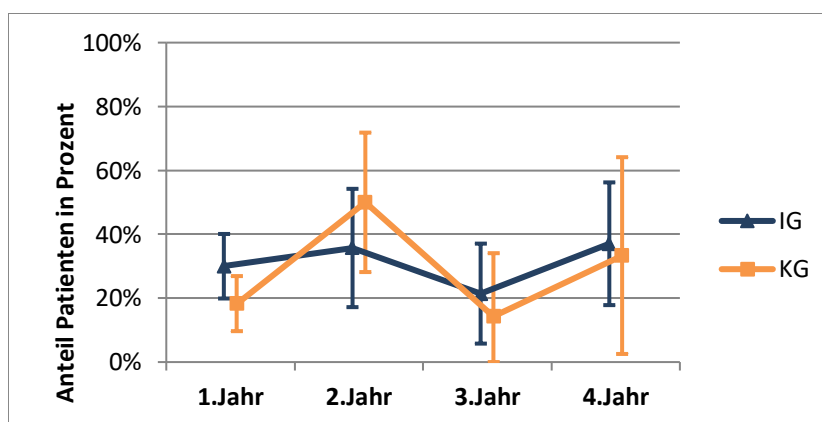
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



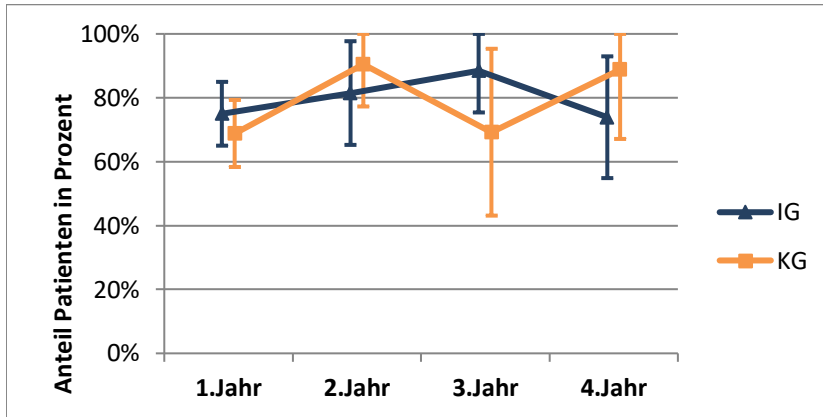
- Alle (psychiatrischer Sektor)



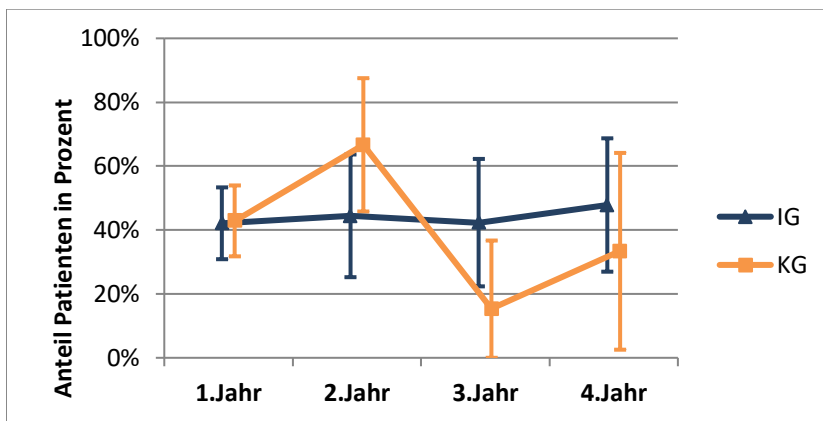
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



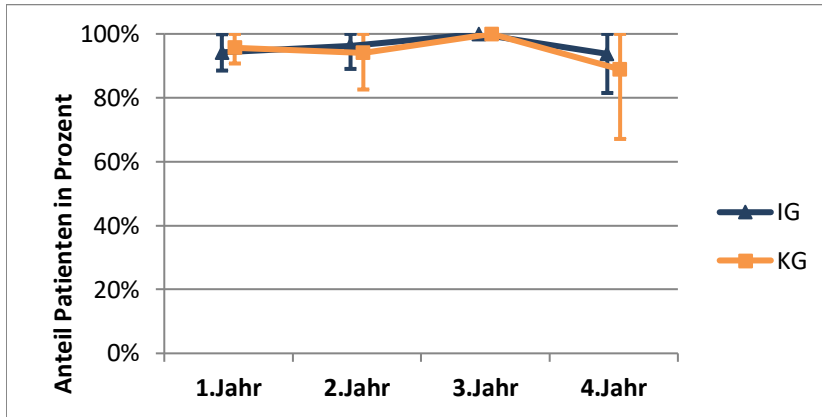
- Alle (psychiatrischer Sektor)



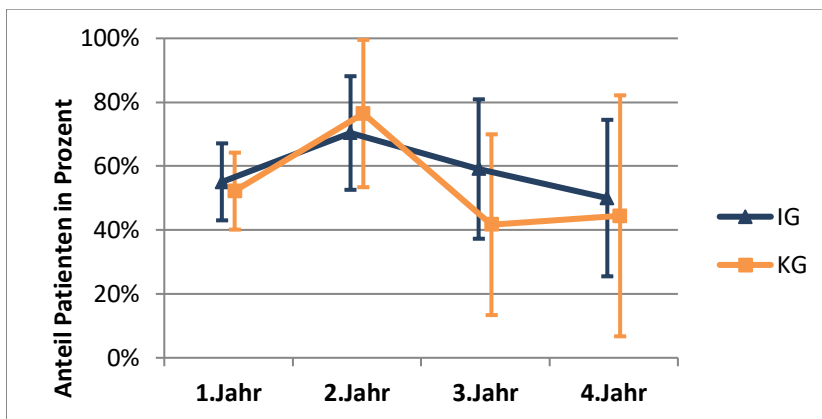
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)





**Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Klinikneue Patienten**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,60 0,86...2,96	1,01 0,61...1,68	1,45 0,86...2,44
Gruppe Jahr 2	0,72 0,19...2,71	0,64 0,18...2,29	1,12 0,28...4,44
Gruppe Jahr 3	0,15* 0,03...0,84	0,36 0,10...1,33	1,47 0,39...5,58
Gruppe Jahr 4	1,63 0,35...7,56	2,08 0,47...9,26	1,54 0,26...9,24

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

**Klinikbekannte Patienten**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	2,25* 1,02...4,99	0,95 0,48...1,87	1,00 0,49...2,04
Gruppe Jahr 2	0,40 0,10...1,63	0,24 0,06...1,04	0,55 0,10...2,97
Gruppe Jahr 3	1,28 0,19...8,74	3,26 0,51...20,84	2,30 0,43...12,46
Gruppe Jahr 4	0,72 0,09...6,03	0,35 0,03...5,08	0,58 0,05...6,36

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

 Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

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

Merkmal	IG	KG
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>733</b>	<b>636</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	12,0 %	14,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	4,8 %	3,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	19,9 %	25,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	5,5 %	5,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,6 %	8,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,8 %	1,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,2 %	24,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,0 %	52,5 %

<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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>672</b>	<b>605</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	24,1 %	30,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,0 %	7,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	43,8 %	51,4 %

• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,8 %	18,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,2 %	16,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,9 %	47,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	27,8 %	23,3 %

<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
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>		
	<b>1. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>617</b>	<b>544</b>
<b>Alle</b>		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	37,6 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	13,3 %	10,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,6 %	79,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	40,4 %	36,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,2 %	21,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,4 %	11,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	57,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,4 %	8,6 %

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

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

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

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

**Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

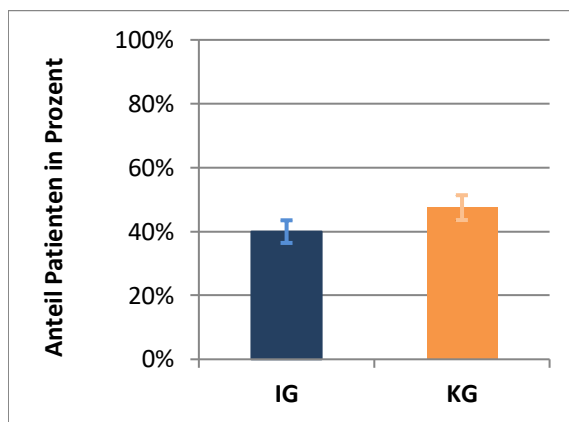
### Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

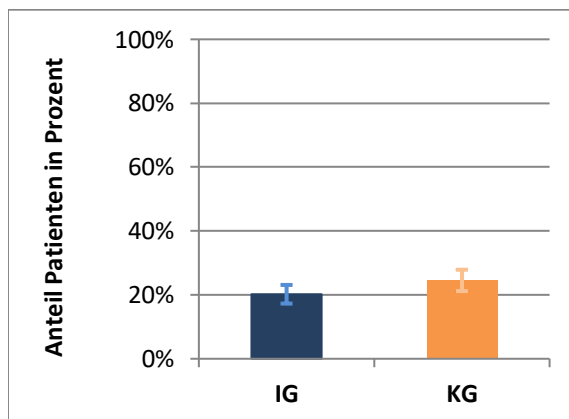
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

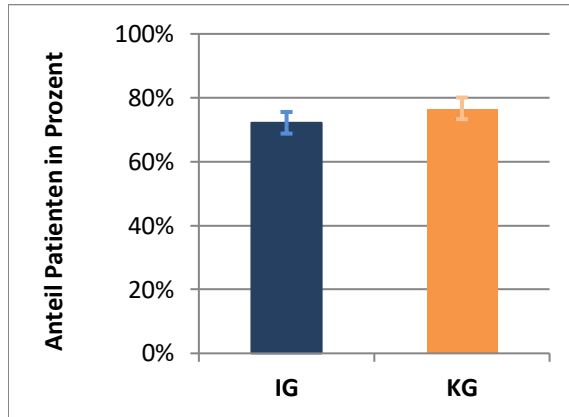
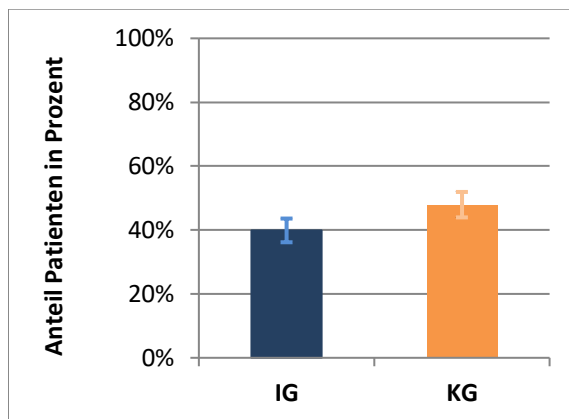
#### **Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

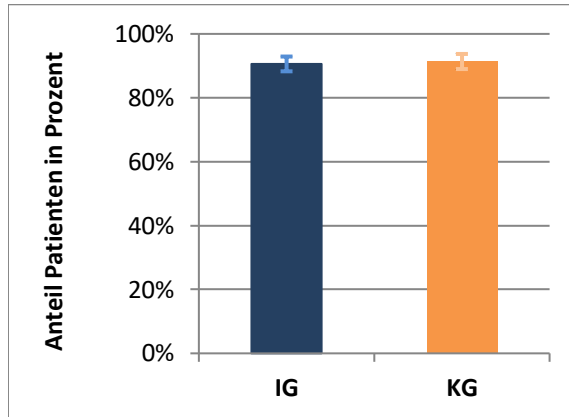
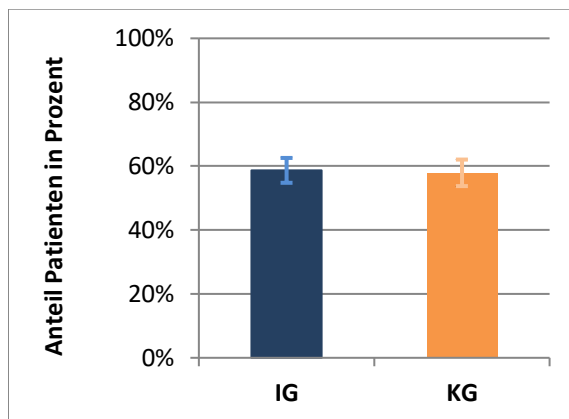
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten****Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten****Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

#### Klinikneue Patienten

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

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>557</b>	<b>104</b>	<b>451</b>	<b>106</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	11,8 %	11,5 %	14,4 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	4,3 %	6,7 %	2,7 %	6,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	20,1 %	20,2 %	26,2 %	22,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,7 %	4,8 %	5,1 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,1 %	4,8 %	9,1 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	1,0 %	2,2 %	0,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,4 %	21,2 %	24,4 %	27,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,7 %	57,7 %	51,2 %	50,9 %

<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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>512</b>	<b>95</b>	<b>427</b>	<b>103</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	23,8 %	21,1 %	29,5 %	23,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,8 %	12,6 %	6,6 %	8,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	43,0 %	51,6 %	51,3 %	47,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	19,9 %	14,7 %	18,5 %	25,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	10,0 %	14,7 %	16,4 %	14,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	7,4 %	5,6 %	3,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,3 %	40,0 %	47,1 %	42,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	28,3 %	22,1 %	23,9 %	27,2 %

<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	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>470</b>	<b>85</b>	<b>387</b>	<b>89</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,8 %	40,0 %	39,5 %	39,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	13,0 %	17,6 %	8,5 %	13,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	72,3 %	72,9 %	79,6 %	76,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	39,6 %	41,2 %	36,2 %	55,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,3 %	14,1 %	20,4 %	20,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,8 %	23,5 %	12,7 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,7 %	58,8 %	57,6 %	62,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,7 %	5,9 %	8,3 %	5,6 %

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

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

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

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



**Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

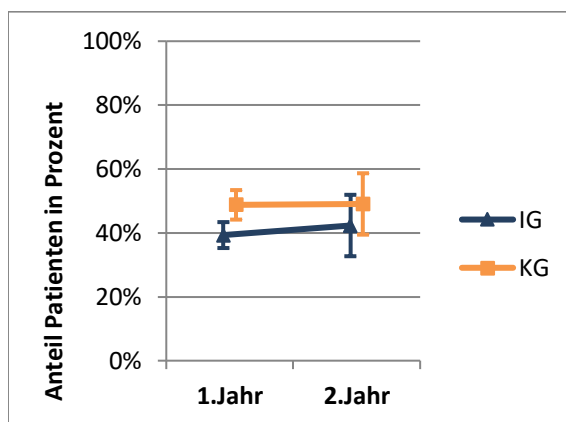
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

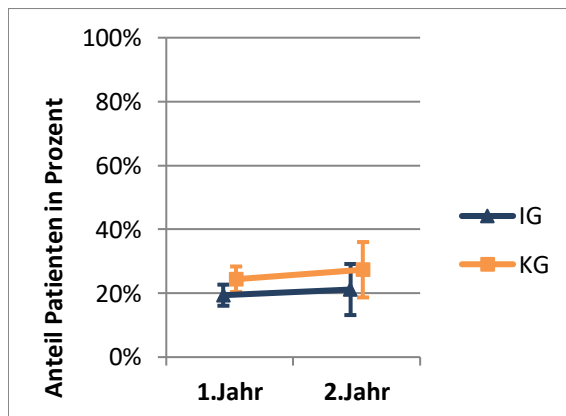
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



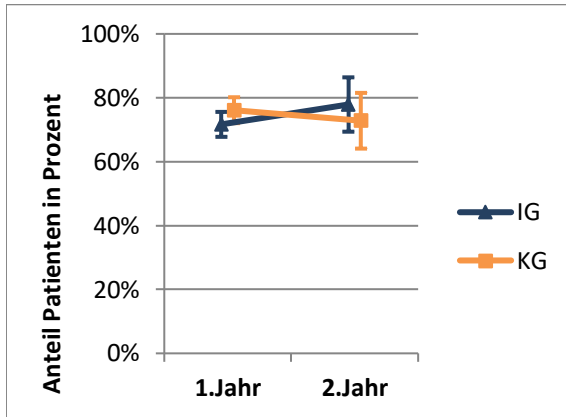
- Alle (psychiatrischer Sektor)



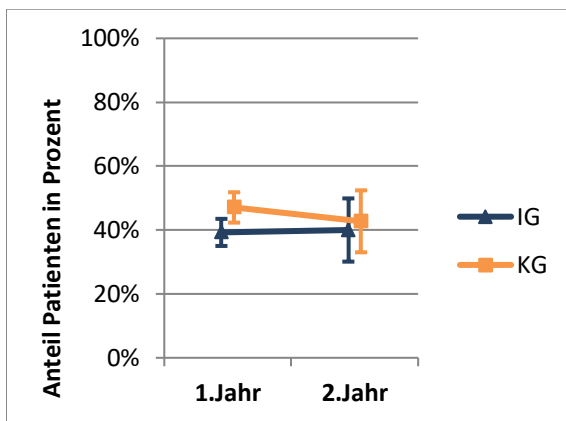
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



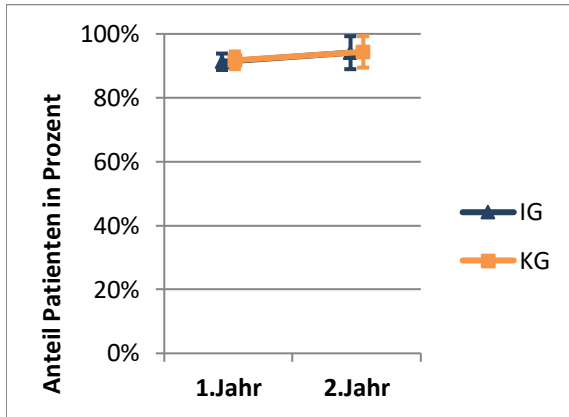
- Alle (psychiatrischer Sektor)



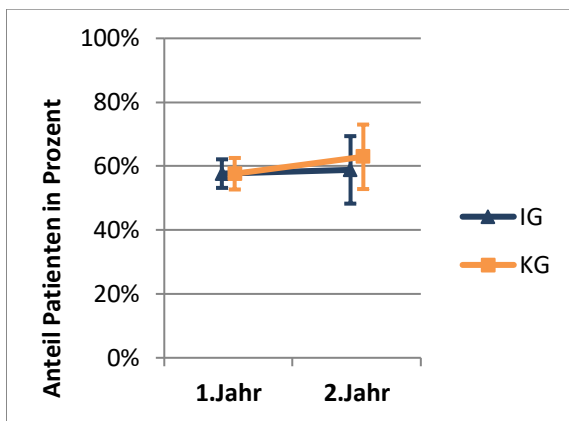
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,75 0,56...1,02	0,73* 0,56...0,95	1,02 0,77...1,34
Gruppe Jahr 2	0,66 0,35...1,27	0,83 0,46...1,49	0,77 0,41...1,46

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>370</b>	<b>78</b>	<b>64</b>	<b>276</b>	<b>54</b>	<b>72</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,7 %	9,0 %	14,1 %	12,3 %	11,1 %	27,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,1 %	6,4 %	0,0 %	2,2 %	3,7 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	19,2 %	21,8 %	23,4 %	30,4 %	18,5 %	30,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,9 %	3,8 %	3,1 %	4,3 %	11,1 %	9,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,6 %	3,8 %	6,3 %	7,6 %	11,1 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	1,3 %	1,6 %	2,9 %	1,9 %	1,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	21,1 %	17,9 %	18,8 %	21,4 %	25,9 %	33,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	60,5 %	59,0 %	56,3 %	51,1 %	51,9 %	37,5 %

<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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>338</b>	<b>70</b>	<b>58</b>	<b>261</b>	<b>53</b>	<b>66</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,8 %	18,6 %	24,1 %	29,1 %	22,6 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,9 %	12,9 %	5,2 %	5,7 %	5,7 %	6,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,0 %	50,0 %	51,7 %	52,9 %	52,8 %	53,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	18,0 %	12,9 %	13,8 %	18,8 %	24,5 %	22,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,5 %	14,3 %	13,8 %	14,6 %	13,2 %	15,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	7,1 %	10,3 %	6,5 %	3,8 %	6,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,5 %	37,1 %	37,9 %	46,7 %	39,6 %	51,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	28,7 %	24,3 %	22,4 %	25,3 %	28,3 %	15,2 %

<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		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>317</b>	<b>61</b>	<b>54</b>	<b>243</b>	<b>45</b>	<b>55</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,6 %	41,0 %	38,9 %	41,6 %	28,9 %	41,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,5 %	16,4 %	9,3 %	8,2 %	13,3 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,3 %	75,4 %	83,3 %	81,9 %	84,4 %	70,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	38,2 %	39,3 %	38,9 %	35,0 %	62,2 %	41,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,8 %	11,5 %	16,7 %	17,7 %	22,2 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,6 %	23,0 %	18,5 %	14,0 %	20,0 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,4 %	57,4 %	55,6 %	58,4 %	57,8 %	58,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,9 %	6,6 %	3,7 %	7,8 %	2,2 %	9,1 %

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

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

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>98</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>97</b>	<b>27</b>	<b>14</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,4 %	31,4 %	13,8 %	9,3 %	22,2 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,1 %	0,0 %	6,9 %	5,2 %	25,9 %	7,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	21,4 %	20,0 %	24,1 %	13,4 %	29,6 %	14,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	6,1 %	0,0 %	6,9 %	8,2 %	7,4 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	5,7 %	0,0 %	4,1 %	7,4 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	6,9 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	27,6 %	37,1 %	20,7 %	18,6 %	51,9 %	14,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,1 %	45,7 %	51,7 %	68,0 %	29,6 %	71,4 %

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

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

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

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

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



Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	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>94</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>92</b>	<b>26</b>	<b>13</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	34,0 %	47,1 %	33,3 %	29,3 %	26,9 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,3 %	0,0 %	11,1 %	10,9 %	30,8 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	50,0 %	47,1 %	55,6 %	40,2 %	57,7 %	46,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	16,0 %	14,7 %	11,1 %	22,8 %	19,2 %	15,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,3 %	5,9 %	0,0 %	7,6 %	15,4 %	7,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	0,0 %	7,4 %	5,4 %	3,8 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	52,9 %	44,4 %	41,3 %	65,4 %	15,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	24,5 %	17,6 %	11,1 %	32,6 %	7,7 %	30,8 %

<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		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>85</b>	<b>34</b>	<b>23</b>	<b>84</b>	<b>22</b>	<b>12</b>
<b>Alle</b>						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	50,6 %	58,8 %	47,8 %	36,9 %	36,4 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,2 %	11,8 %	13,0 %	11,9 %	27,3 %	8,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	76,5 %	76,5 %	82,6 %	78,6 %	72,7 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	42,4 %	23,5 %	34,8 %	44,0 %	31,8 %	58,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,1 %	14,7 %	0,0 %	14,3 %	22,7 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	8,8 %	21,7 %	13,1 %	9,1 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	54,1 %	76,5 %	60,9 %	52,4 %	72,7 %	41,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	2,9 %	0,0 %	6,0 %	4,5 %	0,0 %

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

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

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

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

**Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

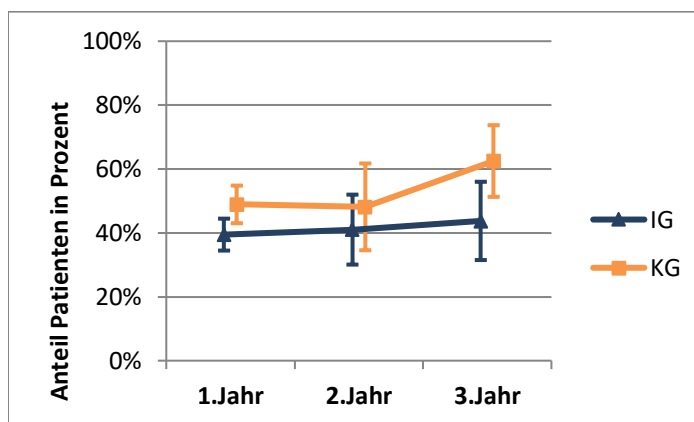
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

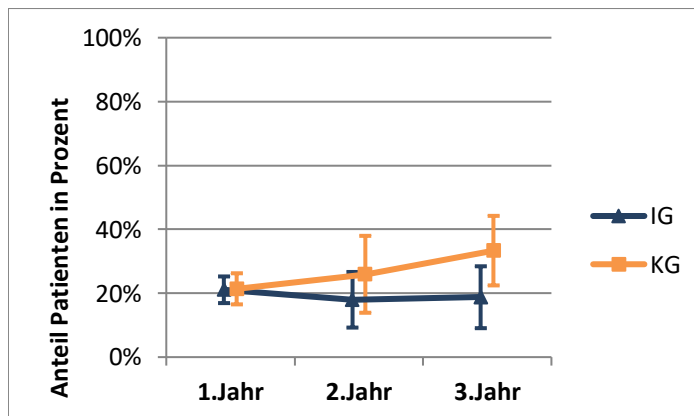
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



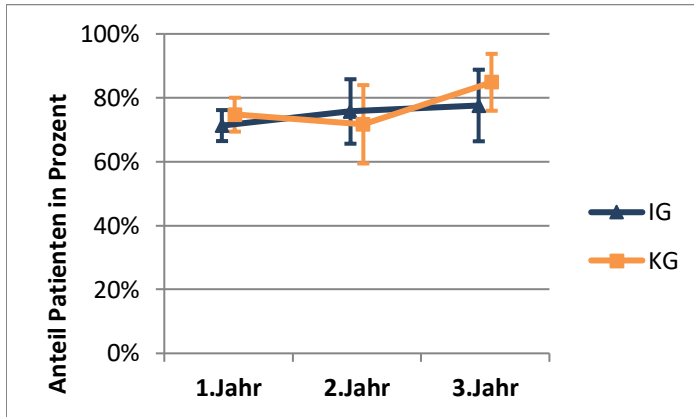
- Alle (psychiatrischer Sektor)



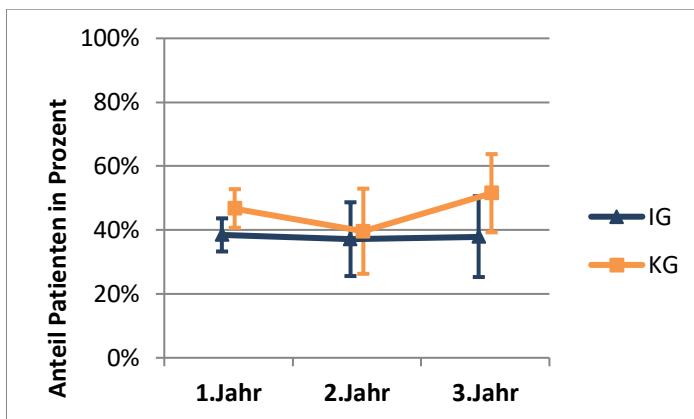
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



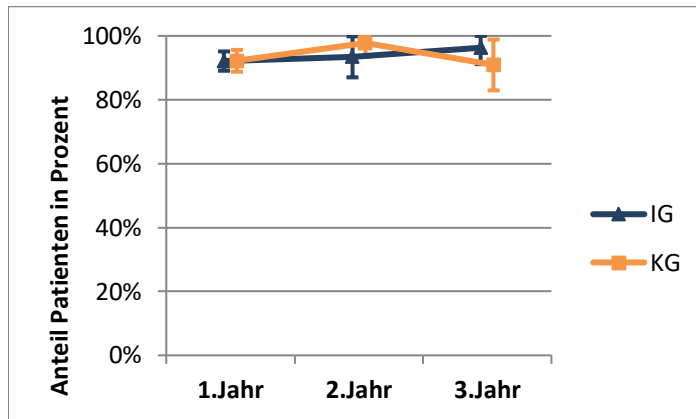
- Alle (psychiatrischer Sektor)



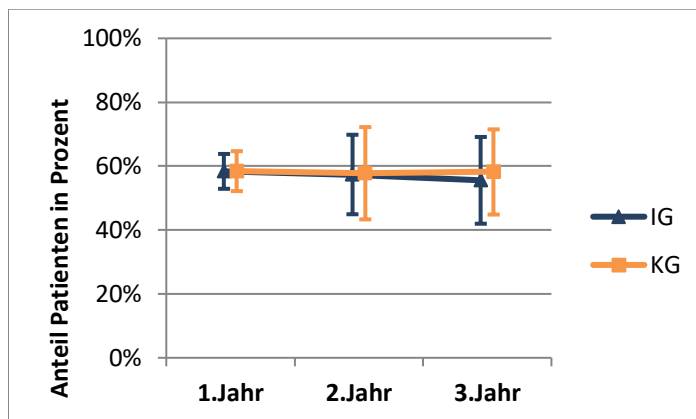
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



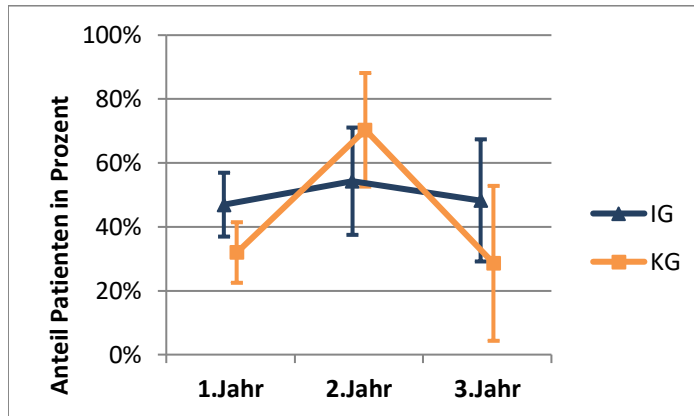
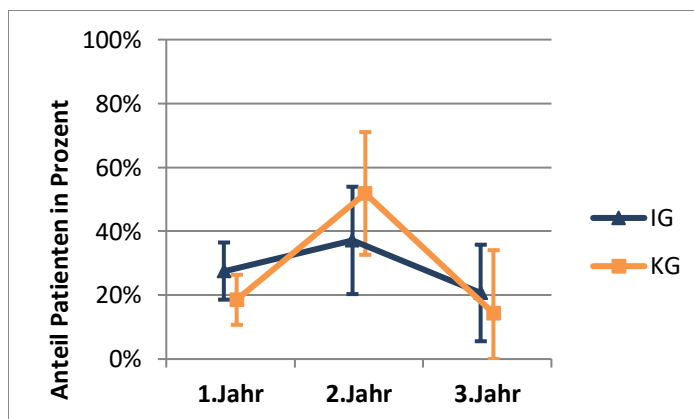
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie

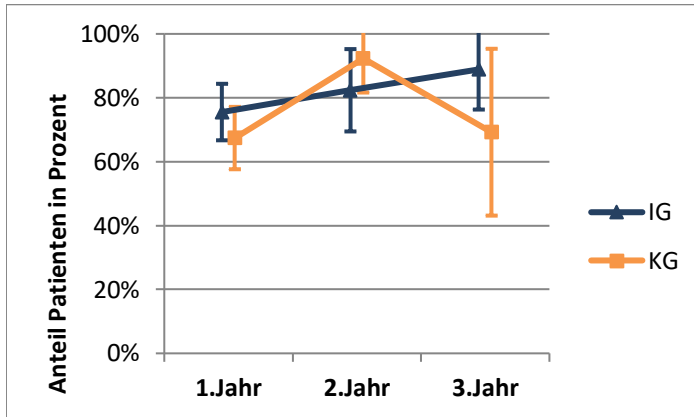
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

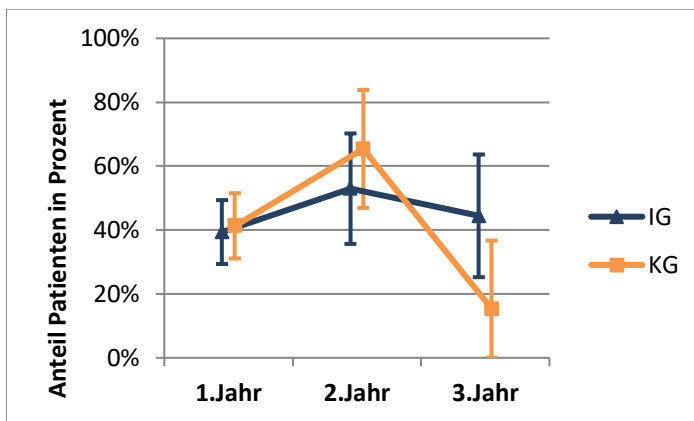
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



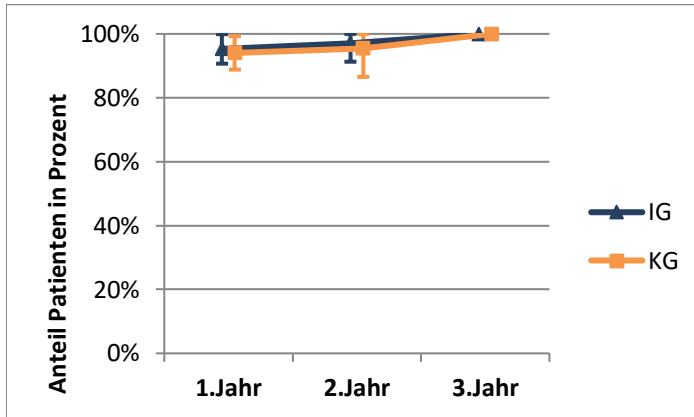
- Alle (psychiatrischer Sektor)



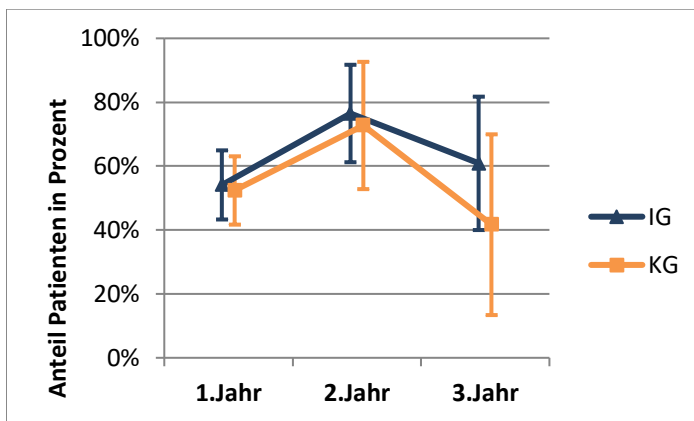
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)





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

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.

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

**Sekundärer Outcome:** 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.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur wenige Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie wechselten mehr als einmal den Arzt bzw. das Krankenhaus (**Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping**). Dies war in der IG und der KG bei linikneuen und linikbekannten Patienten der Fall. Auch gab es kaum Veränderungen über die Zeit. Daher ergaben sich sehr vergleichbare Muster mit wenig Veränderungen über den Beobachtungszeitraum, unabhängig von der untersuchten Kohorte (U1 bis U4). Die Fallzahlen waren stets zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>	<b>217</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>223</b>	<b>225</b>	<b>218</b>	<b>216</b>	<b>225</b>	<b>214</b>	<b>213</b>	<b>210</b>	<b>210</b>	<b>207</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%	0,0%	0,5%	0,0%	1,4%	0,5%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	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%	0,0%	0,0%

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

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>	<b>141</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>152</b>	<b>148</b>	<b>144</b>	<b>147</b>	<b>150</b>	<b>141</b>	<b>138</b>	<b>137</b>	<b>135</b>	<b>136</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%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	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%	0,0%	0,0%

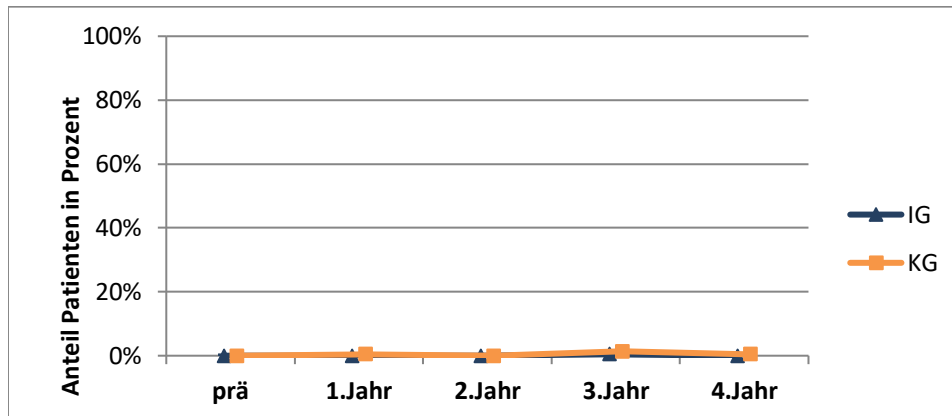
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

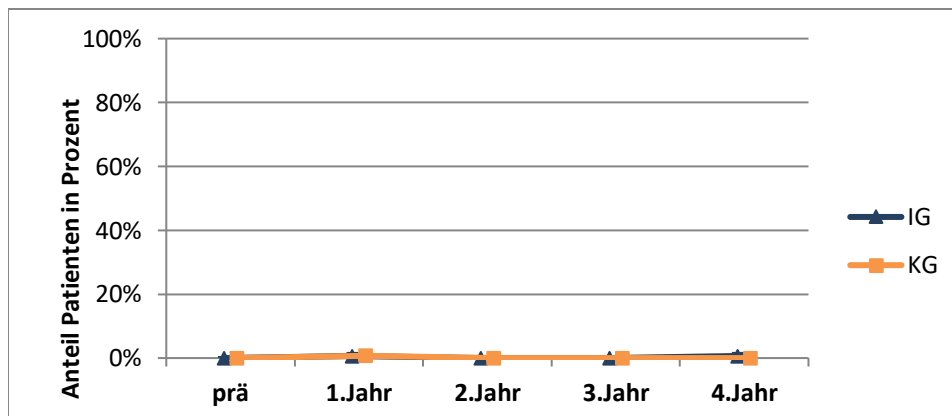
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche**

### **Klinikneue Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

### **Klinikbekannte Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.014</b>	<b>1.020</b>	<b>1.022</b>	<b>1.023</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%	0,1%	0,1%	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)

**Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

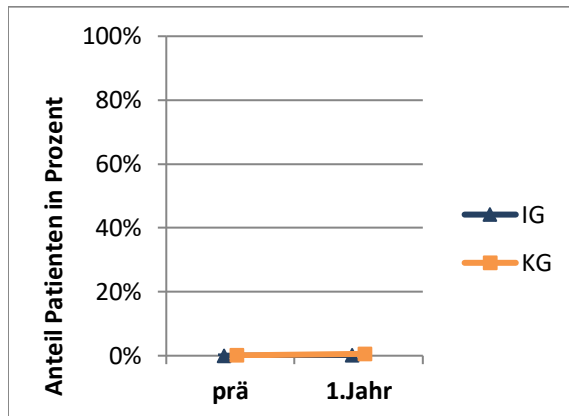
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

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.





### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>717</b>	<b>717</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>716</b>	<b>726</b>	<b>709</b>	<b>707</b>	<b>707</b>	<b>700</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%	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	0,3%
• Vier (B)	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%

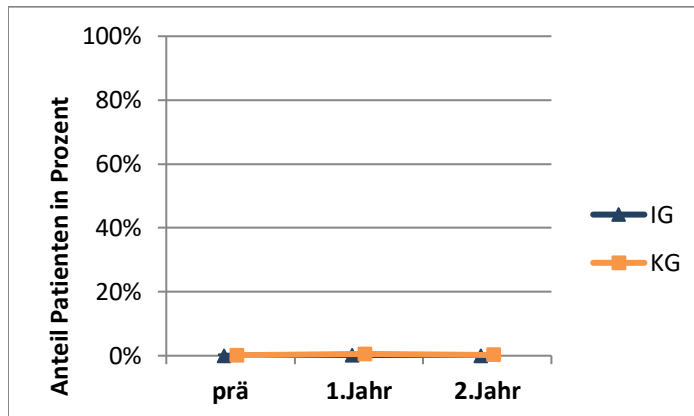
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



**Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Berechnungen durchgeführt werden.

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

#### U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

##### 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>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>	<b>470</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>484</b>	<b>491</b>	<b>478</b>	<b>475</b>	<b>464</b>	<b>463</b>	<b>458</b>	<b>449</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%	0,2%	0,0%	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%	0,6%
• 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)

**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>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>	<b>172</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>176</b>	<b>171</b>	<b>168</b>	<b>171</b>	<b>171</b>	<b>169</b>	<b>166</b>	<b>164</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%	0,6%	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%

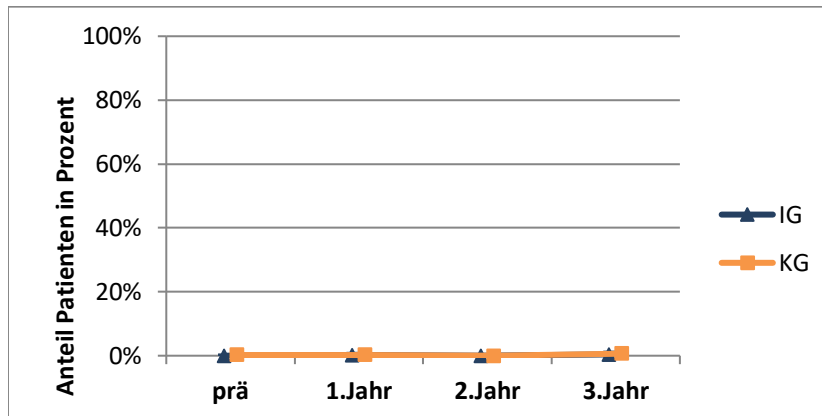
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

**Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

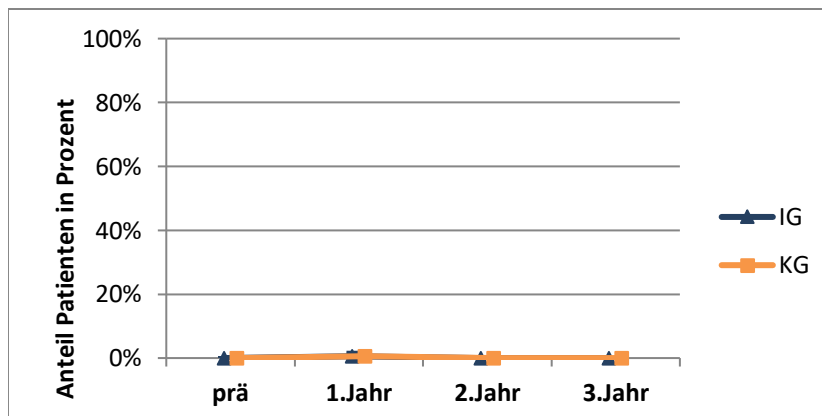
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Kinder und Jugendliche, 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.



### **8.3.6 Arbeitsunfähigkeit**

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.

### 8.3.7 Wiederaufnahmeraten

**Sekundärer Outcome:** 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.

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

#### Beschreibung Ergebnisse (U2)

Hauptaugenmerk dieses Outcomes lag auf den Anteil der Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme sowie der Dauer zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung bei allen Patienten der Kinder und Jugendpsychiatrie.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit vollstationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas größer als in der KG (IG: 25,4 %; KG: 21,4 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung** war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 133,9 Tage; KG: 136,6 Tage).



## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>343</b>	<b>426</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	25,4%	21,4%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	133,9	136,6
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>33</b>	<b>39</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	2,0%	2,3%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	119,4	119,9
<b>Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	0,3%	0,2%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B)</li> </ul>	229,0	314,0

<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 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

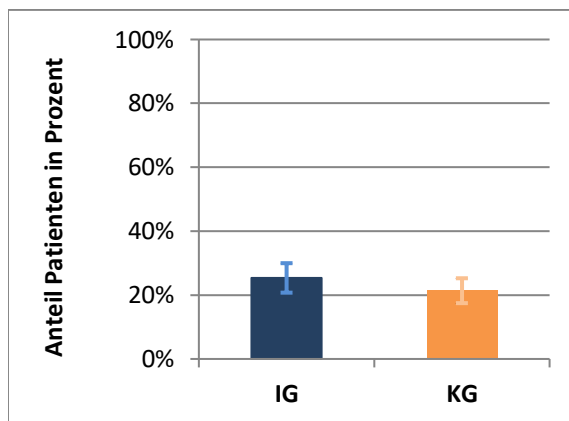
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

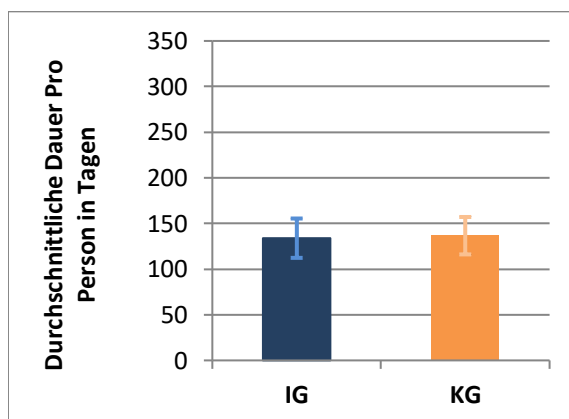
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

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)**



**Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	1,30 0,93...1,83	1,21 -29,14...31,56

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

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

### **8.3.8 Komorbidität**

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.

### 8.3.9 Mortalität

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

Anstelle des Zeitverlaufs der anderen Outcomes wurde hier die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres bzw. 4-Jahres Mortalität untersucht. Todesursachen können mit den vorhandenen Daten nicht abgebildet werden.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

In allen untersuchten Kohorten war die Mortalität (nach 1, 2, 3 oder 4 Jahren) zwischen IG und KG vergleichbar. Nur ein sehr geringer Anteil an Kinder und Jugendlichen verstarb im Untersuchungszeitraum. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten inferenzstatistische Tests nicht durchgeführt werden.

**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung****Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung****Klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>229</b>	<b>217</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>154</b>	<b>141</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,7 %

**Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

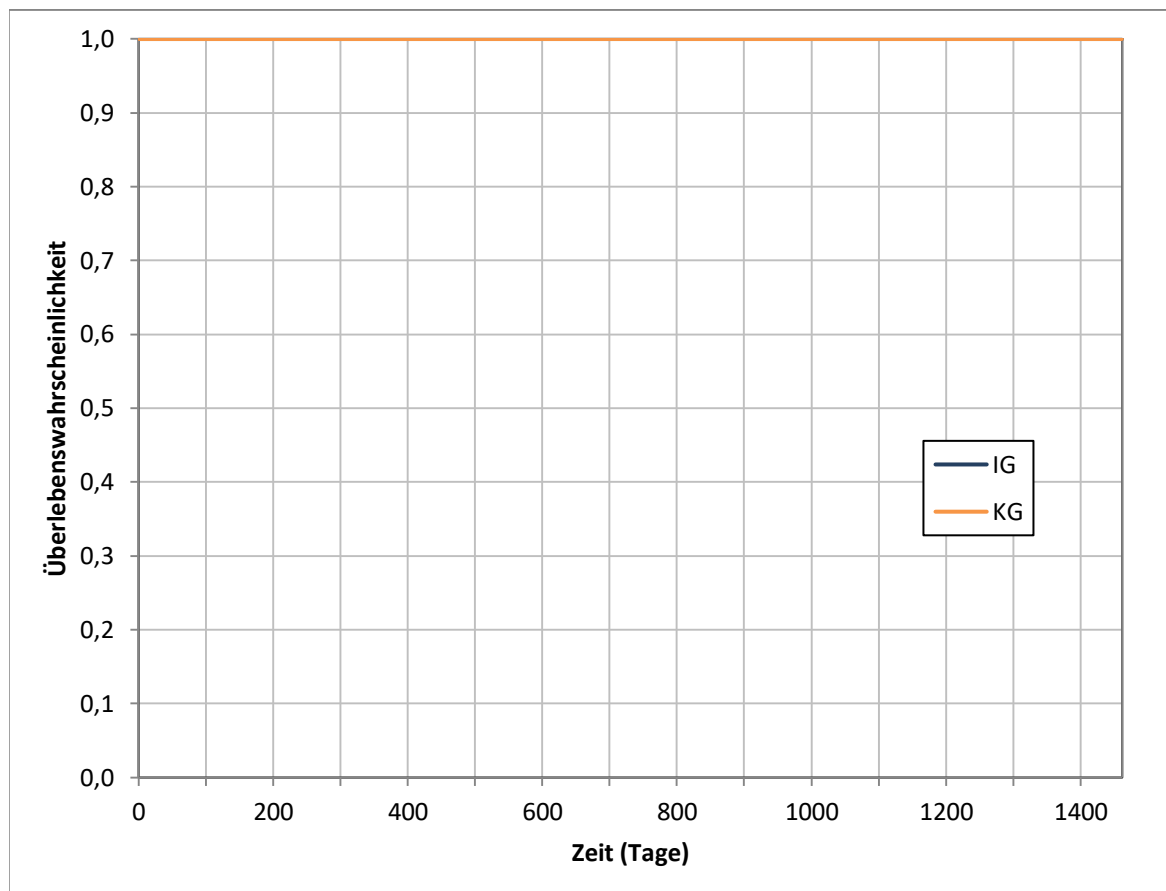
### Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

### Überlebenswahrscheinlichkeit

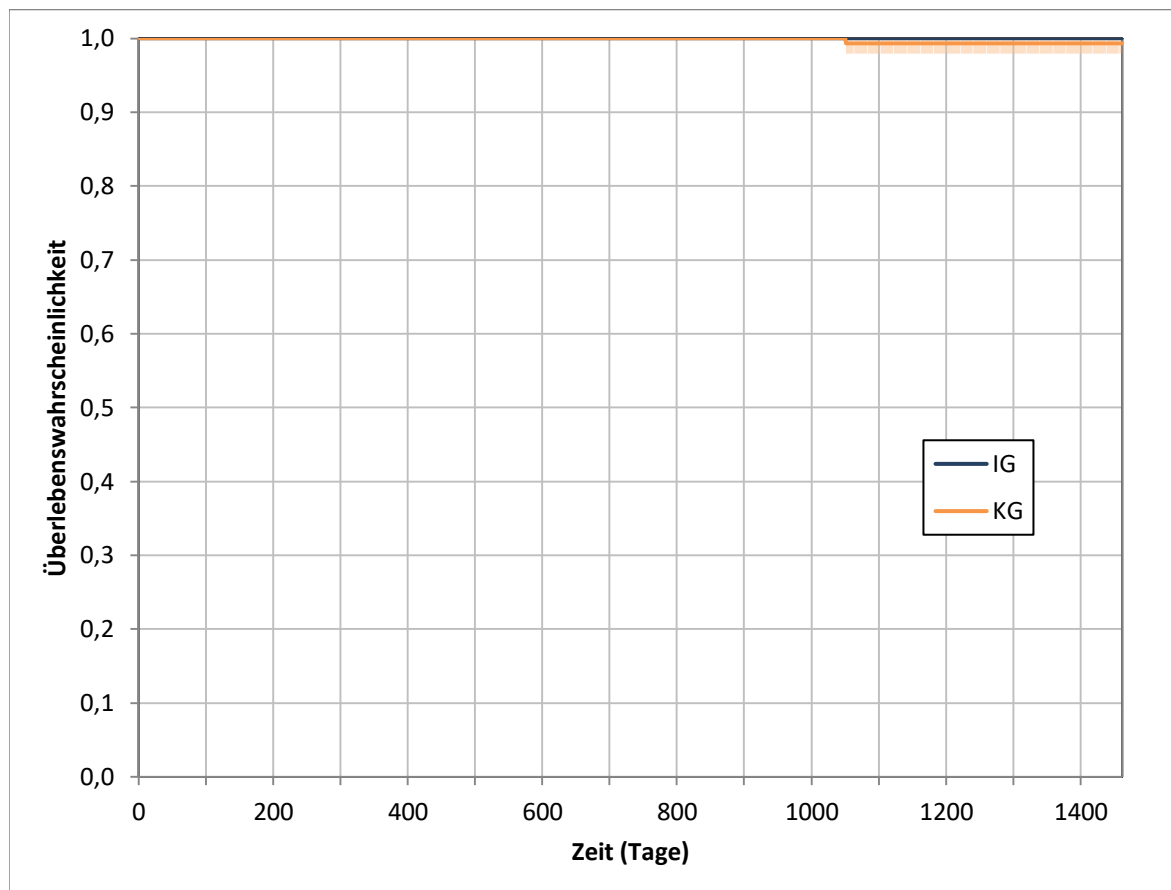


**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

**Überlebenswahrscheinlichkeit**



**Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05  
kf=kleine Fallzahl

**Klinikbekannte Patienten**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05  
kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.034	1.034
<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 %	0,1 %

**Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

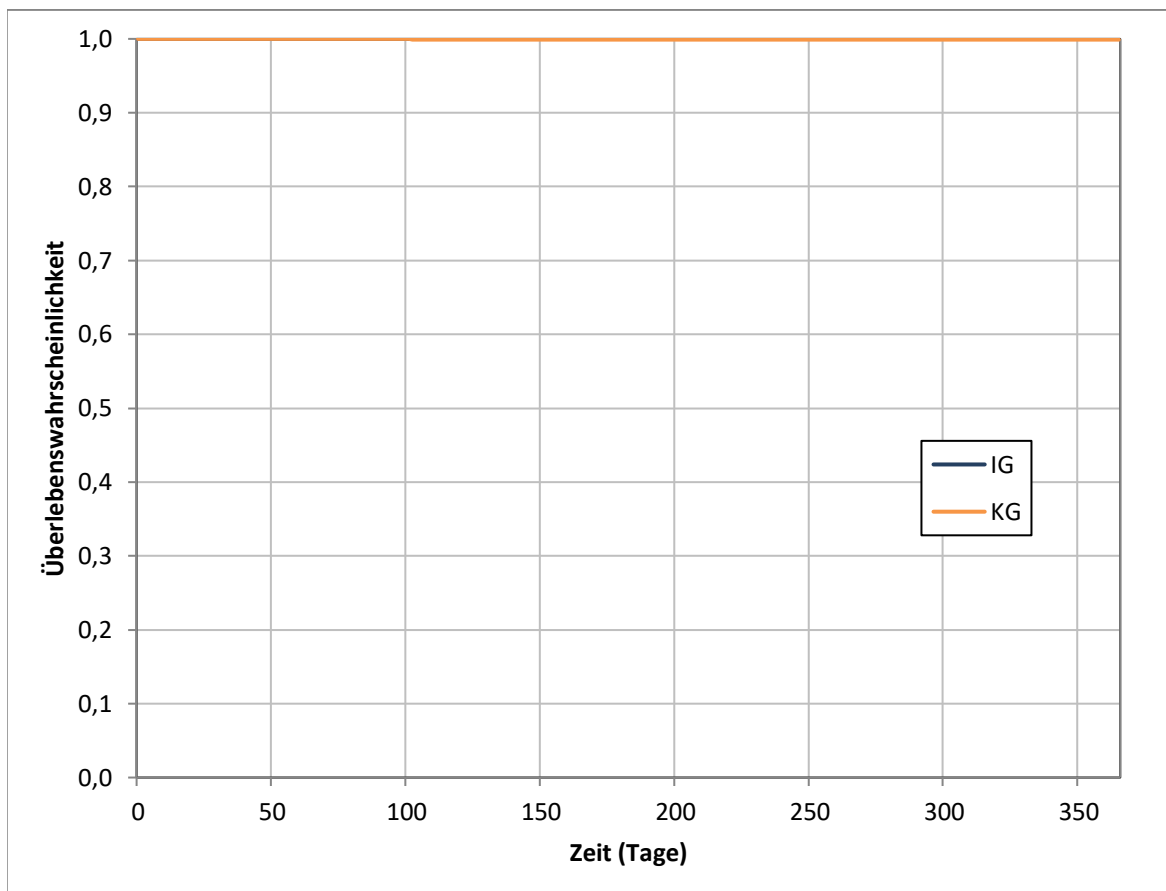
### Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

#### Überlebenswahrscheinlichkeit



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	734	717
<ul style="list-style-type: none"><li>Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)</li></ul>	0,0 %	0,1 %

**Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

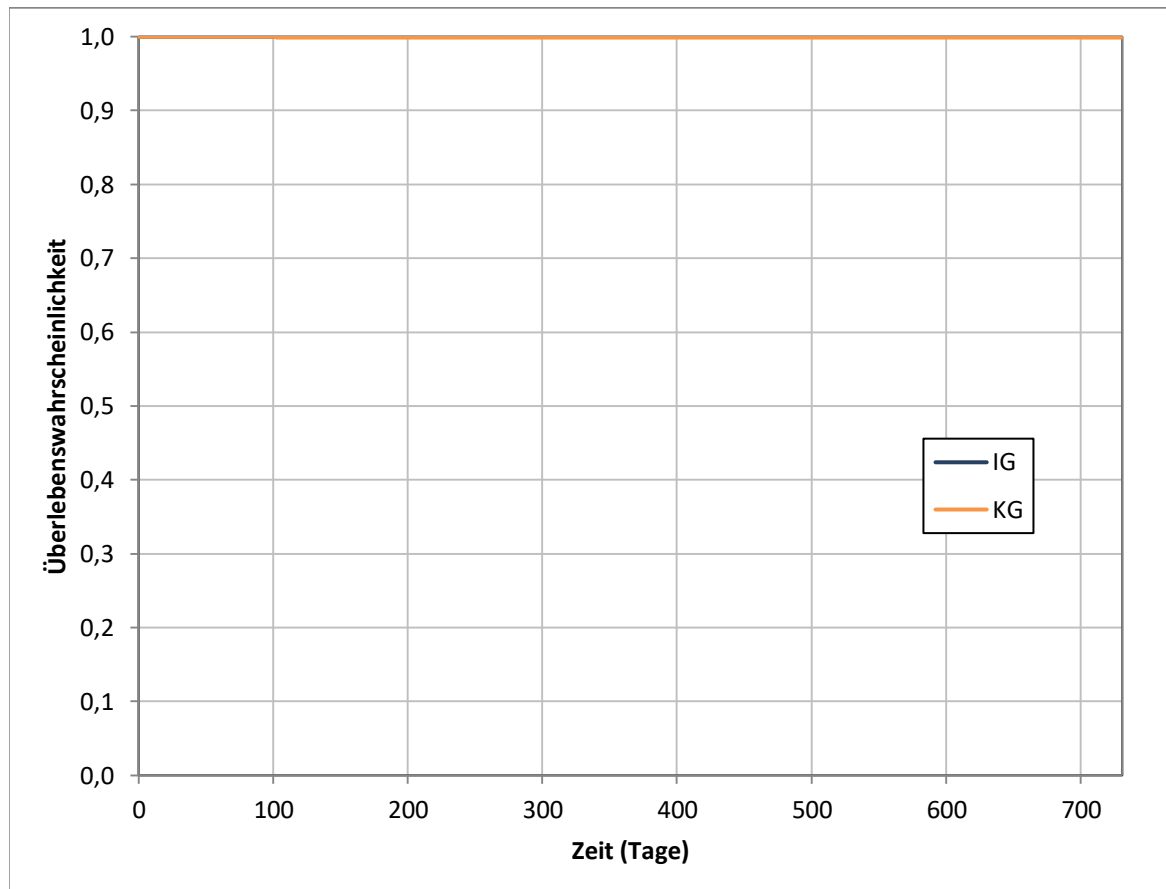
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

**Überlebenswahrscheinlichkeit**



**Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05  
kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	497	470
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,2 %

### Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	178	172
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,6 %

**Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

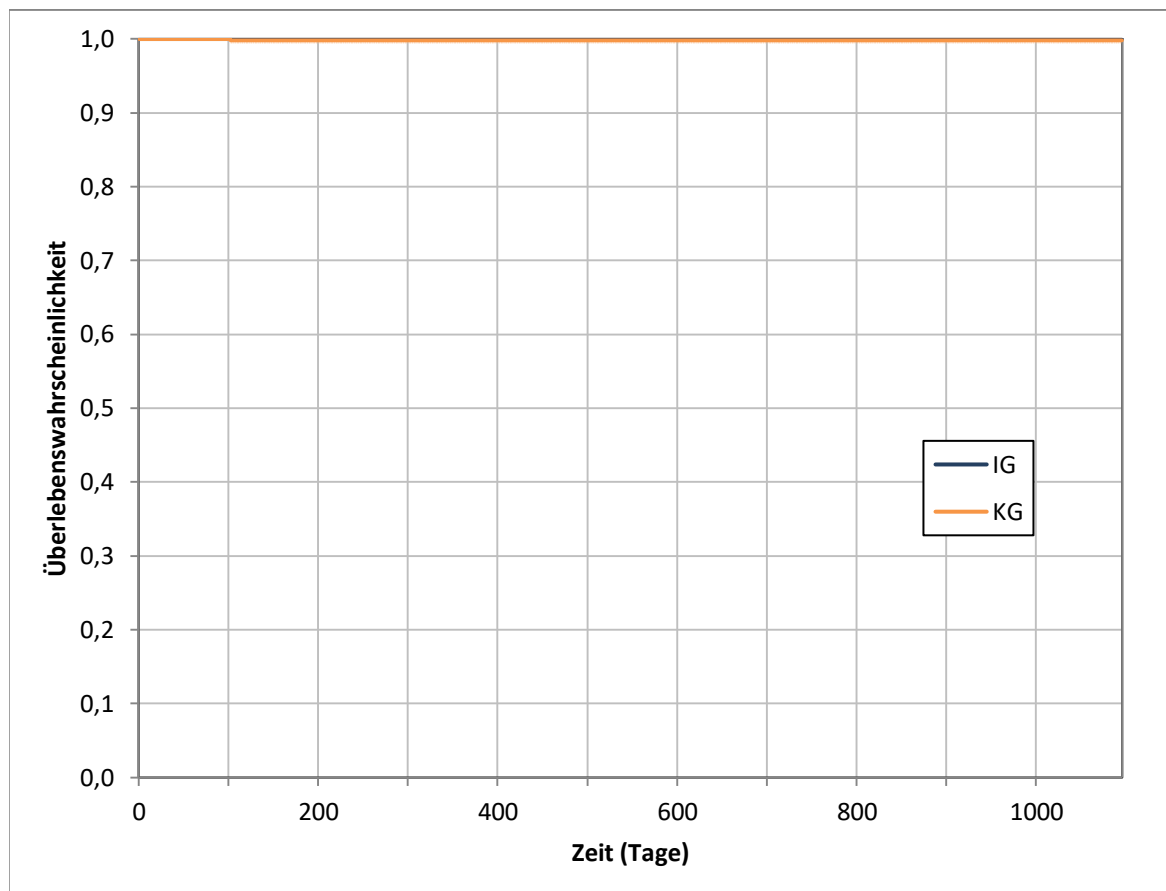
### Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

### Überlebenswahrscheinlichkeit



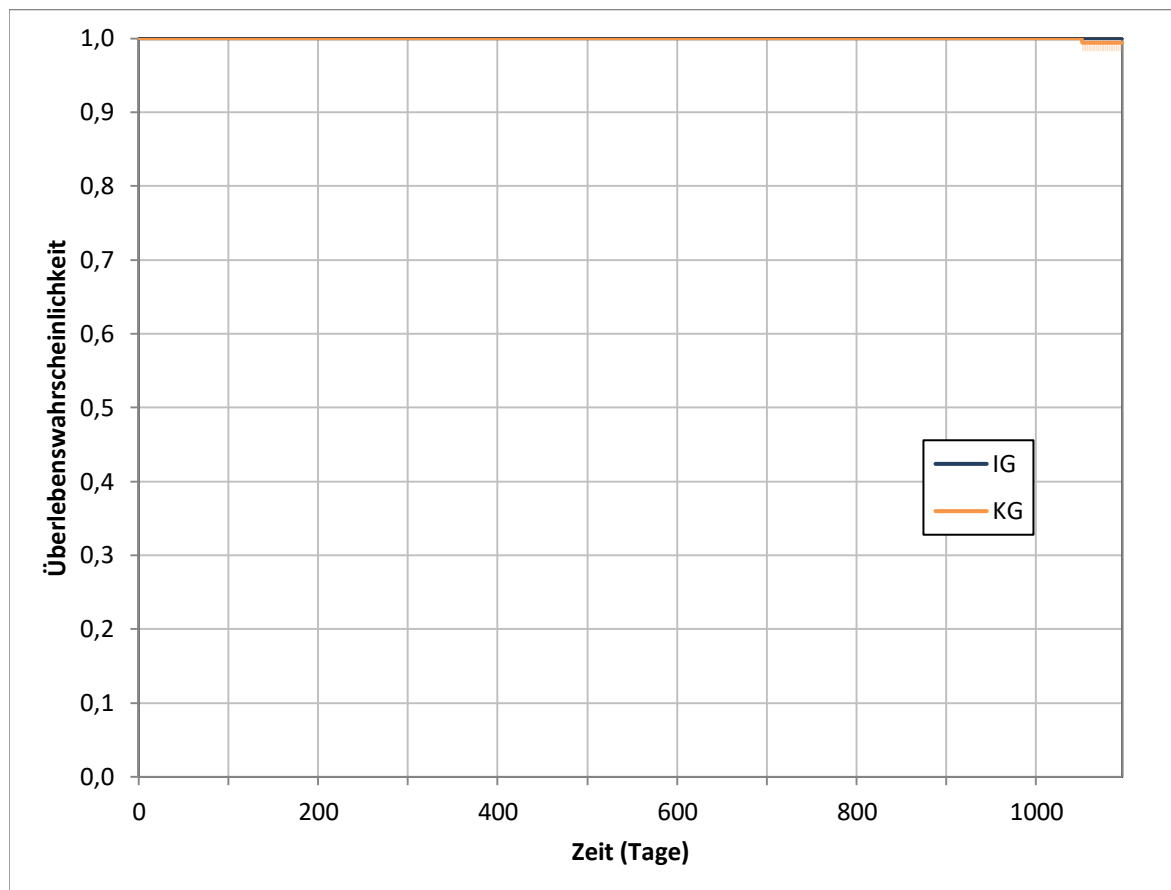


**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

**Überlebenswahrscheinlichkeit**

### 8.3.10 Progression der psychischen Erkrankung

**Sekundärer Outcome:** 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 entwickelte. Ausführungen zur Operationalisierung dieses Outcomes finden sich im Methodenband.

Hier werden, analog zur Mortalität, die kumulierte 1-Jahres, 2-Jahres, 3-Jahres und 4-Jahres Progression dargestellt.

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen IG und KG identisch (jeweils keine Progression und sehr geringe Fallzahl). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-2,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil jedoch höher (+1,4 %-Punkte). Auch dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in geringerer Höhe verglichen mit Patienten der KG (linikneu: -5,3; klinikbekannt: -2,5 %-Punkte). Dabei war der Unterschied bei den klinikneuen Patienten statistisch signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 4,1 %-Punkte stärker ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 2,0 %-Punkte geringer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG geringer als in der KG (-3,6 %-Punkte). Die Fallzahlen waren zu gering, um inferenzstatistische Tests zu rechnen. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG etwas größer als in der KG (+1,5 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG geringer als in der KG (-3,9 %-Punkte). Auch dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-5,6 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung. Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+2,1 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-4,6 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-1,7 %-Punkte).

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>4 Jahre</b>	<b>4 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>229</b>	<b>217</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 25 226	21 37 213
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 % 9,3 %	0,0 % 2,7 % 14,6 %

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

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
	<b>4 Jahre</b>	<b>4 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>154</b>	<b>140</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	<10	15
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	15	19
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	153	131
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	0,0 %	0,0 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	6,7 %	5,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	5,9 %	8,4 %

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

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

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

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

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

**Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung**

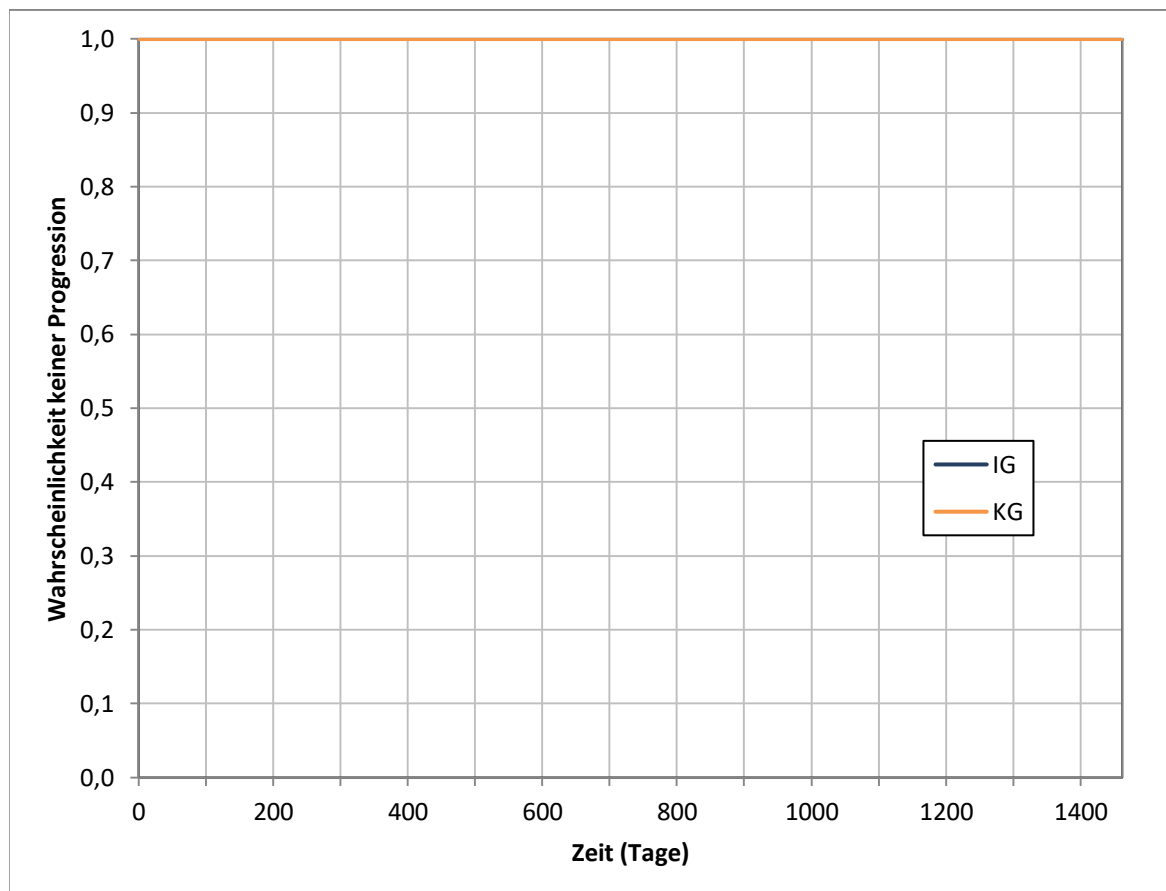
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

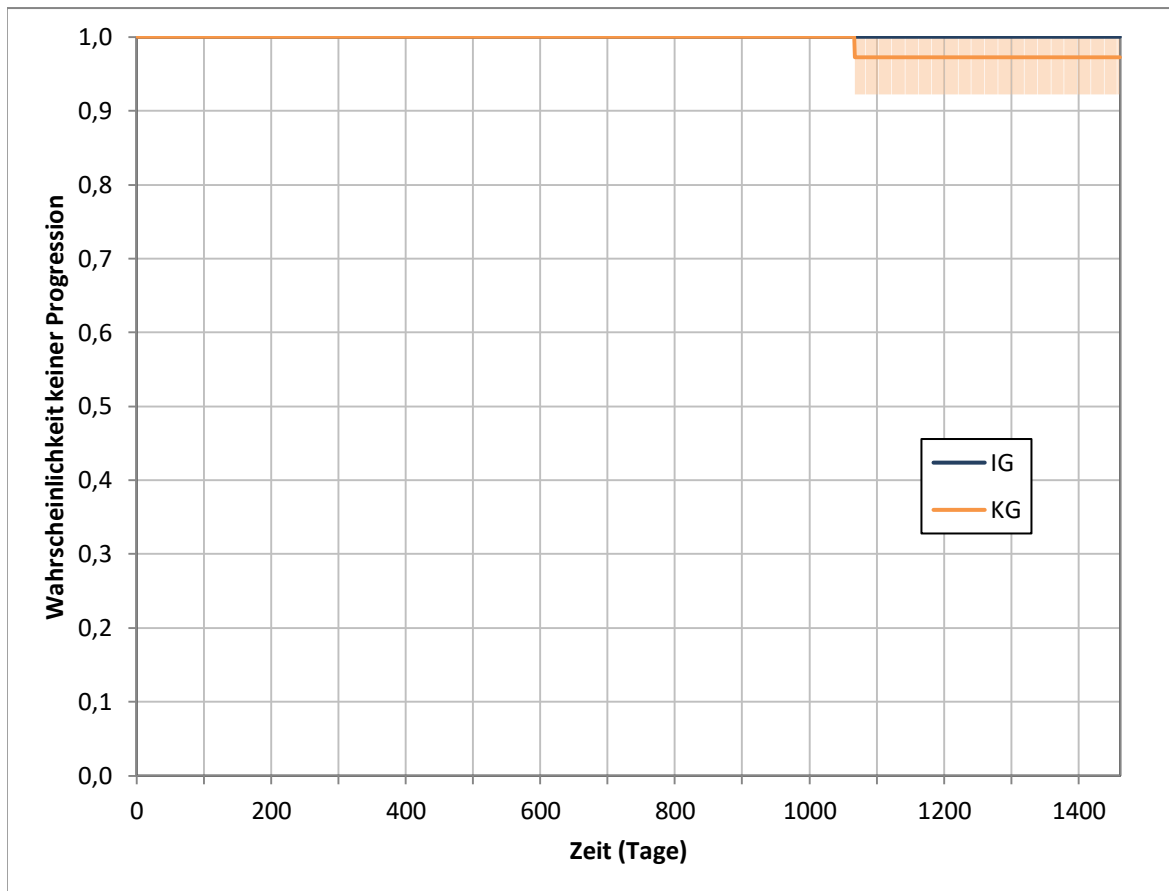
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

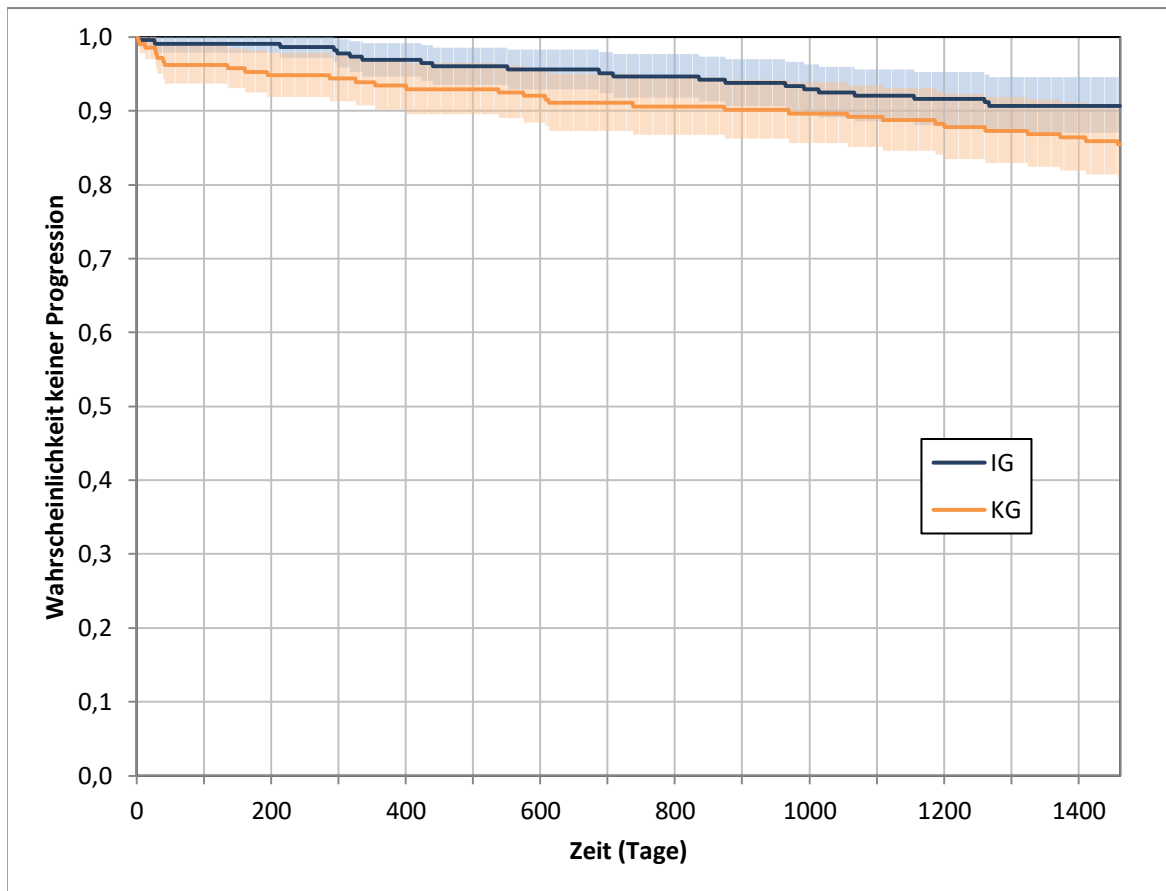
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



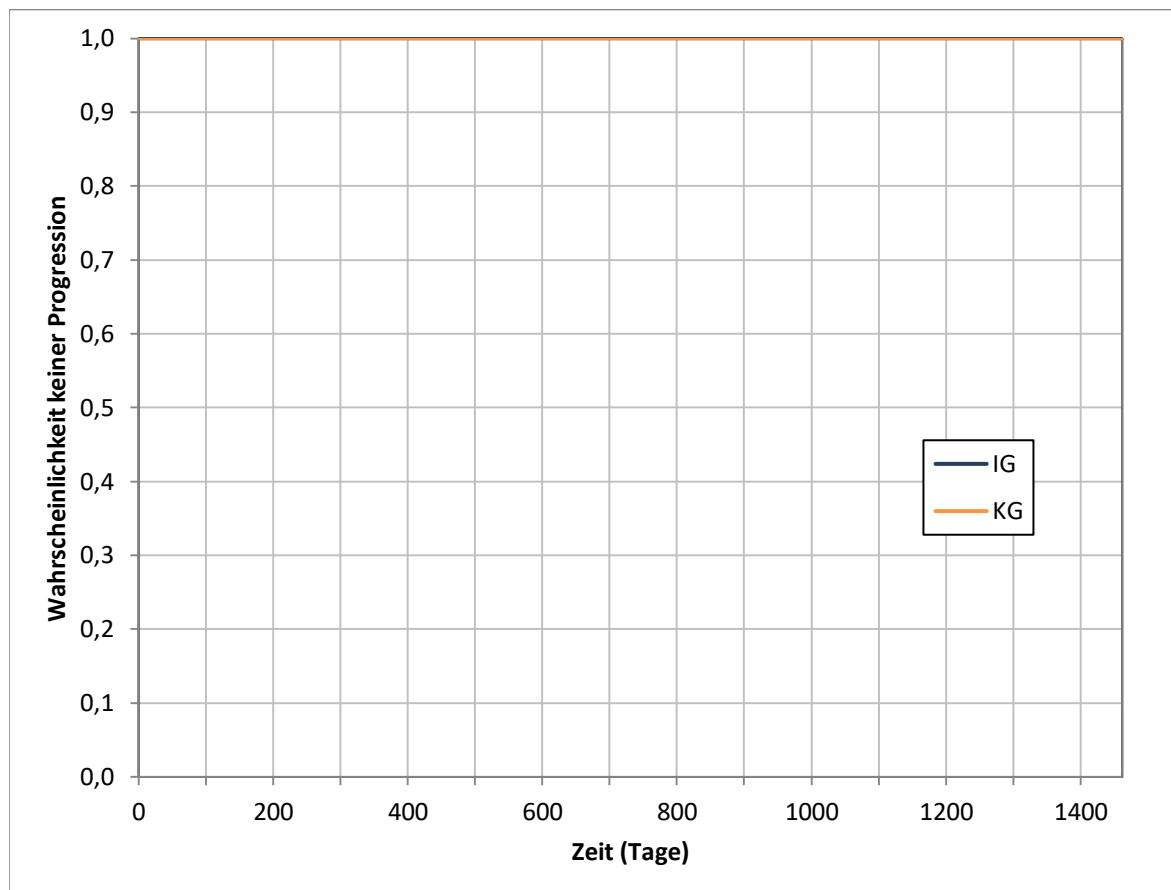


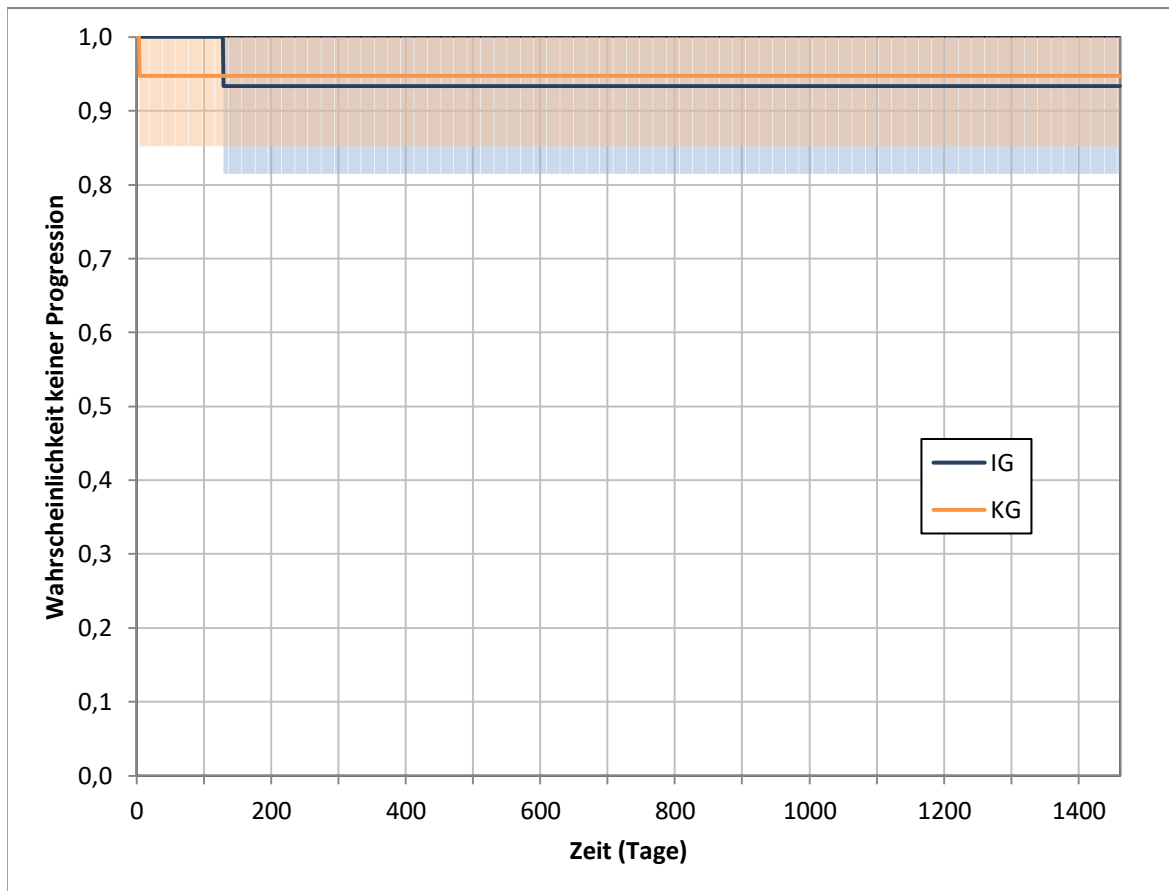
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

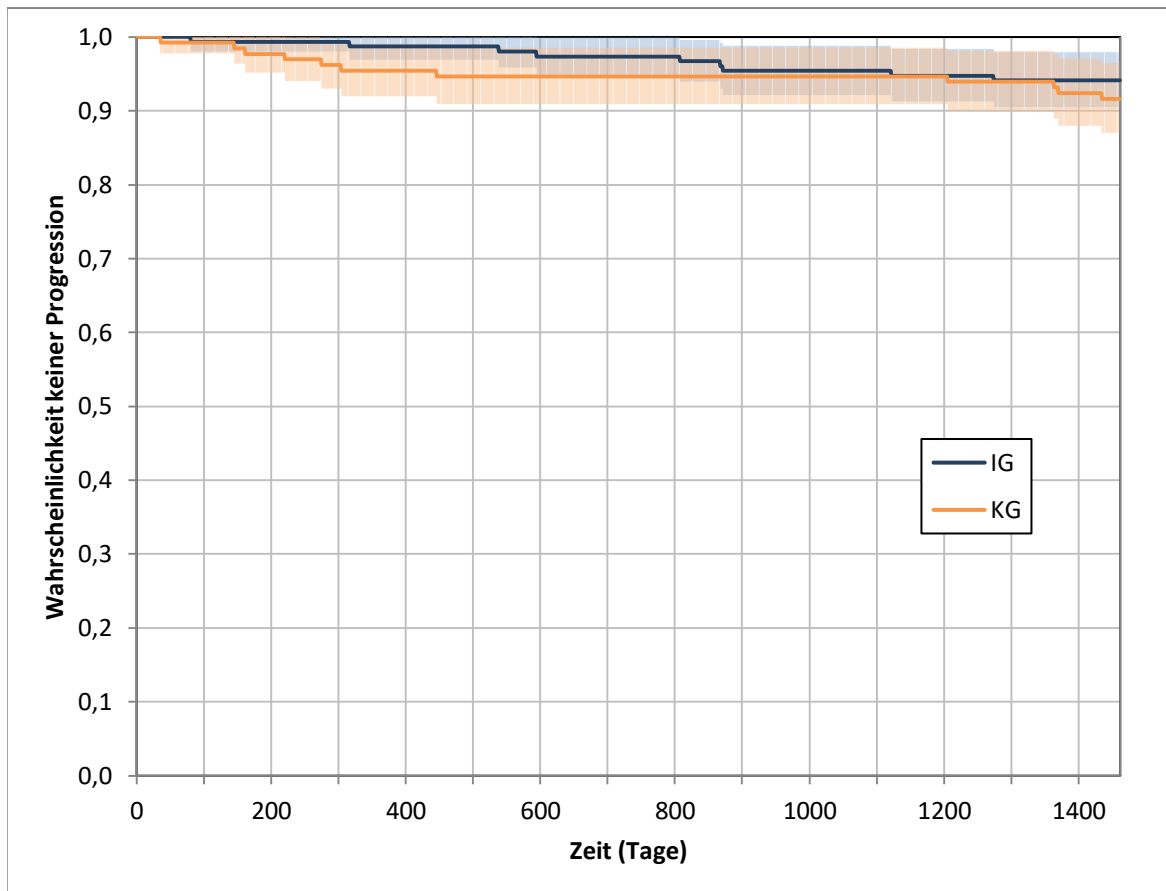
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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

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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<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	0,00 0,00...INF	0,51* 0,29...0,90

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

kf=kleine Fallzahl

**Klinikbekannte Patienten**

	<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	1,52 0,08...28,63	0,79 0,32...1,93

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

kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.034</b>	<b>1.033</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	58	116
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	105	158
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	1.015	1.008
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	1,7 %	2,6 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,8 %	0,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	3,2 %	5,2 %

<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 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

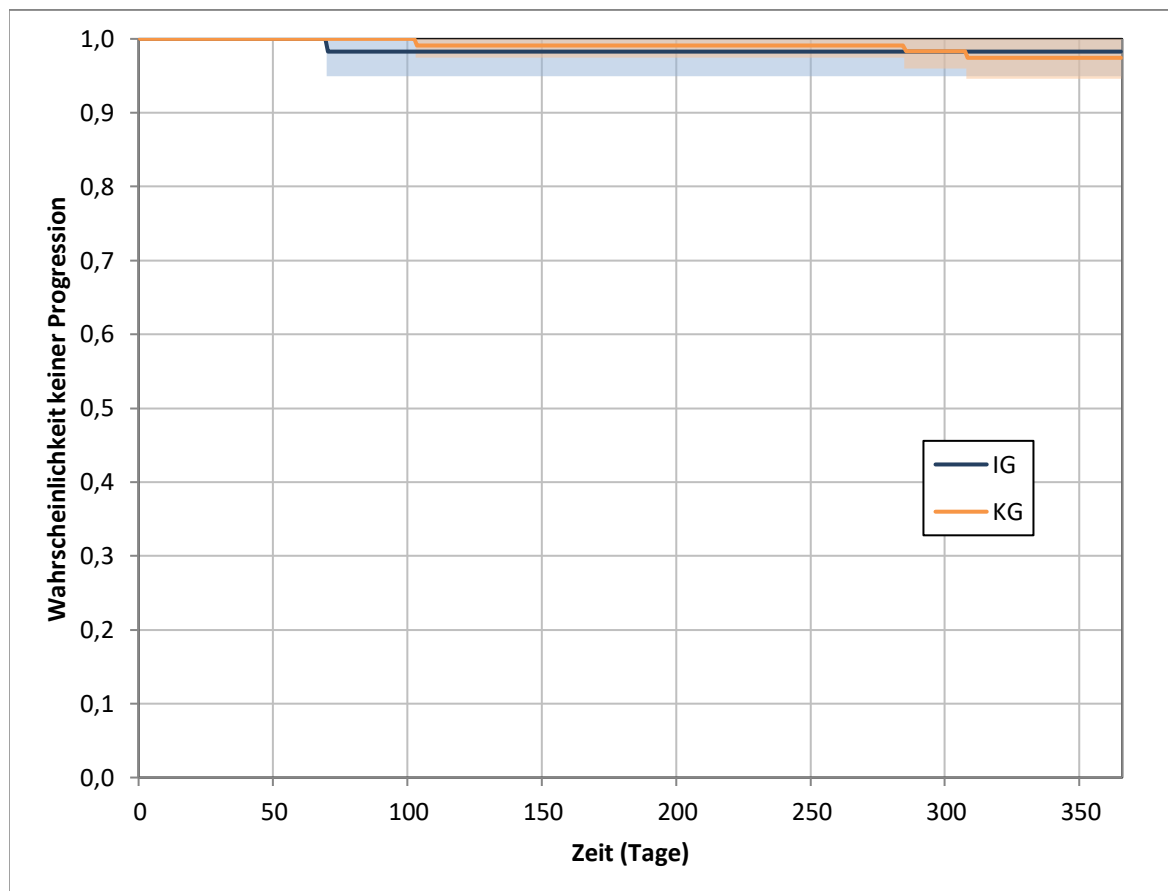
### Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

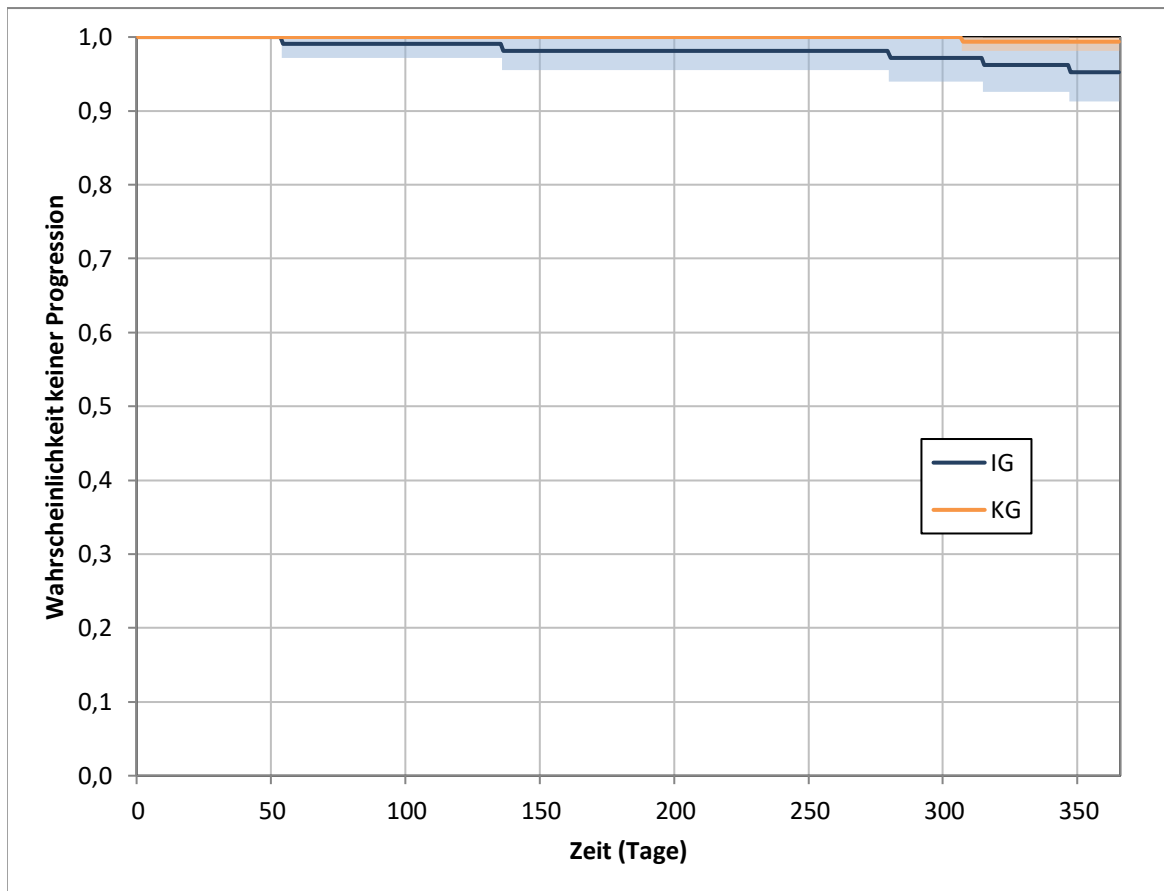
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

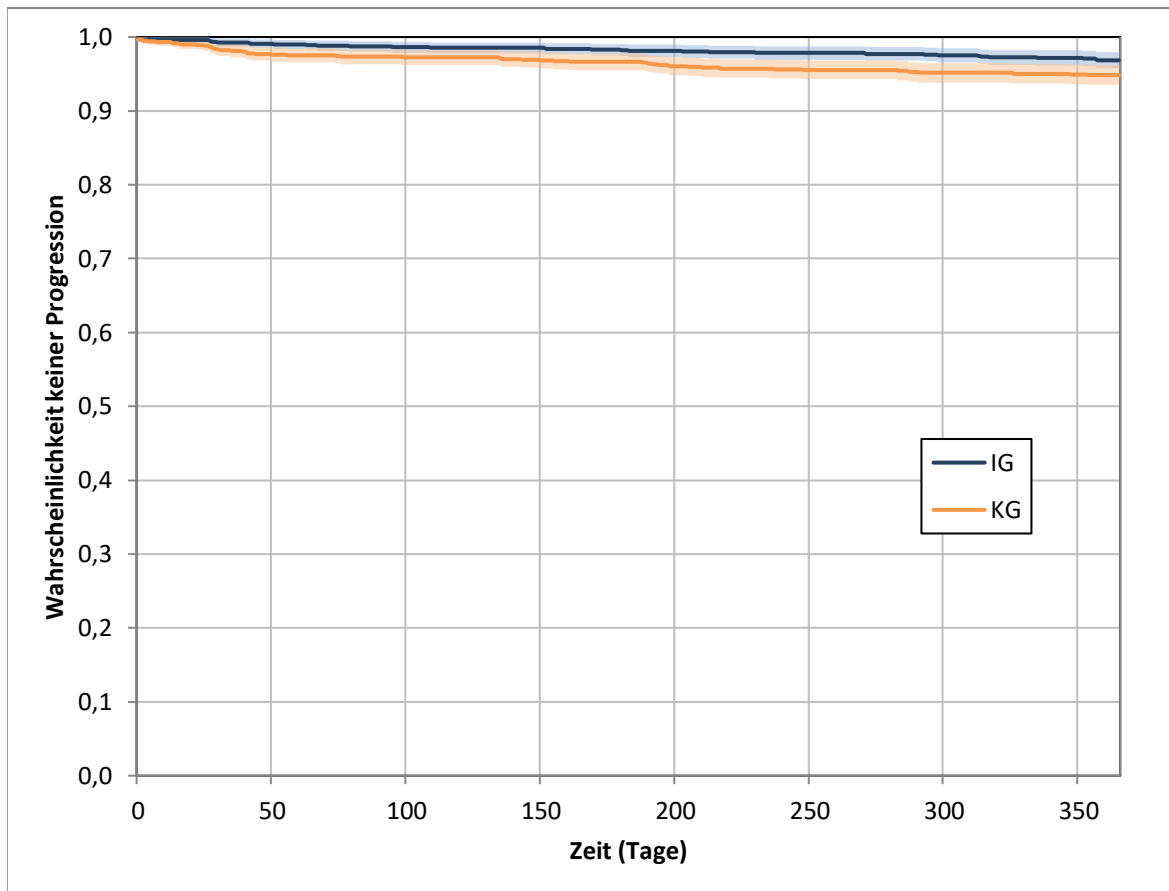
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>2</b> Jahre	<b>2</b> Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>734</b>	<b>716</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	45	84
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	87	118
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	723	699
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	0,0 %	3,6 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,3 %	0,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	4,7 %	8,6 %

<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 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

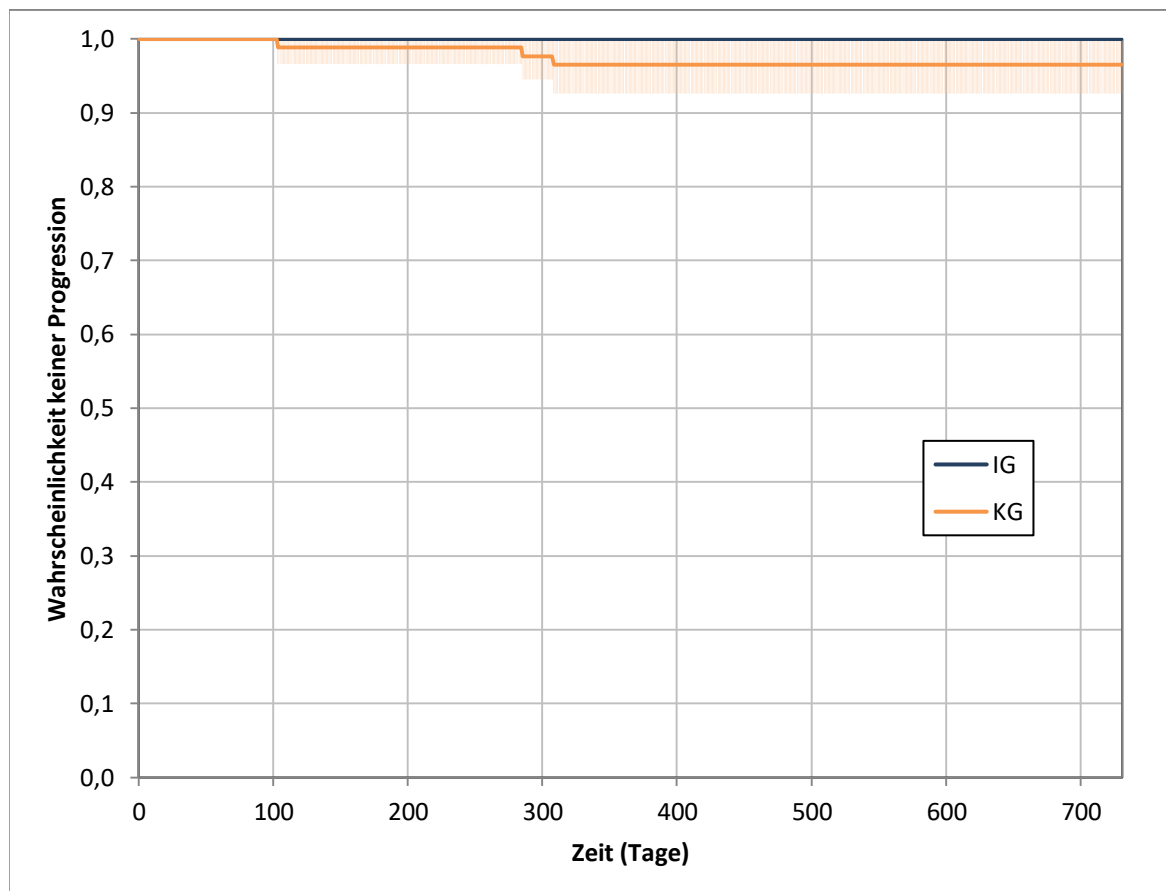
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

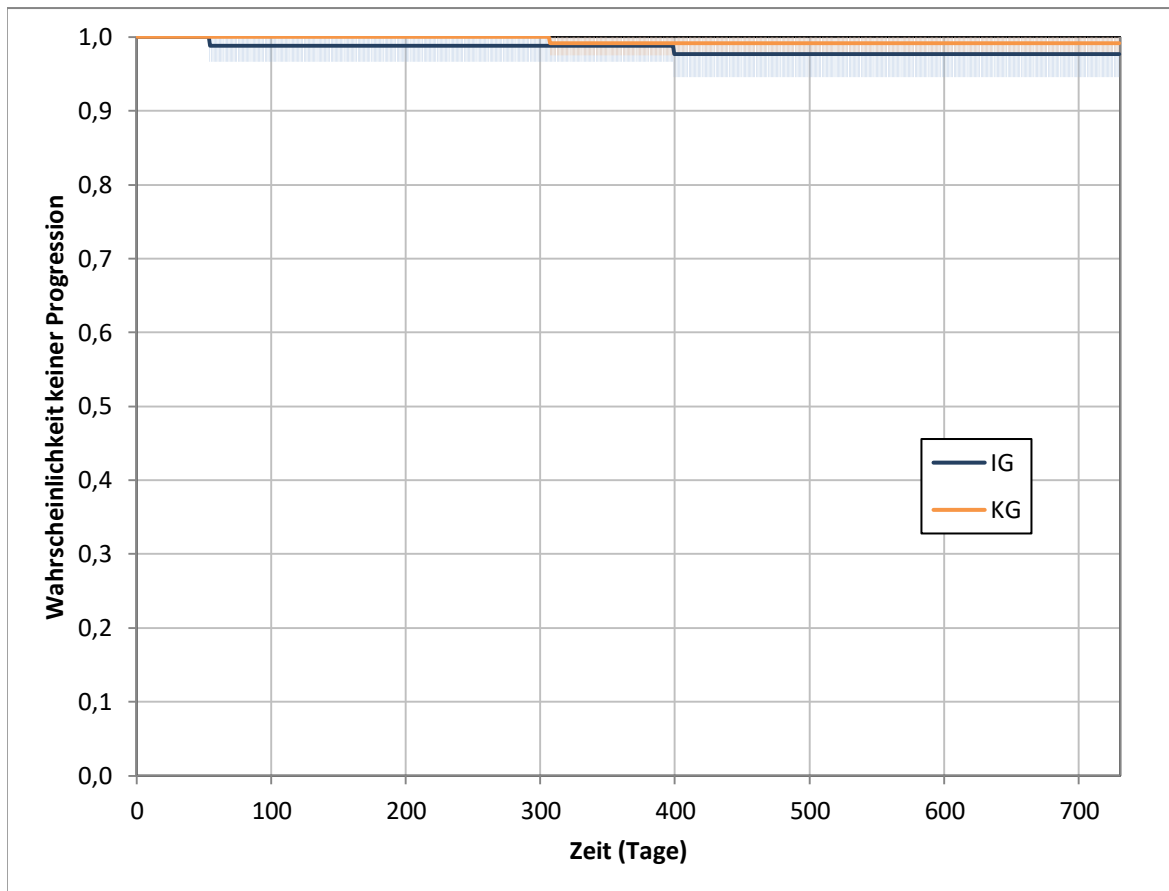
Legende für die folgenden Abbildungen:

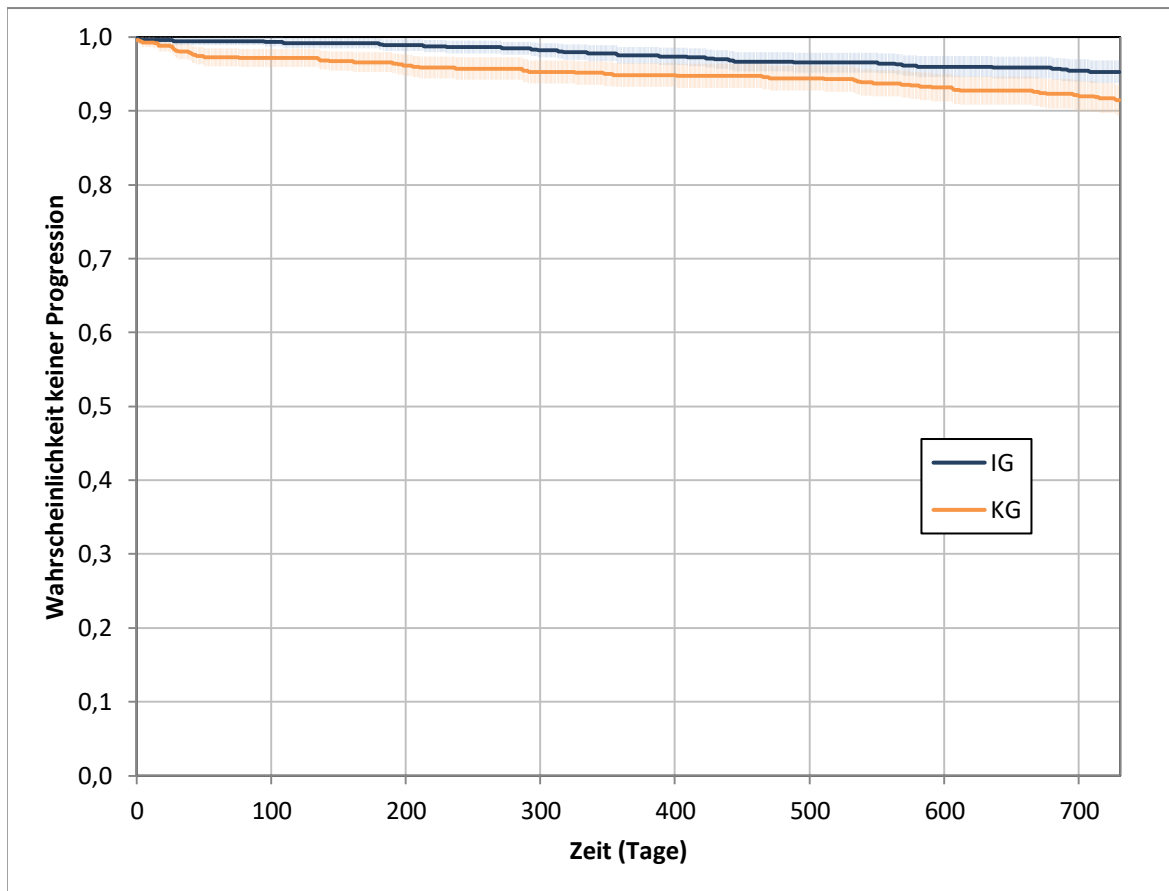
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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



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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

**Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

**Klinikneue Patienten**

	<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	2,33 0,21...26,42	0,99 0,64...1,52

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

kf=kleine Fallzahl

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren ist im Anhang zu finden (Kapitel 14.3).

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	<b>3 Jahre</b>	<b>3 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>497</b>	<b>469</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	36	60
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	61	83
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	490	458
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	2,8 %	8,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,3 %	2,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	6,9 %	11,6 %

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

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

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

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

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

**Klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
	<b>3 Jahre</b>	<b>3 Jahre</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>178</b>	<b>171</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	<10	14
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	14	20
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	177	160
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	0,0 %	0,0 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	7,1 %	5,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	4,5 %	6,3 %

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

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

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

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

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

**Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung**

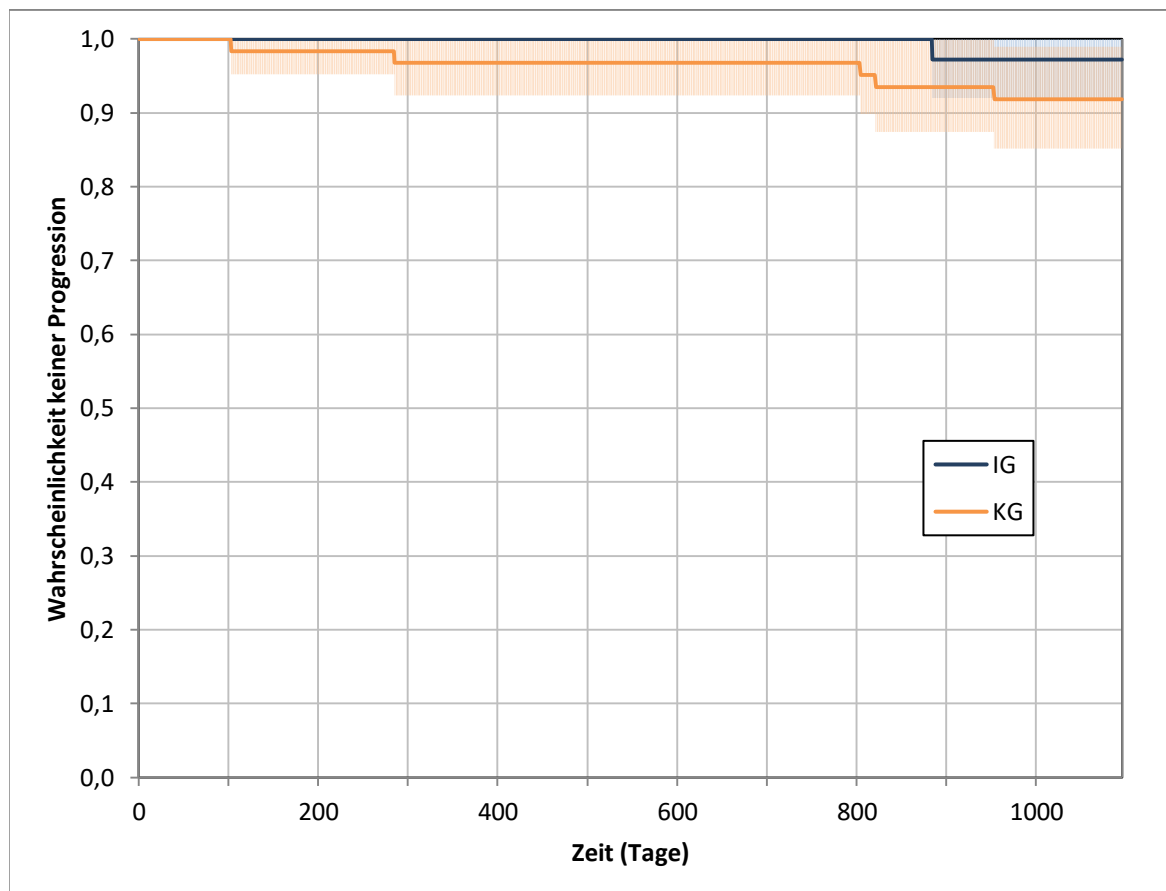
**Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

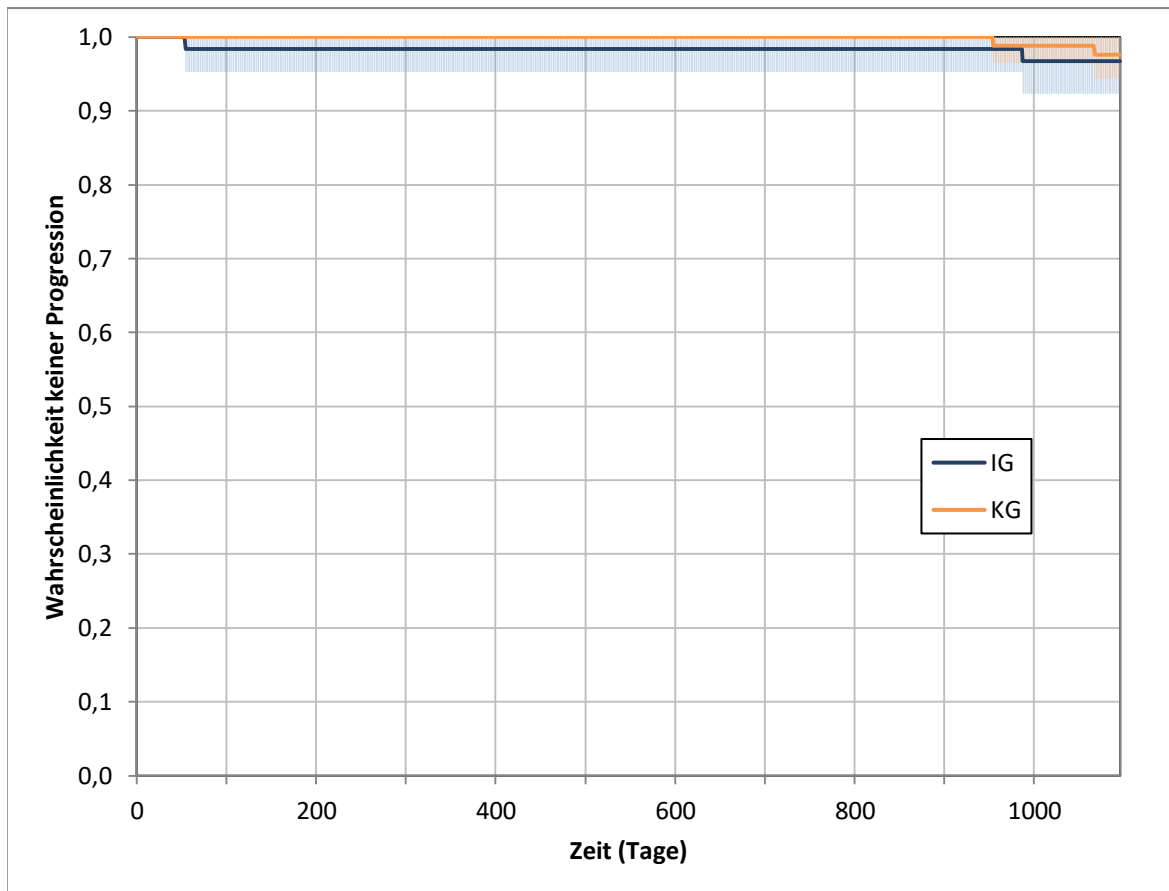
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

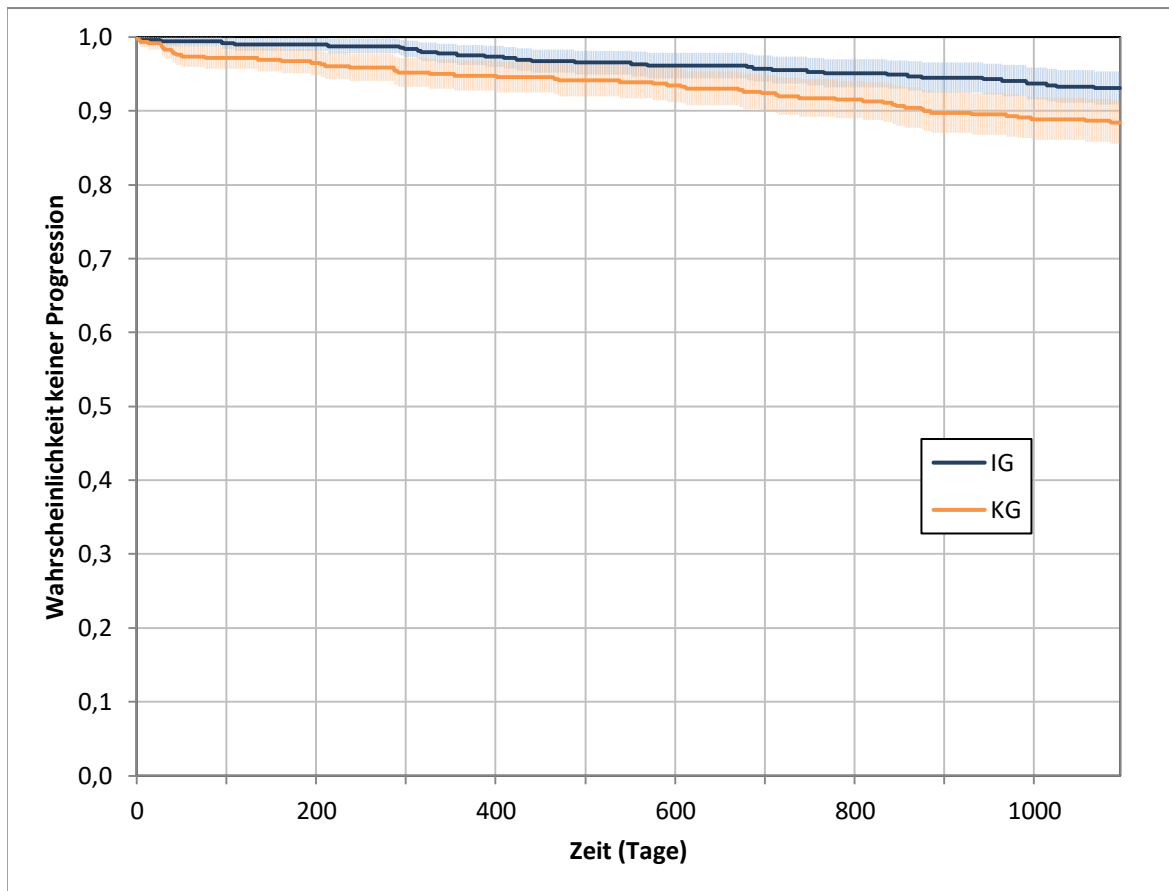
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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





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

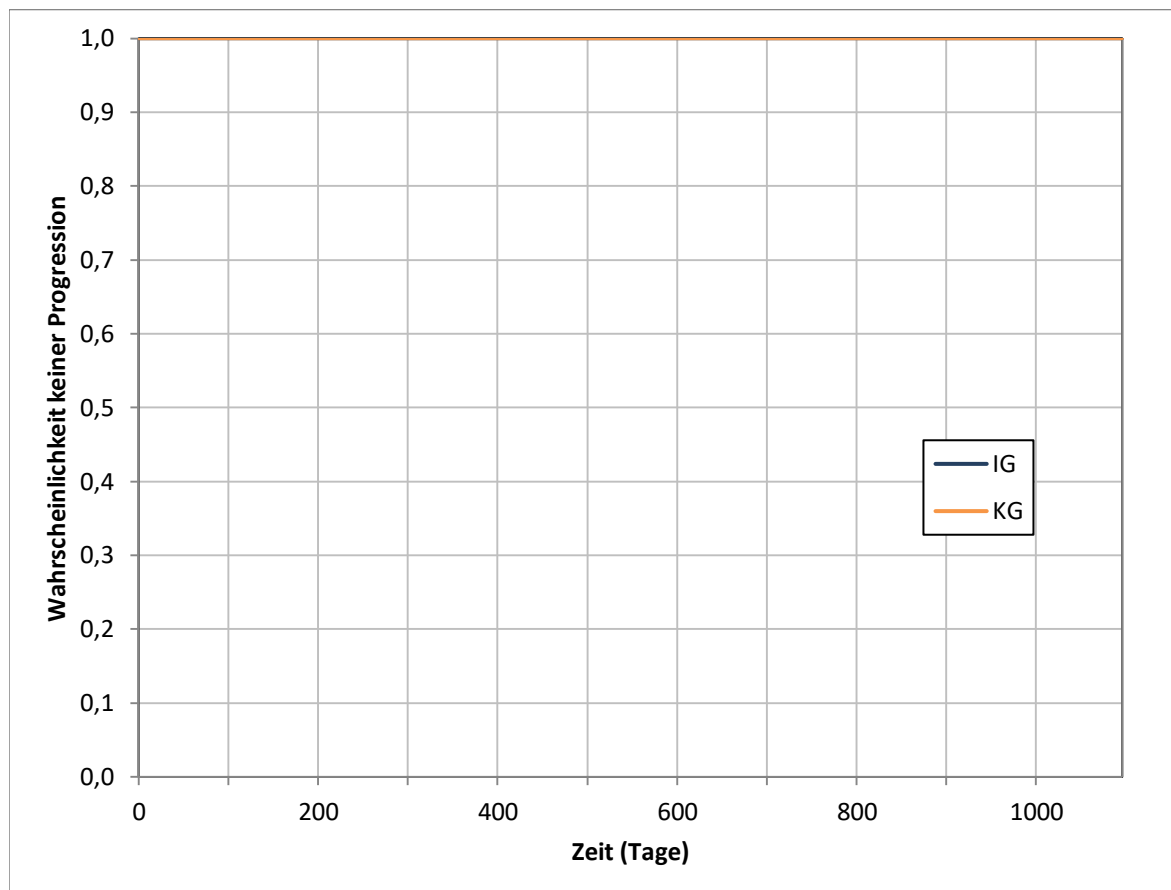
**Progression C (→ Suchterkrankung)**

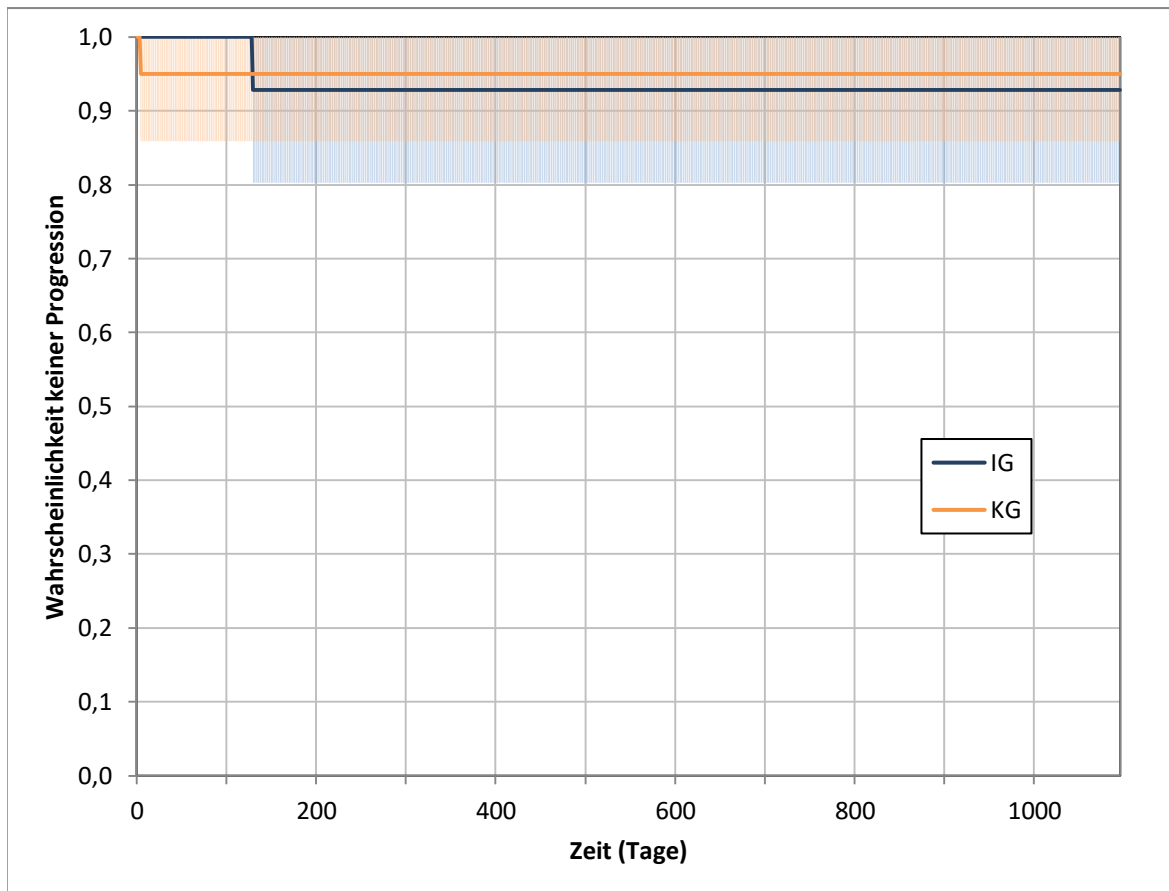
**Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

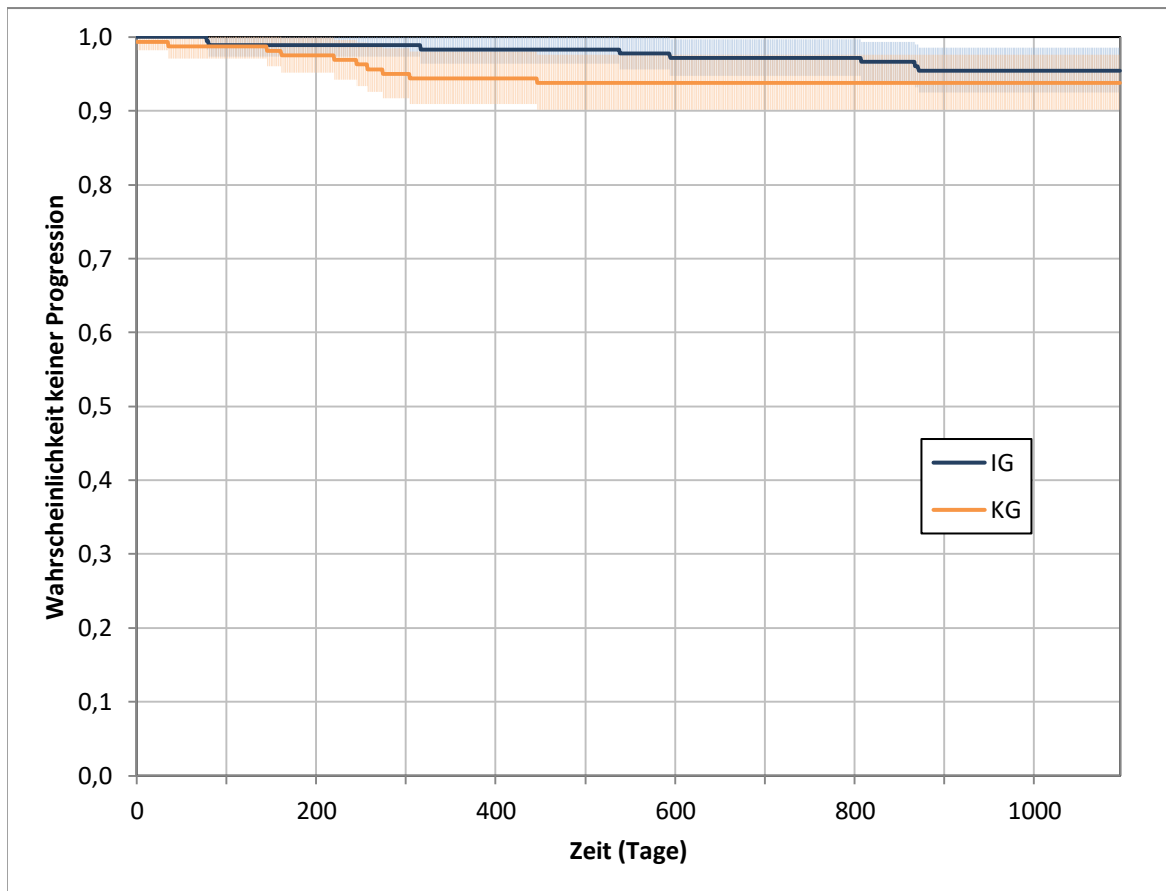
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

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

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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



### **8.3.11 Leitlinienadhärenz**

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.

## 9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

### 9.1 Patientenmix

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich lediglich im zweiten Nachbeobachtungsjahr signifikante Unterschiede im Behandlungssetting, in welchem weniger Individuen der IG in der PIA behandelt wurden als in der KG (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den linikbekannten Patienten ergaben sich in der PIA zwischen IG und KG ebenfalls Unterschiede im Behandlungssetting: Es wurden in der IG weniger Patienten in der PIA behandelt als in der KG (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich vor allem im Referenzfall signifikante Unterschiede im Behandlungssetting zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63). Dabei wurden in der IG weniger Patienten vollstationär bzw. tagesklinisch, dafür mehr Patienten in der PIA behandelt. Im Gegensatz zur KG hatten im ersten Nachbeobachtungsjahr weniger Patienten der IG keinen Fall.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wurden in allen Zeiträumen mehr Patienten der IG in der PIA behandelt als in der KG. (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 64). Im Referenzfall wurden weniger Patienten der IG vollstationär bzw. tagesklinisch behandelt als in der KG. Während im ersten Jahr in der IG signifikant weniger Patienten keinen Fall mehr hatten, ergab es diesbezüglich im zweiten Jahr keinen signifikanten Unterschied mehr zwischen den Gruppen.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting zwischen IG und KG (Tabelle 110 und Abbildung 65).

Bei den linikbekannten Patienten wurden im Referenzfall sowie im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr signifikant weniger Patienten der IG in der PIA behandelt als in der KG (Tabelle

111 und Abbildung 66). Im zweiten und dritten Jahr hatten signifikant mehr Patienten der IG keinen Fall.



## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

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.

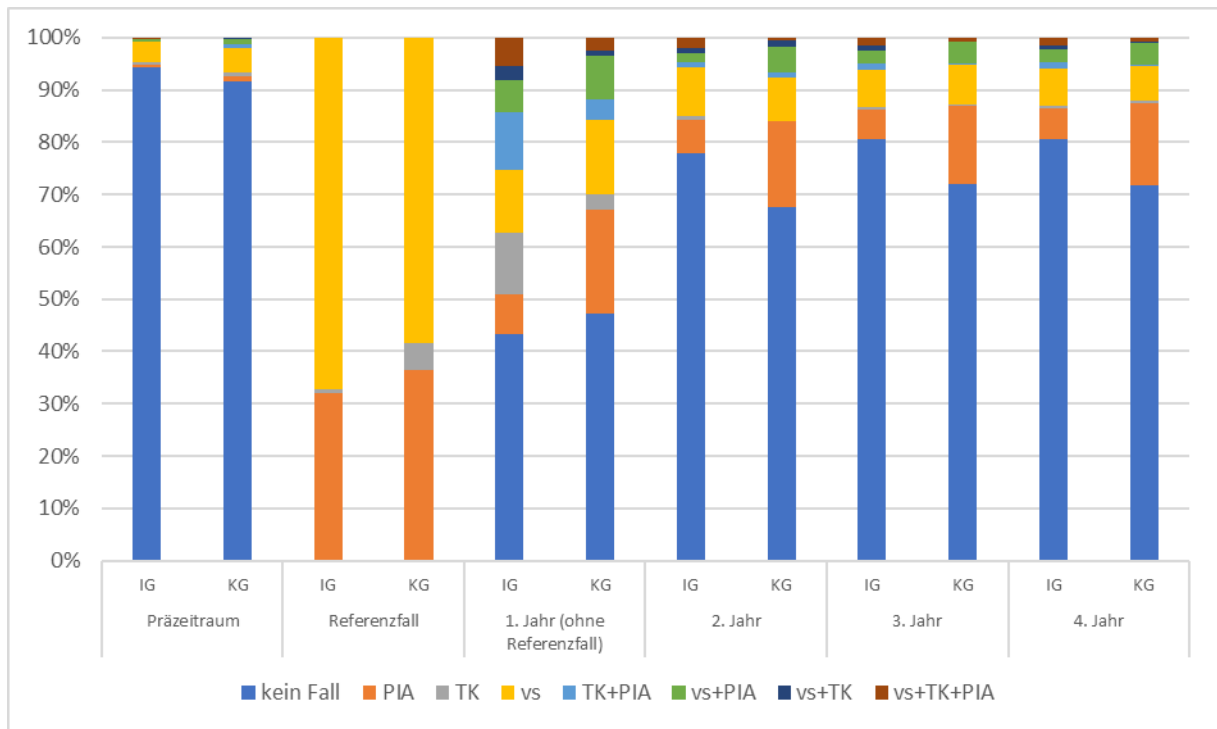
### Klinikneue Patienten

**Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA							1	6	0,844	3	2	1,000	1	2	1,000	1	1	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							7	6	1,000	1	2	1,000		2	1,000		2	1,000
vs+PIA							8	7	1,000	3	6	1,000	5	2	1,000	8	2	0,857
vs+HT																		
TK+PIA							9	5	1,000		1	1,000	3	1	1,000	3	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	3	3	1,000	201	191	1,000	38	39	1,000	27	24	1,000	27	18	1,000	23	17	1,000
TK		1	1,000	21	16	1,000	25	17	1,000	1	2	1,000	1	1	1,000	1	1	1,000
PIA	1		1,000	46	55	1,000	17	35	0,092	13	33	0,027	6	20	0,067	8	20	0,229
HT																		
kein Fall	264	258	1,000				163	147	1,000	203	179	0,190	204	196	1,000	198	190	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>268</b>	<b>262</b>	<b>1,000</b>	<b>268</b>	<b>262</b>	<b>1,000</b>	<b>268</b>	<b>262</b>	<b>0,506</b>	<b>251</b>	<b>249</b>	<b>0,465</b>	<b>247</b>	<b>242</b>	<b>0,400</b>	<b>242</b>	<b>234</b>	<b>0,643</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

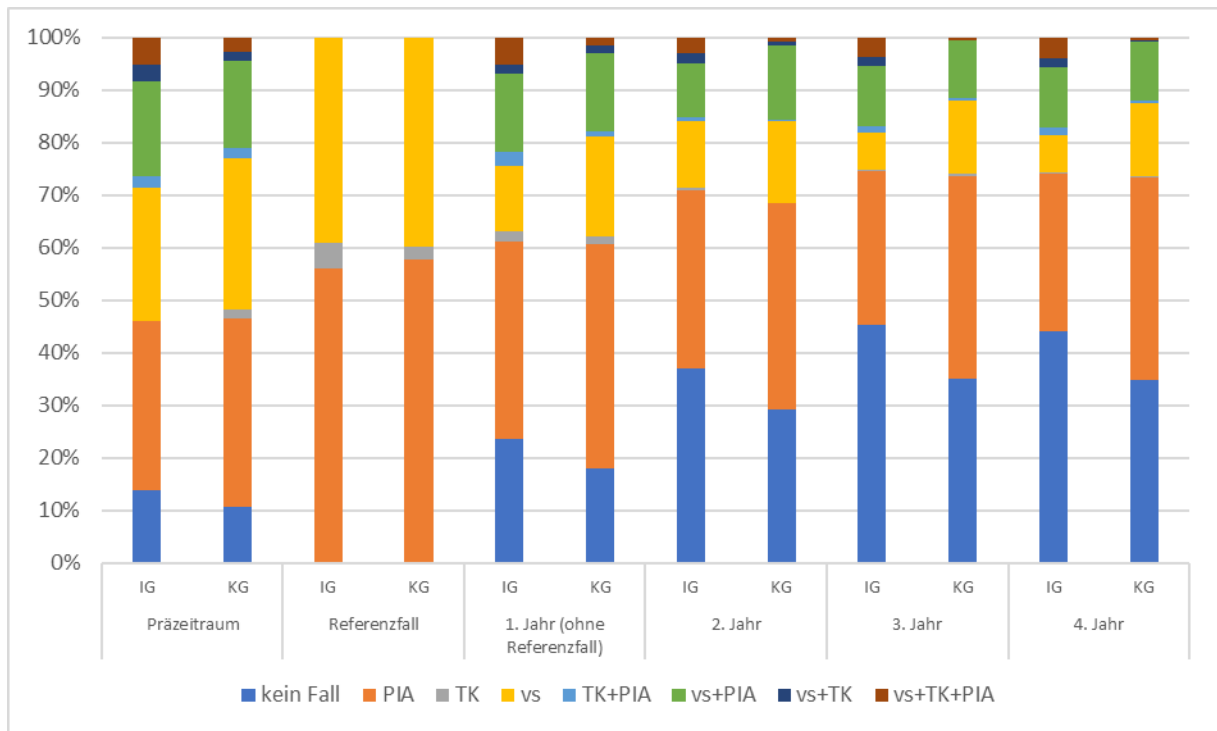
## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	3	5	1,000				5	7	1,000	3	2	1,000		4	0,772		1	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	4	4	1,000				5	5	1,000	2	2	1,000	2	2	1,000	2	5	1,000
vs+PIA	7	9	1,000				6	4	1,000	8	4	1,000	7	5	1,000	6	3	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	9	3	0,882				3	6	1,000	2	1	1,000		2	1,000		1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	53	34	0,194	73	65	0,469	25	27	1,000	22	22	1,000	16	20	1,000	17	22	1,000
TK	2	3	1,000	28	9	0,005	4	5	1,000		1	1,000		1	1,000		2	1,000
PIA	38	39	1,000	37	62	0,005	28	40	0,863	12	41	0,000	13	30	0,056	15	26	0,483
HT																		
kein Fall	22	39	0,152				62	42	0,208	83	60	0,038	93	66	0,011	88	64	0,072
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	<b>0,533</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	<b>0,001</b>	<b>138</b>	<b>136</b>	<b>1,000</b>	<b>132</b>	<b>133</b>	<b>0,017</b>	<b>131</b>	<b>130</b>	<b>0,056</b>	<b>128</b>	<b>124</b>	<b>0,469</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

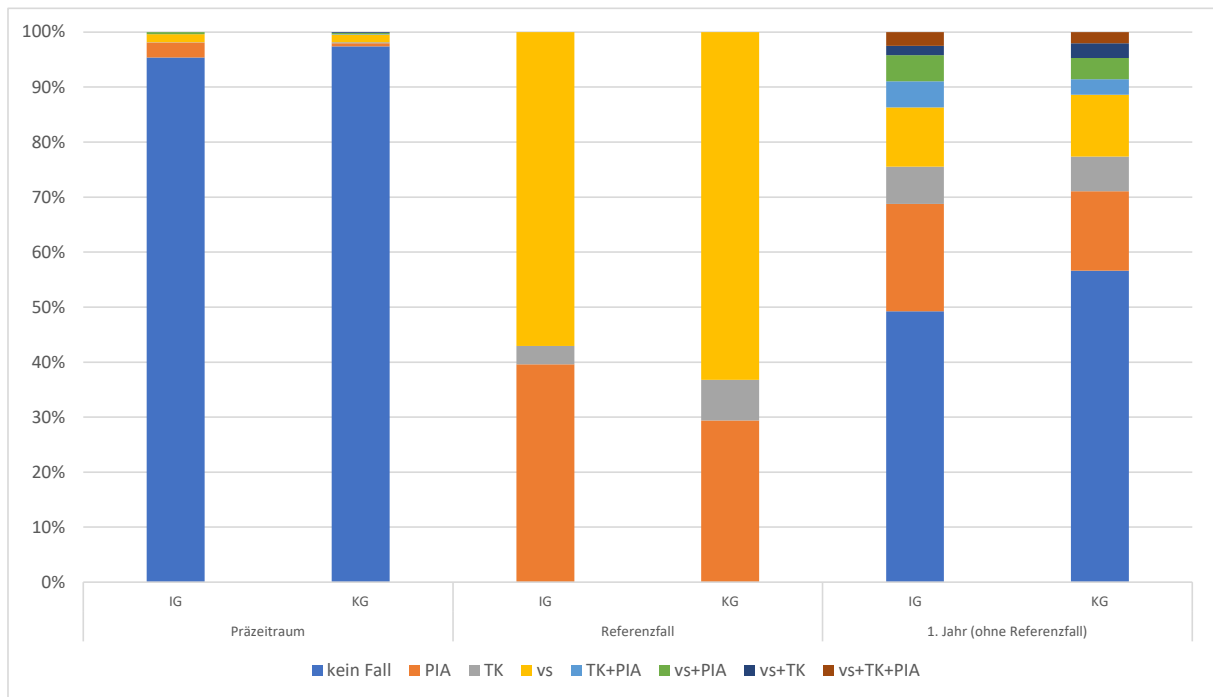
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

**Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA							33	27	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK		2	1,000				22	35	0,540
vs+PIA	5	3	1,000				63	51	1,000
vs+HT									
TK+PIA		1	1,000				62	37	0,084
TK+HT									
HT+PIA									
vs	19	18	1,000	751	832	0,001	142	148	1,000
TK	1	3	1,000	44	97	0,000	89	83	1,000
PIA	36	7	0,000	521	387	0,000	257	190	0,004
HT									
kein Fall	1.255	1.282	0,040				648	745	0,002
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>0,003</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>0,000</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>	<b>0,002</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

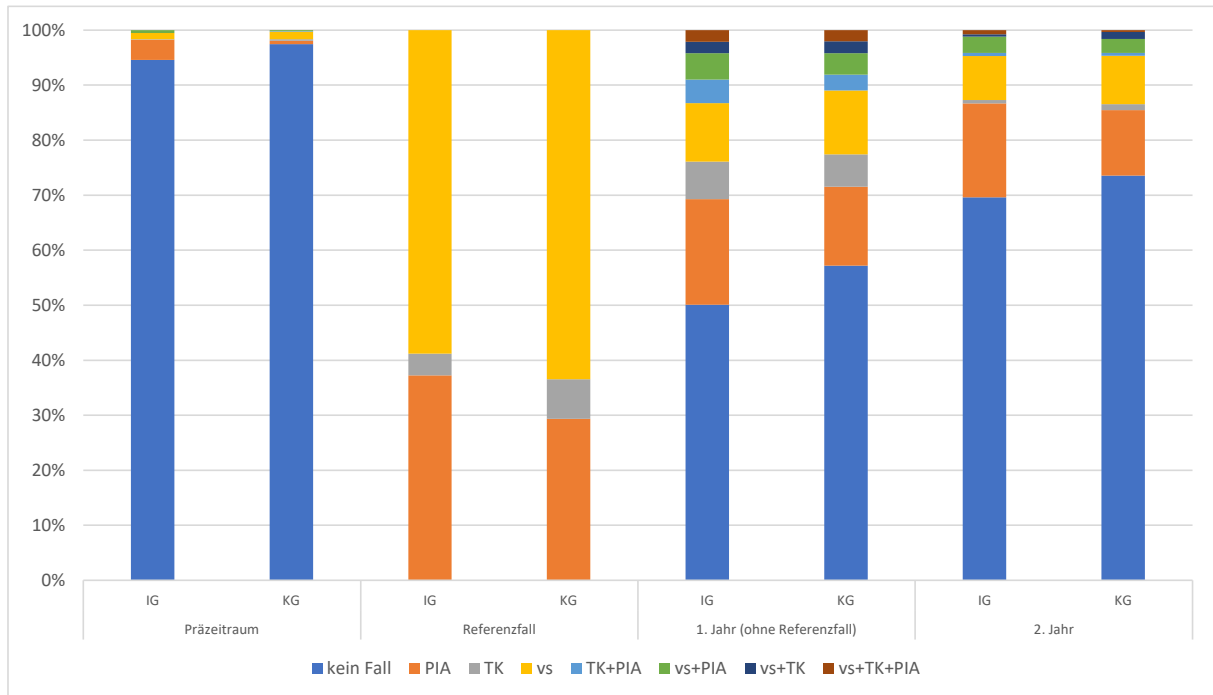
### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA							21	20	1,000	7	3	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK							20	21	1,000	4	12	0,482
vs+PIA	5	2	1,000				47	38	1,000	28	24	1,000
vs+HT												
TK+PIA		1	1,000				42	28	0,718	5	5	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	11	13	1,000	576	618	0,038	104	113	1,000	75	83	1,000
TK	1	3	1,000	39	70	0,006	67	57	1,000	6	10	1,000
PIA	36	6	0,000	365	286	0,001	188	140	0,043	160	112	0,016
HT												
kein Fall	927	949	0,010				491	557	0,018	653	693	0,452
<b>Gesamtergebnis</b>	980	974	0,001	980	974	0,000	980	974	0,167	938	942	0,141

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.



## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

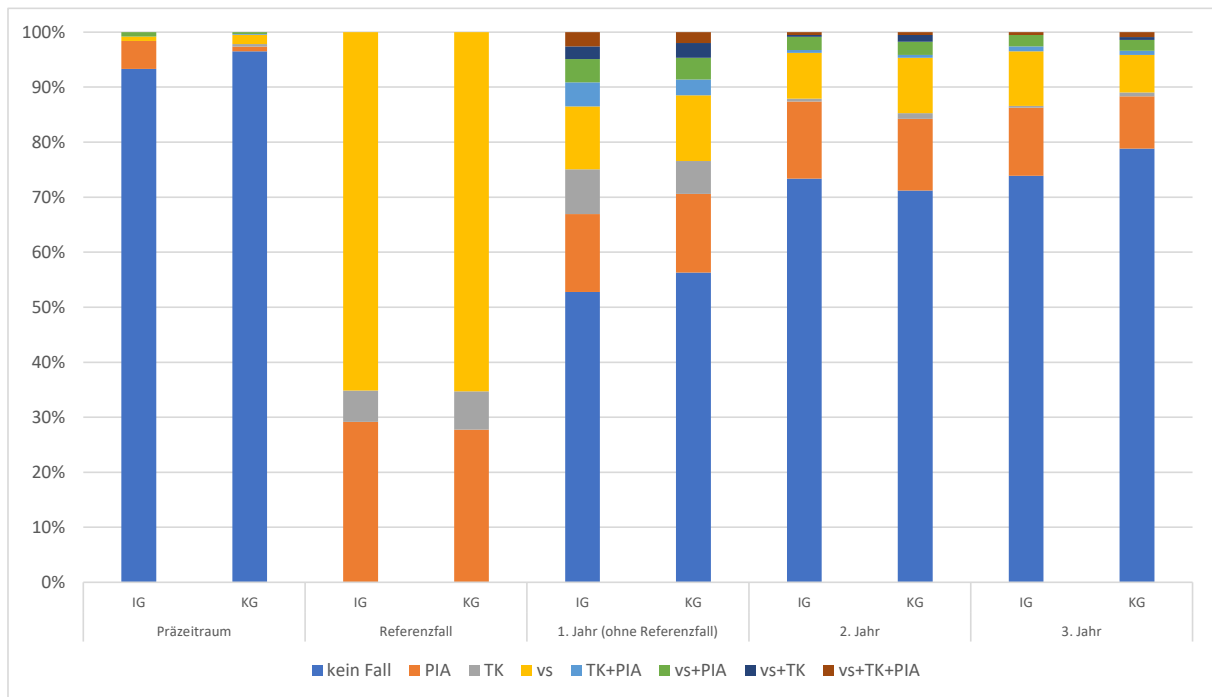
### Klinikneue Patienten

Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							16	12	1,000	3	3	1,000	3	5	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							14	16	1,000	2	7	1,000		3	1,000
vs+PIA	5	2	0,963				26	24	1,000	14	14	1,000	12	11	1,000
vs+HT															
TK+PIA		1	0,992				27	17	1,000	3	3	1,000	5	4	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	5	10	0,963	400	393	1,000	70	72	1,000	49	58	1,000	57	38	0,605
TK		3	0,963	35	42	1,000	50	36	1,000	3	6	1,000	2	4	1,000
PIA	31	5	0,000	179	167	1,000	87	86	1,000	82	75	1,000	71	53	1,000
HT															
kein Fall	573	581	0,083				324	339	1,000	430	411	1,000	424	439	0,533
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>614</b>	<b>602</b>	<b>0,001</b>	<b>614</b>	<b>602</b>	<b>1,000</b>	<b>614</b>	<b>602</b>	<b>1,000</b>	<b>586</b>	<b>577</b>	<b>1,000</b>	<b>574</b>	<b>557</b>	<b>1,000</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

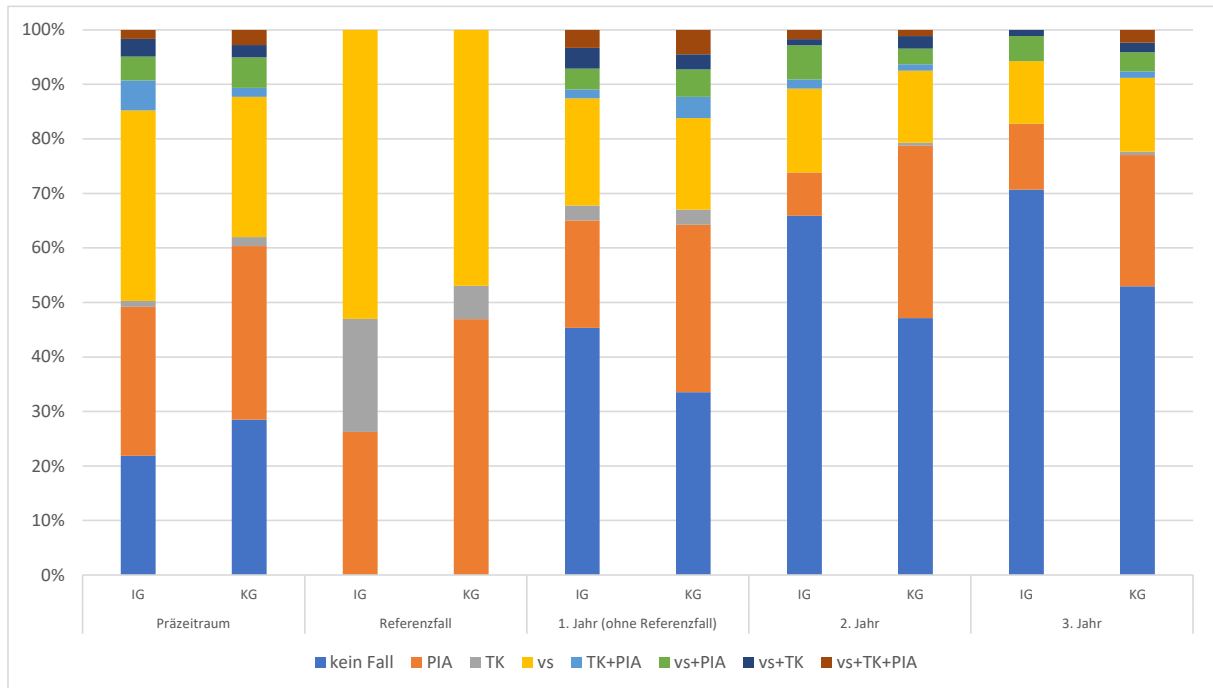
## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	3	5	1,000				6	8	1,000	3	2	1,000		4	0,753
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	6	4	1,000				7	5	1,000	2	4	1,000	2	3	1,000
vs+PIA	8	10	1,000				7	9	1,000	11	5	1,000	8	6	1,000
vs+HT															
TK+PIA	10	3	0,784				3	7	1,000	3	2	1,000		2	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	64	46	0,641	97	84	0,293	36	30	1,000	27	23	1,000	20	23	1,000
TK	2	3	1,000	38	11	0,000	5	5	1,000		1	1,000		1	1,000
PIA	50	57	1,000	48	84	0,000	36	55	0,192	14	55	0,000	21	41	0,045
HT															
kein Fall	40	51	1,000				83	60	0,225	116	82	0,004	123	90	0,009
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>183</b>	<b>179</b>	<b>1,000</b>	<b>183</b>	<b>179</b>	<b>0,000</b>	<b>183</b>	<b>179</b>	<b>1,000</b>	<b>176</b>	<b>174</b>	<b>0,000</b>	<b>174</b>	<b>170</b>	<b>0,053</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wurden im Referenzfall mehr Patienten der IG als in der KG tagesklinisch behandelt (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 67).

Bei den linikbekannten Patienten hatten im 4. Nachbeobachtungsjahr in der IG signifikant weniger Patienten keinen Fall als in der KG (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 68).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wurden in der IG weniger Patienten vollstationär und dafür mehr Patienten tagesklinisch behandelt (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 69).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergaben sich Unterschiede zwischen IG und KG vor allem im vollstationären und tagesklinischen Bereich (vgl. Tabelle 115 und Abbildung 70).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung unterschieden sich IG und KG bzgl. des Behandlungssettings hauptsächlich zum Referenzfall und im ersten Nachbeobachtungsjahr voneinander (Tabelle 116 und Abbildung 71).

Bei den linikbekannten Patienten unterschieden sich IG und KG hauptsächlich im Präzeitraum voneinander (Tabelle 117 und Abbildung 72).

## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; 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.

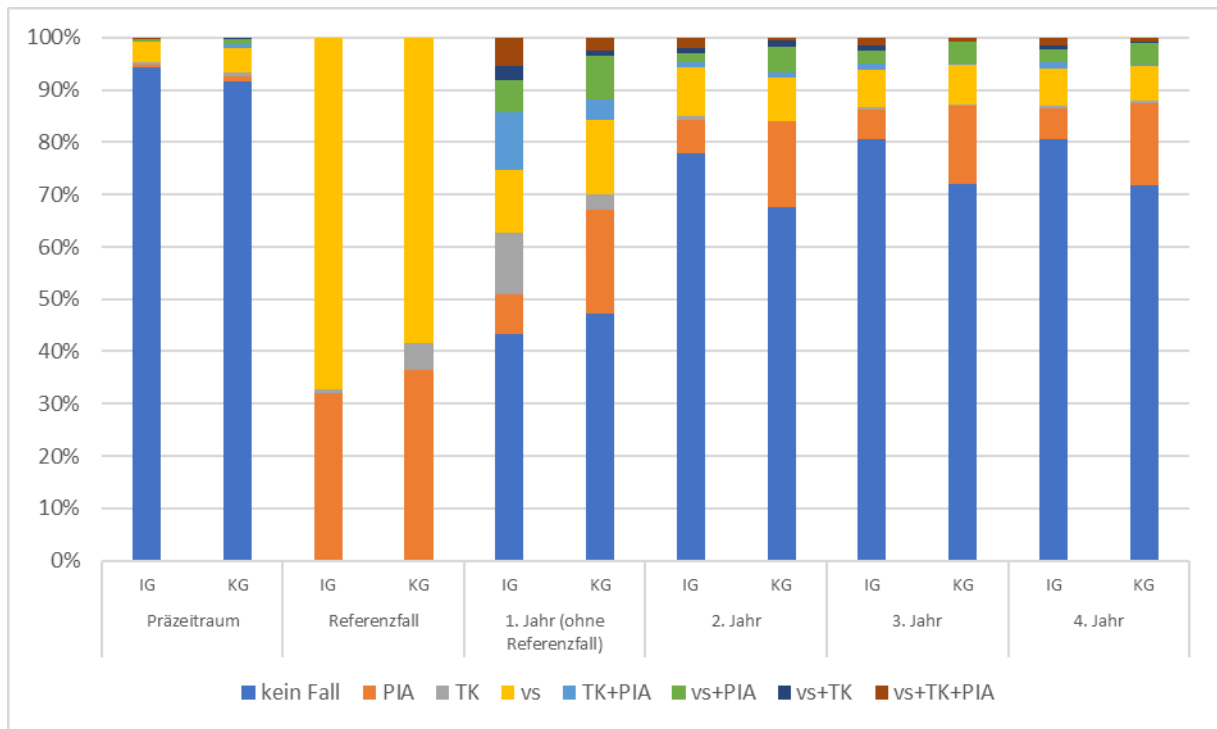
### Klinikneue Patienten

**Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA							16	2	0,018	4	1	1,000	2	1	1,000	2		1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							9		0,054	2		1,000	1		1,000	1	1	1,000
vs+PIA		1	1,000				12	34	0,004	3	10	0,590	6	9	1,000	7	7	1,000
vs+HT																		
TK+PIA							23	9	0,129	5	2	1,000	6	1	0,878	4	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	1		1,000	27	36	0,187	10	22	0,129	5	9	1,000	6	6	1,000	5	8	1,000
TK				35	7	0,000	15	7	0,322	2	3	1,000	2	1	1,000	4	1	1,000
PIA	4	5	1,000	167	174	0,180	65	79	0,262	52	34	0,590	42	17	0,016	34	22	1,000
HT																		
kein Fall	224	211	1,000				79	64	0,322	156	158	1,000	164	182	0,022	172	177	1,000
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>1,000</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>0,000</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>0,000</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>0,517</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>0,119</b>	<b>229</b>	<b>217</b>	<b>1,000</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## Klinikbekannte Patienten

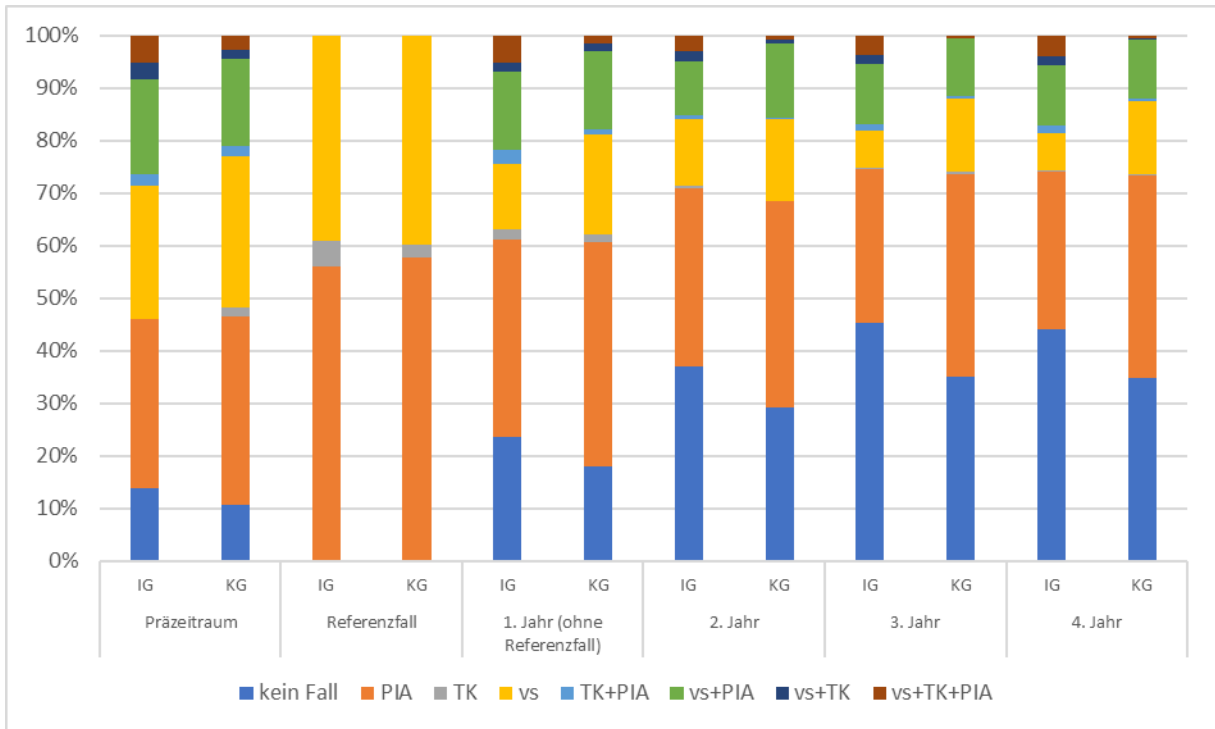
**Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	6	2	1,000				8	1	0,518	3	1	1,000		1	1,000	1	1	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	5		0,528					1	1,000				1		1,000			
vs+PIA	20	19	1,000				13	13	1,000	8	9	1,000	11	5	1,000	7	5	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	20	8	0,365				9	8	1,000	11		0,027	5	1	1,000	3	1	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	9	3	0,749	18	33	0,049	5	4	1,000	2	7	0,818	5	7	1,000	9	6	1,000
TK	1		1,000	23	15	0,415	3	3	1,000	1		1,000	1	1	1,000	3	1	1,000
PIA	71	98	0,001	113	93	0,415	77	68	1,000	61	51	1,000	55	39	1,000	49	25	0,062
HT																		
kein Fall	22	11	0,570				39	43	1,000	68	73	1,000	76	87	0,396	82	101	0,010
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>0,011</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>0,071</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>1,000</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>0,083</b>	<b>154</b>	<b>141</b>	<b>1,000</b>	<b>154</b>	<b>140</b>	<b>0,365</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.



**Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

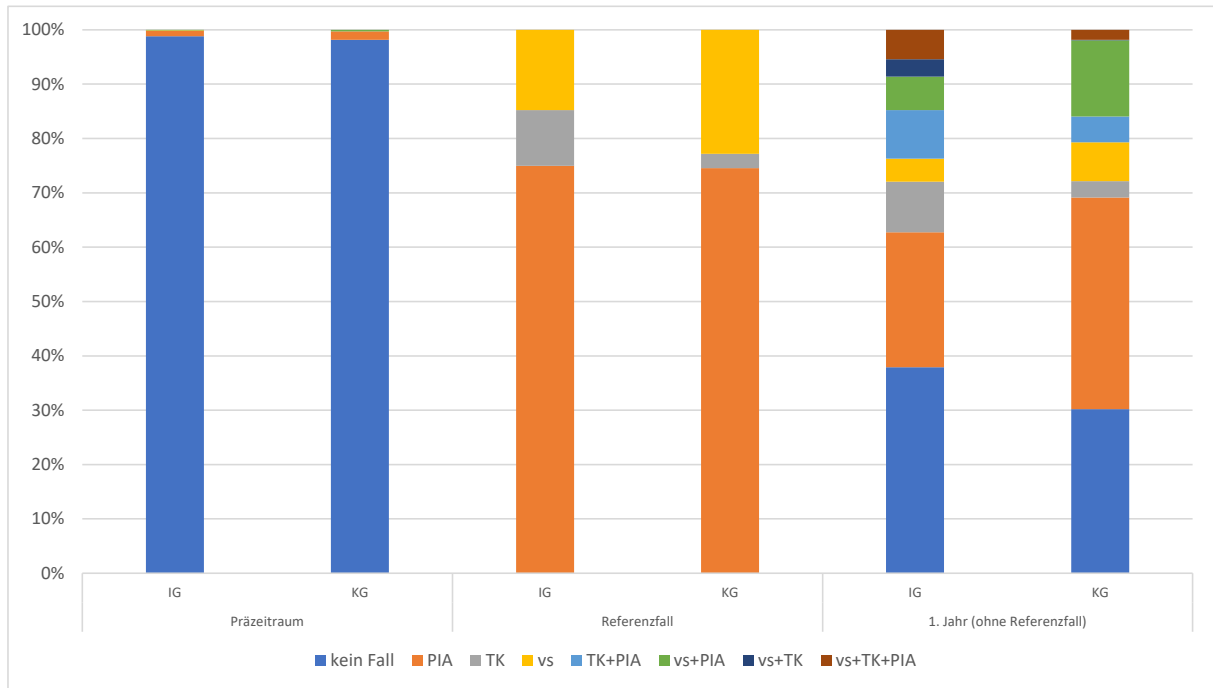
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

**Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA							56	19	0,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK							33	1	0,000
vs+PIA	1	3	1,000				64	145	0,000
vs+HT									
TK+PIA							92	49	0,001
TK+HT									
HT+PIA									
vs	1		1,000	153	236	0,000	44	74	0,006
TK				106	27	0,000	96	31	0,000
PIA	10	16	1,000	775	771	0,879	257	403	0,000
HT									
kein Fall	1.022	1.015	1,000				392	312	0,001
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>1,000</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>0,000</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>	<b>0,000</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

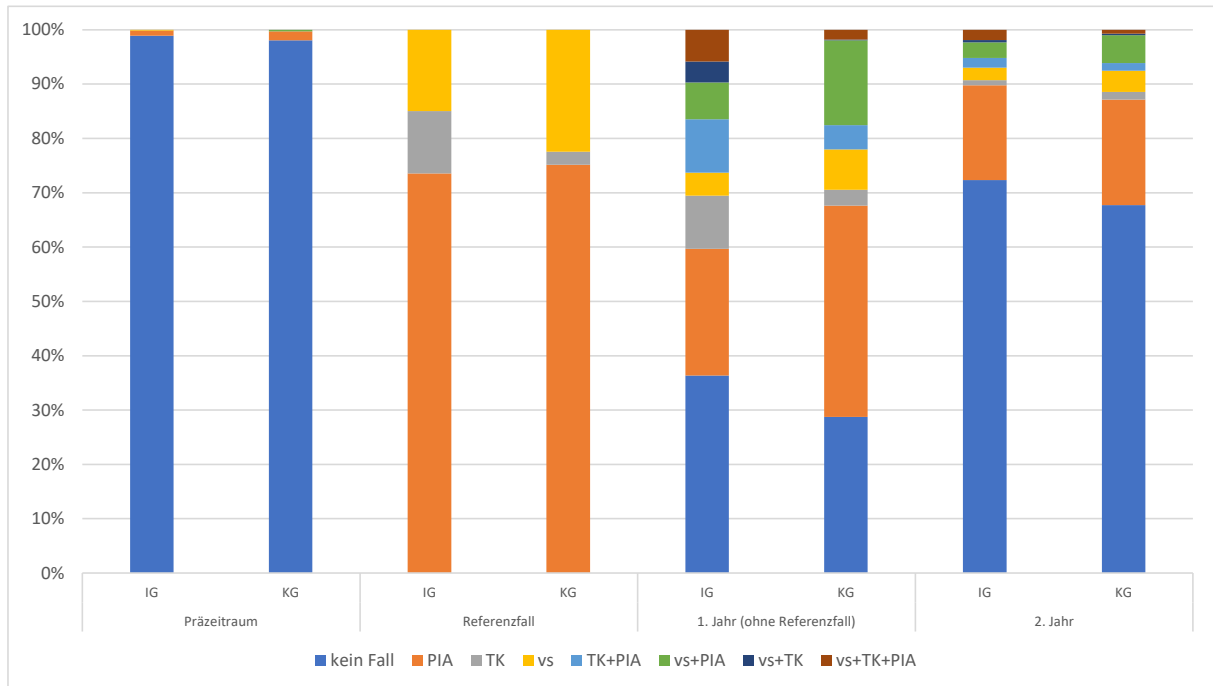
### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA							43	13	0,000	14	5	0,443
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK							28	1	0,000	3	2	1,000
vs+PIA		2	1,000				50	112	0,000	21	37	0,316
vs+HT												
TK+PIA							72	32	0,000	13	10	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	1		1,000	110	161	0,001	31	53	0,013	17	28	0,549
TK				84	17	0,000	72	21	0,000	7	10	1,000
PIA	7	12	1,000	540	539	0,522	171	279	0,000	128	139	1,000
HT												
kein Fall	726	703	1,000				267	206	0,005	531	485	0,443
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>1,000</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>0,000</b>	<b>734</b>	<b>717</b>	<b>0,000</b>	<b>734</b>	<b>716</b>	<b>0,316</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

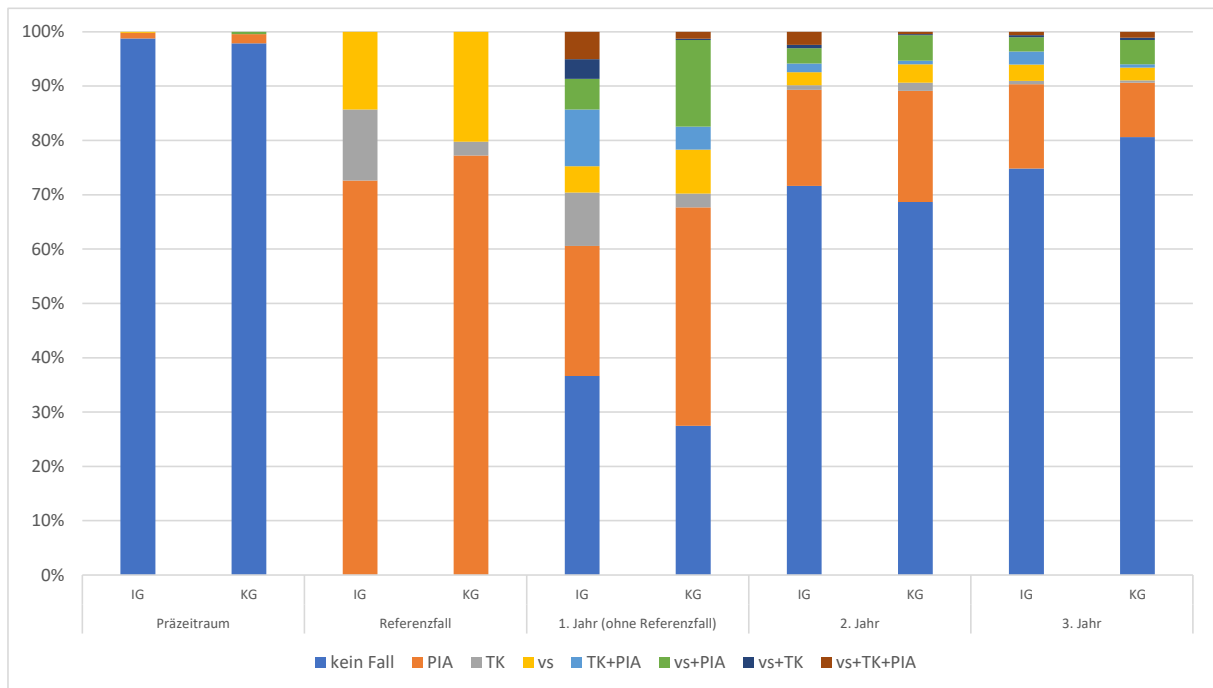
### Klinikneue Patienten

**Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA							25	6	0,005	12	2	0,186	3	5	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							18	1	0,002	3	1	1,000	2	2	1,000
vs+PIA		2	1,000				28	75	0,000	14	22	1,000	13	21	0,815
vs+HT															
TK+PIA							52	20	0,002	8	3	1,000	12	3	0,293
TK+HT															
HT+PIA															
vs	1		1,000	71	95	0,037	24	38	0,053	12	16	1,000	15	11	1,000
TK				65	12	0,000	49	12	0,000	4	7	1,000	3	2	1,000
PIA	5	8	1,000	361	363	0,116	119	189	0,000	88	96	1,000	77	47	0,130
HT															
kein Fall	491	460	1,000				182	129	0,006	356	322	1,000	372	378	0,277
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>1,000</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>0,000</b>	<b>497</b>	<b>470</b>	<b>0,000</b>	<b>497</b>	<b>469</b>	<b>0,305</b>	<b>497</b>	<b>469</b>	<b>0,277</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

**Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## Klinikbekannte Patienten

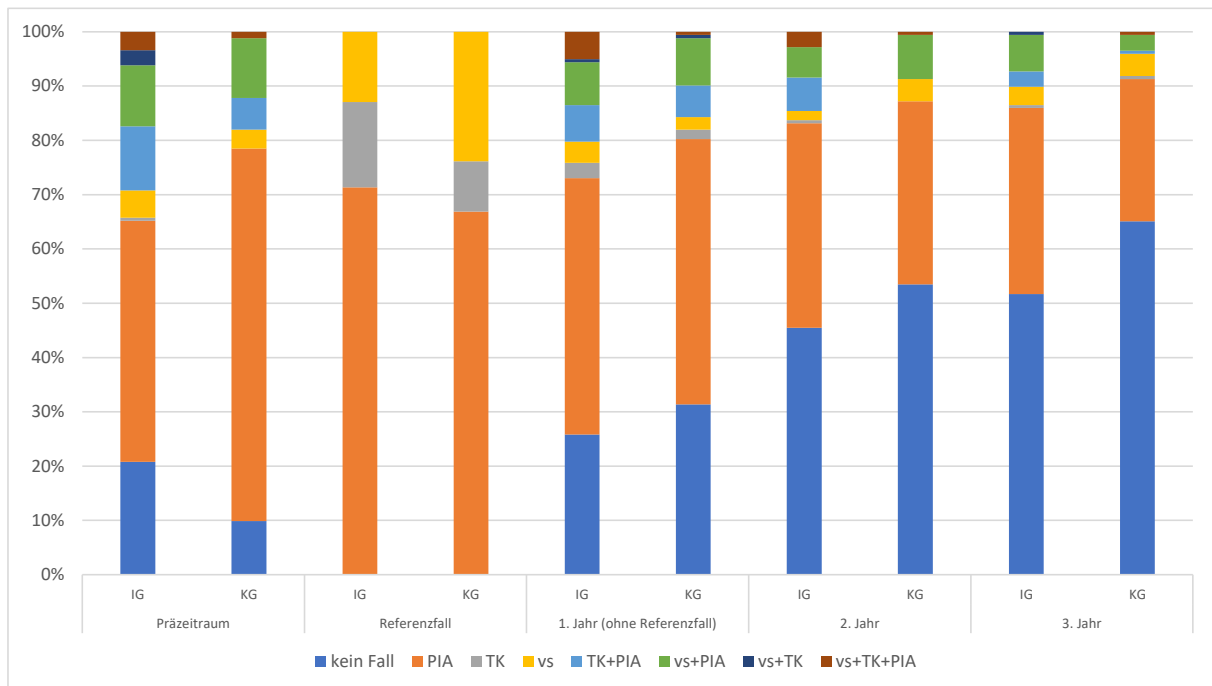
**Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr (ohne Referenzfall)			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	6	2	1,000				9	1	0,256	5	1	1,000		1	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	5		0,449				1	1	1,000				1		1,000
vs+PIA	20	19	1,000				14	15	1,000	10	14	1,000	12	5	0,934
vs+HT															
TK+PIA	21	10	0,449				12	10	1,000	11		0,021	5	1	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	9	6	1,000	23	41	0,048	7	4	1,000	3	7	1,000	6	7	1,000
TK	1		1,000	28	16	0,197	5	3	1,000	1		1,000	1	1	1,000
PIA	79	118	0,000	127	115	0,428	84	84	1,000	67	58	1,000	61	45	0,876
HT															
kein Fall	37	17	0,052				46	54	1,000	81	92	0,994	92	112	0,133
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>0,002</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>0,048</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>1,000</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>0,041</b>	<b>178</b>	<b>172</b>	<b>0,830</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.



**Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

## 9.2 Leistungserbringung

### Beschreibung Ergebnisse (U1); Erwachsene

U1:

vgl. Tabelle 118 bis Tabelle 121 für die linikneuen Patienten und Tabelle 122 bis Tabelle 125 für die linikbekannten Patienten.

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

#### **U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; 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 vierjährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

**Klinikneue Patienten**
**Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	268	262	268	262	268	262	268	262	268	262	268	262	251	249	251	249	247	242	247	242	242	234	242	234
N mit Fall	3	3	-	1	201	191	21	16	54	58	42	34	34	34	5	7	33	24	5	6	24	24	4	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2	-	-	2,4	3,1	0,9	0,6	1,6	1,3	1,0	0,7	0,8	1,3	0,1	0,3	0,8	0,4	0,2	0,4	0,4	0,8	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,5	-	-	6,3	11,7	1,7	1,2	4,1	7,4	1,9	1,8	3,2	5,4	0,3	1,0	6,2	1,6	0,6	0,9	3,3	2,8	0,6	0,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0	-	-	0,8	1,2	-	-	0,2	0,3	-	-	0,4	0,7	-	-	0,4	0,5	-	-	0,2	0,6	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	0,1	0,0	-	-	1,5	5,0	-	-	0,9	2,1	-	-	1,2	1,3	-	-	2,7	1,2	-	-	2,7	1,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	-	-	-	1,2	2,1	1,2	0,7	0,6	0,1	1,3	0,6	-	0,3	-	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	-	-	-	1,2	2,4	1,2	0,6	0,6	0,1	1,4	0,5	-	0,3	-	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	0,0	-	0,5	-	0,3	0,3	0,8	-	0,6	-	0,1	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	0,0	-	0,9	-	0,4	0,2	0,9	-	0,6	-	0,0	-	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>-</b>	<b>0,0</b>	<b>13,4</b>	<b>27,0</b>	<b>5,0</b>	<b>3,7</b>	<b>8,5</b>	<b>13,0</b>	<b>5,6</b>	<b>4,9</b>	<b>5,5</b>	<b>9,5</b>	<b>0,4</b>	<b>1,7</b>	<b>10,3</b>	<b>4,1</b>	<b>1,0</b>	<b>1,4</b>	<b>7,1</b>	<b>5,8</b>	<b>0,8</b>	<b>0,7</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	268	262	268	262	268	262	268	262	268	262	268	262	251	249	251	249	247	242	247	242	242	234	242	234
N mit Fall	3	3	-	1	201	191	21	16	54	58	42	34	34	34	5	7	33	24	5	6	24	24	4	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	21,3	-	-	3,3	4,2	11,9	9,7	7,9	5,7	6,1	5,7	5,6	9,6	3,6	11,8	6,3	4,4	8,6	14,9	4,1	7,6	8,0	7,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	4,7	46,3	-	-	8,4	16,1	21,8	19,8	20,5	33,5	12,4	14,0	23,7	39,8	15,9	33,9	46,8	16,4	31,0	37,2	33,2	27,6	36,1	7,6
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	-	-	1,1	1,6	-	-	1,0	1,6	-	-	2,8	5,4	-	-	2,9	5,4	-	-	2,2	6,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	5,7	0,3	-	-	2,0	6,9	-	-	4,6	9,3	-	-	8,7	9,8	-	-	20,2	12,1	-	-	27,7	14,9	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	23,7	-	-	-	1,6	2,9	15,2	10,8	3,2	0,4	8,4	4,5	-	2,0	-	3,7	0,5	1,9	3,1	1,5	2,3	0,1	2,8	5,4
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	13,7	-	-	-	1,5	3,3	15,3	10,3	2,9	0,3	8,8	4,2	-	2,1	-	2,3	0,2	1,2	8,3	2,5	2,1	0,0	1,5	4,1
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	3,0	-	0,7	-	4,4	1,4	3,8	-	4,7	-	0,6	-	4,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	1,0	-	1,2	-	5,8	0,8	4,1	-	4,5	-	0,2	-	4,9	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>48,3</b>	<b>68,3</b>	<b>-</b>	<b>4,0</b>	<b>17,9</b>	<b>37,0</b>	<b>64,2</b>	<b>60,6</b>	<b>42,2</b>	<b>58,7</b>	<b>35,6</b>	<b>37,7</b>	<b>40,8</b>	<b>69,6</b>	<b>19,5</b>	<b>61,1</b>	<b>76,9</b>	<b>41,4</b>	<b>50,9</b>	<b>56,1</b>	<b>71,6</b>	<b>56,4</b>	<b>48,3</b>	<b>24,3</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	268	262	268	262	268	262	251	249	247	242	247	242
N mit Fall	1	-	46	55	35	53	19	42	15	25	20	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,4	0,5	1,9	0,5	1,6	0,4	1,9	0,4	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,4	0,5	1,6	0,4	1,4	0,2	1,3	0,2	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,6	0,8	1,0	3,5	0,8	2,9	0,6	3,2	0,7	1,8
<b>Gesamt</b>	0,0	0,0	0,8	0,8	1,2	3,5	1,1	2,9	0,8	3,2	0,9	1,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,000		0,000		0,002		0,006		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,318		0,341		0,005		0,010		0,019		0,106	

**Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	268	262	268	262	268	262	251	249	247	242	247	242
N mit Fall	1	-	46	55	35	53	19	42	15	25	20	24
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	2,0	1,9	3,6	9,5	6,1	9,4	6,2	18,2	5,6	9,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	0,0	1,6	1,8	3,7	7,9	5,1	8,0	4,0	12,8	3,0	9,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,8	0,0	1,7	0,0	2,7	0,0	3,5	0,2	2,9	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,8	0,0	1,7	0,0	2,7	0,0	3,7	0,2	2,9	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	0,0	3,6	3,8	7,3	17,4	11,2	17,4	10,2	31,0	8,5	18,5
<b>Gesamt</b>	5,0	0,0	4,4	3,8	9,1	17,5	13,9	17,5	13,9	31,1	11,4	18,5
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,000		0,000		0,000		0,001		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,786		0,014		0,222		0,030		0,119		0,000	

## Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	138	136	138	136	138	136	138	136	138	136	138	136	132	133	132	133	131	130	131	130	128	124	128	124
N mit Fall	67	52	18	15	73	65	28	9	41	43	17	23	35	30	7	6	25	31	2	9	22	24	2	6
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,9	3,2	0,4	0,9	2,8	2,4	1,2	0,4	1,5	2,3	0,6	0,6	1,7	1,7	0,4	0,4	1,0	1,3	0,0	0,6	0,9	1,5	0,1	0,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	7,3	9,6	2,2	2,8	4,9	7,9	2,1	0,8	3,3	8,5	1,3	1,1	5,0	8,1	0,7	0,8	7,8	7,4	0,1	1,8	3,9	5,0	0,2	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	2,1	-	-	0,5	0,8	-	-	0,8	1,2	-	-	0,9	0,8	-	-	0,6	1,0	-	-	0,7	1,1	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	1,9	8,5	-	-	1,0	2,6	-	-	1,6	3,5	-	-	1,7	1,4	-	-	3,1	3,2	-	-	2,3	2,0	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,1	1,0	0,8	0,9	0,8	1,1	1,6	0,3	0,5	0,3	0,9	0,4	0,2	0,4	0,4	0,3	-	0,9	-	0,3	0,2	0,1	0,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	0,8	2,1	1,3	0,5	1,0	1,6	0,2	0,4	0,3	0,7	0,4	0,0	0,6	0,4	0,3	-	0,6	-	0,3	0,2	0,1	0,0	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	-	-	0,4	-	0,6	-	0,4	0,1	0,9	-	1,0	0,2	0,2	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	0,5	-	1,4	-	0,4	0,2	1,2	-	1,1	0,4	0,4	-	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>14,7</b>	<b>25,1</b>	<b>5,4</b>	<b>6,8</b>	<b>10,4</b>	<b>17,8</b>	<b>6,6</b>	<b>2,4</b>	<b>8,4</b>	<b>18,3</b>	<b>3,5</b>	<b>4,6</b>	<b>10,3</b>	<b>13,7</b>	<b>1,9</b>	<b>2,3</b>	<b>12,5</b>	<b>14,4</b>	<b>0,1</b>	<b>3,0</b>	<b>8,2</b>	<b>9,9</b>	<b>0,3</b>	<b>0,7</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	138	136	138	136	138	136	138	136	138	136	138	136	132	133	132	133	131	130	131	130	128	124	128	124
N mit Fall	67	52	18	15	73	65	28	9	41	43	17	23	35	30	7	6	25	31	2	9	22	24	2	6
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	3,9	8,4	2,7	8,3	5,2	5,0	5,9	5,6	5,0	7,3	4,8	3,8	6,6	7,5	6,7	9,7	5,3	5,5	1,1	8,0	5,3	7,8	6,2	5,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	15,1	25,1	16,8	25,5	9,3	16,4	10,6	11,4	11,1	27,0	10,4	6,3	19,0	36,0	9	13,8	41,1	31,0	8,6	25,9	22,6	0	26,9,3	
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,2	5,4	-	-	0,9	1,7	-	-	2,8	3,9	-	-	3,4	3,3	-	-	3,2	4,0	-	-	4,1	5,8	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	22,1	-	-	1,9	5,4	-	-	5,3	11,0	-	-	6,6	6,4	-	-	16,0	13,6	-	-	13,2	10,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,3	2,7	6,3	7,9	1,5	2,3	7,9	4,4	1,7	1,0	7,5	2,3	0,8	2,0	7,3	6,2	-	3,6	-	4,6	1,2	0,6	2,0	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	3,5	2,1	15,8	12,1	0,9	2,2	8,1	3,1	1,3	0,8	5,9	2,1	0,2	2,7	7,2	5,8	-	2,7	-	4,1	1,1	0,5	1,5	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	-	-	3,9	-	1,3	-	5,6	0,4	3,0	-	6,0	0,7	1,0	-	5,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	-	-	4,3	-	2,8	-	6,8	0,6	3,9	-	6,8	1,5	1,6	-	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>30,2</b>	<b>65,7</b>	<b>41,7</b>	<b>62,1</b>	<b>19,7</b>	<b>37,2</b>	<b>32,5</b>	<b>36,9</b>	<b>28,3</b>	<b>57,9</b>	<b>28,5</b>	<b>27,2</b>	<b>38,7</b>	<b>60,6</b>	<b>0</b>	<b>35,7</b>	<b>50,6</b>	<b>60,4</b>	<b>9,7</b>	<b>42,6</b>	<b>47,5</b>	<b>0</b>	<b>51,0</b>	<b>15,0</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	138	136	138	136	138	136	132	133	131	130	131	130
N mit Fall	57	55	37	62	42	57	25	48	20	41	21	31
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,3	3,2	0,6	1,4	1,6	5,6	1,4	5,2	1,8	3,3	1,4	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,5	2,1	0,4	1,1	1,2	3,1	0,7	2,5	0,7	2,2	0,7	1,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,3	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,1	0,0	0,3	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,8	5,3	1,0	2,5	2,9	8,7	2,1	7,7	2,5	5,5	2,1	3,9
<b>Gesamt</b>	<b>2,9</b>	<b>5,3</b>	<b>1,3</b>	<b>2,5</b>	<b>3,5</b>	<b>8,7</b>	<b>2,8</b>	<b>7,7</b>	<b>3,1</b>	<b>5,5</b>	<b>2,7</b>	<b>3,9</b>
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,176		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,056		0,003		0,006		0,002		0,027		0,166	

**Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	138	136	138	136	138	136	132	133	131	130	131	130
N mit Fall	57	55	37	62	42	57	25	48	20	41	21	31
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,2	7,8	2,3	3,0	5,4	13,4	7,2	14,5	11,7	10,5	9,0	8,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,5	5,2	1,5	2,4	4,0	7,4	3,9	6,9	4,5	6,9	4,2	7,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,1	0,9	0,0	2,1	0,0	3,3	0,0	4,2	0,0	3,6	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,3	0,1	0,9	0,0	2,1	0,0	3,4	0,0	4,3	0,0	3,7	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,7	13,0	3,8	5,4	9,4	20,7	11,2	21,4	16,2	17,4	13,2	16,4
<b>Gesamt</b>	<b>7,0</b>	<b>13,1</b>	<b>4,8</b>	<b>5,4</b>	<b>11,5</b>	<b>20,7</b>	<b>14,5</b>	<b>21,4</b>	<b>20,4</b>	<b>17,4</b>	<b>16,9</b>	<b>16,4</b>
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,180		0,000		0,000		0,000		0,000		0,000	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,028		0,101		0,018		0,037		0,794		0,569	



## **Beschreibung Ergebnisse (U1); Kinder und Jugendliche**

U1:

vgl. Tabelle 126 bis Tabelle 129 für die linikneuen Patienten und Tabelle 130 bis Tabelle 133 Für die linikbekannt Patienten.

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

### **U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

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 vierjährigen Nachbeobachtungszeitraum erfasst.

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217
N mit Fall	1	1	-	-	27	36	35	7	47	58	63	18	14	20	13	6	15	16	11	3	16	14	6	3
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	-	-	-	2,1	3,2	5,9	1,5	5,6	13,4	6,3	5,8	1,6	3,3	1,3	1,7	2,6	4,3	1,5	0,5	1,5	1,2	0,8	0,6
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	-	-	-	14,0	22,2	20,5	5,5	38,0	63,7	32,7	19,8	9,3	12,2	3,0	3,1	4,1	8,2	2,3	0,6	2,6	3,3	1,3	0,8
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	-	-	0,3	0,6	-	-	0,8	0,6	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	-	-	0,1	0,9	-	-	1,1	0,5	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>0,2</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>16,1</b>	<b>25,4</b>	<b>4</b>	<b>7,0</b>	<b>43,6</b>	<b>77,1</b>	<b>0</b>	<b>25,6</b>	<b>10,9</b>	<b>18,0</b>	<b>4,3</b>	<b>4,7</b>	<b>7,1</b>	<b>14,1</b>	<b>3,8</b>	<b>1,1</b>	<b>5,9</b>	<b>5,8</b>	<b>2,1</b>	<b>1,4</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217
N mit Fall	1	1	-	-	27	36	35	7	47	58	63	18	14	20	13	6	15	16	11	3	16	14	6	3
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,0	-	-	-	17,7	19,3	38,7	46,3	27,3	50,2	23,0	70,2	25,7	35,7	23,2	60,0	39,5	58,9	31,3	39,7	21,8	19,0	29,7	40,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	49,0	-	-	-	119,1	133,9	134,2	171,4	185,0	238,4	118,7	238,3	152,6	132,4	52,3	110,7	62,7	111,0	48,1	40,1	37,2	51,8	49,4	57,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,7	-	-	4,6	8,7	-	-	11,0	9,3	-	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,9	-	-	1,8	12,8	-	-	15,2	7,3	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>56,0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>136,9</b>	<b>153,1</b>	<b>172,9</b>	<b>217,7</b>	<b>212,3</b>	<b>288,6</b>	<b>141,8</b>	<b>308,5</b>	<b>178,4</b>	<b>195,7</b>	<b>75,5</b>	<b>170,7</b>	<b>108,5</b>	<b>191,2</b>	<b>79,4</b>	<b>79,8</b>	<b>85,1</b>	<b>89,4</b>	<b>79,1</b>	<b>98,2</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KJP**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217
N mit Fall	3	6	167	174	116	124	64	47	56	28	47	30
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	1,3	0,8	3,1	0,9	1,7	0,6	1,1	0,4	1,1	0,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,4	0,8	2,4	1,5	1,3	1,1	0,8	0,7	0,5	0,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	2,7	1,6	5,5	2,5	3,0	1,7	1,8	1,1	1,6	0,8
<b>Gesamt</b>	0,1	0,1	2,7	1,6	5,5	2,5	3,1	1,7	1,9	1,1	1,6	0,8
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,318		0,083		0,318		0,870		0,699	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,545		0,000		0,000		0,029		0,109		0,045	

**Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217	229	217
N mit Fall	3	6	167	174	116	124	64	47	56	28	47	30
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	0,7	1,8	1,0	6,2	1,7	6,3	2,9	4,4	3,2	5,1	2,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,3	3,7	1,9	1,0	4,6	2,6	4,6	5,0	3,2	5,5	2,6	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,0	4,3	3,7	2,0	10,8	4,3	10,9	7,8	7,5	8,7	7,7	5,8
<b>Gesamt</b>	5,0	4,3	3,7	2,0	10,8	4,3	11,0	7,8	7,6	8,8	7,9	5,9
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,319		0,083		0,321		0,783		0,956	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,848		0,000		0,000		0,139		0,576		0,294	

**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	140	154	140
N mit Fall	40	24	32	10	18	33	23	15	26	19	20	13	13	17	15	1	17	13	7	3	9	9	6	-
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	7,4	0,1	4,1	1,8	9,9	3,1	7,3	3,0	3,4	1,5	4,1	1,3	2,8	2,3	0,4	4,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,7	0,8	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	35,9	0,4	17,8	23,0	57,3	11,9	40,5	32, 2	19,2	7,6	13,0	10,7	15,9	11,2	0,5	5,6	3,0	1,7	1,4	2,2	2,5	1,6	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0	0,9	-	-	0,3	0,5	0,4	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	0,2	0,8	-	-	0,3	0,2	0,5	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>0,9</b>	<b>43,2</b>	<b>0,5</b>	<b>21,9</b>	<b>24,8</b>	<b>67,2</b>	<b>15,0</b>	<b>47,8</b>	<b>35, 2</b>	<b>22,6</b>	<b>9,1</b>	<b>17,1</b>	<b>12,0</b>	<b>18,8</b>	<b>13,5</b>	<b>1,0</b>	<b>10,4</b>	<b>6,9</b>	<b>3,9</b>	<b>3,2</b>	<b>4,4</b>	<b>4,9</b>	<b>3,4</b>	<b>-</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Referenzfall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK		vs		TK	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	140	154	140
N mit Fall	40	24	32	10	18	33	23	15	26	19	20	13	13	17	15	1	17	13	7	3	9	9	6	-
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	43,3	0,7	57,6	15,6	42,5	21,0	68,9	17,7	25,0	11,5	44,5	15,2	23,4	23,2	62,2	40,9	23,5	47,6	83,8	28,0	26,1	21,5	-
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	2,6	210,6	1,8	251,6	196,6	244,6	79,4	380,4	190,9	142,7	58,4	140,9	126,9	132,0	115,3	72,2	50,9	32,0	37,7	64,7	36,9	38,9	42,0	-
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-	0,4	10,3	-	-	5,2	8,1	9,7	-
Intensivbehandlung; Therapeut/ Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	-	-	2,2	8,6	-	-	5,1	3,4	13,7	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	-	-	-
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,2	-	-	-	-	-	-
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Gesamt</b>	<b>3,5</b>	<b>253,9</b>	<b>2,4</b>	<b>309,2</b>	<b>212,2</b>	<b>287,1</b>	<b>100,5</b>	<b>449,3</b>	<b>208,6</b>	<b>167,7</b>	<b>69,9</b>	<b>185,5</b>	<b>142,2</b>	<b>156,2</b>	<b>138,5</b>	<b>134,5</b>	<b>94,5</b>	<b>74,7</b>	<b>85,3</b>	<b>148,5</b>	<b>75,3</b>	<b>76,6</b>	<b>86,9</b>	<b>-</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

**Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141
N mit Fall	117	127	113	93	107	90	83	61	71	46	60	32
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,5	1,7	1,8	0,9	4,1	1,6	3,4	1,1	2,3	0,7	2,0	0,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,2	2,7	0,9	1,4	1,9	2,6	1,5	2,8	1,2	2,0	1,1	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,7	4,4	2,7	2,4	6,0	4,2	4,9	3,9	3,5	2,7	3,0	2,3
<b>Gesamt</b>	5,7	4,5	2,7	2,4	6,0	4,3	4,9	3,9	3,5	2,7	3,0	2,3
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,020		0,083		0,006		0,181		0,319		0,388	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,121		0,400		0,020		0,225		0,218		0,291	

**Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Referenzfall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141	154	141
N mit Fall	117	127	113	93	107	90	83	61	71	46	60	32
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	6,0	1,9	2,4	1,4	5,9	2,5	6,3	2,6	5,0	2,2	5,0	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,6	3,0	1,2	2,2	2,8	4,1	2,7	6,5	2,6	6,0	2,7	7,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	7,6	4,9	3,6	3,6	8,7	6,6	9,1	9,1	7,6	8,2	7,8	10,3
<b>Gesamt</b>	7,6	5,0	3,6	3,6	8,7	6,7	9,1	9,1	7,6	8,2	7,8	10,3
P-Wert: Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,020		0,083		0,006		0,182		0,323		0,285	
P-Wert: Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,008		0,886		0,038		0,981		0,610		0,173	

## 10. Ergebnisse: Kosten

### 10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

#### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen **direkten psychiatrischen Kosten** im Präzeitraum mit 694,24 € je Patient der IG leicht unterhalb der 857,07 € je Patient der KG (vgl. Tabelle 134, Tabelle 136 und Abbildung 73). Die Kosten des Präzeitraums setzen sich in der IG zu einem geringeren Teil als in der KG aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung zusammen (IG: 33 %; KG: 45 %). Die Kosten der psychiatrischen vertragsärztlichen Versorgung machten in beiden Gruppen im Präzeitraum einen zweiten großen Kostenpunkt aus (IG: 35 %; KG: 25 %). Die Kosten der psychiatrischen Arzneimittelversorgung machten in beiden Gruppen den letzten größeren Kostenpunkt des Präzeitraums aus (IG: 29 %; KG: 25 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Kosten sowohl in der IG als auch in der KG an: in der IG auf 9.878,32 € und in der KG auf 8.291,02 €. Dieser Anstieg der Kosten ging mit einem Anstieg des relativen Kostenanteils der vollstationären psychiatrischen Kosten einher: in der IG stieg der Anteil auf 77 %, in der KG auf 78 %. Zusammen mit den Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 15 %; KG: 10 %) machten diese beiden Kostenblöcke den größten Teil der Kosten des ersten Jahres aus. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die gesamten psychiatrischen Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.750,13 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 136).

Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr gingen die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Kosten in beiden Gruppen wieder stark zurück. In der IG fielen sie auf 2.065,37 €, in der KG auf 2.614,33 € ab. In beiden Gruppen ging der relative Anteil der vollstationären psychiatrischen Kosten zurück (IG: 60 %; KG: 61 %). Gleichzeitig nahm der Anteil der psychiatrisch vertragsärztlichen Versorgung wieder zu (IG: 16 %; KG: 15 %). Dieses Muster setzte sich bis ins vierte



Nachbeobachtungsjahr fort. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum stiegen die durchschnittlichen Kosten in der IG (relativ zur KG) um 531,96 € nicht signifikant stärker an.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die durchschnittlichen Kosten in der IG mit 8.712,83 € oberhalb der 5.796,24 € der KG (vgl. Tabelle 135, Tabelle 137 und Abbildung 74). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich in beiden Gruppen zum größte Teil aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Behandlung (IG: 79 %; KG: 76 %) und den Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung zusammen (IG: 9 %; KG: 8 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 10.558,32 € und in der KG auf 8.736,15 €. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr machten weiterhin die vollstationäre Versorgung (IG: 74 %; KG: 77 %) zusammen mit der teilstationären Versorgung (IG: 14 %; KG: 9 %) den Großteil der Kosten aus. Im Vergleich von Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.094,41 € nicht signifikant schwächer an.

Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 5.158,98 € und in der KG auf 4.378,11 €. Der Anteil der vollstationären Kosten an den Gesamtkosten ging in beiden Gruppen leicht zurück (IG: 71 %; KG: 66 %), ebenso wie die Kosten der teilstationären Versorgung (IG: 5 %; KG: 6%). Während die Kosten in der IG bis zum vierten Jahr weiterhin bis auf einen Betrag von 3.319,30 € sanken, blieben sie in der KG mit 4.076,43 € in etwa konstant. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 531,96 € signifikant stärker.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung betragen die durchschnittlichen psychiatrischen Gesamtkosten der IG 776,67 € und der KG 910,80 € (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 75). Im Präzeitraum setzten sich die Kosten in beiden Gruppen hauptsächlich aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 35%; KG: 45 %), aus den Kosten psychiatrischen vertragsärztlichen Versorgung (IG: 34 %; KG: 30 %) sowie den Kosten der psychiatrischen Arzneimittel (IG: 27 %; KG: 20 %) zusammen. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf durchschnittlich 8.930,07 € und in der KG auf 7.794,43 €. Dementsprechend fiel der Kostenanstieg in der IG um 1.269,77 € schwächer aus als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum durchschnittliche Kosten in Höhe von 801,13 €, die KG in Höhe von 851,11 € (vgl. Tabelle 139, Tabelle 140 und Abbildung 76). Die Kosten des Präzeitraums setzten sich dabei hauptsächlich aus den Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 34 %; KG: 40 %), den Kosten der psychiatrisch vertragsärztlichen Versorgung (IG: 33 %; KG: 33 %) sowie den Kosten der psychiatrischen Arzneimittelversorgung (IG: 29 %; KG: 22 %) zusammen.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 9.309,05 €, in der KG auf 7.879,13 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war der Anstieg in der IG (relativ zur KG) um 1.479,91 € signifikant stärker. Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung in beiden Gruppen den Großteil der Kosten aus (IG: 76 %; KG: 74 %), gefolgt von den Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 15 %; KG: 14 %).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten: in der IG auf 2.191,43 € und in der KG auf 2.059,39 €. Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr gingen in beiden Gruppen die Anteile der vollstationären Kosten an den Gesamtkosten zurück (IG: 63 %; KG: 58 %). Die Anteile der psychiatrisch vertragsärztlichen Kosten nahmen jedoch zu (IG: 11,1 %; KG: 14 %). Ebenfalls nahmen die Anteile der psychiatrischen Arzneimittelversorgung zu (IG: 15 %; KG: 13 %). Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 860,30 € signifikant stärker an.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 vergleichbares Bild (vgl. Tabelle 141 und Abbildung 77). Ausgehend von etwa gleich hohen Kosten im Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Gesamtkosten im ersten Jahr deutlich an, wobei die IG teurer ausfiel als die KG. Im zweiten und dritten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten auf ein etwa gleich hohes Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums.

Auch bei den linikbekannten Patienten war das Muster mit U1 vergleichbar (vgl. Tabelle 142 und Abbildung 78). Ausgehend von höheren Kosten in der IG im Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Kosten zum ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr an. Im zweiten und dritten Jahr lagen die Kosten schließlich unterhalb des jeweiligen Präzeitraums.

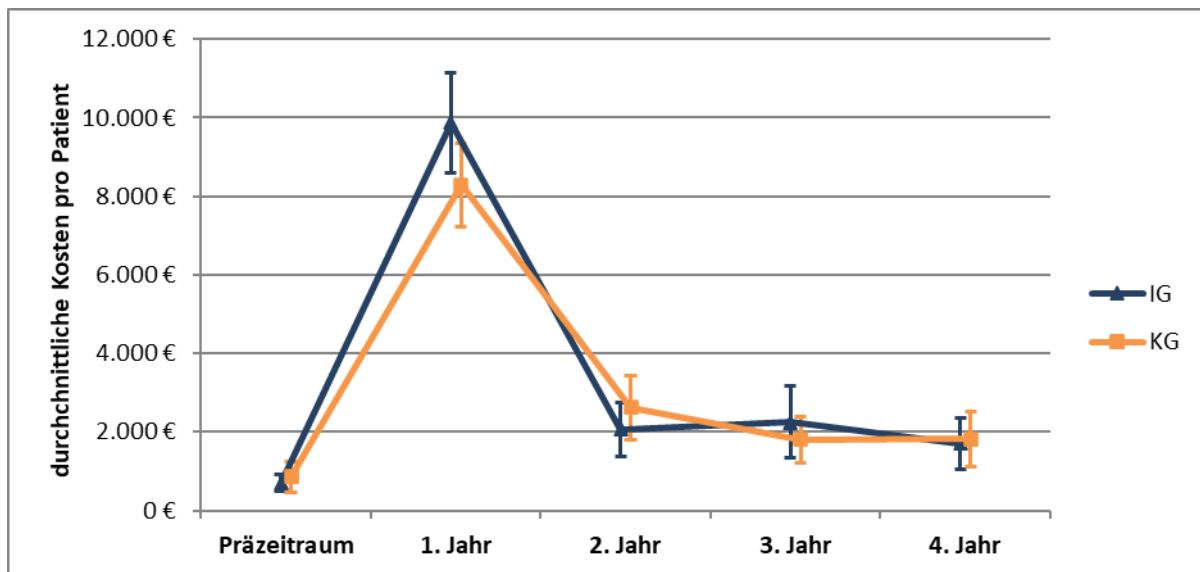
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	206	268	203	202	172	226	262	212	204	175
durchschnittliche Kosten	694,24 €	9.878,32 €	2.065,37 €	2.248,83 €	1.703,71 €	857,07 €	8.291,02 €	2.614,33 €	1.797,04 €	1.816,26 €
Standardabweichung	1.816,60 €	10.645,91 €	5.521,45 €	7.277,45 €	5.242,73 €	3.162,75 €	8.761,48 €	6.659,08 €	4.599,74 €	5.404,48 €
Minimum	0,00 €	71,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	80,20 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	6,41 €	1.472,33 €	24,39 €	13,54 €	0,00 €	17,36 €	2.039,41 €	45,81 €	25,61 €	0,19 €
Median	113,11 €	7.397,62 €	361,31 €	365,00 €	127,50 €	116,34 €	5.407,04 €	458,03 €	327,80 €	206,36 €
75%-Perzentil	694,17 €	13.549,37 €	1.412,45 €	1.160,44 €	638,42 €	709,22 €	11.576,27 €	2.051,38 €	1.350,96 €	992,96 €
Maximum	23.382,33 €	60.707,32 €	46.300,23 €	71.014,43 €	53.014,89 €	45.390,48 €	52.637,67 €	54.858,99 €	39.433,09 €	51.449,48 €

Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

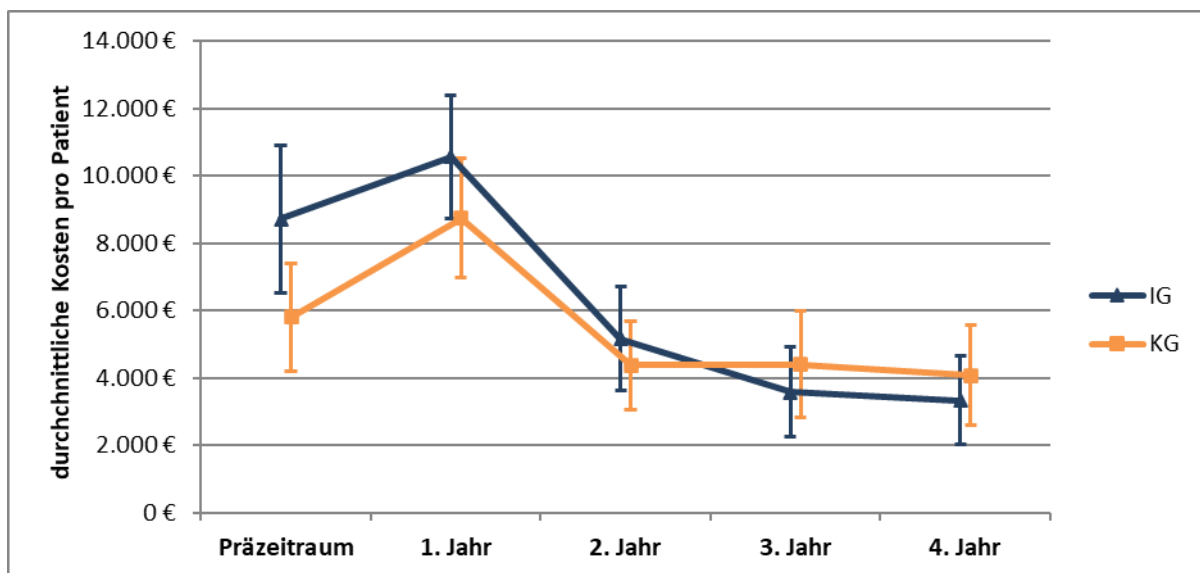


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	135	138	123	119	110	131	136	125	117	106
durchschnittliche Kosten	8.712,83 €	10.558,32 €	5.158,98 €	3.580,31 €	3.319,30 €	5.796,24 €	8.736,15 €	4.378,11 €	4.401,14 €	4.076,43 €
Standardabweichung	13.072,46 €	11.009,98 €	9.047,88 €	7.813,25 €	7.570,15 €	9.483,49 €	10.542,07 €	7.754,94 €	9.096,69 €	8.408,04 €
Minimum	0,00 €	61,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	78,53 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	586,99 €	2.570,01 €	283,19 €	134,95 €	121,56 €	366,97 €	1.074,23 €	204,74 €	125,52 €	38,76 €
Median	3.172,66 €	7.590,18 €	1.124,26 €	734,30 €	625,63 €	1.835,64 €	5.172,20 €	1.118,60 €	923,84 €	637,22 €
75%-Perzentil	10.658,21 €	14.989,88 €	4.407,99 €	2.945,38 €	1.873,22 €	6.960,44 €	11.360,16 €	3.828,01 €	3.350,54 €	2.419,41 €
Maximum	90.751,53 €	60.854,78 €	49.921,45 €	43.414,45 €	58.529,09 €	67.050,24 €	50.757,49 €	47.145,00 €	54.214,49 €	47.276,16 €

**Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	857,07 €	0,000	857,07 €	0,000	-419,84 €	0,440
IG (vs. KG)	-162,83 €	0,469	-162,83 €	0,469	-90,37 €	0,690
Post (vs. Prä)	2.874,54 €	0,000				
IG x Post (DiD)	531,96 €	0,230				
1. Jahr (vs. Prä)			7.433,95 €	0,000	7.696,64 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.757,26 €	0,000	1.995,95 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			939,97 €	0,004	1.190,79 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			959,18 €	0,009	1.178,50 €	0,006
IG x Jahr 1 (DiD)			1.750,13 €	0,039	1.721,98 €	0,042
IG x Jahr 2 (DiD)			-386,14 €	0,497	-425,96 €	0,454
IG x Jahr 3 (DiD)			614,62 €	0,287	571,98 €	0,321
IG x Jahr 4 (DiD)			50,28 €	0,921	53,16 €	0,916
Alter (30-47 J. vs. U30)					875,11 €	0,049
Alter (48-64 J. vs. U30)					1.443,20 €	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					495,35 €	0,339
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-472,85 €	0,268
F 01 (Vaskuläre Demenz)					85,77 €	0,907
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					7.623,35 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-927,95 €	0,151
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.584,60 €	0,027
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.159,55 €	0,022
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.902,42 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					781,94 €	0,048
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					592,44 €	0,242
F 45 (Somatoforme Störungen)					-272,22 €	0,555
F 40-48 (ohne F43 und F45)					133,58 €	0,769
F 50 (Essstörungen)					-1.030,16 €	0,164
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.088,91 €	0,073
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.065,76 €	0,102
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					565,58 €	0,677
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-523,52 €	0,389
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.817,34 €	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.169,50 €	0,011
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-80,58 €	0,735
R <sup>2</sup>		0,033		0,187		0,240

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.796,24 €	0,000	5.796,24 €	0,000	577,65 €	0,853
IG (vs. KG)	2.916,58 €	0,034	2.916,58 €	0,035	1.712,17 €	0,132
Post (vs. Prä)	-350,68 €	0,637				
IG x Post (DiD)	-2.630,72 €	0,045				
1. Jahr (vs. Prä)			2.939,90 €	0,002	6.469,69 €	0,028
2. Jahr (vs. Prä)			-1.418,14 €	0,071	2.109,70 €	0,467
3. Jahr (vs. Prä)			-1.395,10 €	0,154	2.084,34 €	0,480
4. Jahr (vs. Prä)			-1.719,82 €	0,058	1.708,80 €	0,560
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.094,41 €	0,467	-52,33 €	0,970
IG x Jahr 2 (DiD)			-2.135,72 €	0,136	-1.115,28 €	0,428
IG x Jahr 3 (DiD)			-3.737,42 €	0,020	-2.682,71 €	0,076
IG x Jahr 4 (DiD)			-3.673,71 €	0,019	-2.533,21 €	0,087
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.368,95 €	0,217
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.247,12 €	0,280
Alter (Ü64 vs. U30)					-590,37 €	0,651
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-725,74 €	0,256
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-832,41 €	0,527
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					9.141,04 €	0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.845,13 €	0,239
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.394,05 €	0,184
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					8.415,55 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.931,25 €	0,006
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					273,68 €	0,764
F 45 (Somatoforme Störungen)					648,00 €	0,495
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2.099,01 €	0,024
F 50 (Essstörungen)					8.652,65 €	0,184
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1.232,49 €	0,621
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.412,27 €	0,088
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					16.496,90 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					654,96 €	0,690
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.191,04 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.328,26 €	0,005
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-308,70 €	0,767
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.715,44 €	0,602
R <sup>2</sup>		0,009		0,061		0,232

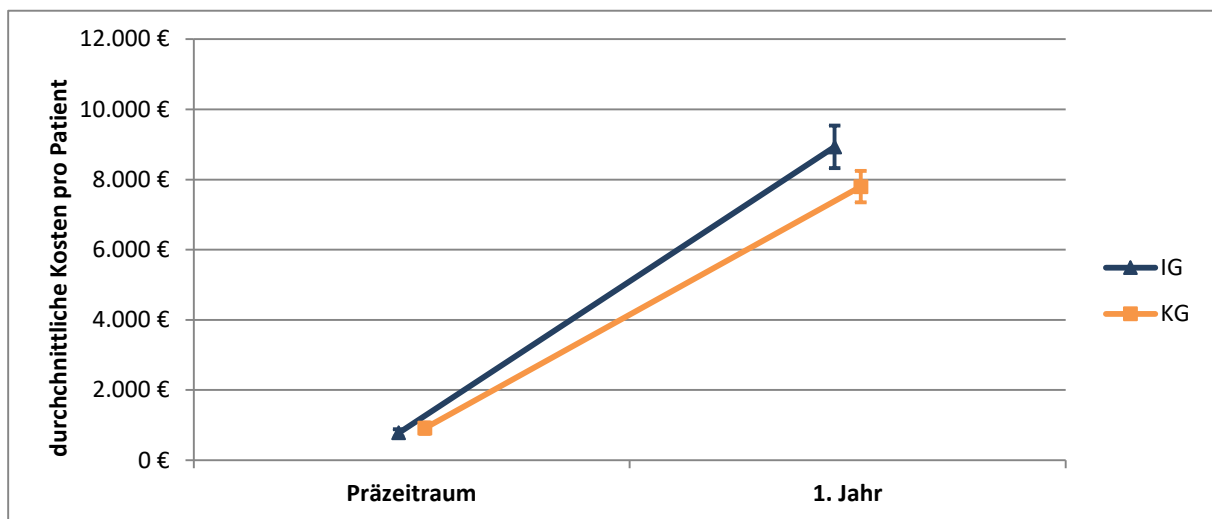
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	1.089	1.316	1.155	1.316
durchschnittliche Kosten	776,67 €	8.930,07 €	910,80 €	7.794,43 €
Standardabweichung	1.975,57 €	11.219,87 €	2.970,46 €	8.300,82 €
Minimum	0,00 €	65,02 €	0,00 €	39,78 €
25%-Perzentil	20,71 €	794,80 €	29,02 €	1.478,94 €
Median	137,44 €	4.983,89 €	162,50 €	5.441,43 €
75%-Perzentil	694,72 €	12.966,85 €	716,96 €	10.870,60 €
Maximum	29.255,78 €	94.842,29 €	52.453,28 €	61.278,25 €

**Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

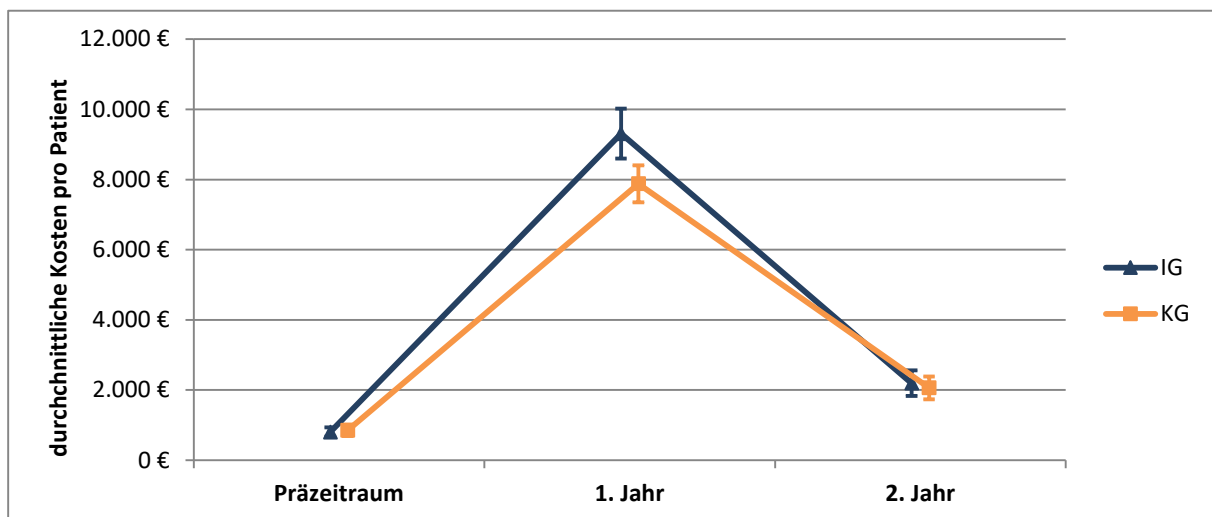


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	806	980	775	859	974	797
durchschnittliche Kosten	801,13 €	9.309,05 €	2.191,43 €	851,11 €	7.879,13 €	2.059,39 €
Standardabweichung	2.066,29 €	11.429,15 €	5.697,70 €	2.556,94 €	8.387,46 €	5.135,84 €
Minimum	0,00 €	71,12 €	0,00 €	0,00 €	68,59 €	0,00 €
25%-Perzentil	20,98 €	928,01 €	26,92 €	31,27 €	1.543,16 €	34,87 €
Median	142,63 €	5.367,04 €	331,49 €	162,50 €	5.455,54 €	352,77 €
75%-Perzentil	714,83 €	13.549,37 €	1.330,76 €	692,94 €	11.012,09 €	1.531,97 €
Maximum	29.255,78 €	94.842,29 €	46.300,23 €	45.390,48 €	61.278,25 €	54.858,99 €

**Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**





**Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	851,11 €	0,000	851,11 €	0,000	-571,35 €	0,128
IG (vs. KG)	-49,98 €	0,635	-49,98 €	0,635	-73,36 €	0,495
Post (vs. Prä)	4.166,75 €	0,000				
IG x Post (DiD)	860,30 €	0,004				
1. Jahr (vs. Prä)			7.028,02 €	0,000	7.106,64 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.208,28 €	0,000	1.254,29 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.479,91 €	0,001	1.532,53 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			182,02 €	0,479	237,26 €	0,353
Alter (30-47 J. vs. U30)					104,06 €	0,725
Alter (48-64 J. vs. U30)					370,90 €	0,199
Alter (Ü64 vs. U30)					-10,38 €	0,976
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-185,69 €	0,380
F 00 (Demenz)					-989,74 €	0,269
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-88,59 €	0,871
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.195,02 €	0,287
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-48,15 €	0,929
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.075,30 €	0,031
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-533,74 €	0,073
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					5.134,54 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.154,29 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.161,41 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-18,03 €	0,952
F 40-48 (ohne F43 und F45)					459,81 €	0,141
F 50 (Essstörungen)					24,36 €	0,976
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.184,36 €	0,038
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.127,43 €	0,061
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-324,24 €	0,853
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-692,39 €	0,188
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.707,74 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.721,23 €	0,081
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.336,39 €	0,024
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-303,49 €	0,039
R <sup>2</sup>		0,085		0,207		0,265

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

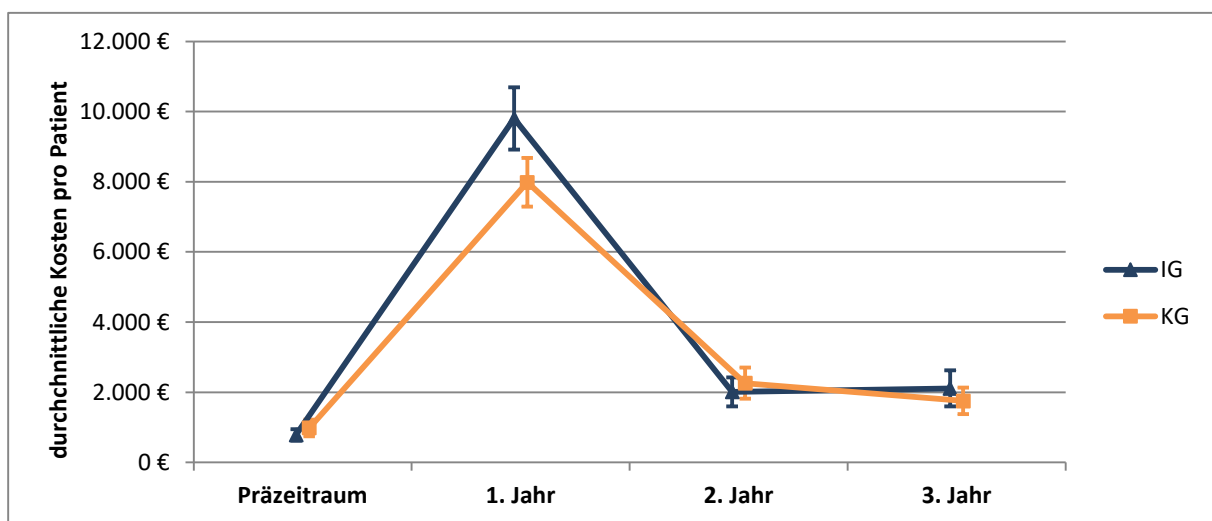
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	500	614	491	454	533	602	497	445
durchschnittliche Kosten	784,54 €	9.806,10 €	2.013,06 €	2.110,57 €	984,15 €	7.982,37 €	2.256,34 €	1.752,79 €
Standardabweichung	2.093,23 €	11.219,42 €	5.092,36 €	6.243,40 €	2.974,59 €	8.688,86 €	5.430,88 €	4.543,32 €
Minimum	0,00 €	71,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	68,59 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,80 €	1.422,16 €	32,62 €	11,67 €	31,51 €	1.709,80 €	52,77 €	16,37 €
Median	142,63 €	6.585,75 €	411,26 €	265,86 €	171,53 €	5.423,42 €	457,42 €	192,14 €
75%-Perzentil	761,86 €	13.796,81 €	1.547,42 €	1.098,21 €	739,29 €	11.106,77 €	1.907,05 €	988,46 €
Maximum	29.255,78 €	94.842,29 €	46.300,23 €	71.014,43 €	45.390,48 €	61.278,25 €	54.858,99 €	39.433,09 €

Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

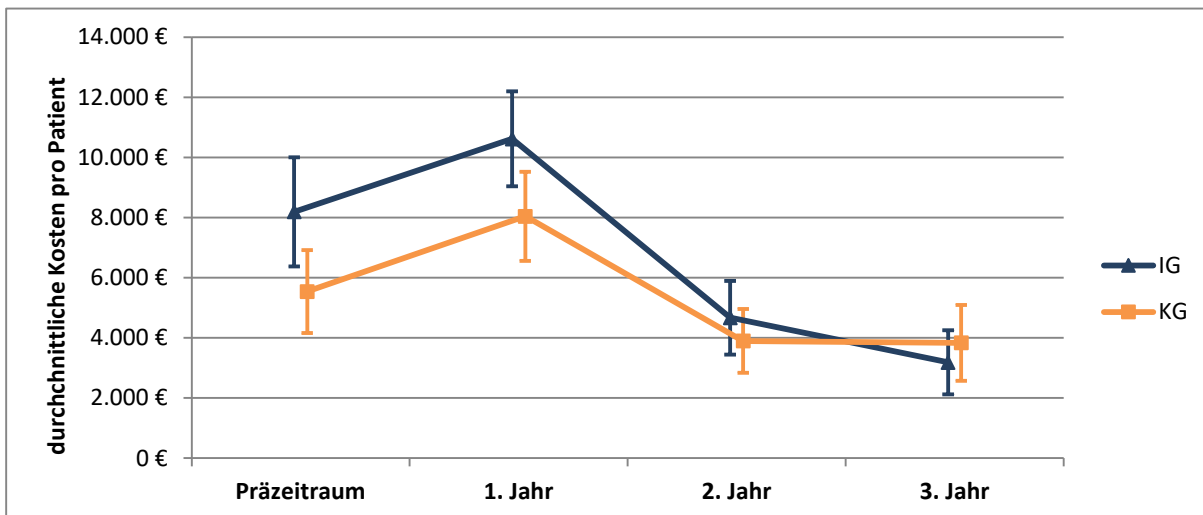


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	179	183	162	154	174	179	161	150
durchschnittliche Kosten	8.189,52 €	10.616,83 €	4.670,09 €	3.182,67 €	5.538,97 €	8.040,84 €	3.897,46 €	3.833,86 €
Standardabweichung	12.505,13 €	10.917,14 €	8.288,57 €	7.193,07 €	9.416,91 €	10.088,89 €	7.174,20 €	8.393,30 €
Minimum	0,00 €	61,25 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,28 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	468,45 €	2.633,29 €	283,19 €	85,60 €	330,47 €	996,46 €	160,39 €	87,33 €
Median	2.499,03 €	8.013,45 €	1.129,49 €	613,31 €	1.408,17 €	4.361,29 €	1.083,58 €	777,89 €
75%-Perzentil	9.245,40 €	14.916,54 €	3.352,32 €	2.260,59 €	6.822,14 €	10.405,07 €	3.225,31 €	2.481,72 €
Maximum	90.751,53 €	60.854,78 €	49.921,45 €	43.414,45 €	67.050,24 €	50.757,49 €	47.145,00 €	54.214,49 €

**Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **direkten psychiatrischen Kosten** der IG im Präzeitraum mit 541,77 € auf gleicher Höhe mit den 509,76 € der KG (vgl. Tabelle 143, Tabelle 145 und Abbildung 79). Im Präzeitraum hatte die IG einen (relativ zur KG) höheren Anteil der vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten an den Gesamtkosten (IG: 46 %; KG: 14 %). Gleichzeitig machten die Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung in der IG (relativ zur KG) einen viel geringeren Anteil an den Gesamtkosten aus (IG: 31 %; KG: 53 %).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die durchschnittlichen Kosten deutlich an: in der IG auf 9.296,87 € und in der KG auf 9.758,92 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 494,06 € nicht signifikant schwächer an. Im ersten Nachbeobachtungsjahr nahmen die Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung in der IG (relativ zur KG) einen geringeren Anteil an den Gesamtkosten ein (IG: 59 %; KG: 73 %). Dafür war der Anteil der teilstationär psychiatrischen Versorgung in der IG größer als in der KG (IG: 34 %; KG: 17 %).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 2.090,49 € und in der KG auf 2.560,48 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen weiter: in der IG auf 1.913,81 € und in der KG auf 1.646,94 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 296,99 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 145).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum mit 5.550,63 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 5.119,38 € auf (vgl. Tabelle 144, Tabelle 146 und Abbildung 80). Im Präzeitraum wiesen beide Gruppen ein in etwa gleich hohen Anteil an vollstationären psychiatrischen Versorgungskosten an den Gesamtkosten auf (IG: 67 %; KG: 68 %). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen höheren Anteil der Kosten der teilstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 20 %; KG: 12 %).

Während die Kosten der IG im ersten Nachbeobachtungsjahr nur moderat auf 6.703,31 € anstiegen, stiegen sie in der KG auf 10.967,33 € an. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr nicht nur hinsichtlich des Kostenmaximums unterscheiden (IG: 41.516,11 €; KG: 75.050,58 €), auch Median (IG: 1.740,77 €; KG: 3.304,18 €) und der Wert des 75 % Perzentils (IG: 8.484,17 €; KG: 20.395,14 €) fielen in der KG deutlich höher aus. Im ersten Nachbeobachtungsjahr hatten IG und KG ähnlich hohe Anteile der vollstationären psychiatrischen Kosten (IG: 60 %; KG: 64 %) sowie ähnlich hohe Anteile der teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten (IG: 27 %; KG: 25 %) an den Gesamtkosten. Im Vergleich von Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 4.696,27 € signifikant weniger stark an.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein gleich hohes Niveau: in der IG auf 2.883,84 € und in der KG auf 2.928,24 €. Bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken

die Kosten in der IG auf 1.890,54 € und in der KG auf 1.600,43 €. Im Vergleich von Prä- zu Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.306,78 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 146).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum durchschnittliche Kosten in Höhe von 586,08 €, die KG in Höhe von 668,86 € (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 81). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: in der IG auf 9.537,36 € und in der KG auf 11.366,87 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum durchschnittliche Kosten in Höhe von 550,17 €, die KG von 681,92 € (vgl. Tabelle 148, Tabelle 149 und Abbildung 82). Im Präzeitraum hatten die Kosten der vertragsärztlichen psychiatrischen Versorgung in beiden Gruppen den größten Anteil an den Gesamtkosten (IG: 42 %; KG: 48 %), gefolgt vom Anteil der Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 37 %; KG: 22 %).

Im ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr steigen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 10.105,53 € und in der KG auf 11.806,37 €. Hier machten die Kosten der vollstationären psychiatrischen Versorgung in der IG (relativ zur KG) einen geringeren Anteil an den Gesamtkosten aus (IG: 60 %; KG: 75 %), wohingegen in der IG (relativ zur KG) ein größerer Anteil auf die teilstationären psychiatrischen Kosten entfiel (IG: 34 %; KG: 15 %). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.569,09 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 149).

Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 2.271,46 € und in der KG auf 2.929,50 €. Hier hatten beide Gruppen sowohl gleich hohe Anteile der vollstationären psychiatrischen Kosten an den Gesamtkosten (IG: 65 %; KG: 65 %), als auch gleich hohe Kostenanteile der teilstationären psychiatrischen Versorgung (IG: 15 %; KG: 14 %). Vom Prä- bis zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.050,79 € signifikant weniger stark an.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 568,11 € in etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 666,18 € auf (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 83). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an, wobei der Anstieg in der IG weniger stark ausfiel. In beiden Gruppen sanken anschließend die Kosten wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Insgesamt zeigt sich ein im Vergleich zu U1 sehr ähnliches Muster.

Bei den klinikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 vergleichbares Muster (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 84). Ausgehend von gleich hohen Kosten im Präzeitraum stiegen die Kosten im ersten Jahr in beiden Gruppen an. Der Anstieg fiel in der IG lediglich moderat in der KG jedoch sehr deutlich aus. Im zweiten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr glichen sich die Kosten auf einem Niveau unterhalb des Präzeitraums an. Im dritten Jahr sanken die durchschnittlichen Kosten in beiden Gruppen weiterhin leicht ab.

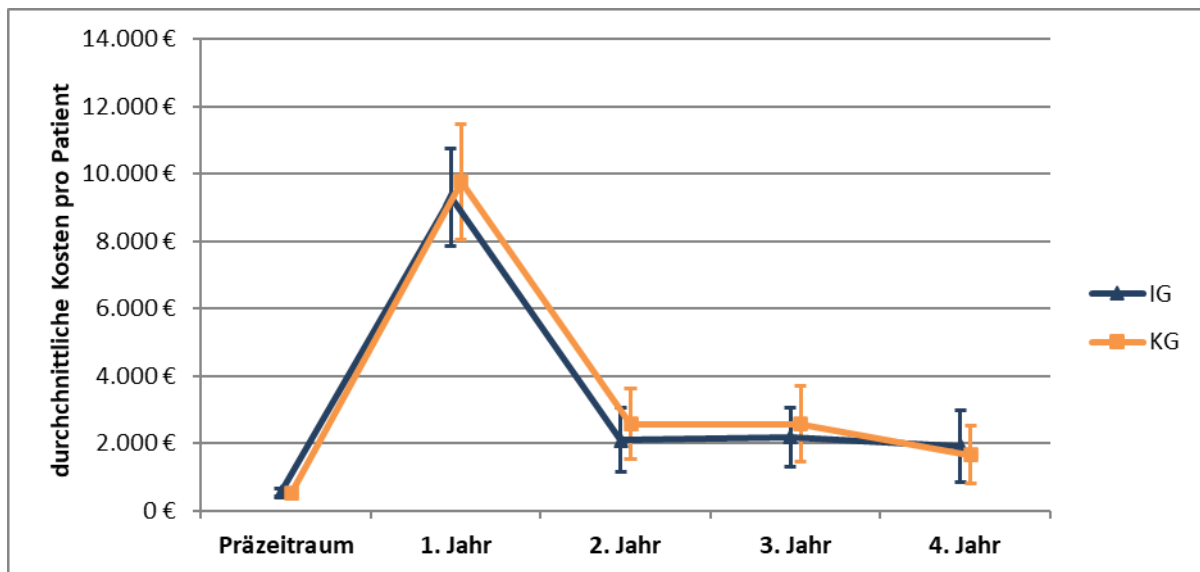
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	190	229	192	172	150	183	217	174	170	142
durchschnittliche Kosten	541,77 €	9.296,87 €	2.090,49 €	2.174,95 €	1.913,81 €	509,76 €	9.758,92 €	2.560,48 €	2.569,68 €	1.646,94 €
Standardabweichung	945,93 €	11.276,81 €	7.272,19 €	6.721,94 €	8.226,78 €	797,17 €	12.839,31 €	7.903,00 €	8.530,86 €	6.438,74 €
Minimum	0,00 €	73,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	74,79 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,23 €	397,49 €	23,27 €	3,71 €	0,00 €	19,96 €	916,08 €	15,61 €	13,34 €	0,00 €
Median	65,08 €	4.754,23 €	196,33 €	121,78 €	40,01 €	84,31 €	2.870,79 €	168,91 €	90,86 €	48,03 €
75%-Perzentil	494,79 €	15.405,56 €	862,47 €	683,40 €	466,86 €	718,17 €	15.663,60 €	1.656,56 €	798,13 €	525,08 €
Maximum	5.342,03 €	55.792,80 €	79.157,13 €	44.737,26 €	83.964,80 €	3.829,95 €	69.077,54 €	82.609,34 €	66.564,60 €	60.155,74 €

Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

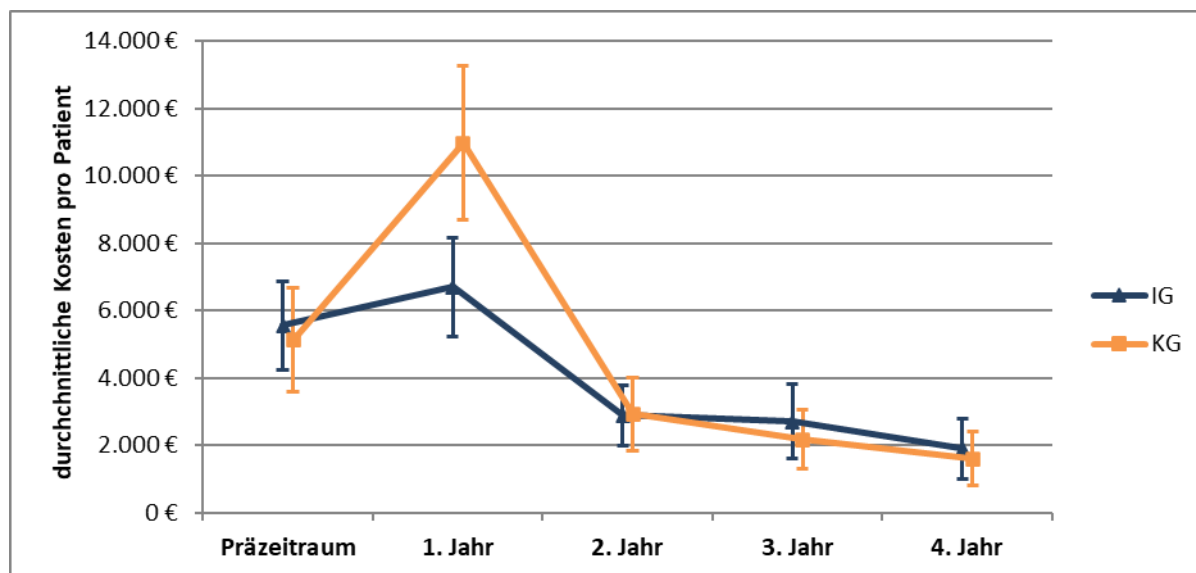


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	150	154	139	133	120	138	141	120	121	104
durchschnittliche Kosten	5.550,63 €	6.703,31 €	2.883,84 €	2.693,79 €	1.890,54 €	5.119,38 €	10.967,33 €	2.928,24 €	2.157,60 €	1.600,43 €
Standardabweichung	8.305,16 €	9.308,79 €	5.735,97 €	6.991,40 €	5.691,79 €	9.309,11 €	13.798,51 €	6.592,65 €	5.295,63 €	4.732,85 €
Minimum	0,00 €	63,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	293,15 €	610,24 €	143,26 €	61,13 €	10,86 €	361,45 €	921,49 €	59,58 €	40,19 €	0,00 €
Median	1.290,07 €	1.740,77 €	571,37 €	400,00 €	273,01 €	1.141,97 €	3.304,18 €	629,10 €	348,76 €	105,22 €
75%-Perzentil	8.617,85 €	8.484,17 €	1.938,44 €	1.669,14 €	1.147,95 €	3.047,58 €	20.395,14 €	2.341,48 €	1.806,51 €	1.257,30 €
Maximum	49.011,87 €	41.516,11 €	34.492,63 €	59.744,99 €	39.745,72 €	39.467,66 €	75.050,58 €	40.543,09 €	44.801,93 €	39.322,00 €

**Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**





**Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	509,76 €	0,000	509,76 €	0,000	-2.871,11 €	0,006
IG (vs. KG)	32,01 €	0,699	32,01 €	0,699	-13,14 €	0,912
Post (vs. Prä)	3.624,25 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-296,99 €	0,568				
1. Jahr (vs. Prä)			9.249,16 €	0,000	9.667,50 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			2.050,73 €	0,000	2.469,06 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			2.059,92 €	0,000	2.478,25 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			1.137,19 €	0,010	1.555,52 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-494,06 €	0,663	-376,02 €	0,743
IG x Jahr 2 (DiD)			-502,01 €	0,488	-383,96 €	0,597
IG x Jahr 3 (DiD)			-426,75 €	0,557	-308,70 €	0,673
IG x Jahr 4 (DiD)			234,85 €	0,738	352,90 €	0,617
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					497,77 €	0,345
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.543,55 €	0,310
F 30-39 (Affektive Störungen)					-190,49 €	0,849
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-2.171,92 €	0,047
F 45 (Somatoforme Störungen)					2.138,94 €	0,013
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-947,97 €	0,255
F 50 (Essstörungen)					5.174,99 €	0,017
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-790,28 €	0,291
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4.652,56 €	0,013
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.640,29 €	0,006
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.556,87 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.192,12 €	0,004
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-334,05 €	0,357
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					433,79 €	0,001
R <sup>2</sup>		0,026		0,138		0,150

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	5.119,38 €	0,000	5.119,38 €	0,000	-1.518,98 €	0,263
IG (vs. KG)	431,25 €	0,676	431,25 €	0,676	-1.670,16 €	0,011
Post (vs. Prä)	-700,98 €	0,411				
IG x Post (DiD)	-1.306,78 €	0,220				
1. Jahr (vs. Prä)			5.847,95 €	0,000	10.293,30 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-2.191,14 €	0,007	2.254,20 €	0,047
3. Jahr (vs. Prä)			-2.961,78 €	0,000	1.483,56 €	0,166
4. Jahr (vs. Prä)			-3.518,95 €	0,000	952,12 €	0,389
IG x Jahr 1 (DiD)			-4.695,27 €	0,006	-2.644,13 €	0,096
IG x Jahr 2 (DiD)			-475,65 €	0,681	1.575,49 €	0,074
IG x Jahr 3 (DiD)			104,94 €	0,921	2.156,08 €	0,018
IG x Jahr 4 (DiD)			-141,15 €	0,902	1.884,27 €	0,032
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					199,68 €	0,721
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					421,46 €	0,840
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-137,20 €	0,917
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.118,57 €	0,464
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					270,60 €	0,868
F 45 (Somatoforme Störungen)					2.393,31 €	0,163
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-389,27 €	0,674
F 50 (Essstörungen)					9.979,47 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.672,17 €	0,181
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-387,39 €	0,652
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.116,39 €	0,032
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13.965,94 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.977,26 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					145,83 €	0,890
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.103,21 €	0,104
R <sup>2</sup>		0,007		0,106		0,248

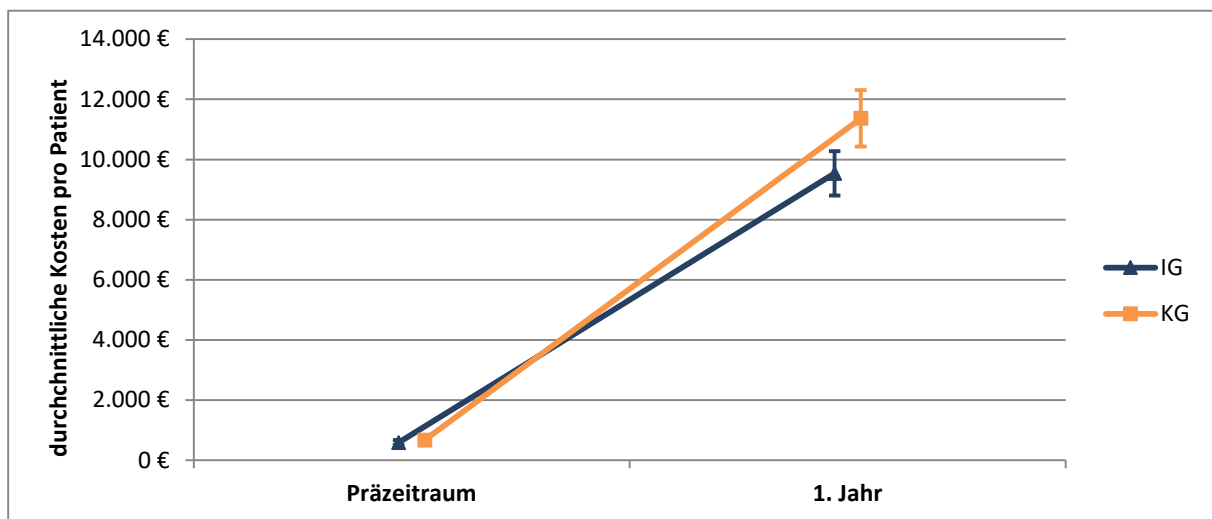
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	854	1.034	905	1.034
durchschnittliche Kosten	586,08 €	9.537,36 €	668,86 €	11.366,87 €
Standardabweichung	1.373,56 €	12.156,29 €	1.266,41 €	15.358,34 €
Minimum	0,00 €	65,45 €	0,00 €	74,79 €
25%-Perzentil	17,02 €	362,62 €	26,87 €	918,79 €
Median	75,83 €	4.720,25 €	113,47 €	2.850,09 €
75%-Perzentil	573,85 €	15.411,10 €	798,05 €	18.090,49 €
Maximum	30.019,81 €	80.032,12 €	19.039,28 €	112.589,69 €

**Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

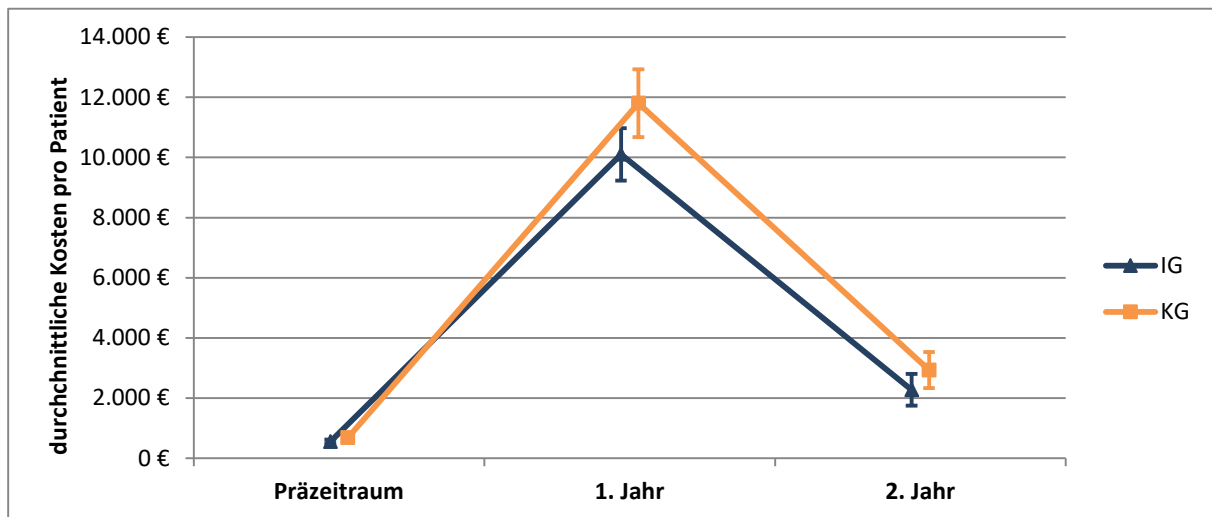


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	609	734	568	630	717	571
durchschnittliche Kosten	550,17 €	10.105,53 €	2.271,46 €	681,92 €	11.806,37 €	2.929,50 €
Standardabweichung	914,38 €	12.030,64 €	7.299,26 €	1.267,04 €	15.438,01 €	8.130,47 €
Minimum	0,00 €	72,47 €	0,00 €	0,00 €	74,79 €	0,00 €
25%-Perzentil	18,63 €	405,94 €	13,21 €	25,66 €	964,59 €	15,86 €
Median	76,83 €	6.049,63 €	142,88 €	114,53 €	3.128,65 €	231,67 €
75%-Perzentil	664,03 €	16.432,98 €	846,55 €	850,97 €	19.403,89 €	1.551,70 €
Maximum	5.342,03 €	80.032,12 €	79.157,13 €	19.039,28 €	112.589,69 €	82.609,34 €

Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung \$KJP\$**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	681,92 €	0,000	681,92 €	0,000	-1.920,41 €	0,001
IG (vs. KG)	-131,75 €	0,023	-131,75 €	0,023	-98,85 €	0,219
Post (vs. Prä)	6.689,12 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.050,79 €	0,016				
1. Jahr (vs. Prä)			11.124,45 €	0,000	11.628,42 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			2.247,58 €	0,000	2.750,38 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.569,09 €	0,029	-1.547,53 €	0,032
IG x Jahr 2 (DiD)			-526,29 €	0,194	-503,55 €	0,214
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					184,74 €	0,570
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.480,50 €	0,210
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					516,73 €	0,846
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.948,74 €	0,451
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.068,43 €	0,020
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.468,47 €	0,028
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.073,39 €	0,030
F 40-48 (ohne F43 und F45)					952,49 €	0,262
F 50 (Essstörungen)					5.934,04 €	0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					58,47 €	0,936
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2.288,58 €	0,062
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.767,45 €	0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.694,35 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.682,49 €	0,023
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					677,50 €	0,411
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					411,73 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,083		0,195		0,205

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

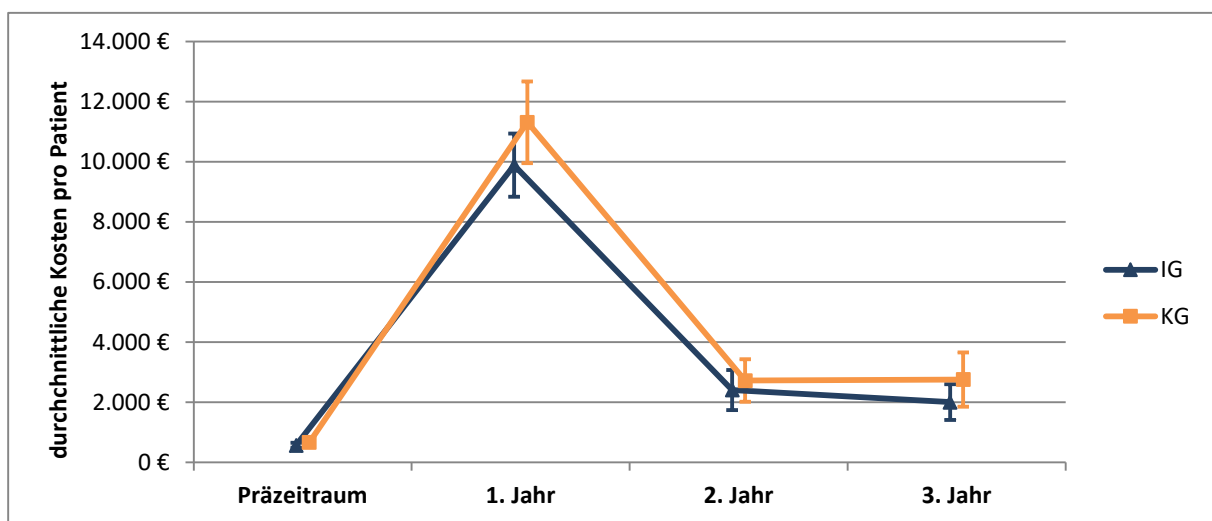
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KJP

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	420	497	410	351	416	470	384	342
durchschnittliche Kosten	568,11 €	9.884,04 €	2.409,24 €	2.004,67 €	666,18 €	11.312,83 €	2.722,81 €	2.754,89 €
Standardabweichung	947,03 €	11.950,69 €	7.589,70 €	6.752,65 €	1.383,10 €	15.051,83 €	7.851,55 €	9.971,46 €
Minimum	0,00 €	73,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	74,79 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	19,25 €	429,13 €	25,08 €	0,00 €	25,19 €	966,49 €	19,20 €	0,00 €
Median	76,28 €	5.394,28 €	210,61 €	85,74 €	107,91 €	2.876,70 €	283,54 €	72,74 €
75%-Perzentil	687,11 €	16.380,60 €	903,24 €	683,40 €	765,20 €	18.324,48 €	1.547,95 €	688,58 €
Maximum	5.342,03 €	80.032,12 €	79.157,13 €	56.896,61 €	19.039,28 €	96.625,40 €	82.609,34 €	127.869,54 €

Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

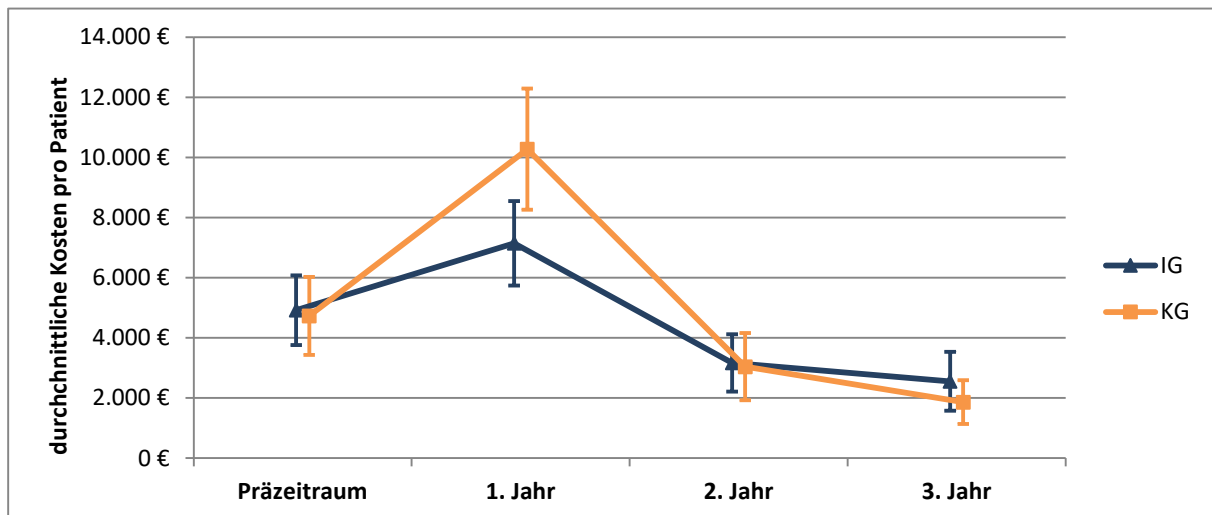


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	173	178	159	155	169	172	147	145
durchschnittliche Kosten	4.919,56 €	7.144,22 €	3.166,15 €	2.553,24 €	4.731,20 €	10.274,27 €	3.041,48 €	1.861,72 €
Standardabweichung	7.904,78 €	9.569,01 €	6.490,72 €	6.673,35 €	8.667,64 €	13.495,53 €	7.455,52 €	4.845,56 €
Minimum	0,00 €	63,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	72,52 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	223,40 €	608,63 €	134,13 €	61,13 €	373,66 €	941,54 €	40,08 €	26,42 €
Median	920,48 €	1.878,27 €	569,10 €	388,55 €	1.091,14 €	2.971,31 €	557,16 €	299,07 €
75%-Perzentil	6.275,56 €	9.612,75 €	1.938,44 €	1.501,48 €	2.958,58 €	15.363,64 €	2.251,86 €	1.595,27 €
Maximum	49.011,87 €	41.516,11 €	34.922,28 €	59.744,99 €	39.467,66 €	75.050,58 €	57.822,25 €	44.801,93 €

**Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## 10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit 226,59 € in etwa gleich hoch wie jene der KG mit 384,89 € (vgl. Tabelle 152, Tabelle 154 und Abbildung 85). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Jahr an: in der IG auf 7.614,18 € und in der KG auf 6.481,77 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.290,70 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 154).

Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen und glichen sich einander an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 524,22 € nicht signifikant stärker an.

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum mit 6.900,53 € höhere Kosten als die KG mit 4.387,68 € auf (vgl. Tabelle 153, Tabelle 155 und Abbildung 86). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 7.765,05 € und in der KG auf 6.731,47 €. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.479,27 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 155).

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken in beiden Gruppen die Kosten wieder – während sie in der IG bis zum vierten Jahr noch weiter leicht abnahmen, blieben sie in der KG in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 2.331,46 € nicht signifikant stärker.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die durchschnittlichen Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG um 1.172,63 € stärker an als in der KG (vgl. Tabelle 156 und Abbildung 87).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum durchschnittliche Kosten in Höhe von 274,40 € und die KG von 344,94 € auf (vgl. Tabelle 157, Tabelle 158 und Abbildung 88). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 7.062,88 € und in der KG auf 5.826,53 €. Vom Präzeitraum zum



ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.271,90 € signifikant stärker an.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder: in der IG auf 1.383,70 € und in der KG auf 1.209,61 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 782,00 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 158).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein im Vergleich zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 159 und Abbildung 89). Ausgehend von etwa gleich hohen Kosten im Präzeitraum stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei der Anstieg in der IG stärker ausfiel. Anschließend sanken die Kosten im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums.

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 160 und Abbildung 90). Ausgehend von höheren Kosten der IG (relativ zur KG) im Präzeitraum stiegen in beiden Gruppen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr an, wobei der Anstieg in der IG weniger stark ausfiel. Anschließend sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau unterhalb des jeweiligen Präzeitraums.

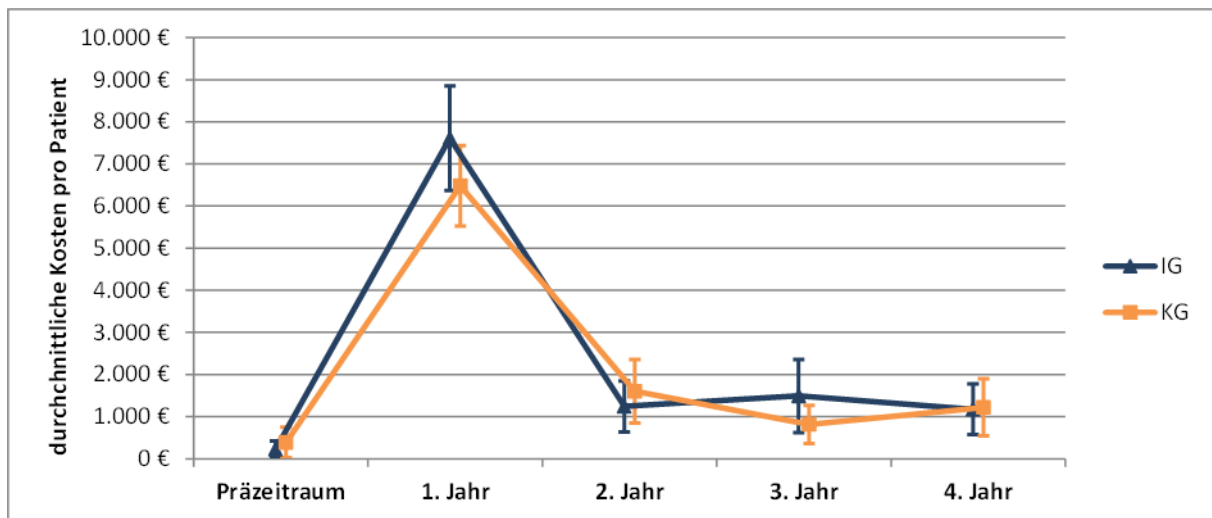
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	233	262	262	249	242	227
N mit Fall	16	214	35	35	25	18	206	38	26	27
durchschnittliche Kosten	226,59 €	7.614,18 €	1.244,03 €	1.492,46 €	1.176,51 €	384,89 €	6.481,77 €	1.604,19 €	816,30 €	1.219,50 €
Standardabweichung	1.583,61 €	10.373,64 €	4.872,49 €	6.977,37 €	4.683,76 €	3.004,39 €	7.887,06 €	6.057,52 €	3.605,59 €	5.206,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	266,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	4.225,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	4.251,59 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	10.624,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.268,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	22.330,71 €	60.702,25 €	41.215,36 €	70.744,12 €	48.228,28 €	44.996,04 €	41.781,11 €	54.322,19 €	38.166,37 €	51.302,87 €

Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

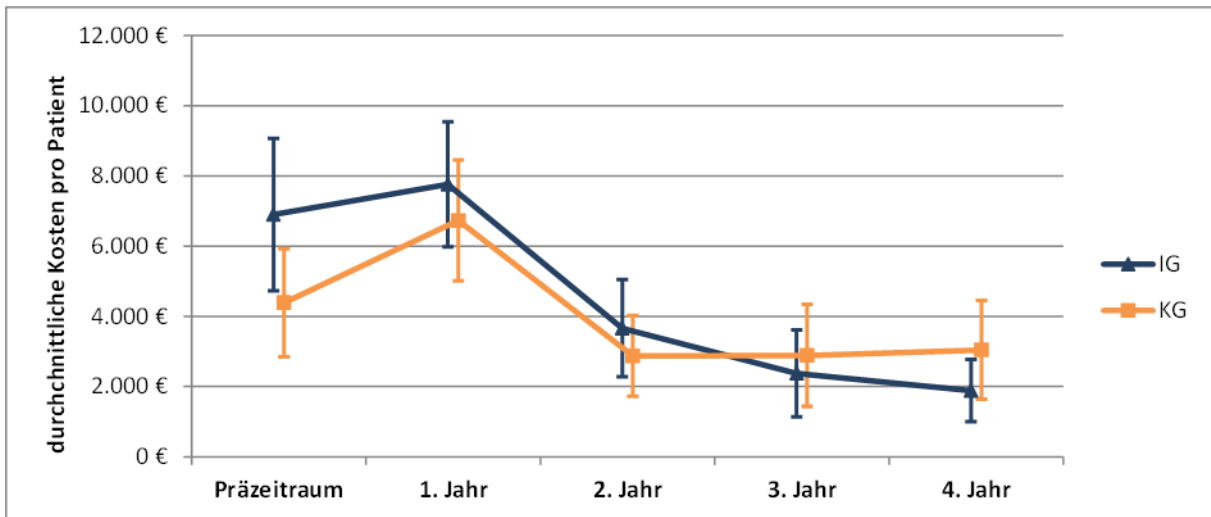


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	127	136	136	133	130	121
N mit Fall	69	89	37	25	24	56	78	31	32	27
durchschnittliche Kosten	6.900,53 €	7.765,05 €	3.660,19 €	2.375,92 €	1.885,07 €	4.387,68 €	6.731,47 €	2.874,27 €	2.886,85 €	3.044,97 €
Standardabweichung	13.032,04 €	10.692,58 €	8.110,90 €	7.238,59 €	5.076,47 €	9.144,08 €	10.237,83 €	6.782,24 €	8.460,54 €	7.908,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	126,24 €	3.327,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.469,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	8.469,01 €	12.798,60 €	1.495,95 €	0,00 €	0,00 €	5.494,77 €	9.295,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	90.751,53 €	55.811,93 €	36.229,56 €	42.288,43 €	26.224,89 €	65.396,95 €	47.266,26 €	38.318,67 €	53.335,19 €	46.870,00 €

**Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	384,89 €	0,038	384,89 €	0,038	-454,45 €	0,335
IG (vs. KG)	-158,30 €	0,449	-158,30 €	0,450	-59,04 €	0,774
Post (vs. Prä)	2.221,03 €	0,000				
IG x Post (DiD)	524,22 €	0,213				
1. Jahr (vs. Prä)			6.096,88 €	0,000	6.303,65 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.219,30 €	0,003	1.423,74 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			431,41 €	0,137	648,64 €	0,036
4. Jahr (vs. Prä)			798,13 €	0,028	1.003,80 €	0,014
IG x Jahr 1 (DiD)			1.290,70 €	0,119	1.271,12 €	0,124
IG x Jahr 2 (DiD)			-201,86 €	0,699	-230,64 €	0,658
IG x Jahr 3 (DiD)			834,46 €	0,123	805,75 €	0,132
IG x Jahr 4 (DiD)			108,03 €	0,822	104,79 €	0,826
Alter (30-47 J. vs. U30)					402,96 €	0,321
Alter (48-64 J. vs. U30)					918,26 €	0,018
Alter (Ü64 vs. U30)					682,00 €	0,158
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-688,72 €	0,075
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-16,43 €	0,979
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					6.485,82 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-786,38 €	0,170
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.720,48 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-368,63 €	0,397
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.643,28 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					546,63 €	0,106
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					127,78 €	0,775
F 45 (Somatoforme Störungen)					-123,21 €	0,767
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-117,50 €	0,768
F 50 (Essstörungen)					-746,21 €	0,350
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.312,16 €	0,049
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.062,20 €	0,100
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-162,08 €	0,904
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-853,54 €	0,074
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.840,04 €	0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.070,88 €	0,011
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-148,41 €	0,480
R <sup>2</sup>		0,025		0,152		0,185

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4.387,68 €	0,000	4.387,68 €	0,000	1.033,16 €	0,740
IG (vs. KG)	2.512,85 €	0,064	2.512,85 €	0,065	1.400,24 €	0,216
Post (vs. Prä)	-484,25 €	0,498				
IG x Post (DiD)	-2.331,46 €	0,075				
1. Jahr (vs. Prä)			2.343,80 €	0,010	4.727,16 €	0,113
2. Jahr (vs. Prä)			-1.513,41 €	0,046	877,47 €	0,765
3. Jahr (vs. Prä)			-1.500,82 €	0,126	865,92 €	0,772
4. Jahr (vs. Prä)			-1.416,37 €	0,097	936,38 €	0,753
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.479,27 €	0,319	-529,95 €	0,713
IG x Jahr 2 (DiD)			-1.726,93 €	0,227	-786,64 €	0,572
IG x Jahr 3 (DiD)			-3.023,78 €	0,061	-2.065,98 €	0,172
IG x Jahr 4 (DiD)			-3.180,27 €	0,038	-2.181,74 €	0,130
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.694,94 €	0,109
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.472,48 €	0,185
Alter (Ü64 vs. U30)					-398,74 €	0,748
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-825,94 €	0,147
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-887,49 €	0,455
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					8.193,36 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.316,37 €	0,322
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.963,32 €	0,041
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					6.459,39 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.367,62 €	0,031
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-76,20 €	0,927
F 45 (Somatoforme Störungen)					946,74 €	0,270
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.706,82 €	0,041
F 50 (Essstörungen)					8.620,46 €	0,123
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-1.209,13 €	0,605
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.330,39 €	0,245
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					11.727,16 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-13,53 €	0,993
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.473,66 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					567,79 €	0,763
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-564,24 €	0,587
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2.420,54 €	0,469
R <sup>2</sup>		0,009		0,046		0,200

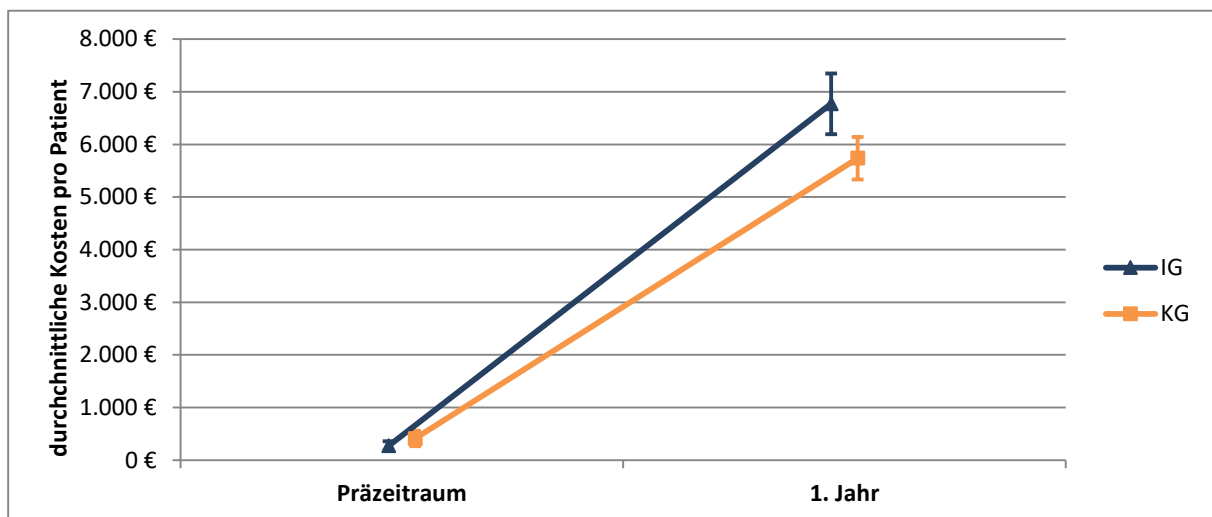
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	91	858	100	922
durchschnittliche Kosten	273,47 €	6.772,59 €	411,68 €	5.738,17 €
Standardabweichung	1.629,12 €	10.671,50 €	2.688,82 €	7.490,28 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	1.722,61 €	0,00 €	3.530,66 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.255,77 €	0,00 €	8.939,86 €
Maximum	26.595,20 €	94.683,22 €	51.456,40 €	60.926,68 €

**Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

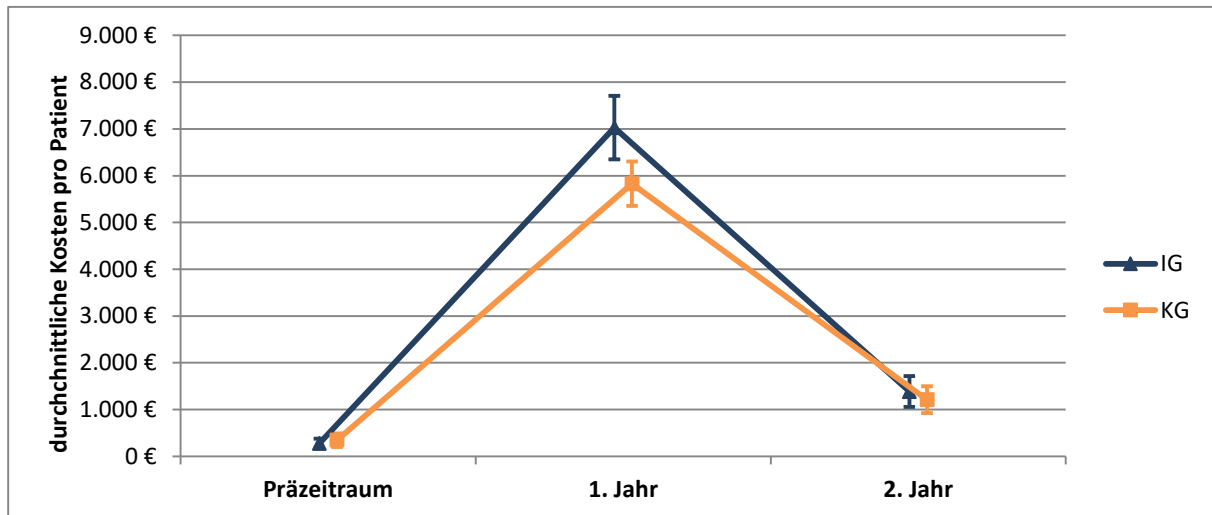


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	65	657	118	66	682	132
durchschnittliche Kosten	273,40 €	7.026,88 €	1.383,70 €	344,94 €	5.826,53 €	1.209,61 €
Standardabweichung	1.691,91 €	10.862,01 €	5.136,89 €	2.322,13 €	7.550,36 €	4.515,22 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	2.082,80 €	0,00 €	0,00 €	3.570,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.409,13 €	0,00 €	0,00 €	8.996,34 €	0,00 €
Maximum	26.595,20 €	94.683,22 €	42.221,42 €	44.996,04 €	54.711,78 €	54.322,19 €

**Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	344,94 €	0,000	344,94 €	0,000	-557,91 €	0,087
IG (vs. KG)	-71,54 €	0,437	-71,54 €	0,437	-105,70 €	0,247
Post (vs. Prä)	3.211,68 €	0,000				
IG x Post (DiD)	782,00 €	0,006				
1. Jahr (vs. Prä)			5.481,58 €	0,000	5.445,23 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			864,66 €	0,000	817,86 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.271,90 €	0,003	1.318,06 €	0,002
IG x Jahr 2 (DiD)			245,64 €	0,297	298,18 €	0,201
Alter (30-47 J. vs. U30)					-31,66 €	0,902
Alter (48-64 J. vs. U30)					327,35 €	0,197
Alter (Ü64 vs. U30)					636,60 €	0,044
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-353,59 €	0,063
F 00 (Demenz)					-1.294,60 €	0,104
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-275,60 €	0,534
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.361,94 €	0,198
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-221,48 €	0,673
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1.109,76 €	0,005
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					8,52 €	0,975
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					4.024,68 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.323,58 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					657,18 €	0,025
F 45 (Somatoforme Störungen)					-51,30 €	0,849
F 40-48 (ohne F43 und F45)					115,99 €	0,687
F 50 (Essstörungen)					45,58 €	0,954
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.005,68 €	0,061
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.220,67 €	0,040
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					6,79 €	0,996
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-912,79 €	0,041
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.664,35 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1.253,66 €	0,054
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					650,08 €	0,179
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-412,10 €	0,001
R <sup>2</sup>		0,065		0,161		0,202

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.



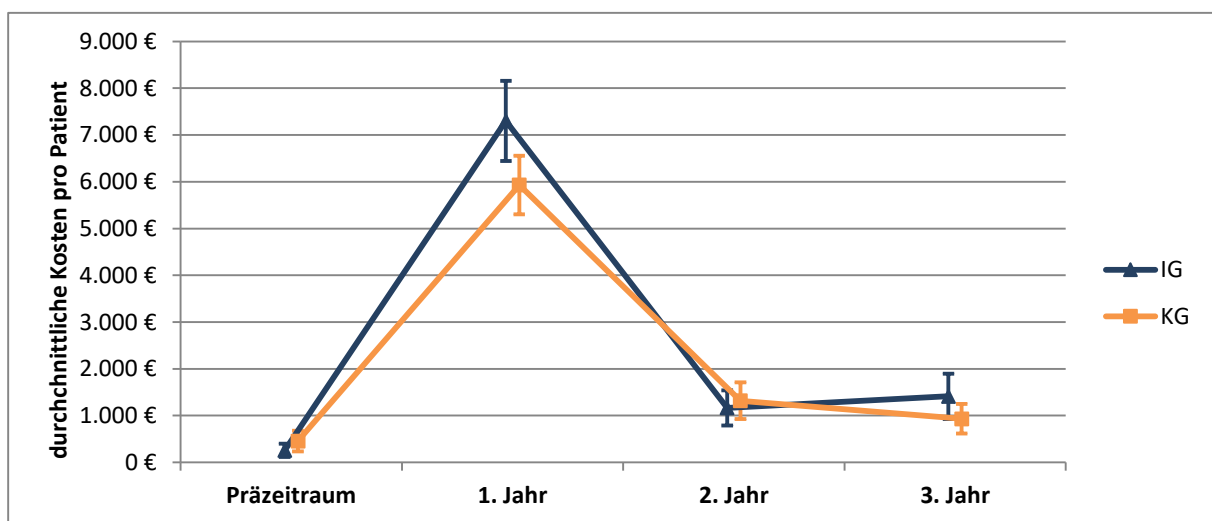
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	36	448	69	77	46	429	90	60
durchschnittliche Kosten	257,51 €	7.301,17 €	1.166,92 €	1.411,76 €	458,47 €	5.932,51 €	1.318,82 €	932,16 €
Standardabweichung	1.770,11 €	10.803,77 €	4.633,05 €	5.952,11 €	2.761,00 €	7.838,36 €	4.808,92 €	3.790,37 €
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 €	3.216,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.727,57 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.826,46 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9.028,16 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	26.595,20 €	94.683,22 €	42.221,42 €	70.744,12 €	44.996,04 €	54.711,78 €	54.322,19 €	38.166,37 €

Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

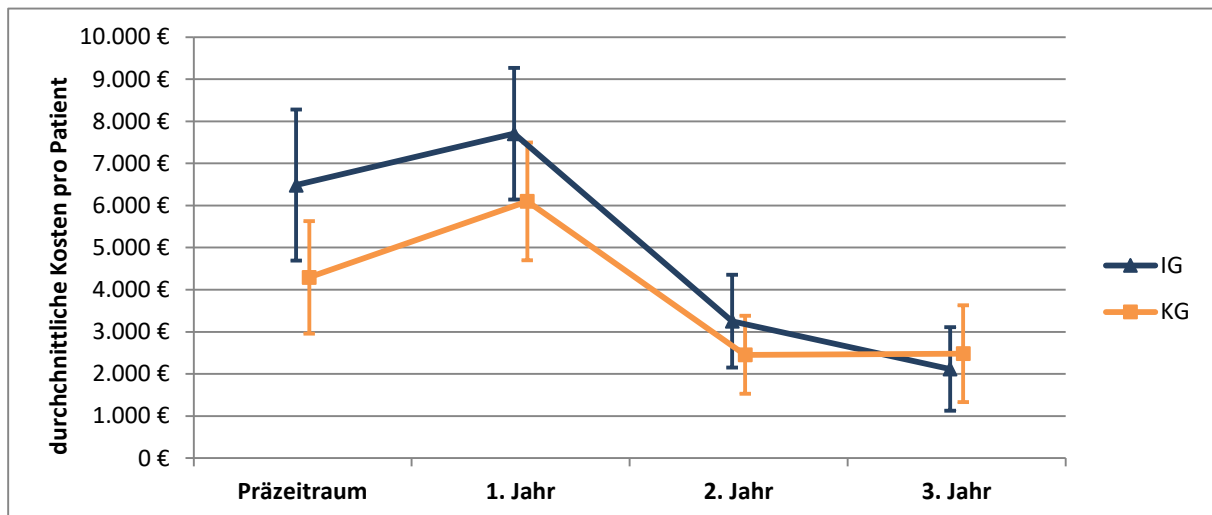


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	84	116	46	30	71	100	35	37
durchschnittliche Kosten	6.485,06 €	7.706,29 €	3.251,19 €	2.115,45 €	4.293,42 €	6.100,28 €	2.454,53 €	2.482,96 €
Standardabweichung	12.380,77 €	10.785,71 €	7.468,25 €	6.679,59 €	9.128,88 €	9.550,06 €	6.258,63 €	7.654,44 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	2.701,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	968,12 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	7.919,07 €	11.766,41 €	734,58 €	0,00 €	5.317,77 €	8.691,03 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	90.751,53 €	55.811,93 €	36.229,56 €	42.288,43 €	65.396,95 €	47.266,26 €	38.318,67 €	53.335,19 €

**Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung fielen die **Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung** der IG im Präzeitraum mit 248,13 € höher aus als jene der KG mit 70,93 € (vgl. Tabelle 161, Tabelle 163 und Abbildung 91). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 5.447,24 € und in der KG auf 7.091,80 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.821,77 € nicht signifikant weniger stark an.

Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen deutlich und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 784,70 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 163).

Bei den linikbekannten Patienten wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 3.712,80 €; KG: 3.455,17 €; vgl. Tabelle 162, Tabelle 164 und Abbildung 92). Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG mit 4.038,44 € in etwa konstant, in der KG stiegen sie dagegen auf 6.968,36 € an. Im ersten Nachbeobachtungsjahr wies die KG nicht nur einen deutlich höheren 75-Perzentilwert (IG: 2.051,02 €; KG: 8.573,69 €), sondern auch ein deutlich höheres Kostenmaximum auf (IG: 38,609,98 €; KG: 74,346,28 €). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 3.187,55 € signifikant schwächer an.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen unterhalb des Niveaus des jeweiligen Präzeitraums und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 929,33 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 164).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung fiel der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten patientenindividuellen Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 1.269,77 € stärker aus (vgl. Tabelle 165 und Abbildung 93).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe durchschnittliche Kosten auf (IG: 801,13 €; KG: 851,11 €; vgl. Tabelle 166, Tabelle 167 und Abbildung 94). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 9.309,05 € und in der KG auf 7.879,13 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel der Kostenanstieg in der IG (relativ zur KG) um 1.479,91 € signifikant stärker aus.

Im zweiten Jahr sanken die Kosten wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums (IG: 2.191,43 €; KG: 2.059,39 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 860,30 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 167).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum etwas geringere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 168 und Abbildung 95). In beiden Gruppen stiegen die Kosten im ersten Nachbeobachtungsjahr an, wobei der Anstieg in der IG stärker ausfiel. Anschließend sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums.

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 169 und Abbildung 96). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen in etwa gleich stark an. Im zweiten und dritten Jahr lagen die Kosten in beiden Gruppen unterhalb des Niveaus des jeweiligen Präzeitraums.

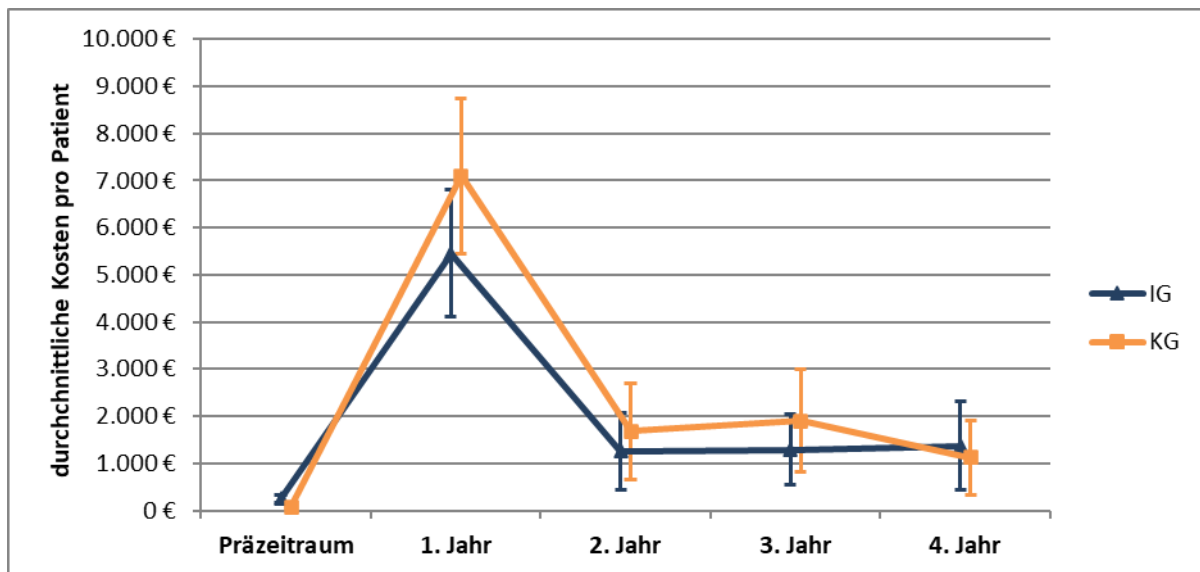
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

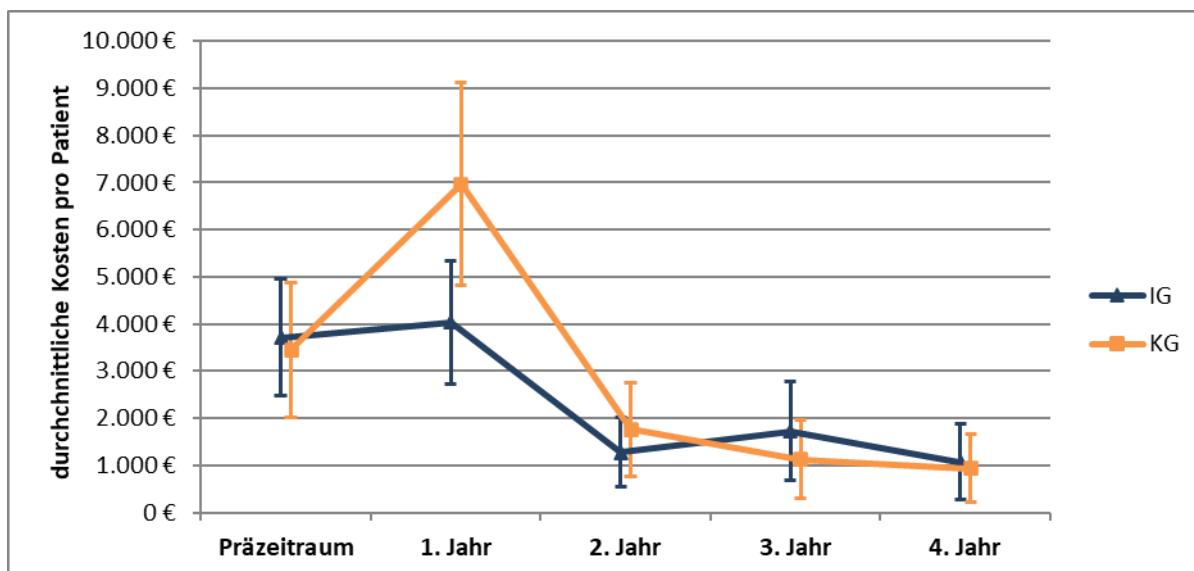
	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	28	70	20	21	18	10	93	24	23	18
durchschnittliche Kosten	248,13 €	5.447,24 €	1.261,84 €	1.284,91 €	1.372,03 €	70,93 €	7.091,80 €	1.681,18 €	1.897,89 €	1.125,13 €
Standardabweichung	712,55 €	10.392,81 €	6.332,44 €	5.777,16 €	7.300,24 €	348,27 €	12.416,91 €	7.622,94 €	8.206,48 €	5.960,09 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.512,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	10.892,31 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.200,64 €	51.429,88 €	72.208,20 €	40.232,89 €	67.611,71 €	2.407,95 €	67.325,46 €	82.378,45 €	65.478,69 €	55.971,29 €

Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Klinikbekannte Patienten**
**Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	44	43	17	20	14	29	49	18	14	10
durchschnittliche Kosten	3.712,80 €	4.038,44 €	1.278,06 €	1.726,56 €	1.073,30 €	3.455,17 €	6.968,36 €	1.759,78 €	1.125,29 €	937,24 €
Standardabweichung	7.907,48 €	8.294,49 €	4.635,41 €	6.614,11 €	5.102,58 €	8.648,20 €	13.003,26 €	6.052,37 €	4.987,14 €	4.390,26 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	2.136,60 €	2.051,02 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.573,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	46.544,01 €	38.609,98 €	33.517,88 €	58.588,18 €	37.305,64 €	39.189,04 €	74.346,28 €	37.997,93 €	44.051,53 €	36.378,83 €

**Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**


**Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	70,93 €	0,003	70,93 €	0,003	-2.788,09 €	0,003
IG (vs. KG)	177,21 €	0,001	177,21 €	0,001	94,23 €	0,303
Post (vs. Prä)	2.878,08 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-784,70 €	0,098				
1. Jahr (vs. Prä)			7.020,88 €	0,000	7.076,90 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.610,26 €	0,002	1.666,28 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			1.826,96 €	0,001	1.882,99 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			1.054,21 €	0,010	1.110,23 €	0,008
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.821,77 €	0,092	-1.705,21 €	0,119
IG x Jahr 2 (DiD)			-596,55 €	0,372	-480,00 €	0,474
IG x Jahr 3 (DiD)			-790,19 €	0,242	-673,63 €	0,321
IG x Jahr 4 (DiD)			69,70 €	0,912	186,25 €	0,769
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					709,55 €	0,146
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.790,62 €	0,188
F 30-39 (Affektive Störungen)					439,80 €	0,622
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1.890,18 €	0,115
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.869,46 €	0,019
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-200,78 €	0,785
F 50 (Essstörungen)					4.887,75 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-542,97 €	0,400
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.164,54 €	0,024
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.442,57 €	0,004
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.478,91 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-458,26 €	0,227
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-588,03 €	0,084
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,03 €	0,962
R <sup>2</sup>		0,018		0,078		0,090

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.455,17 €	0,000	3.455,17 €	0,000	-1.680,23 €	0,162
IG (vs. KG)	257,63 €	0,790	257,63 €	0,790	-1.061,30 €	0,064
Post (vs. Prä)	-754,38 €	0,331				
IG x Post (DiD)	-929,33 €	0,337				
1. Jahr (vs. Prä)			3.513,19 €	0,010	6.466,38 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-1.695,39 €	0,020	1.257,80 €	0,247
3. Jahr (vs. Prä)			-2.329,88 €	0,002	623,31 €	0,544
4. Jahr (vs. Prä)			-2.517,93 €	0,002	463,03 €	0,665
IG x Jahr 1 (DiD)			-3.187,55 €	0,040	-1.919,10 €	0,184
IG x Jahr 2 (DiD)			-739,35 €	0,478	529,10 €	0,478
IG x Jahr 3 (DiD)			343,64 €	0,730	1.612,09 €	0,054
IG x Jahr 4 (DiD)			-121,57 €	0,909	1.119,11 €	0,155
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					153,10 €	0,771
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					596,19 €	0,778
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					254,57 €	0,789
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.311,39 €	0,331
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-55,39 €	0,962
F 45 (Somatoforme Störungen)					2.712,66 €	0,102
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-966,96 €	0,207
F 50 (Essstörungen)					8.384,36 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.484,83 €	0,243
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-246,62 €	0,698
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.119,37 €	0,016
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					14.234,95 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					658,39 €	0,571
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-278,32 €	0,792
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					267,34 €	0,690
R <sup>2</sup>		0,006		0,057		0,212

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

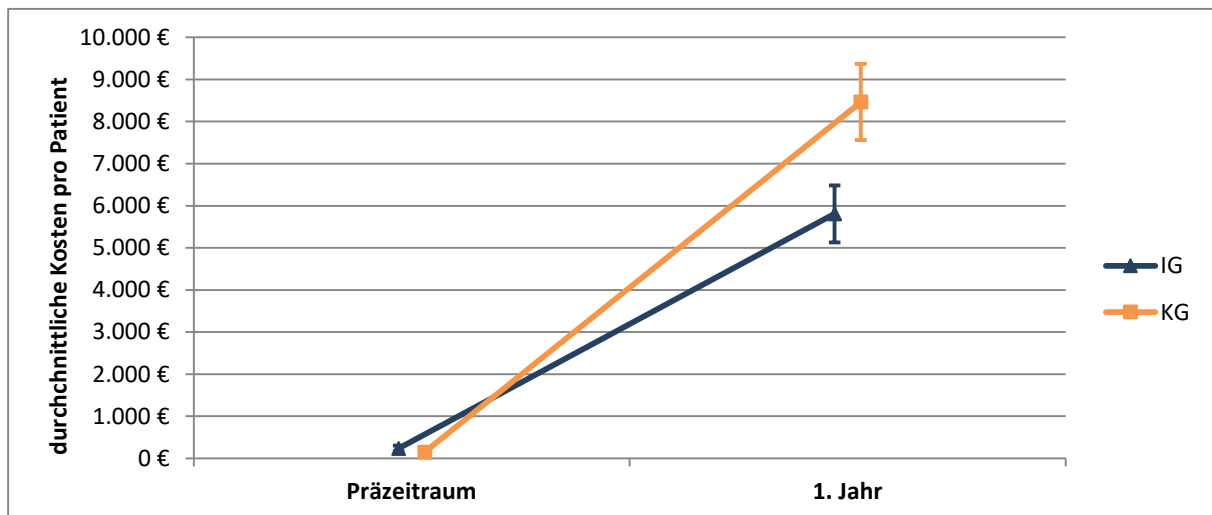


## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	104	343	65	446
durchschnittliche Kosten	234,92 €	5.807,33 €	147,27 €	8.463,72 €
Standardabweichung	1.104,33 €	11.074,42 €	862,89 €	14.880,02 €
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 €	8.342,42 €	0,00 €	12.203,87 €
Maximum	27.131,67 €	79.609,35 €	18.505,76 €	112.015,62 €

**Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

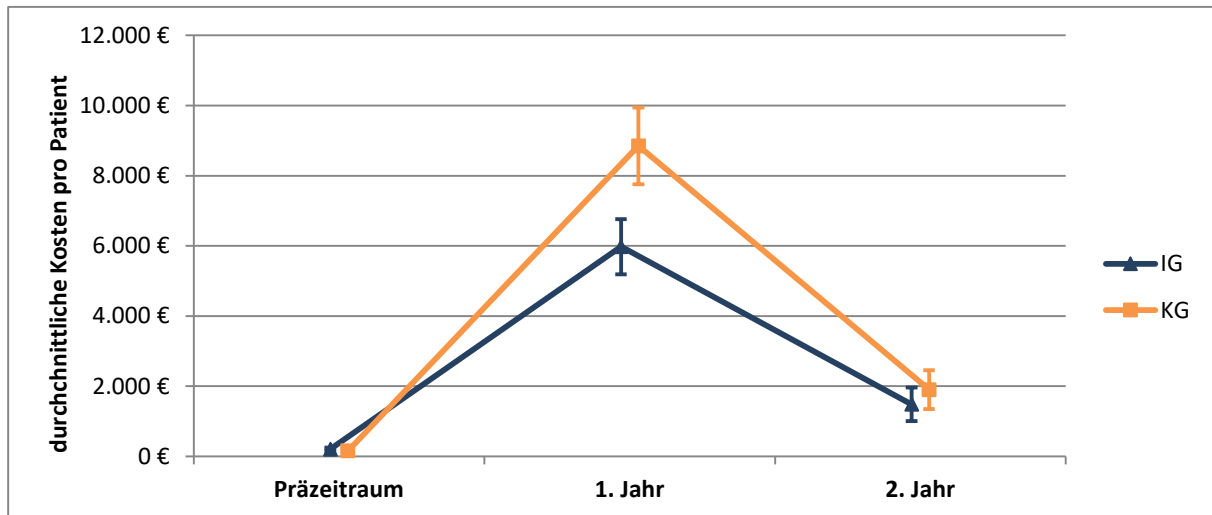


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	74	254	71	50	315	87
durchschnittliche Kosten	203,46 €	5.976,77 €	1.482,06 €	152,69 €	8.848,29 €	1.899,86 €
Standardabweichung	665,95 €	10.863,29 €	6.609,13 €	849,10 €	14.942,72 €	7.560,77 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.876,66 €	0,00 €	0,00 €	14.443,54 €	0,00 €
Maximum	4.349,82 €	79.609,35 €	77.158,00 €	18.505,76 €	112.015,62 €	82.378,45 €

Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	152,69 €	0,000	152,69 €	0,000	-2.566,66 €	0,000
IG (vs. KG)	50,77 €	0,206	50,77 €	0,206	26,97 €	0,699
Post (vs. Prä)	5.223,81 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-1.697,85 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			8.695,60 €	0,000	8.794,83 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			1.747,17 €	0,000	1.845,40 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.922,29 €	0,000	-2.868,54 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-468,57 €	0,210	-413,83 €	0,269
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					583,95 €	0,052
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					1.085,08 €	0,288
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.872,87 €	0,395
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.566,16 €	0,498
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.142,76 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.401,01 €	0,183
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.317,05 €	0,004
F 40-48 (ohne F43 und F45)					737,75 €	0,297
F 50 (Essstörungen)					5.998,76 €	0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					878,06 €	0,228
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.217,08 €	0,217
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.191,71 €	0,000
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.794,72 €	0,000
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,74 €	0,902
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					436,44 €	0,602
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-39,90 €	0,624
R <sup>2</sup>		0,056		0,124		0,137

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

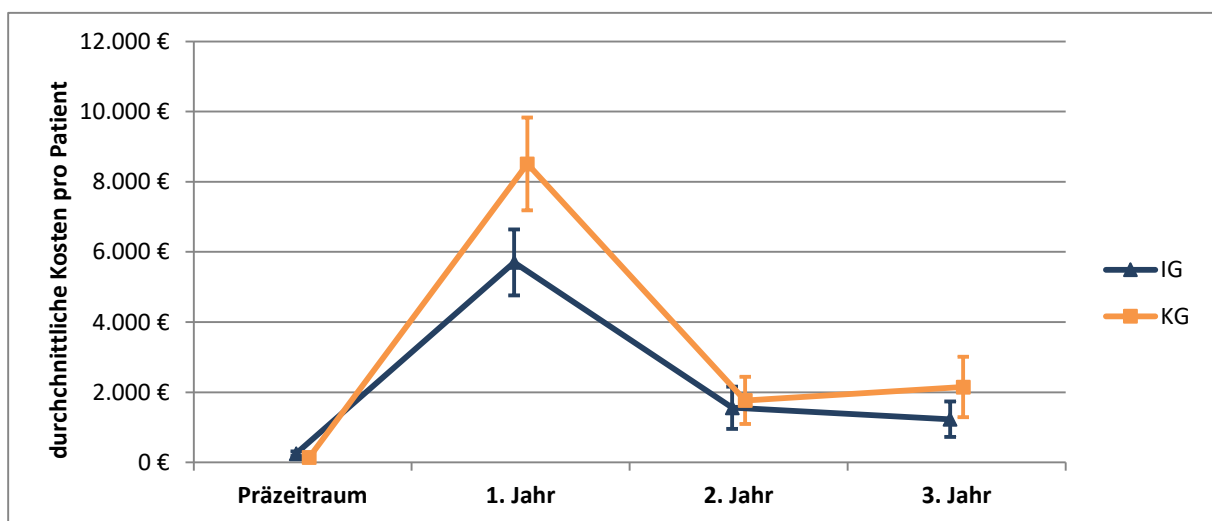
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	59	163	53	48	27	204	49	49
durchschnittliche Kosten	250,04 €	5.701,06 €	1.557,36 €	1.231,64 €	144,45 €	8.512,02 €	1.766,03 €	2.149,65 €
Standardabweichung	745,66 €	10.708,22 €	6.820,23 €	5.784,67 €	968,56 €	14.626,87 €	7.445,67 €	9.520,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	9.512,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13.399,57 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.349,82 €	79.609,35 €	77.158,00 €	55.576,49 €	18.505,76 €	95.458,68 €	82.378,45 €	123.042,09 €

Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

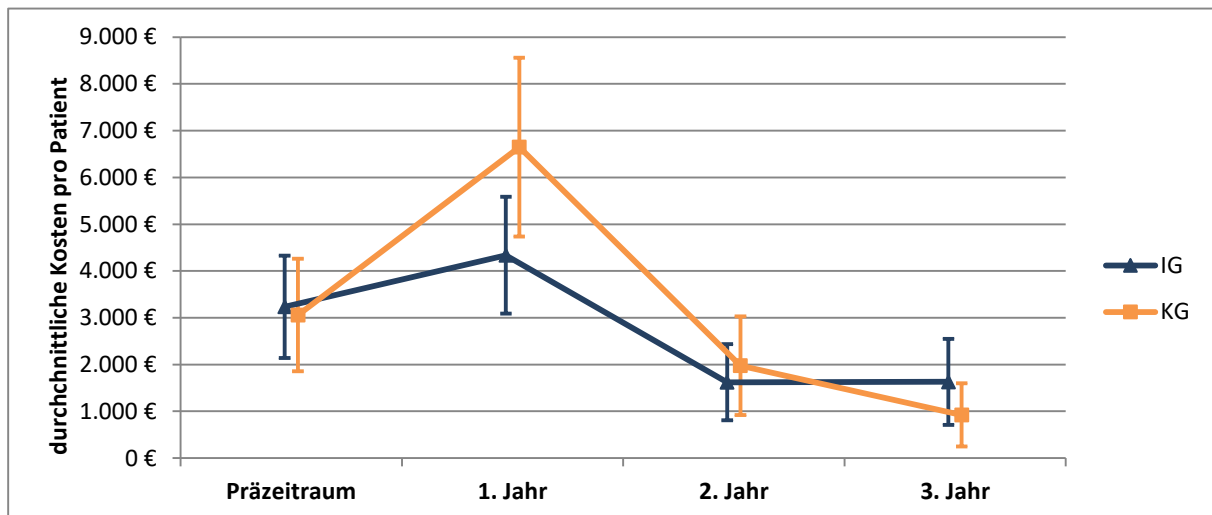


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	46	53	22	22	32	60	23	14
durchschnittliche Kosten	3.236,14 €	4.336,45 €	1.622,39 €	1.629,50 €	3.057,87 €	6.649,49 €	1.977,27 €	922,48 €
Standardabweichung	7.454,06 €	8.512,11 €	5.560,70 €	6.276,00 €	8.056,17 €	12.793,61 €	7.058,11 €	4.533,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.627,31 €	2.688,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7.872,27 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	46.544,01 €	38.609,98 €	33.517,88 €	58.588,18 €	39.189,04 €	74.346,28 €	56.979,84 €	44.051,53 €

**Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**





### **10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen**

#### **Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene**

Da stationersetzende psychiatrische Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden, entfallen die entsprechenden Tabellen und Abbildungen.

#### **Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche**

Da stationersetzende psychiatrische Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden, entfallen die entsprechenden Tabellen und Abbildungen.

#### 10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

##### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung fielen in keiner der beiden Gruppen **Kosten für teilstationär psychiatrische Versorgung** an (vgl. Tabelle 170, Tabelle 172 und Abbildung 97). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen: in der IG auf 1.499,05 € und in der KG auf 806,29 €. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 692,76 € signifikant stärker an.

Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten, glichen sich einander an und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 204,84 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 172).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum höhere durchschnittliche Kosten als die KG auf (IG: 815,81 €; KG: 488,76 €; vgl. Tabelle 171, Tabelle 173 und Abbildung 98). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG stärker an als in der KG: vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 348,67 € nicht signifikant stärker an. Im zweiten Jahr sanken in beiden Gruppen die Kosten und verblieben bis zum vierten Jahr auf einem Niveau unterhalb des Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 258,29 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 173).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 203,72 € stärker an (vgl. Tabelle 174 und Abbildung 99).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten IG und KG jeweils weniger als 10 teilstationäre Fälle und dementsprechend gleich niedrige durchschnittliche Kosten (IG: 4,82 €; KG: 8,85 €; vgl. Tabelle 175, Tabelle 176 und Abbildung 100). In beiden Gruppen stiegen im ersten Jahr die Kosten an: in der IG auf 1.416,18 € und in der KG auf 1.082,09 €. Dementsprechend steigen die Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 338,13 € signifikant stärker an. Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Vom Prä-



zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 171,60 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 176).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige durchschnittliche Kosten auf (vgl. Tabelle 177 und Abbildung 101). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der Anstieg in der IG stärker ausfiel. Anschließend sanken die Kosten in beiden Gruppen auf ein Niveau oberhalb des Präzeitraums.

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Verlauf höhere durchschnittliche Kosten als die KG auf (vgl. Tabelle 178 und Abbildung 102).

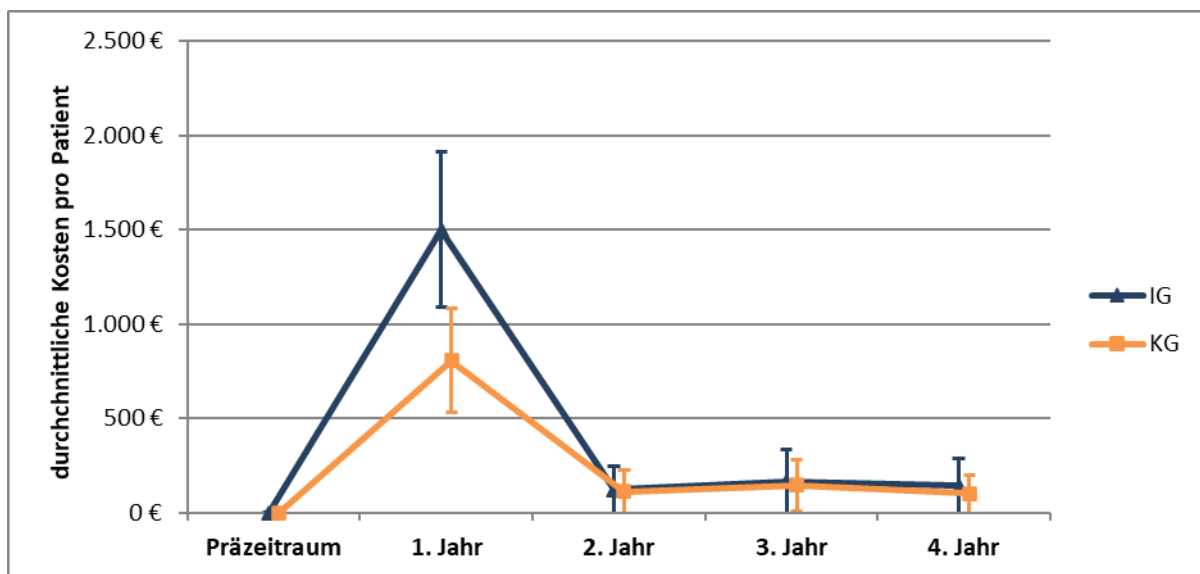
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	<10	62	<10	<10	<10	<10	49	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.499,05 €	121,73 €	166,03 €	141,88 €	0,00 €	806,29 €	110,93 €	144,36 €	100,19 €
Standardabweichung	0,00 €	3.425,33 €	1.046,74 €	1.565,57 €	1.205,25 €	0,00 €	2.268,77 €	958,59 €	1.065,65 €	811,65 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0,00 €	14.904,86 €	13.649,21 €	22.189,66 €	14.210,07 €	0,00 €	21.005,69 €	13.581,11 €	12.649,05 €	8.817,44 €

Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

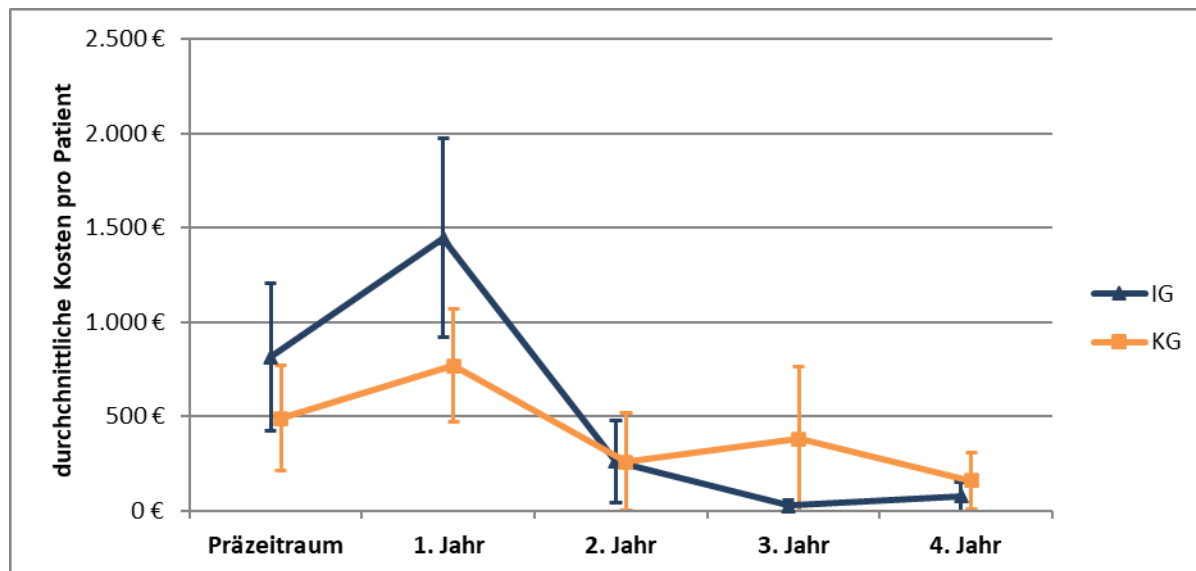


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	18	42	<10	<10	<10	15	29	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	815,81 €	1.442,87 €	259,66 €	26,62 €	76,48 €	488,76 €	767,15 €	258,67 €	380,76 €	158,65 €
Standardabweichung	2.345,13 €	3.160,39 €	1.268,48 €	222,21 €	575,80 €	1.653,34 €	1.780,20 €	1.538,96 €	2.242,56 €	856,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	820,02 €	0,00 €	0,00 €	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 €	5.754,61 €	10.277,10 €	9.766,77 €	14.504,62 €	22.250,45 €	7.300,02 €

**Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €	0,001	0,00 €		172,94 €	0,261
IG (vs. KG)	0,00 €		0,00 €		-38,40 €	0,192
Post (vs. Prä)	301,16 €	0,000				
IG x Post (DiD)	202,45 €	0,023				
1. Jahr (vs. Prä)			806,29 €	0,000	652,08 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			110,93 €	0,068	-57,41 €	0,317
3. Jahr (vs. Prä)			144,36 €	0,035	-28,41 €	0,681
4. Jahr (vs. Prä)			100,19 €	0,059	-82,91 €	0,197
IG x Jahr 1 (DiD)			692,76 €	0,006	716,66 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			10,80 €	0,904	33,43 €	0,708
IG x Jahr 3 (DiD)			21,67 €	0,858	44,72 €	0,714
IG x Jahr 4 (DiD)			41,69 €	0,657	70,76 €	0,453
Alter (30-47 J. vs. U30)					275,61 €	0,005
Alter (48-64 J. vs. U30)					150,67 €	0,101
Alter (Ü64 vs. U30)					-308,88 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					88,47 €	0,324
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-101,40 €	0,216
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-224,27 €	0,003
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-116,48 €	0,174
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-228,70 €	0,076
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-416,89 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					56,35 €	0,786
F 30-39 (Affektive Störungen)					77,10 €	0,462
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					188,59 €	0,159
F 45 (Somatoforme Störungen)					-142,69 €	0,154
F 40-48 (ohne F43 und F45)					21,72 €	0,878
F 50 (Essstörungen)					-167,40 €	0,655
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-184,22 €	0,245
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-267,16 €	0,054
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-187,10 €	0,201
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					6,44 €	0,984
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					20,89 €	0,714
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-172,24 €	0,080
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-183,69 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,013		0,079		0,112

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	488,76 €	0,001	488,76 €	0,001	-77,86 €	0,754
IG (vs. KG)	327,05 €	0,182	327,05 €	0,183	239,68 €	0,058
Post (vs. Prä)	-91,23 €	0,493				
IG x Post (DiD)	-258,29 €	0,302				
1. Jahr (vs. Prä)			278,39 €	0,178	912,03 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-230,09 €	0,197	395,57 €	0,069
3. Jahr (vs. Prä)			-108,00 €	0,547	506,62 €	0,039
4. Jahr (vs. Prä)			-330,10 €	0,032	272,82 €	0,178
IG x Jahr 1 (DiD)			348,67 €	0,381	439,07 €	0,194
IG x Jahr 2 (DiD)			-326,06 €	0,228	-235,80 €	0,234
IG x Jahr 3 (DiD)			-681,18 €	0,011	-582,22 €	0,005
IG x Jahr 4 (DiD)			-409,22 €	0,114	-300,78 €	0,056
Alter (30-47 J. vs. U30)					-190,94 €	0,214
Alter (48-64 J. vs. U30)					-181,30 €	0,299
Alter (Ü64 vs. U30)					-648,05 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					137,74 €	0,232
F 01 (Vaskuläre Demenz)					254,79 €	0,112
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					49,14 €	0,806
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					475,34 €	0,477
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-176,35 €	0,169
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)					102,58 €	0,649
F 30-39 (Affektive Störungen)					234,37 €	0,039
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					213,56 €	0,146
F 45 (Somatoforme Störungen)					-212,43 €	0,104
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-68,73 €	0,624
F 50 (Essstörungen)					94,31 €	0,861
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-283,55 €	0,165
F 70-79 (Intelligenzstörung)					333,22 €	0,657
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-237,90 €	0,269
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-198,84 €	0,303
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-201,03 €	0,154
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.169,02 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					74,58 €	0,584
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					128,86 €	0,490
R <sup>2</sup>		0,004		0,051		0,266

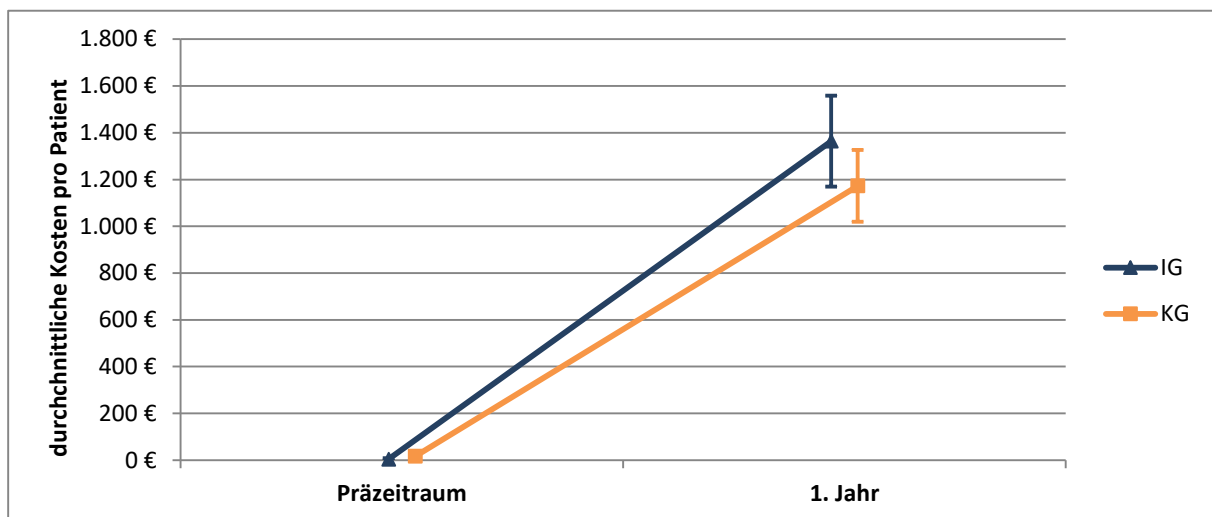
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	<10	246	<10	271
durchschnittliche Kosten	3,86 €	1.363,91 €	16,47 €	1.172,80 €
Standardabweichung	130,69 €	3.591,75 €	315,93 €	2.843,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.728,33 €	24.133,18 €	7.544,03 €	21.170,39 €

Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

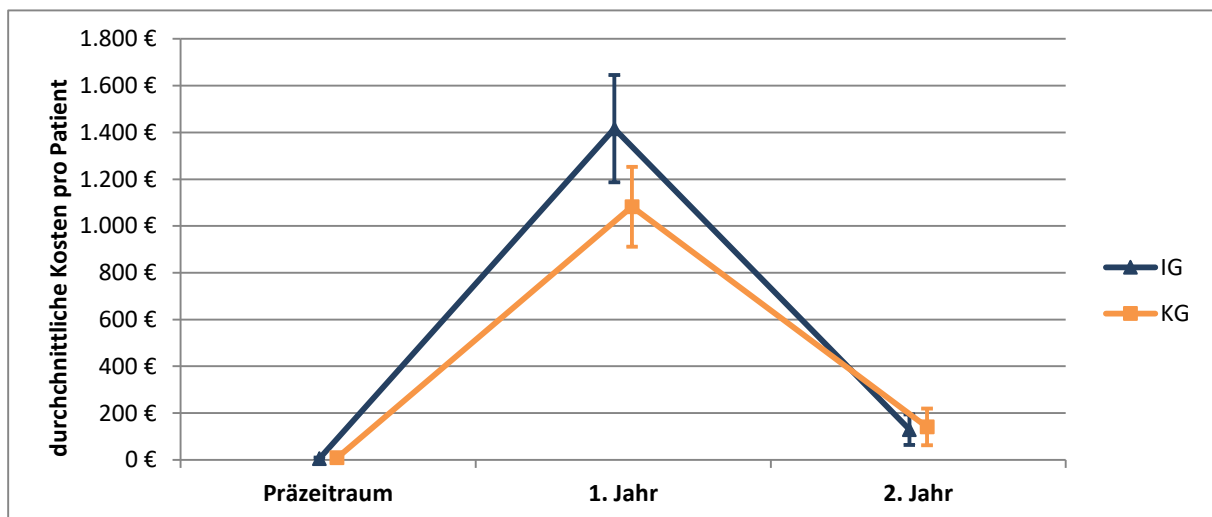


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	<10	188	24	<10	192	30
durchschnittliche Kosten	4,82 €	1.416,18 €	129,14 €	8,85 €	1.082,09 €	140,55 €
Standardabweichung	151,04 €	3.669,69 €	1.013,80 €	242,93 €	2.719,39 €	1.221,35 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	4.728,33 €	24.133,18 €	13.649,21 €	7.544,03 €	21.170,39 €	25.608,75 €

Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	8,85 €	0,255	8,85 €	0,255	147,74 €	0,197
IG (vs. KG)	-4,03 €	0,660	-4,03 €	0,660	14,70 €	0,466
Post (vs. Prä)	610,33 €	0,000				
IG x Post (DiD)	171,60 €	0,039				
1. Jahr (vs. Prä)			1.073,23 €	0,000	892,96 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			131,70 €	0,001	-64,52 €	0,115
IG x Jahr 1 (DiD)			338,13 €	0,021	342,54 €	0,019
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,39 €	0,888	-5,77 €	0,912
Alter (30-47 J. vs. U30)					-28,13 €	0,756
Alter (48-64 J. vs. U30)					-163,49 €	0,072
Alter (Ü64 vs. U30)					-643,25 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					73,01 €	0,188
F 00 (Demenz)					99,60 €	0,352
F 01 (Vaskuläre Demenz)					77,74 €	0,294
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-428,18 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					59,76 €	0,443
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-292,16 €	0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-248,33 €	0,006
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					63,94 €	0,628
F 30-39 (Affektive Störungen)					482,56 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					373,16 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-21,02 €	0,785
F 40-48 (ohne F43 und F45)					165,37 €	0,136
F 50 (Essstörungen)					-23,58 €	0,940
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					103,86 €	0,742
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-284,09 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-386,80 €	0,046
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					73,59 €	0,710
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					103,32 €	0,013
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.005,79 €	0,043
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-160,82 €	0,025
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-226,70 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,026		0,076		0,119

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.



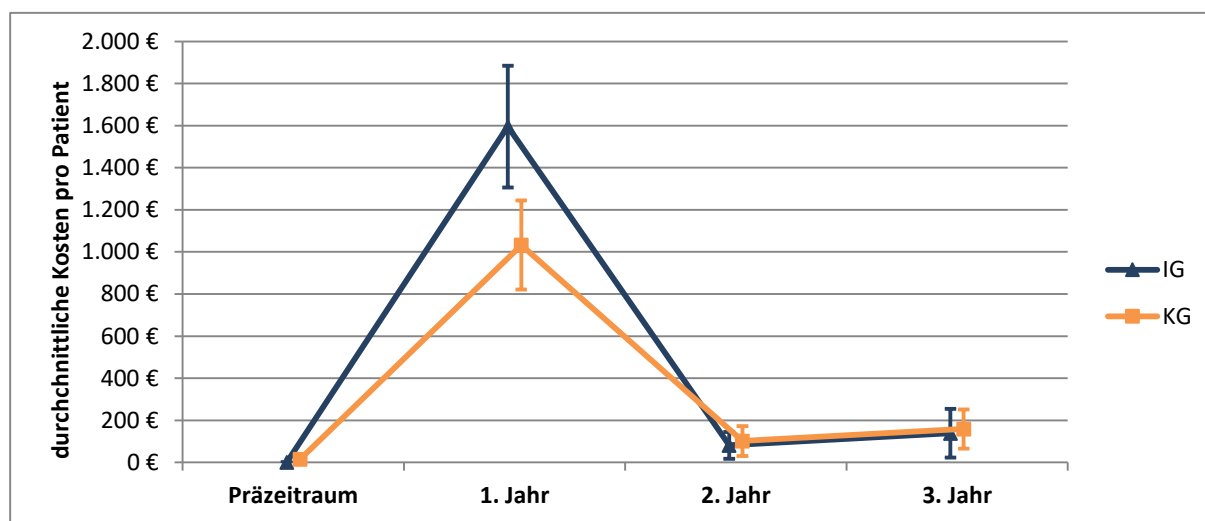
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	<10	141	11	10	<10	120	19	16
durchschnittliche Kosten	0,00 €	1.595,53 €	80,98 €	138,29 €	14,33 €	1.032,37 €	101,63 €	158,72 €
Standardabweichung	0,00 €	3.660,83 €	793,25 €	1.413,34 €	308,97 €	2.648,04 €	874,67 €	1.119,66 €
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 €	17.711,88 €	13.649,21 €	22.189,66 €	7.544,03 €	21.170,39 €	13.581,11 €	12.649,05 €

Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

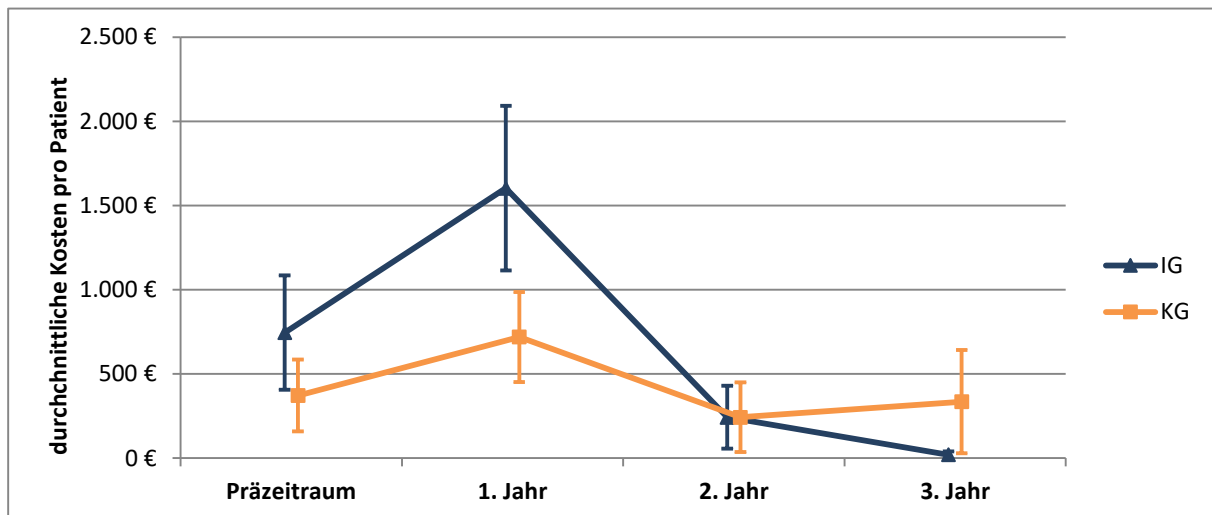


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	21	56	<10	<10	15	33	<10	10
durchschnittliche Kosten	744,86 €	1.603,12 €	242,72 €	20,04 €	371,35 €	719,22 €	242,86 €	334,61 €
Standardabweichung	2.344,59 €	3.370,96 €	1.266,31 €	192,97 €	1.455,00 €	1.823,43 €	1.393,91 €	2.039,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.183,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	13.972,05 €	15.081,99 €	9.309,01 €	2.207,39 €	10.277,10 €	9.988,93 €	14.504,62 €	22.250,45 €

**Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wiesen die IG und KG hinsichtlich der **Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung** im Präzeitraum gleich niedrige durchschnittliche Kosten auf (IG: 6,31 €; KG: 0 €; vgl. Tabelle 179, Tabelle 181 und Abbildung 103). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 3.182,71 € und in der KG auf 1.525,95 €. Dementsprechend fiel der Kostenanstieg vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 1.650,45 € signifikant stärker aus.

Im zweiten Nachbeobachtungsjahr fielen die Kosten auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums und blieben bis zum vierten Jahr in beiden Gruppen in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 547,43 € signifikant stärker an (vgl. Tabelle 181).

Bei den linikbekannten Patienten hatte die IG im Präzeitraum höhere Kosten als die KG (IG: 1.079,99 €; KG: 604,79 €; vgl. Tabelle 180, Tabelle 182 und Abbildung 104). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in der IG auf moderate 1.768,00 € an, während sie in der KG etwas deutlicher auf 2.717,71 € anstiegen. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass in beiden Gruppen nur relativ wenige Individuen (IG: 43; KG: 24) teilstationäre Leistungen in Anspruch nahmen. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 1.424,91 € nicht signifikant weniger schwächer an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 445,35 € nicht signifikant schwächer an (vgl. Tabelle 182).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten der IG (relativ zur KG) vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.365,72 € stärker an (vgl. Tabelle 183 und Abbildung 105).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige Durchschnittskosten auf (IG: 4,58 €; KG: 22,44 €; vgl. Tabelle 184, Tabelle 185 und Abbildung 106). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 3.449,46 € und in der KG auf 1.743,96 €. Der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG (relativ zur KG) um 1.723,36 € signifikant stärker aus. Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder: in der IG auf 333,08 € und in der KG auf 398,90 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 837,23 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 185).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung stiegen in der IG die Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr deutlich stärker an als in der KG. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr lagen die Kosten in beiden Gruppen wieder auf einem Niveau oberhalb des Präzeitraums (vgl. Tabelle 186 und Abbildung 107).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein ähnlicher Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 187 und Abbildung 108). In beiden Gruppen war die Inanspruchnahme relativ gering.

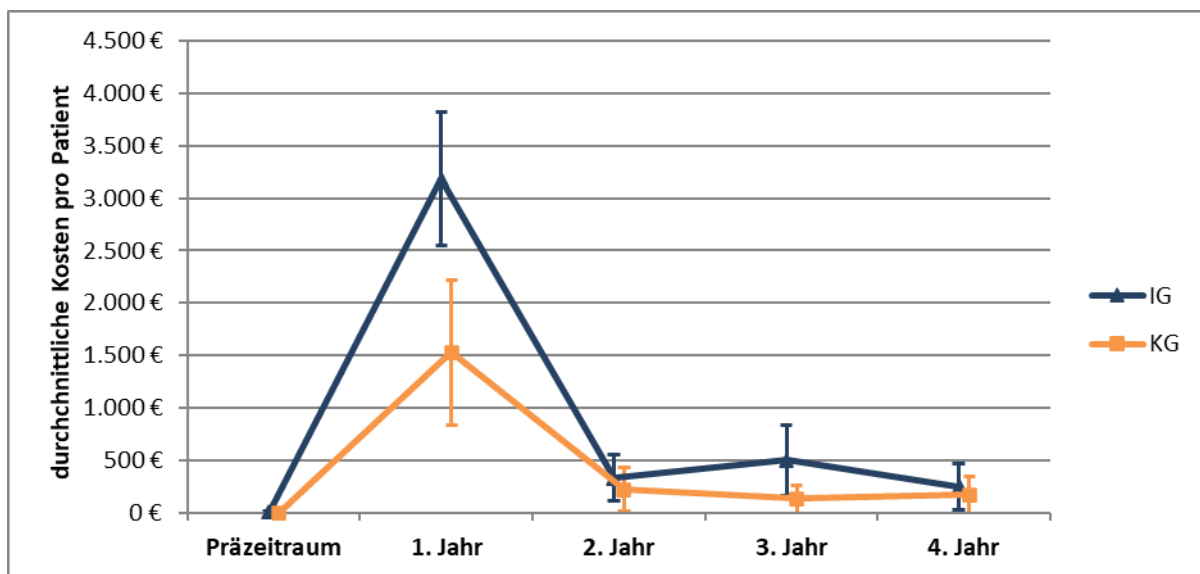
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	<10	92	13	11	<10	<10	22	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	6,31 €	3.182,71 €	330,88 €	499,36 €	245,87 €	0,00 €	1.525,95 €	218,25 €	129,54 €	170,11 €
Standardabweichung	95,55 €	4.929,99 €	1.748,53 €	2.619,14 €	1.728,88 €	0,00 €	5.228,69 €	1.573,92 €	1.104,49 €	1.831,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.977,89 €	0,00 €	0,00 €	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 €	16.046,92 €	0,00 €	32.340,95 €	19.036,17 €	10.905,33 €	25.618,12 €

Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

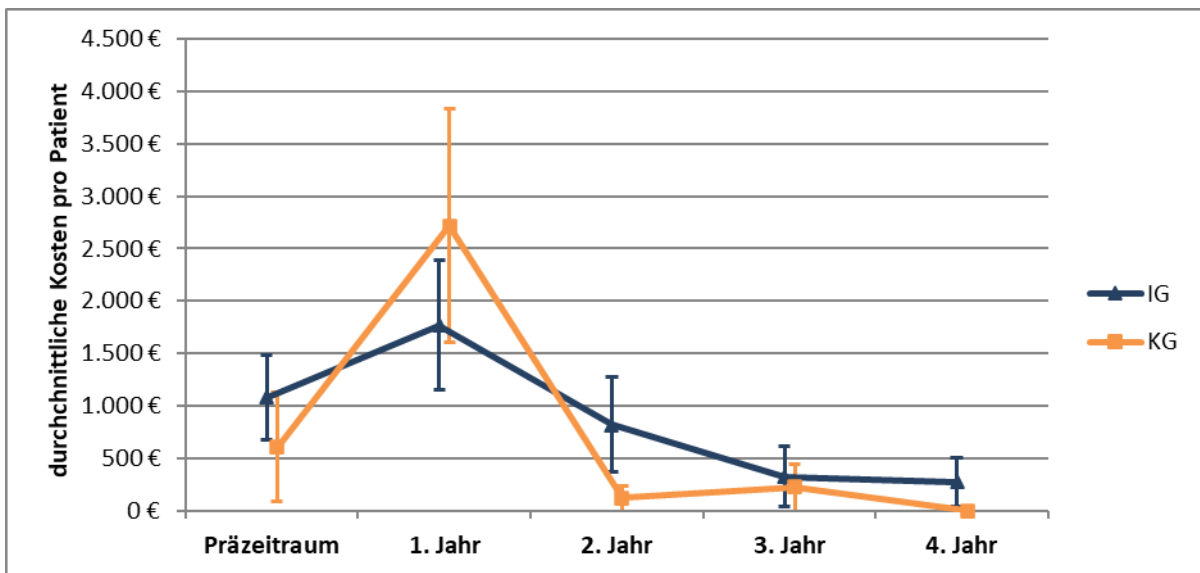


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	32	43	15	<10	<10	10	24	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	1.079,99 €	1.768,00 €	820,20 €	323,95 €	272,39 €	604,79 €	2.717,71 €	119,50 €	222,51 €	0,00 €
Standardabweichung	2.548,49 €	3.897,76 €	2.903,25 €	1.802,37 €	1.460,32 €	3.139,07 €	6.761,04 €	1.418,99 €	1.508,27 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.503,16 €	0,00 €	0,00 €	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 €	11.791,80 €	24.994,04 €	30.208,68 €	16.849,62 €	12.427,93 €	0,00 €

**Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



**Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €		0,00 €		-65,40 €	0,835
IG (vs. KG)	6,31 €	0,317	6,31 €	0,318	29,22 €	0,249
Post (vs. Prä)	510,96 €	0,000				
IG x Post (DiD)	547,43 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			1.525,95 €	0,000	1.545,98 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			218,25 €	0,041	238,28 €	0,033
3. Jahr (vs. Prä)			129,54 €	0,084	149,58 €	0,062
4. Jahr (vs. Prä)			170,11 €	0,172	190,14 €	0,132
IG x Jahr 1 (DiD)			1.650,45 €	0,001	1.656,94 €	0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			106,32 €	0,500	112,81 €	0,476
IG x Jahr 3 (DiD)			363,50 €	0,055	369,99 €	0,051
IG x Jahr 4 (DiD)			69,45 €	0,681	75,94 €	0,655
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-115,94 €	0,327
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-375,26 €	0,142
F 30-39 (Affektive Störungen)					-364,26 €	0,227
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-28,47 €	0,962
F 45 (Somatoforme Störungen)					146,03 €	0,525
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-675,84 €	0,000
F 50 (Essstörungen)					-380,87 €	0,072
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-79,17 €	0,759
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.196,00 €	0,157
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					60,72 €	0,836
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,41 €	0,954
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.537,31 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,52 €	0,985
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,32 €	0,430
R <sup>2</sup>		0,020		0,113		0,119

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	604,79 €	0,022	604,79 €	0,022	-617,32 €	0,096
IG (vs. KG)	475,20 €	0,156	475,20 €	0,156	-292,86 €	0,327
Post (vs. Prä)	161,49 €	0,601				
IG x Post (DiD)	-445,35 €	0,250				
1. Jahr (vs. Prä)			2.112,92 €	0,001	2.861,72 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-485,29 €	0,097	263,51 €	0,356
3. Jahr (vs. Prä)			-382,28 €	0,198	366,52 €	0,205
4. Jahr (vs. Prä)			-604,79 €	0,022	144,42 €	0,575
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.424,91 €	0,052	-633,61 €	0,379
IG x Jahr 2 (DiD)			225,51 €	0,599	1.016,80 €	0,010
IG x Jahr 3 (DiD)			-373,76 €	0,332	417,54 €	0,239
IG x Jahr 4 (DiD)			-202,80 €	0,568	588,09 €	0,066
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					105,76 €	0,591
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-24,98 €	0,957
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-535,33 €	0,212
F 30-39 (Affektive Störungen)					332,69 €	0,556
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					272,25 €	0,698
F 45 (Somatoforme Störungen)					-281,72 €	0,166
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.047,95 €	0,105
F 50 (Essstörungen)					341,81 €	0,104
F 70-79 (Intelligenzstörung)					407,63 €	0,310
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-30,97 €	0,929
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					435,41 €	0,120
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-296,23 €	0,237
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.097,19 €	0,000
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					136,30 €	0,506
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					296,61 €	0,140
R <sup>2</sup>		0,001		0,065		0,159

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

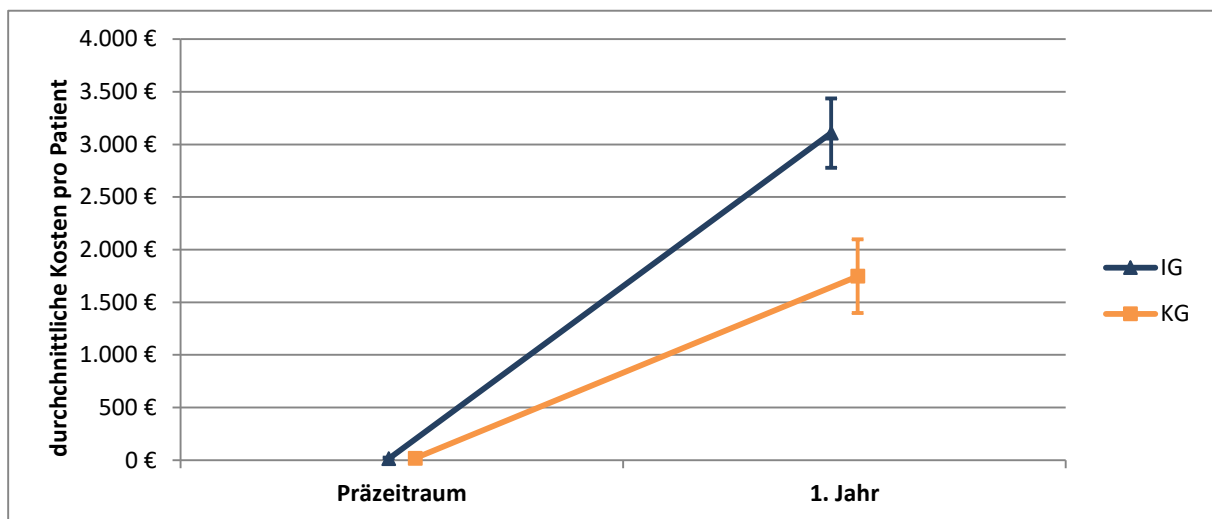


## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	<10	368	<10	124
durchschnittliche Kosten	12,73 €	3.107,74 €	17,59 €	1.746,88 €
Standardabweichung	312,13 €	5.418,25 €	367,78 €	5.743,32 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.296,70 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.804,48 €	33.135,27 €	10.309,39 €	43.136,34 €

**Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

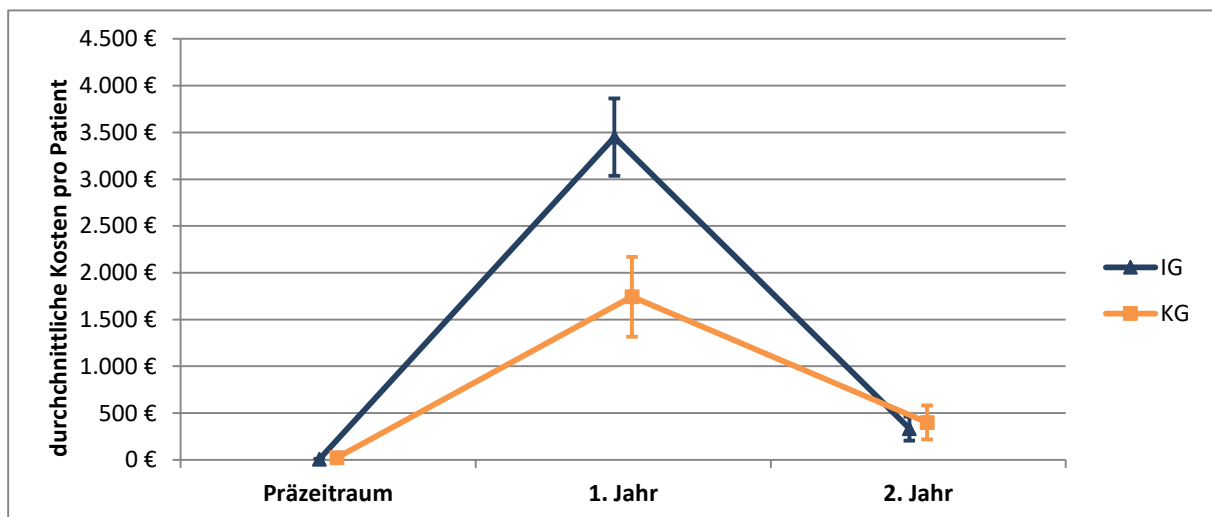


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	<10	283	38	<10	81	28
durchschnittliche Kosten	4,58 €	3.449,46 €	333,08 €	22,44 €	1.743,96 €	398,90 €
Standardabweichung	79,79 €	5.700,79 €	1.779,19 €	434,67 €	5.827,75 €	2.478,54 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	5.999,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.572,51 €	33.135,27 €	18.166,42 €	10.309,39 €	43.136,34 €	25.519,83 €

Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	22,44 €	0,167	22,44 €	0,167	584,64 €	0,015
IG (vs. KG)	-17,85 €	0,279	-17,85 €	0,279	-4,13 €	0,859
Post (vs. Prä)	1.049,46 €	0,000				
IG x Post (DiD)	837,23 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			1.721,52 €	0,000	1.726,44 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			376,46 €	0,000	381,43 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			1.723,36 €	0,000	1.723,70 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-47,97 €	0,668	-47,67 €	0,672
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-292,82 €	0,010
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					160,72 €	0,685
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1.034,04 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-1.142,50 €	0,039
F 30-39 (Affektive Störungen)					-166,36 €	0,613
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					985,16 €	0,036
F 45 (Somatoforme Störungen)					-243,22 €	0,178
F 40-48 (ohne F43 und F45)					299,37 €	0,587
F 50 (Essstörungen)					-650,07 €	0,029
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-611,83 €	0,003
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					706,22 €	0,290
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-505,88 €	0,034
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,66 €	0,855
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.221,45 €	0,030
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					30,78 €	0,746
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,34 €	0,701
R <sup>2</sup>		0,042		0,110		0,119

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

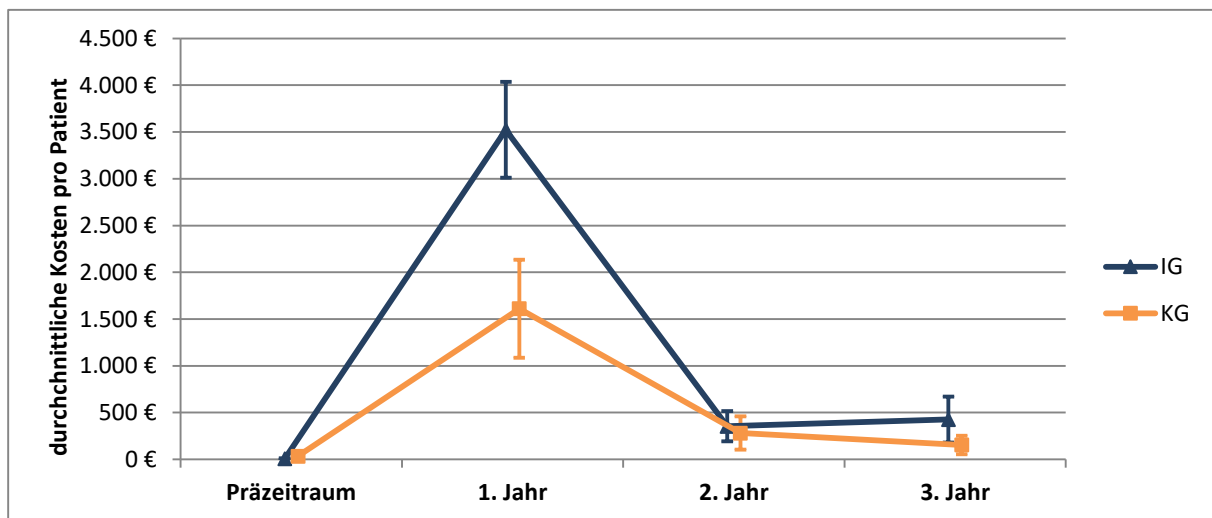
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	<10	196	28	20	<10	47	14	12
durchschnittliche Kosten	6,07 €	3.523,18 €	353,99 €	426,19 €	34,23 €	1.611,04 €	281,08 €	153,93 €
Standardabweichung	95,73 €	5.829,30 €	1.836,88 €	2.792,77 €	536,69 €	5.800,48 €	1.966,32 €	1.087,83 €
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 €	6.068,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.572,51 €	33.135,27 €	18.166,42 €	42.768,51 €	10.309,39 €	43.136,34 €	20.920,62 €	10.905,33 €

Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

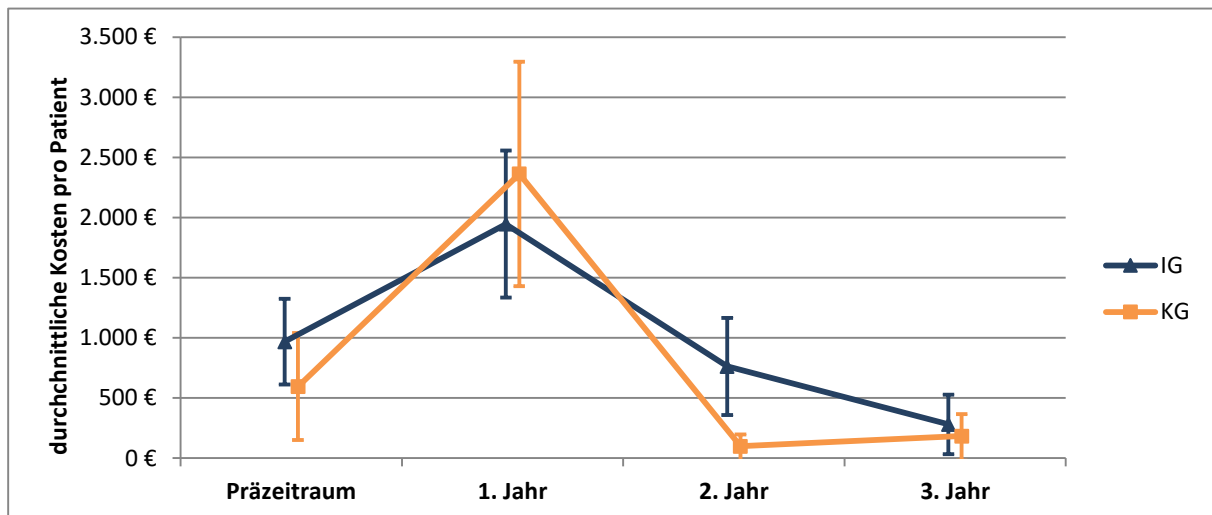


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	33	53	17	<10	12	27	<10	<10
durchschnittliche Kosten	966,99 €	1.945,39 €	761,95 €	280,27 €	594,39 €	2.362,76 €	97,96 €	182,41 €
Standardabweichung	2.424,67 €	4.158,62 €	2.748,30 €	1.679,40 €	2.977,98 €	6.245,13 €	1.284,77 €	1.367,42 €
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 €	1.628,98 €	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 €	16.849,62 €	12.427,93 €

**Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## 10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** in IG und KG im Präzeitraum gleich niedrig (IG: 0,66 €; KG: 0 €; vgl. Tabelle 188, Tabelle 190 und Abbildung 109). Im ersten Jahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an, wobei der Anstieg in der IG weniger stark ausfiel. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 78,88 € signifikant weniger stark an.

Die Kosten blieben in beiden Gruppen bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 65,80 € signifikant schwächer an. (vgl. Tabelle 190).

Bei den linikbekannten Patienten verliefen die Kosten zwischen IG und KG in etwa parallel zueinander, wobei die IG durchgehend geringere Kosten aufwies (vgl. Tabelle 189, Tabelle 191 und Abbildung 110). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 82,42 € nicht signifikant schwächer an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 9,16 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 191).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 40,40 € weniger stark an (vgl. Tabelle 192 und Abbildung 111).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige Kosten auf (IG: 12,22 €; KG: 3,50 €; vgl. Tabelle 193, Tabelle 194 und Abbildung 112). Im ersten Jahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 125,97 € und in der KG auf 158,40 €. Dementsprechend fiel der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 41,15 € signifikant weniger stark aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 38,52 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 194).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 195 und Abbildung 113).

Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich ebenfalls ein im Vergleich zu U1 ähnliches Muster (vgl. Tabelle 196 und Abbildung 114).

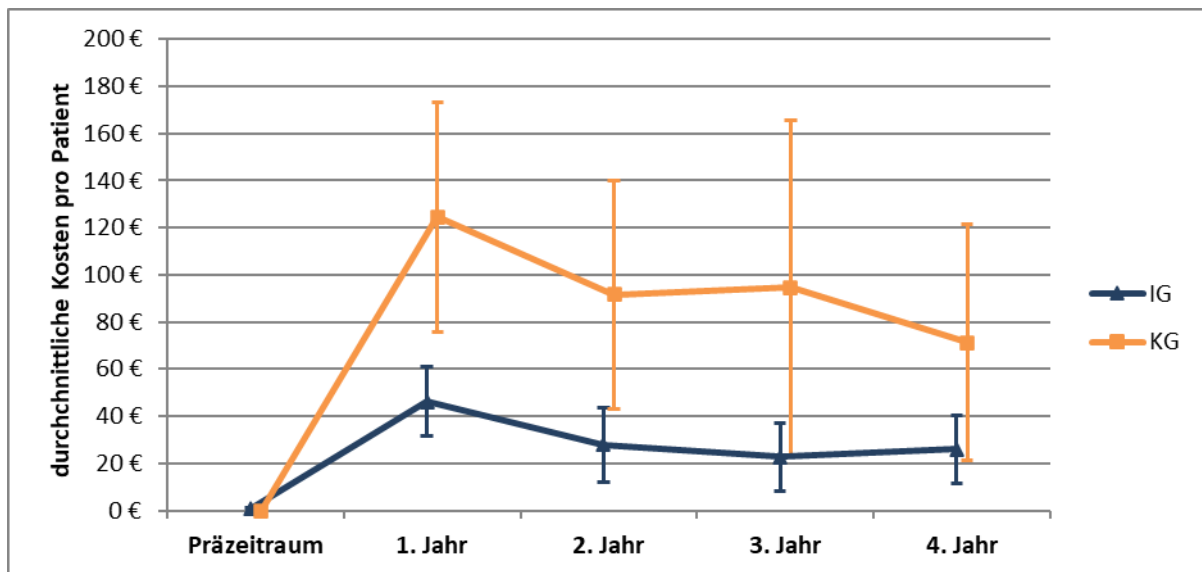
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	<10	66	19	16	20	<10	82	44	26	25
durchschnittliche Kosten	0,66 €	46,22 €	27,88 €	22,79 €	26,00 €	0,00 €	124,44 €	91,55 €	94,60 €	71,19 €
Standardabweichung	10,72 €	121,62 €	128,85 €	115,19 €	113,43 €	0,00 €	402,46 €	389,19 €	564,70 €	390,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	96,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	175,56 €	913,94 €	1.065,72 €	1.062,41 €	1.017,69 €	0,00 €	4.638,17 €	4.237,28 €	5.453,76 €	3.981,39 €

Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



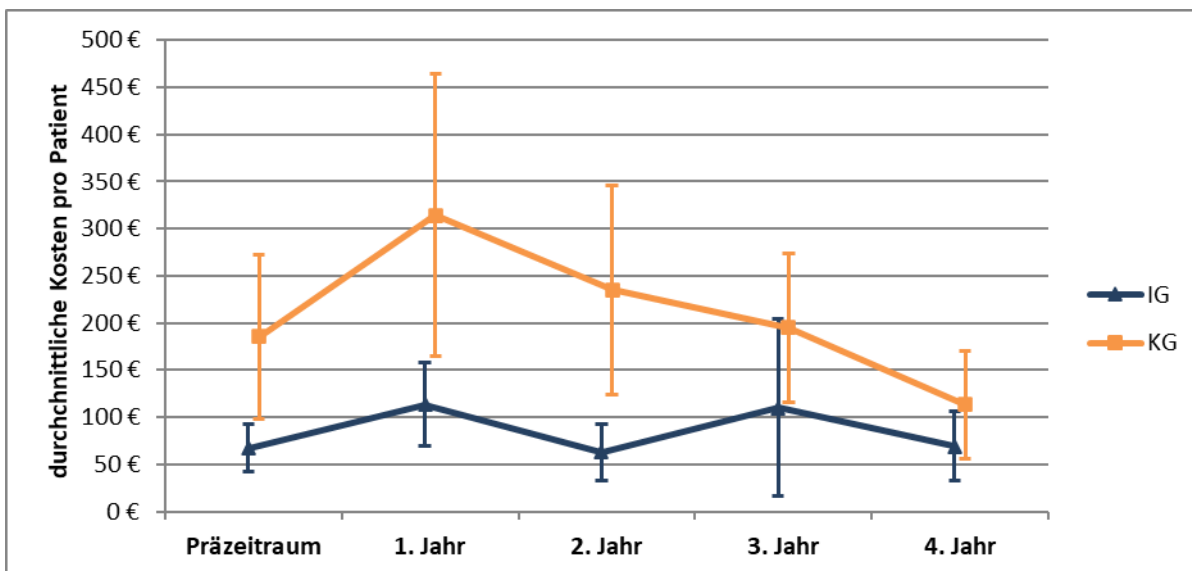


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	57	56	26	20	21	56	77	49	42	32
durchschnittliche Kosten	67,23 €	113,52 €	63,01 €	109,85 €	69,23 €	185,52 €	314,23 €	235,01 €	194,79 €	113,24 €
Standardabweichung	151,47 €	268,02 €	174,68 €	547,83 €	211,96 €	518,35 €	891,78 €	650,41 €	458,47 €	324,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	46,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	77,59 €	80,74 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	154,99 €	286,28 €	160,58 €	152,58 €	36,60 €
Maximum	1.354,41 €	1.594,89 €	1.183,93 €	5.799,38 €	1.505,49 €	3.476,24 €	9.231,95 €	4.562,26 €	2.506,00 €	2.638,92 €

**Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €		0,00 €	1,000	8,36 €	0,802
IG (vs. KG)	0,66 €	0,317	0,66 €	0,318	-3,66 €	0,444
Post (vs. Prä)	96,20 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-65,80 €	0,008				
1. Jahr (vs. Prä)			124,44 €	0,000	109,19 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			91,55 €	0,000	75,44 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			94,60 €	0,009	78,40 €	0,022
4. Jahr (vs. Prä)			71,19 €	0,005	54,20 €	0,025
IG x Jahr 1 (DiD)			-78,88 €	0,002	-75,90 €	0,003
IG x Jahr 2 (DiD)			-64,32 €	0,013	-61,52 €	0,018
IG x Jahr 3 (DiD)			-72,47 €	0,050	-69,59 €	0,058
IG x Jahr 4 (DiD)			-45,84 €	0,083	-42,47 €	0,109
Alter (30-47 J. vs. U30)					32,81 €	0,048
Alter (48-64 J. vs. U30)					41,29 €	0,088
Alter (Ü64 vs. U30)					4,33 €	0,798
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-3,47 €	0,902
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-34,72 €	0,259
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-16,20 €	0,552
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-8,78 €	0,766
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					86,14 €	0,298
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-65,25 €	0,125
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					43,32 €	0,460
F 30-39 (Affektive Störungen)					0,84 €	0,971
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-24,10 €	0,283
F 45 (Somatoforme Störungen)					17,57 €	0,627
F 40-48 (ohne F43 und F45)					21,82 €	0,696
F 50 (Essstörungen)					-1,21 €	0,965
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-26,89 €	0,242
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-69,68 €	0,030
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-45,29 €	0,085
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					69,83 €	0,118
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,62 €	0,344
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,66 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-18,70 €	0,003
R <sup>2</sup>		0,018		0,020		0,038

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	185,52 €	0,000	185,52 €	0,000	-54,04 €	0,405
IG (vs. KG)	-118,29 €	0,011	-118,29 €	0,011	-130,57 €	0,003
Post (vs. Prä)	31,22 €	0,397				
IG x Post (DiD)	-9,16 €	0,821				
1. Jahr (vs. Prä)			128,70 €	0,013	246,79 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			49,49 €	0,305	165,32 €	0,005
3. Jahr (vs. Prä)			9,27 €	0,842	123,12 €	0,023
4. Jahr (vs. Prä)			-72,28 €	0,153	38,44 €	0,495
IG x Jahr 1 (DiD)			-82,42 €	0,131	-80,53 €	0,153
IG x Jahr 2 (DiD)			-53,70 €	0,285	-53,18 €	0,293
IG x Jahr 3 (DiD)			33,35 €	0,618	34,84 €	0,598
IG x Jahr 4 (DiD)			74,28 €	0,163	82,78 €	0,126
Alter (30-47 J. vs. U30)					26,41 €	0,593
Alter (48-64 J. vs. U30)					68,06 €	0,218
Alter (Ü64 vs. U30)					2,82 €	0,953
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					36,42 €	0,442
F 01 (Vaskuläre Demenz)					158,00 €	0,057
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-49,91 €	0,485
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-596,18 €	0,056
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-24,20 €	0,576
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					311,88 €	0,003
F 30-39 (Affektive Störungen)					27,07 €	0,433
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5,96 €	0,886
F 45 (Somatoforme Störungen)					-94,22 €	0,125
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2,74 €	0,955
F 50 (Essstörungen)					-5,83 €	0,943
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					138,57 €	0,325
F 70-79 (Intelligenzstörung)					515,01 €	0,140
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.260,44 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					242,83 €	0,170
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,06 €	0,830
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					99,07 €	0,208
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					242,06 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12,51 €	0,813
R <sup>2</sup>		0,017		0,027		0,173

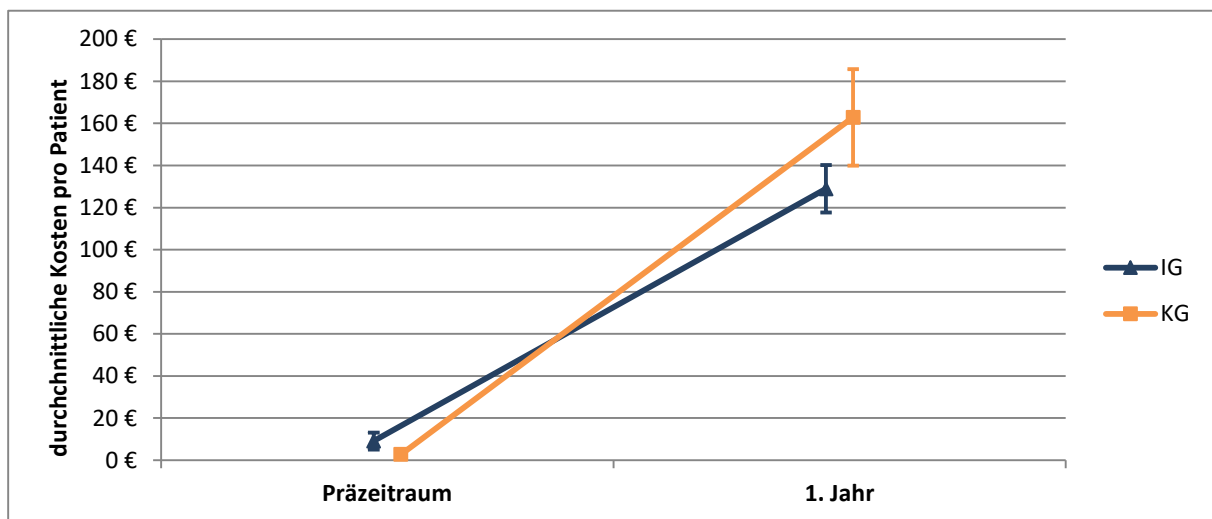
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	41	615	11	507
durchschnittliche Kosten	9,10 €	128,89 €	2,69 €	162,88 €
Standardabweichung	74,25 €	208,96 €	38,79 €	425,17 €
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 €	189,41 €	0,00 €	173,73 €
Maximum	1.971,40 €	1.894,53 €	947,82 €	6.325,78 €

**Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

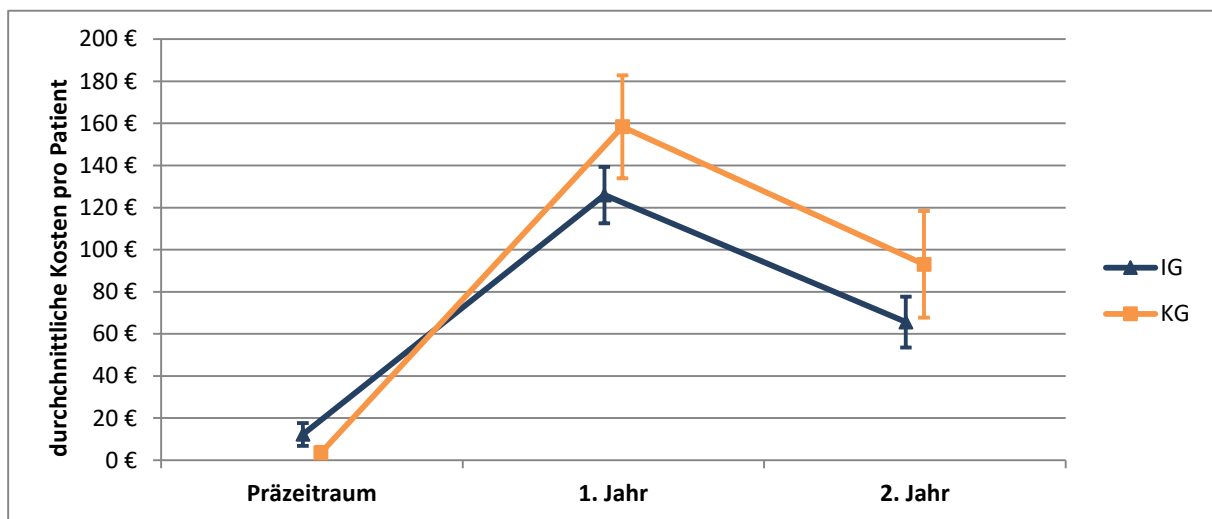


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	41	434	204	<10	373	148
durchschnittliche Kosten	12,22 €	125,97 €	65,61 €	3,50 €	158,40 €	93,01 €
Standardabweichung	85,83 €	213,48 €	188,98 €	44,97 €	388,67 €	397,21 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	170,80 €	0,00 €	0,00 €	169,88 €	0,00 €
Maximum	1.971,40 €	1.894,53 €	2.900,45 €	947,82 €	4.638,17 €	5.486,73 €

Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3,50 €	0,015	3,50 €	0,015	20,43 €	0,164
IG (vs. KG)	8,71 €	0,005	8,71 €	0,005	-1,66 €	0,523
Post (vs. Prä)	122,75 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-38,52 €	0,002				
1. Jahr (vs. Prä)			154,89 €	0,000	134,97 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			89,51 €	0,000	68,62 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-41,15 €	0,004	-29,74 €	0,036
IG x Jahr 2 (DiD)			-36,11 €	0,011	-24,96 €	0,080
Alter (30-47 J. vs. U30)					23,41 €	0,047
Alter (48-64 J. vs. U30)					14,44 €	0,234
Alter (Ü64 vs. U30)					-18,02 €	0,103
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,97 €	0,491
F 00 (Demenz)					27,26 €	0,441
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-39,50 €	0,004
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-58,60 €	0,007
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1,13 €	0,941
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					30,30 €	0,484
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-69,79 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					7,58 €	0,743
F 30-39 (Affektive Störungen)					21,70 €	0,078
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					27,77 €	0,074
F 45 (Somatoforme Störungen)					13,99 €	0,284
F 40-48 (ohne F43 und F45)					0,41 €	0,981
F 50 (Essstörungen)					18,63 €	0,698
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-14,31 €	0,624
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-17,72 €	0,365
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-5,84 €	0,874
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					75,95 €	0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13,19 €	0,047
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,92 €	0,656
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					291,95 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,36 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,037		0,046		0,083

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

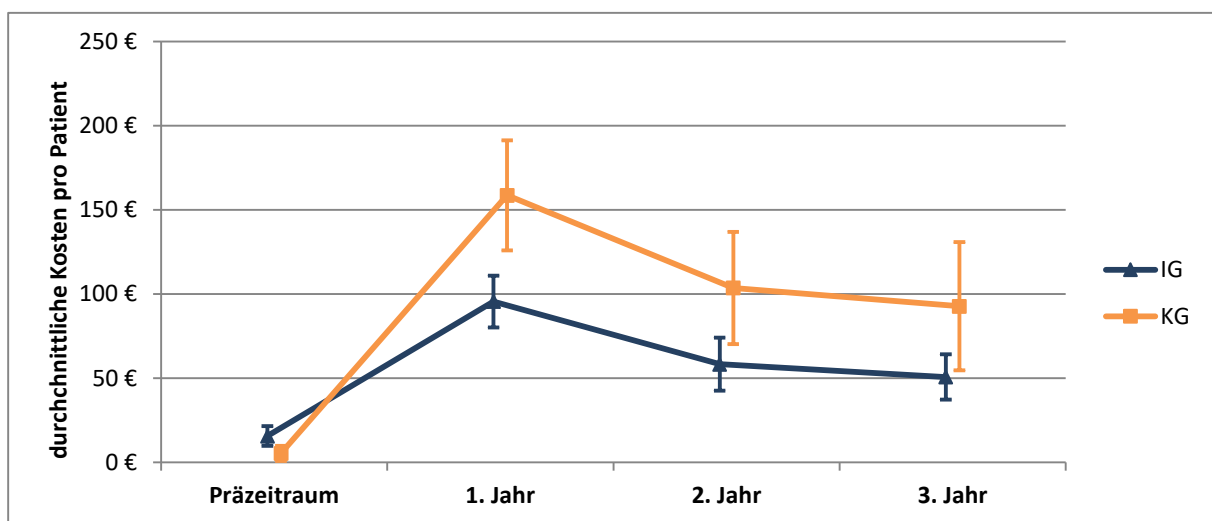
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	36	222	105	93	<10	216	97	75
durchschnittliche Kosten	15,67 €	95,56 €	58,28 €	50,73 €	5,36 €	158,59 €	103,61 €	92,71 €
Standardabweichung	73,14 €	194,00 €	194,63 €	164,49 €	56,63 €	409,52 €	408,79 €	458,40 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	91,95 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	148,33 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	613,77 €	1.894,53 €	2.900,45 €	2.101,08 €	947,82 €	4.638,17 €	4.237,28 €	5.453,76 €

Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

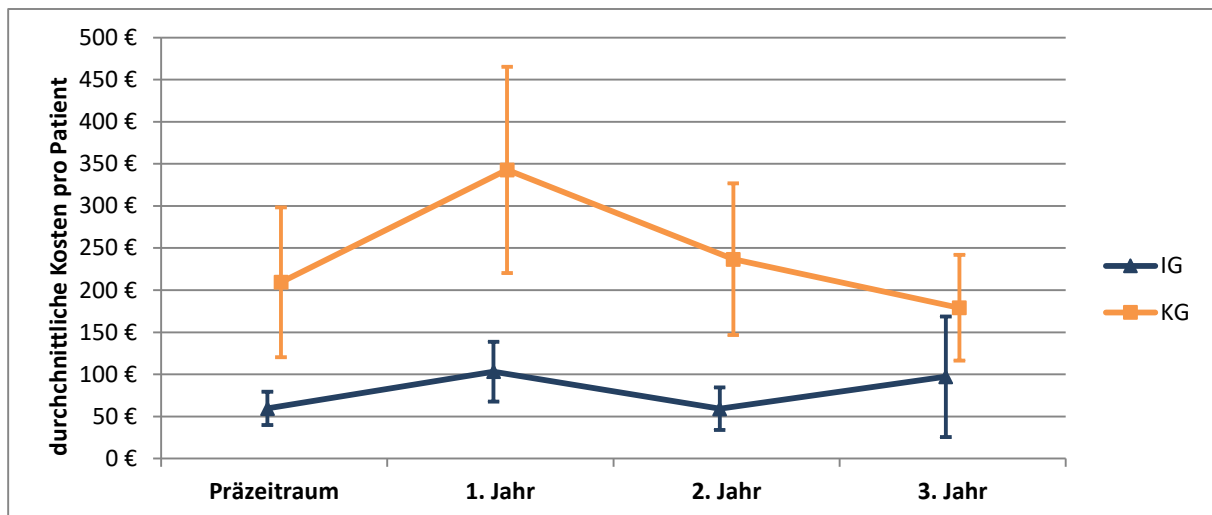


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	71	72	32	29	75	105	66	55
durchschnittliche Kosten	59,46 €	103,21 €	59,14 €	97,12 €	209,40 €	342,94 €	236,78 €	178,98 €
Standardabweichung	136,21 €	244,69 €	170,70 €	482,74 €	607,05 €	835,81 €	605,40 €	417,60 €
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 €	94,34 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	74,74 €	80,74 €	0,00 €	0,00 €	164,50 €	350,03 €	206,59 €	155,15 €
Maximum	1.354,41 €	1.594,89 €	1.183,93 €	5.799,38 €	4.878,79 €	9.231,95 €	4.562,26 €	2.506,00 €

**Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**





## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung waren die **Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen** für IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich niedrig (IG: 6,25 €; KG: 9,40 €; vgl. Tabelle 197, Tabelle 199 und Abbildung 115). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 302,68 € und in der KG auf 618,65 €. Dementsprechend fiel der Kostenanstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 312,82 € signifikant weniger stark aus.

Im zweiten Jahr sanken die Kosten in beiden Gruppen und blieben bis zum vierten Jahr in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 97,74 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 199).

Bei den linikbekanntnen Patienten zeigte sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen den Gruppen, wobei die IG durchgehend niedrigere Kosten aufwies (vgl. Tabelle 198, Tabelle 200 und Abbildung 116). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 18,86 € nicht signifikant weniger stark an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 104,44 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 200).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 428,37 € weniger stark an (vgl. Tabelle 201 und Abbildung 117).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich niedrige Kosten auf (IG: 2,83 €; KG: 6,14 €; vgl. Tabelle 202, Tabelle 203 und Abbildung 118). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an: in der IG auf 242,41 € und in der KG auf 671,56 €. Dementsprechend fiel der Anstieg vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr in der IG (relativ zur KG) um 425,84 € signifikant weniger stark aus. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 260,76 € signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 203).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 204 und Abbildung 119).

Bei den linikbekanntnen Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 205 und Abbildung 120).



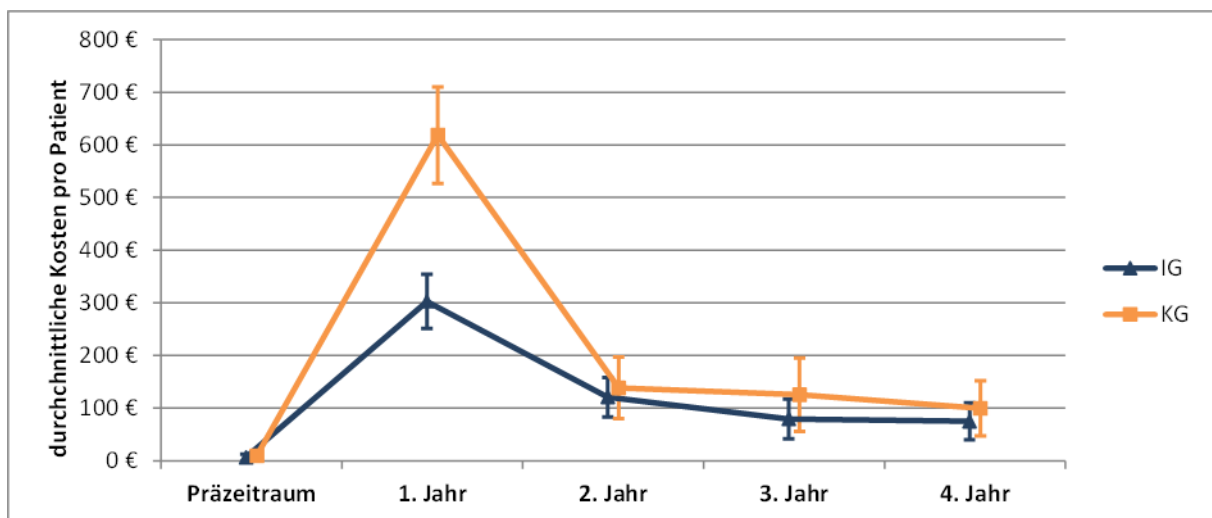
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	<10	199	65	57	47	<10	190	47	30	31
durchschnittliche Kosten	6,25 €	302,68 €	121,03 €	79,44 €	74,91 €	9,40 €	618,65 €	138,27 €	125,24 €	99,44 €
Standardabweichung	59,45 €	394,88 €	289,24 €	293,58 €	269,61 €	78,24 €	689,80 €	441,34 €	523,98 €	395,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	143,17 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	159,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	408,58 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	385,48 €	94,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	884,71 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	819,72 €	2.622,00 €	2.346,97 €	3.548,50 €	2.229,98 €	1.023,58 €	4.797,32 €	3.394,27 €	4.687,15 €	3.552,69 €

Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

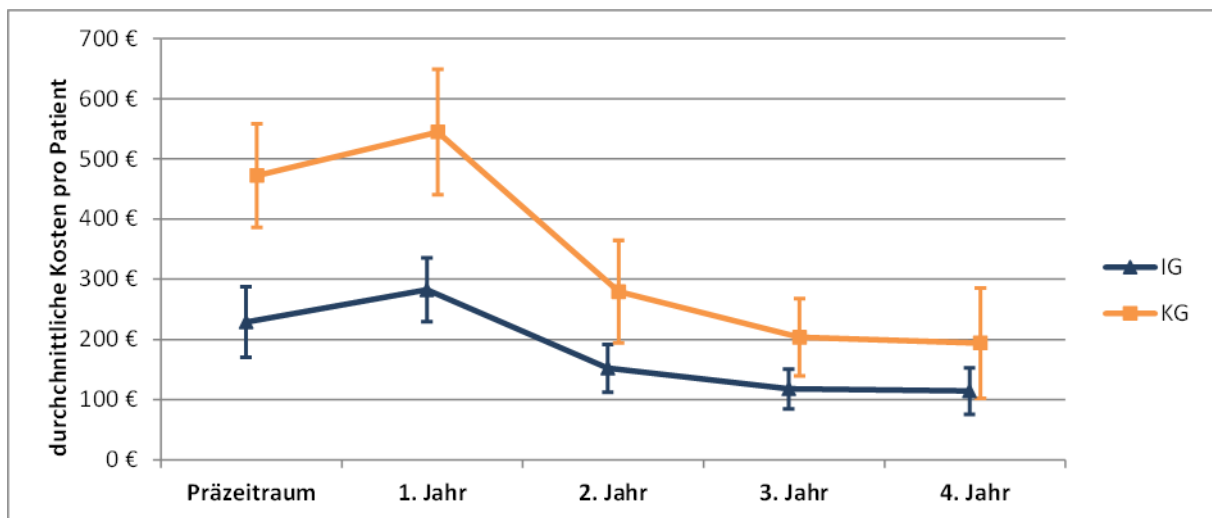


### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	117	133	83	71	60	127	113	62	47	34
durchschnittliche Kosten	228,87 €	282,43 €	152,08 €	117,75 €	114,19 €	472,26 €	544,67 €	279,34 €	203,55 €	193,90 €
Standardabweichung	371,37 €	335,33 €	251,84 €	210,20 €	244,13 €	523,19 €	632,40 €	515,98 €	388,62 €	553,50 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	48,86 €	86,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	139,41 €	74,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	134,85 €	190,26 €	66,63 €	0,00 €	0,00 €	282,99 €	312,22 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	244,54 €	380,42 €	205,07 €	166,91 €	134,65 €	665,03 €	802,76 €	415,83 €	278,76 €	0,00 €
Maximum	3.029,44 €	2.208,52 €	1.795,35 €	1.455,40 €	1.475,92 €	3.012,37 €	3.375,89 €	3.145,87 €	1.845,43 €	4.486,04 €

**Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



**Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	9,40 €	0,077	9,40 €	0,077	-12,41 €	0,893
IG (vs. KG)	-3,15 €	0,633	-3,15 €	0,634	3,70 €	0,491
Post (vs. Prä)	236,00 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-97,74 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			609,25 €	0,000	618,47 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			128,88 €	0,000	138,09 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			115,84 €	0,001	125,06 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			90,05 €	0,001	99,27 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-312,82 €	0,000	-316,63 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-14,09 €	0,697	-17,91 €	0,621
IG x Jahr 3 (DiD)			-42,65 €	0,301	-46,47 €	0,260
IG x Jahr 4 (DiD)			-21,38 €	0,517	-25,20 €	0,447
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-27,67 €	0,227
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					107,98 €	0,070
F 30-39 (Affektive Störungen)					43,04 €	0,610
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					15,99 €	0,906
F 45 (Somatoforme Störungen)					29,82 €	0,717
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-61,61 €	0,102
F 50 (Essstörungen)					140,23 €	0,537
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-144,68 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					112,15 €	0,292
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					19,37 €	0,816
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,91 €	0,739
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,01 €	0,212
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					337,57 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,19 €	0,980
R <sup>2</sup>		0,043		0,165		0,174

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	472,26 €	0,000	472,26 €	0,000	248,89 €	0,010
IG (vs. KG)	-243,39 €	0,000	-243,39 €	0,000	-220,05 €	0,000
Post (vs. Prä)	-166,70 €	0,000				
IG x Post (DiD)	104,44 €	0,055				
1. Jahr (vs. Prä)			72,41 €	0,204	436,86 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-192,92 €	0,000	171,53 €	0,008
3. Jahr (vs. Prä)			-268,71 €	0,000	95,74 €	0,105
4. Jahr (vs. Prä)			-278,36 €	0,000	86,14 €	0,190
IG x Jahr 1 (DiD)			-18,86 €	0,777	-46,03 €	0,518
IG x Jahr 2 (DiD)			116,14 €	0,062	88,96 €	0,177
IG x Jahr 3 (DiD)			157,60 €	0,007	130,42 €	0,035
IG x Jahr 4 (DiD)			163,68 €	0,014	136,46 €	0,049
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-77,02 €	0,016
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					134,47 €	0,378
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-223,18 €	0,076
F 30-39 (Affektive Störungen)					-241,71 €	0,005
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					212,71 €	0,054
F 45 (Somatoforme Störungen)					-67,20 €	0,263
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-119,95 €	0,001
F 50 (Essstörungen)					139,69 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-62,31 €	0,301
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					121,30 €	0,155
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-126,35 €	0,090
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-21,25 €	0,664
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					156,76 €	0,078
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					332,43 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					67,92 €	0,232
R <sup>2</sup>		0,045		0,095		0,145

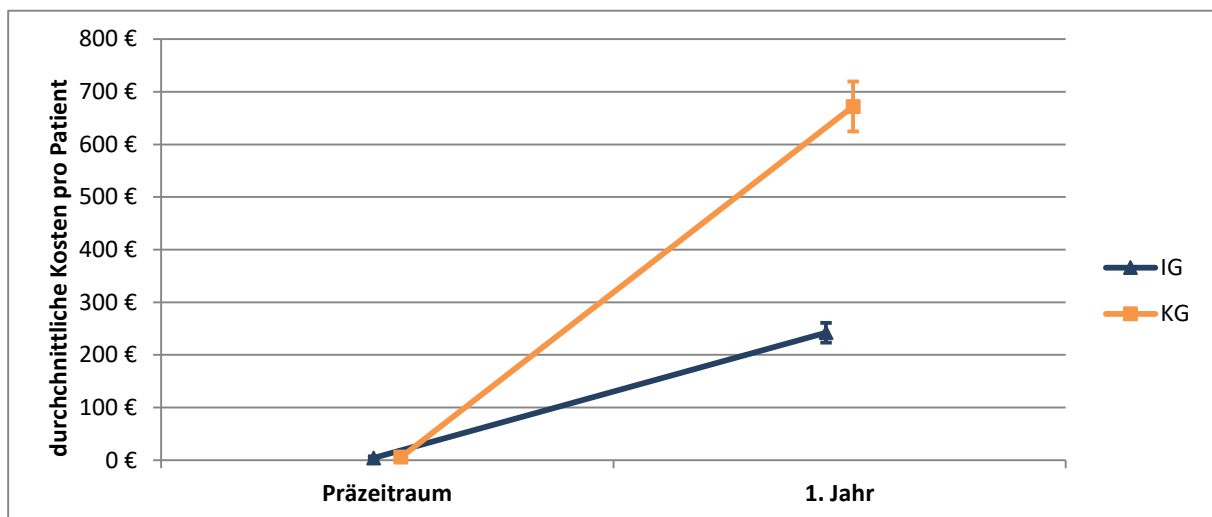
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	11	882	19	880
durchschnittliche Kosten	3,98 €	242,22 €	5,46 €	672,07 €
Standardabweichung	53,09 €	309,65 €	51,22 €	779,62 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	90,32 €	0,00 €	123,79 €
Median	0,00 €	150,02 €	0,00 €	409,33 €
75%-Perzentil	0,00 €	309,62 €	0,00 €	972,44 €
Maximum	1.324,81 €	3.326,42 €	1.023,58 €	6.157,47 €

Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

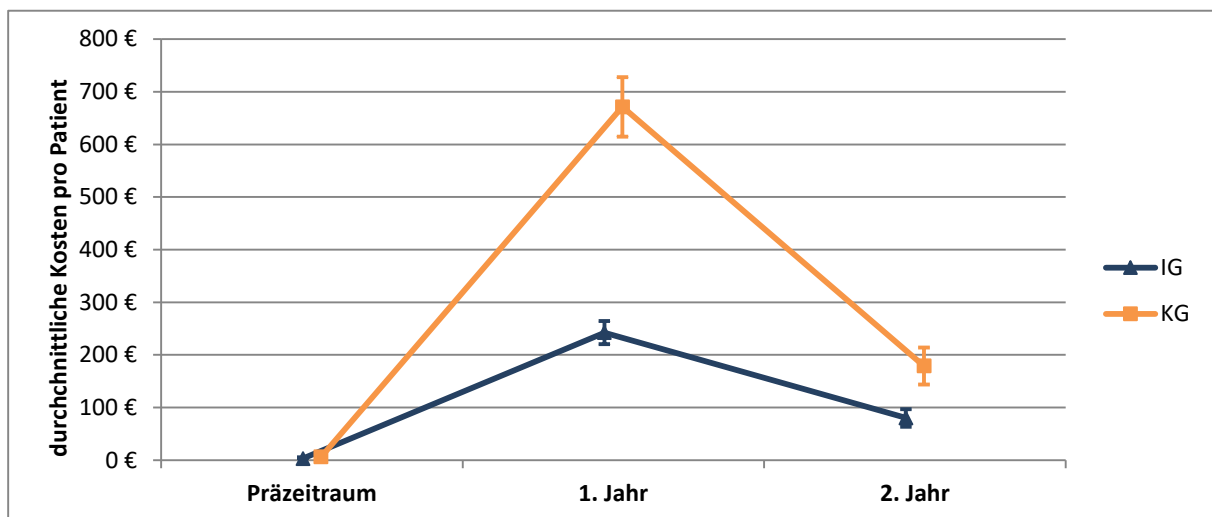


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	<10	614	179	14	622	196
durchschnittliche Kosten	2,83 €	242,41 €	80,24 €	6,14 €	671,56 €	178,89 €
Standardabweichung	36,49 €	307,32 €	229,67 €	57,27 €	772,30 €	477,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	88,32 €	0,00 €	0,00 €	128,08 €	0,00 €
Median	0,00 €	148,49 €	0,00 €	0,00 €	413,12 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	304,11 €	0,00 €	0,00 €	956,90 €	116,32 €
Maximum	819,72 €	2.622,00 €	2.710,97 €	1.023,58 €	6.157,47 €	3.851,61 €

Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche





**Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	6,14 €	0,004	6,14 €	0,004	98,40 €	0,000
IG (vs. KG)	-3,31 €	0,190	-3,31 €	0,190	2,29 €	0,517
Post (vs. Prä)	419,26 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-260,76 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			665,42 €	0,000	667,53 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			172,75 €	0,000	174,87 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-425,84 €	0,000	-429,00 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			-95,34 €	0,000	-98,52 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-13,53 €	0,348
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					44,12 €	0,151
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					6,76 €	0,980
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-83,76 €	0,399
F 30-39 (Affektive Störungen)					-136,27 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5,50 €	0,883
F 45 (Somatoforme Störungen)					-71,45 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-79,77 €	0,024
F 50 (Essstörungen)					232,77 €	0,050
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-139,29 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					111,31 €	0,154
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-87,10 €	0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,66 €	0,494
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10,90 €	0,694
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					321,43 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-4,33 €	0,329
R <sup>2</sup>		0,140		0,245		0,260

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

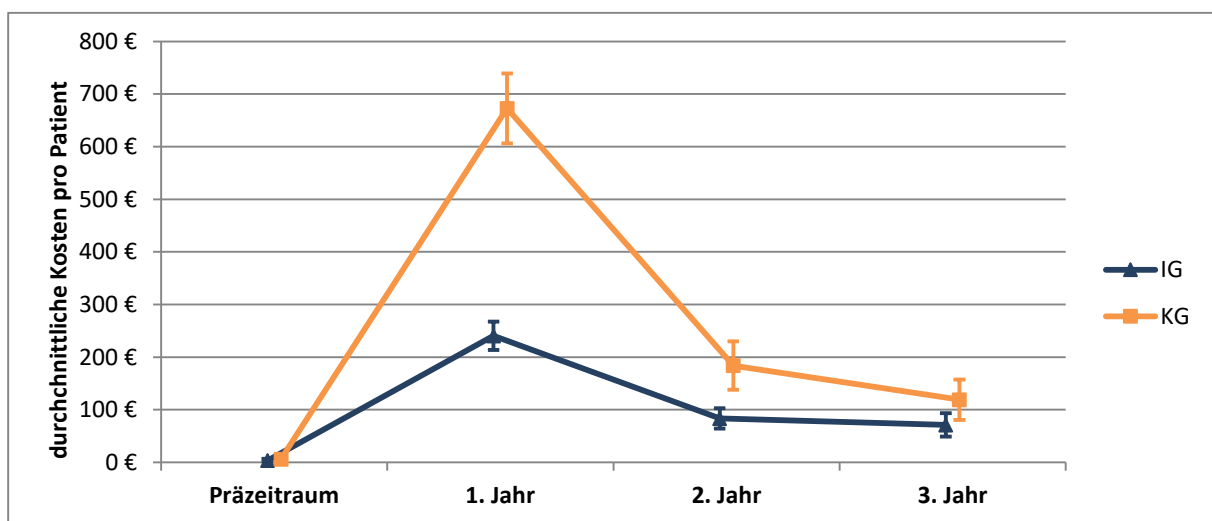
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	<10	413	124	107	10	409	123	80
durchschnittliche Kosten	3,35 €	240,50 €	83,49 €	71,13 €	6,12 €	672,74 €	183,81 €	119,15 €
Standardabweichung	41,75 €	306,63 €	221,80 €	254,75 €	58,78 €	735,99 €	508,06 €	423,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	88,32 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	144,35 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	145,85 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	464,03 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	310,73 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	953,23 €	78,49 €	0,00 €
Maximum	819,72 €	2.622,00 €	2.346,97 €	3.548,50 €	1.023,58 €	6.157,47 €	3.851,61 €	4.687,15 €

Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

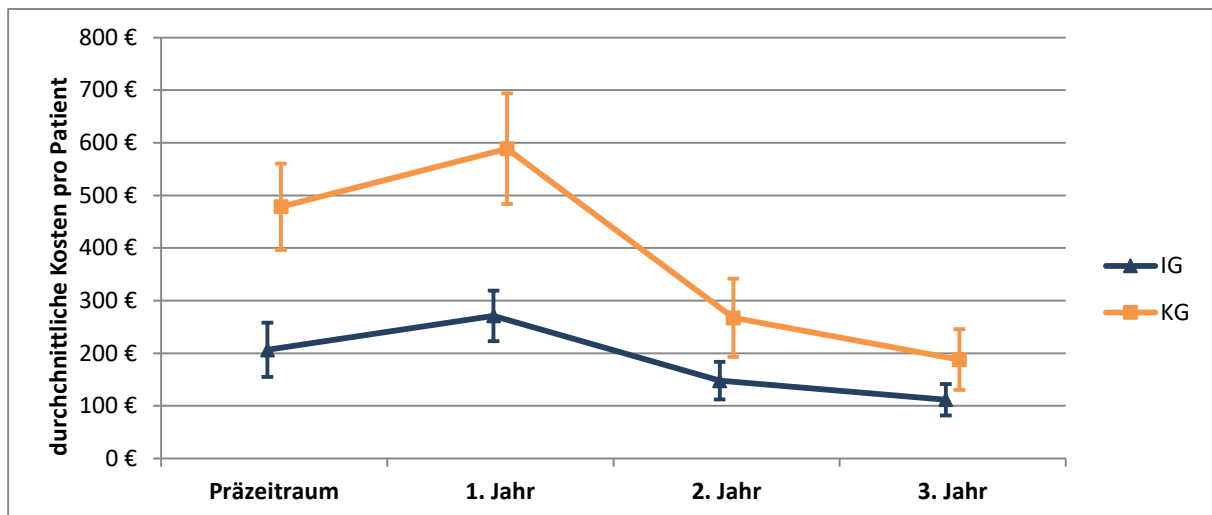


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	126	152	93	78	149	141	74	53
durchschnittliche Kosten	206,42 €	271,09 €	148,00 €	111,74 €	478,59 €	588,91 €	267,52 €	188,16 €
Standardabweichung	351,55 €	326,78 €	245,09 €	203,78 €	548,78 €	702,28 €	499,61 €	387,53 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	83,29 €	0,00 €	0,00 €	135,39 €	81,33 €	0,00 €	0,00 €
Median	111,67 €	179,30 €	58,76 €	0,00 €	281,10 €	326,90 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	236,29 €	365,83 €	205,07 €	152,22 €	663,23 €	834,37 €	397,88 €	199,35 €
Maximum	3.029,44 €	2.208,52 €	1.795,35 €	1.455,40 €	3.012,37 €	3.699,17 €	3.145,87 €	1.983,22 €

**Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## **10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen**

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

### **Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene**

Da **sonstige im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen** nur vereinzelt in Anspruch genommen wurden entfällt eine Interpretation der Ergebnisse.

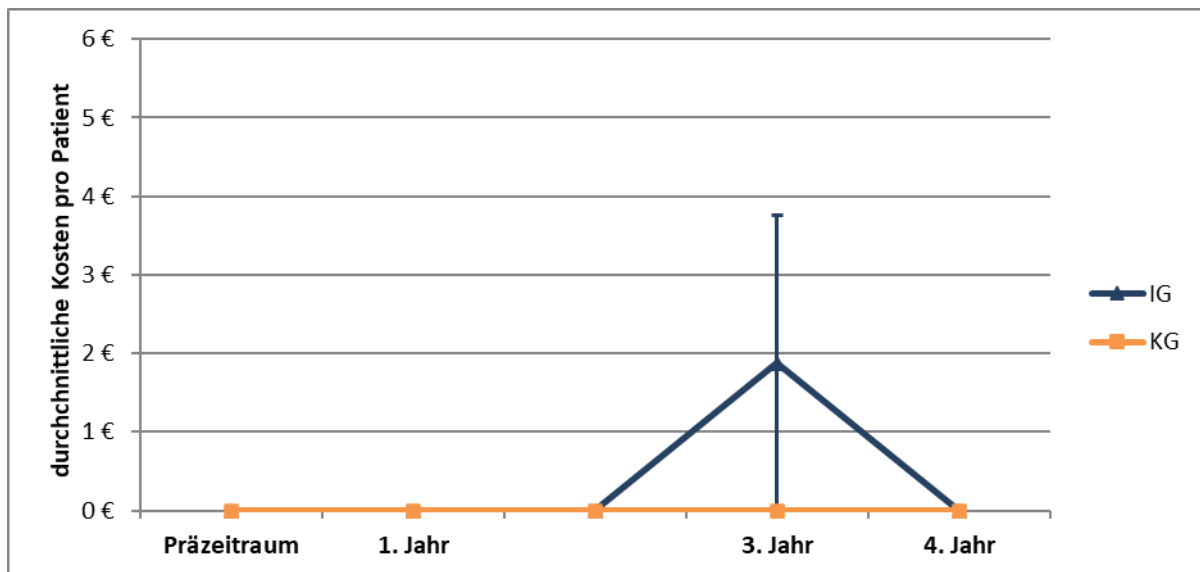
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1,88 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	29,51 €	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene** Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

**Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

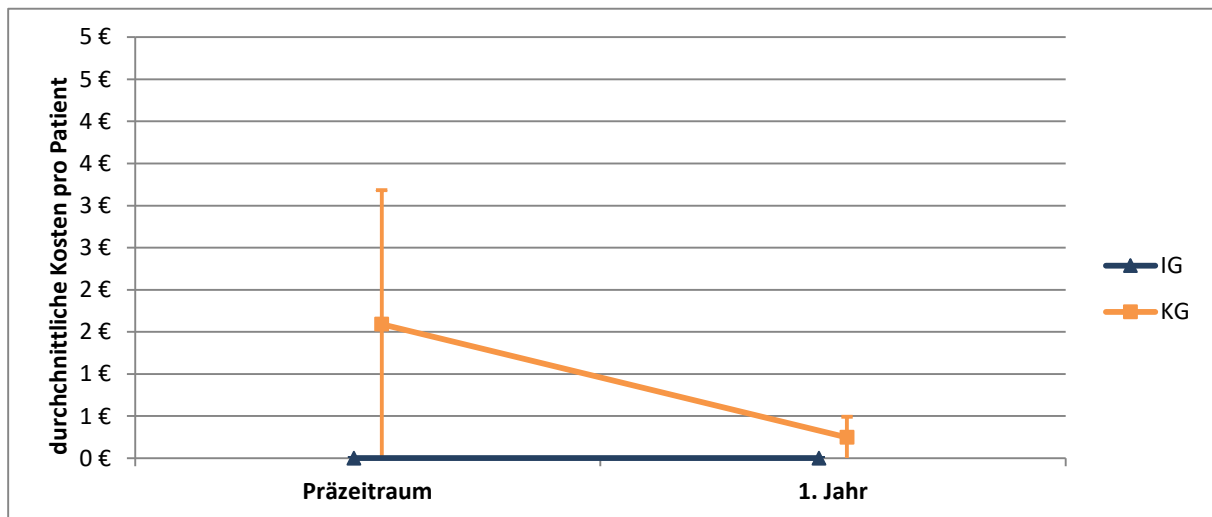
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	1,59 €	0,25 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	57,76 €	7,11 €
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	0,00 €	0,00 €	2.095,24 €	245,76 €

**Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



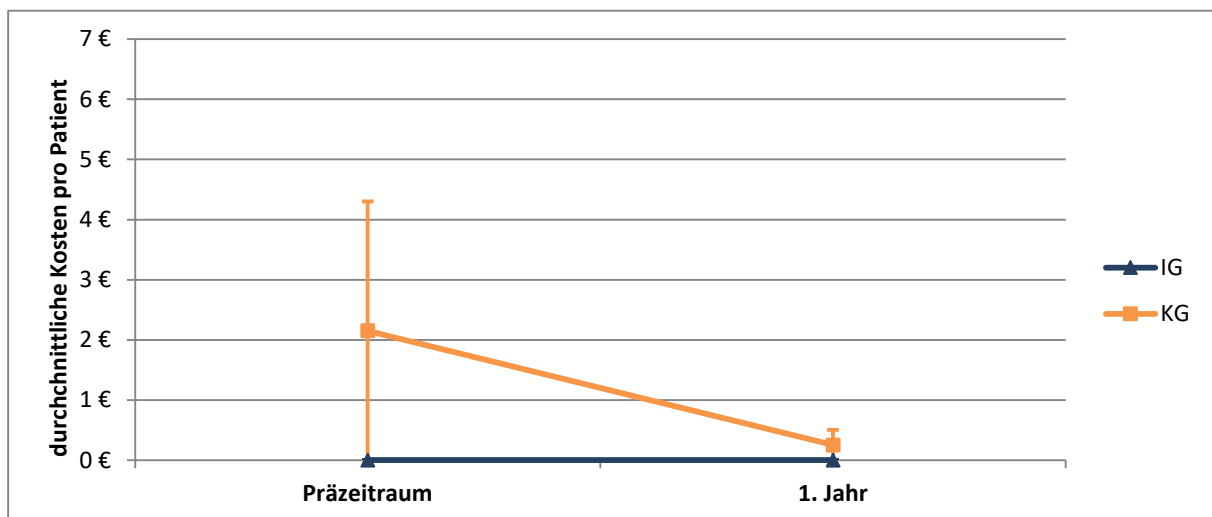


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,15 €	0,25 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	67,14 €	7,87 €	0,00 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2.095,24 €	245,76 €	0,00 €

Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

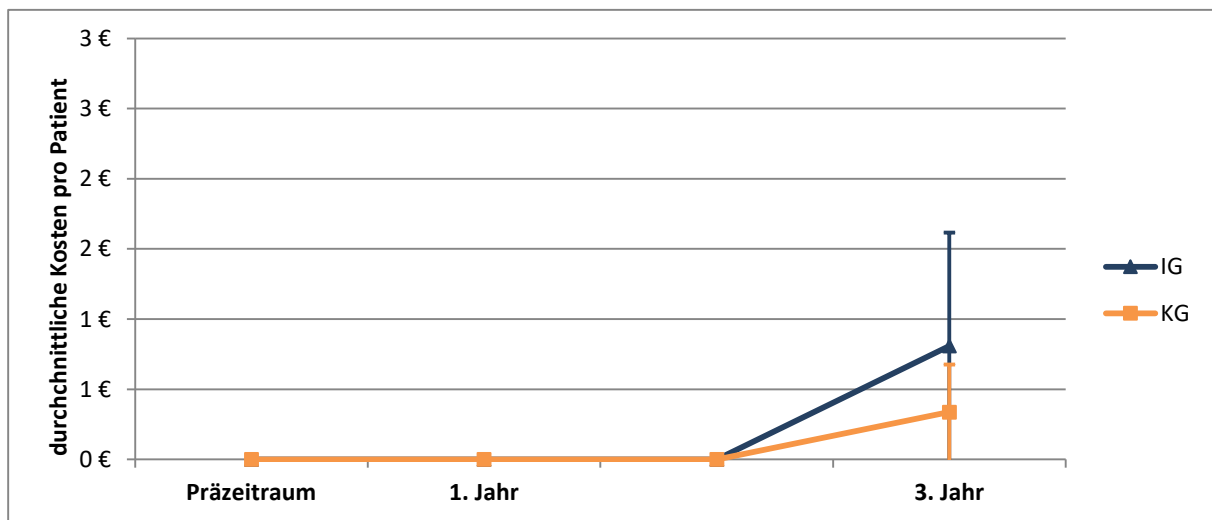
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,34 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	19,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7,96 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	463,78 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	187,95 €

Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

**Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung verliefen die **Kosten sonstiger im Krankenhaus erbrachter psychiatrischer Leistungen** parallel zwischen IG und KG, wobei die IG durchweg geringere Kosten aufwies (vgl. Tabelle 215, Tabelle 217 und Abbildung 127). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 11,34 € nicht signifikant stärker an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 10,42 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 217).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG vom Präzeitraum bis zum zweiten sowie im vierten Nachbeobachtungsjahr geringe Kosten als die KG auf. Im dritten Jahr waren die Kosten schließlich in etwa gleich hoch (vgl. Tabelle 216, Tabelle 218 und Abbildung 128). Der Anstieg vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG (relativ zur KG) um 0,89 € nicht signifikant schwächer aus. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 10,87 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 218).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung sanken die Kosten der IG (relativ zur KG) vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 4,63 € schwächer (vgl. Tabelle 219 und Abbildung 129).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigten IG und KG parallel zueinander verlaufende Kosten, wobei die IG durchgehend günstiger war (vgl. Tabelle 220, Tabelle 221 und Abbildung 130). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 2,30 € nicht signifikant stärker. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 0,16 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 221).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 221 und Abbildung 131).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ebenfalls ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 221 und Abbildung 132).

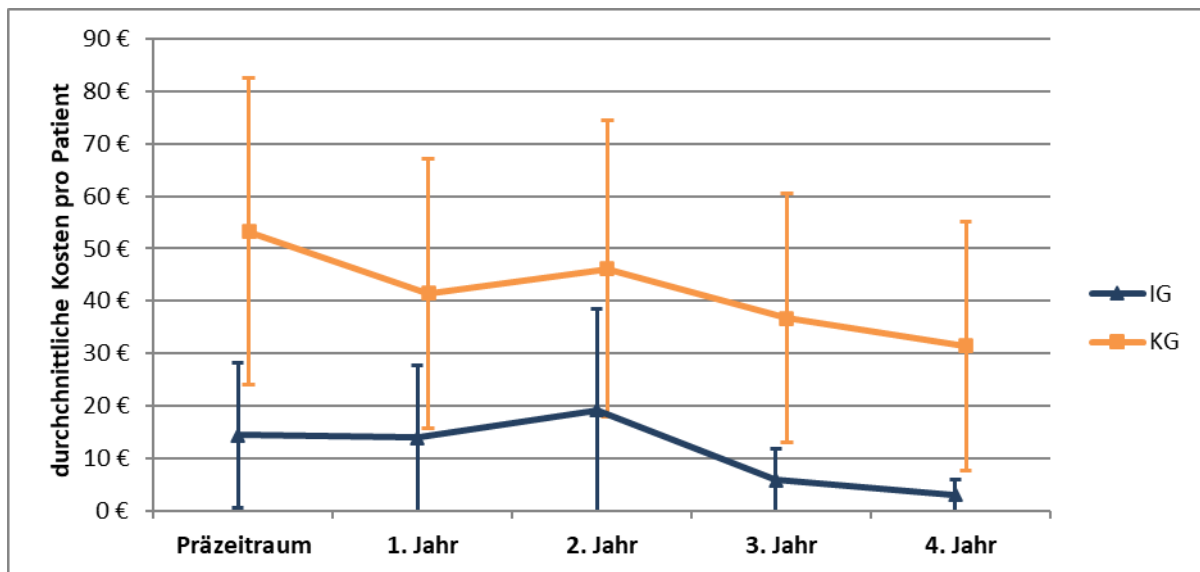
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	14	13	11	11	<10
durchschnittliche Kosten	14,41 €	13,89 €	19,20 €	5,82 €	2,95 €	53,28 €	41,42 €	46,15 €	36,69 €	31,38 €
Standardabweichung	106,53 €	130,59 €	177,86 €	53,76 €	31,55 €	220,41 €	192,57 €	212,76 €	178,59 €	179,03 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.198,00 €	1.797,00 €	2.396,00 €	666,74 €	343,27 €	1.524,95 €	1.564,57 €	1.456,18 €	1.497,46 €	1.536,69 €

Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

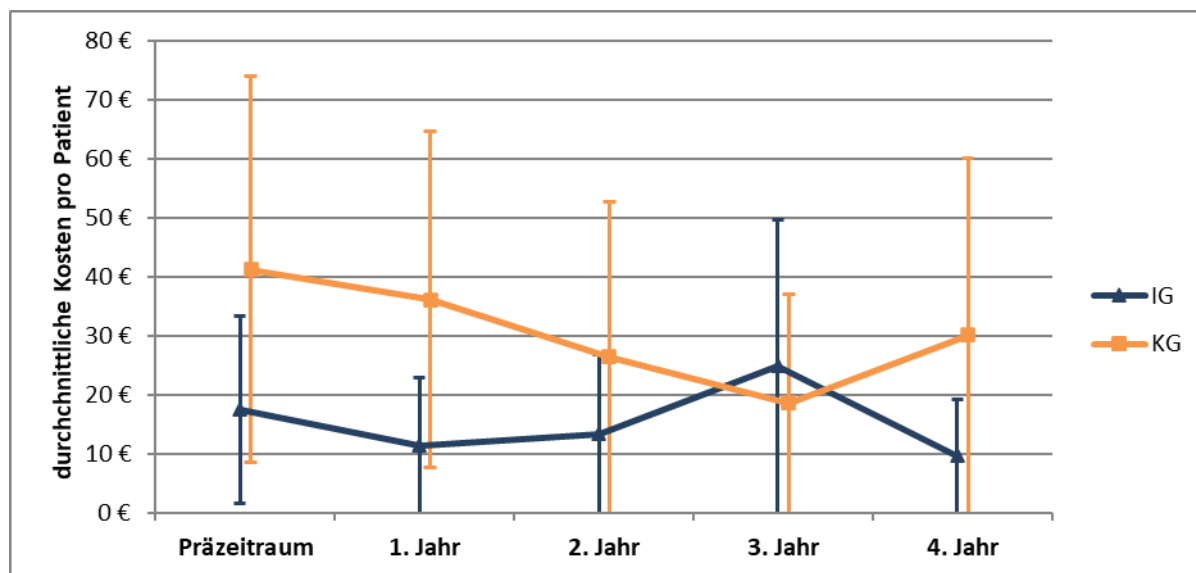


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	17,43 €	11,43 €	13,35 €	24,87 €	9,60 €	41,26 €	36,14 €	26,37 €	18,53 €	30,06 €
Standardabweichung	100,67 €	76,28 €	93,82 €	166,33 €	84,38 €	198,66 €	172,44 €	193,22 €	129,34 €	198,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	738,76 €	759,52 €	1.000,11 €	1.603,44 €	811,74 €	1.370,24 €	1.084,72 €	1.859,78 €	1.135,38 €	1.892,30 €

**Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



**Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	53,28 €	0,000	53,28 €	0,000	19,46 €	0,616
IG (vs. KG)	-38,87 €	0,019	-38,87 €	0,019	-38,16 €	0,021
Post (vs. Prä)	-14,37 €	0,177				
IG x Post (DiD)	10,42 €	0,369				
1. Jahr (vs. Prä)			-11,86 €	0,235	10,15 €	0,550
2. Jahr (vs. Prä)			-7,13 €	0,541	14,88 €	0,403
3. Jahr (vs. Prä)			-16,59 €	0,174	5,42 €	0,752
4. Jahr (vs. Prä)			-21,91 €	0,110	0,10 €	0,996
IG x Jahr 1 (DiD)			11,34 €	0,314	11,97 €	0,307
IG x Jahr 2 (DiD)			11,91 €	0,400	12,54 €	0,365
IG x Jahr 3 (DiD)			8,00 €	0,575	8,63 €	0,541
IG x Jahr 4 (DiD)			10,45 €	0,494	11,08 €	0,462
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-7,03 €	0,590
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-22,93 €	0,388
F 30-39 (Affektive Störungen)					-30,83 €	0,412
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-41,64 €	0,095
F 45 (Somatoforme Störungen)					16,61 €	0,643
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-11,19 €	0,419
F 50 (Essstörungen)					-17,59 €	0,385
F 70-79 (Intelligenzstörung)					14,01 €	0,759
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					62,67 €	0,362
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					12,42 €	0,726
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13,89 €	0,603
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					13,31 €	0,335
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,90 €	0,853
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,28 €	0,087
R <sup>2</sup>		0,010		0,011		0,017

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.



**Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	41,26 €	0,014	41,26 €	0,014	81,75 €	0,182
IG (vs. KG)	-23,83 €	0,200	-23,83 €	0,201	-18,93 €	0,335
Post (vs. Prä)	-13,49 €	0,351				
IG x Post (DiD)	10,87 €	0,497				
1. Jahr (vs. Prä)			-5,12 €	0,639	26,91 €	0,222
2. Jahr (vs. Prä)			-14,88 €	0,434	17,14 €	0,377
3. Jahr (vs. Prä)			-22,73 €	0,181	9,29 €	0,666
4. Jahr (vs. Prä)			-11,20 €	0,564	20,42 €	0,290
IG x Jahr 1 (DiD)			-0,89 €	0,942	-6,42 €	0,615
IG x Jahr 2 (DiD)			10,80 €	0,597	5,28 €	0,782
IG x Jahr 3 (DiD)			30,16 €	0,138	24,64 €	0,206
IG x Jahr 4 (DiD)			3,37 €	0,870	-1,75 €	0,927
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					5,03 €	0,737
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-15,77 €	0,233
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-75,19 €	0,187
F 30-39 (Affektive Störungen)					-92,71 €	0,162
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					11,24 €	0,577
F 45 (Somatoforme Störungen)					-25,92 €	0,438
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-25,78 €	0,393
F 50 (Essstörungen)					-11,25 €	0,456
F 70-79 (Intelligenzstörung)					33,08 €	0,515
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-62,42 €	0,174
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-74,18 €	0,264
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,52 €	0,415
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-29,34 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,92 €	0,881
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,38 €	0,006
R <sup>2</sup>		0,003		0,005		0,022

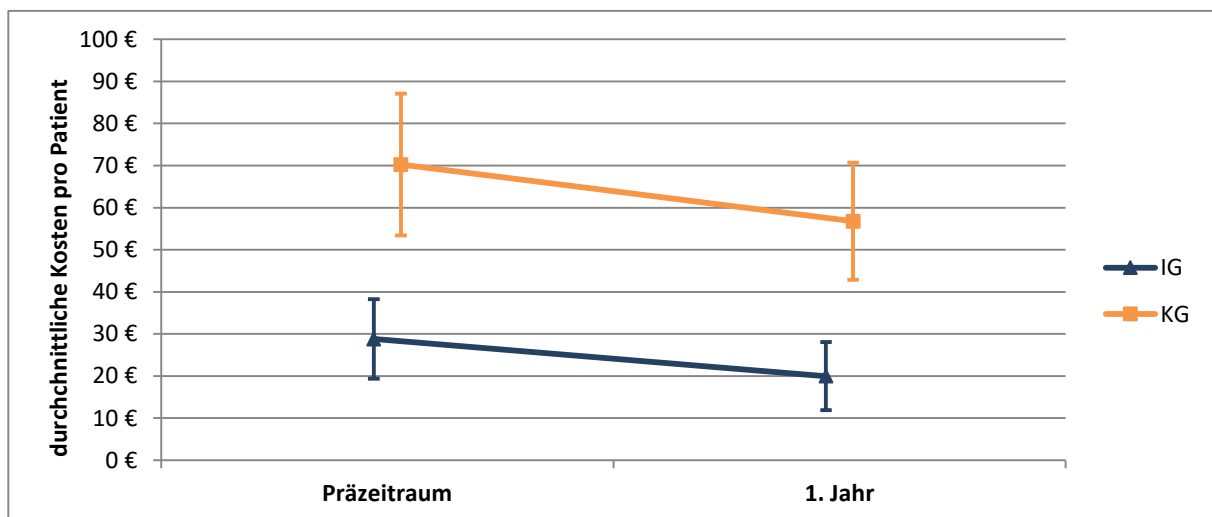
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	43	30	77	74
durchschnittliche Kosten	28,80 €	19,96 €	70,25 €	56,78 €
Standardabweichung	155,05 €	132,61 €	276,45 €	228,85 €
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	1.666,85 €	1.797,00 €	1.892,30 €	1.605,94 €

**Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

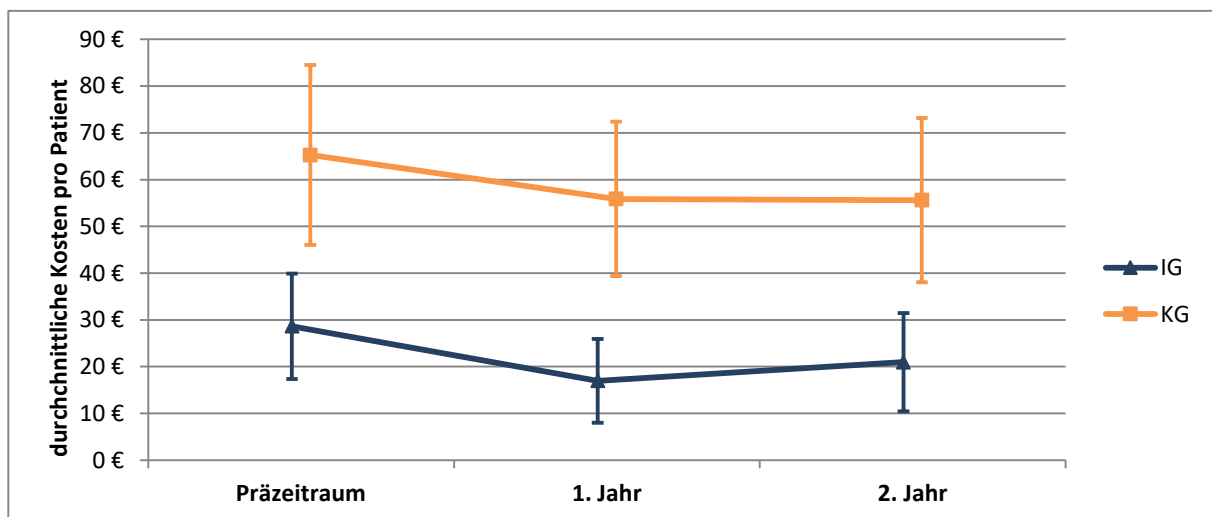


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	29	19	21	50	51	44
durchschnittliche Kosten	28,65 €	16,96 €	20,95 €	65,26 €	55,87 €	55,60 €
Standardabweichung	155,77 €	123,86 €	145,16 €	262,97 €	225,53 €	239,99 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	1.333,48 €	1.797,00 €	2.396,00 €	1.780,14 €	1.605,94 €	1.660,00 €

Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	65,26 €	0,000	65,26 €	0,000	32,64 €	0,079
IG (vs. KG)	-36,61 €	0,001	-36,61 €	0,001	-36,81 €	0,001
Post (vs. Prä)	-9,53 €	0,206				
IG x Post (DiD)	-0,16 €	0,986				
1. Jahr (vs. Prä)			-9,39 €	0,190	23,68 €	0,014
2. Jahr (vs. Prä)			-9,66 €	0,287	23,38 €	0,038
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,30 €	0,790	-4,30 €	0,616
IG x Jahr 2 (DiD)			1,97 €	0,856	-0,01 €	1,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-18,92 €	0,022
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					70,83 €	0,250
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-57,65 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-28,23 €	0,321
F 30-39 (Affektive Störungen)					-32,12 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-25,35 €	0,026
F 45 (Somatoforme Störungen)					-3,05 €	0,836
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-24,61 €	0,001
F 50 (Essstörungen)					1,28 €	0,962
F 70-79 (Intelligenzstörung)					82,74 €	0,060
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					41,63 €	0,315
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					7,93 €	0,591
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,19 €	0,687
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					117,33 €	0,306
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-52,07 €	0,017
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					39,30 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,009		0,009		0,027

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

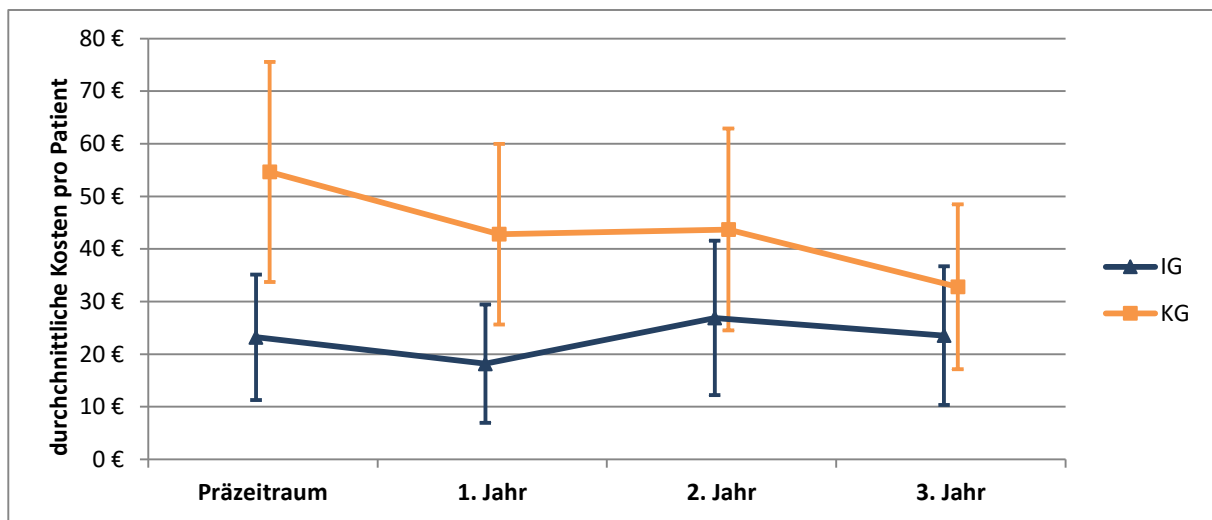
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	17	14	18	15	30	29	23	21
durchschnittliche Kosten	23,24 €	18,17 €	26,90 €	23,54 €	54,66 €	42,82 €	43,71 €	32,81 €
Standardabweichung	135,65 €	127,95 €	167,04 €	149,88 €	231,43 €	190,06 €	212,14 €	173,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.333,48 €	1.797,00 €	2.396,00 €	1.685,90 €	1.713,72 €	1.564,57 €	1.660,00 €	1.510,10 €

Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

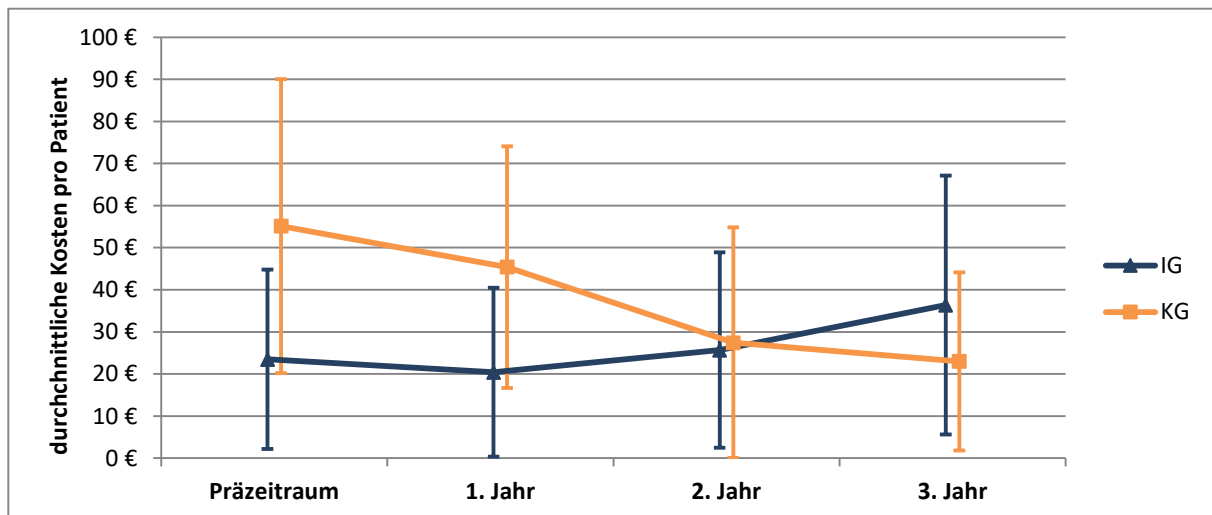


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	11	11	<10	<10
durchschnittliche Kosten	23,47 €	20,38 €	25,68 €	36,35 €	55,13 €	45,39 €	27,44 €	23,00 €
Standardabweichung	145,16 €	136,65 €	158,19 €	209,38 €	233,94 €	192,01 €	183,39 €	141,64 €
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 €	1.333,48 €	1.620,72 €	1.370,24 €	1.084,72 €	1.859,78 €	1.135,38 €

**Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## 10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich ein nahezu identischer Verlauf der **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 224, Tabelle 226 und Abbildung 133). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 88,98 € nicht signifikant weniger stark an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 64,95 € nicht signifikant weniger stark (vgl. Tabelle 226).

Bei den linikbekannten Patienten verliefen die Kosten zwischen IG und KG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr parallel zueinander, wobei die IG günstiger war (vgl. Tabelle 225, Tabelle 227 und Abbildung 134). Vom zweiten bis zum vierten Jahr wiesen IG und KG nahezu identische Kosten auf. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 66,42 € nicht signifikant stärker. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 74,99 € nicht signifikant weniger stark (vgl. Tabelle 227).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 54,05 € weniger stark (vgl. Tabelle 228 und Abbildung 135).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum gleich hohe Kosten auf (IG: 262,88 €; KG: 276,34 €; vgl. Tabelle 229, Tabelle 230 und Abbildung 136). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 362,68 € und in der KG auf 436,17 €. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 60,03 € signifikant schwächer an. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 42,01€ nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 230).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, ähnlich wie bei U1, ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 231 und Abbildung 137).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein zu U1 identisches Muster (vgl. Tabelle 232 und Abbildung 138).



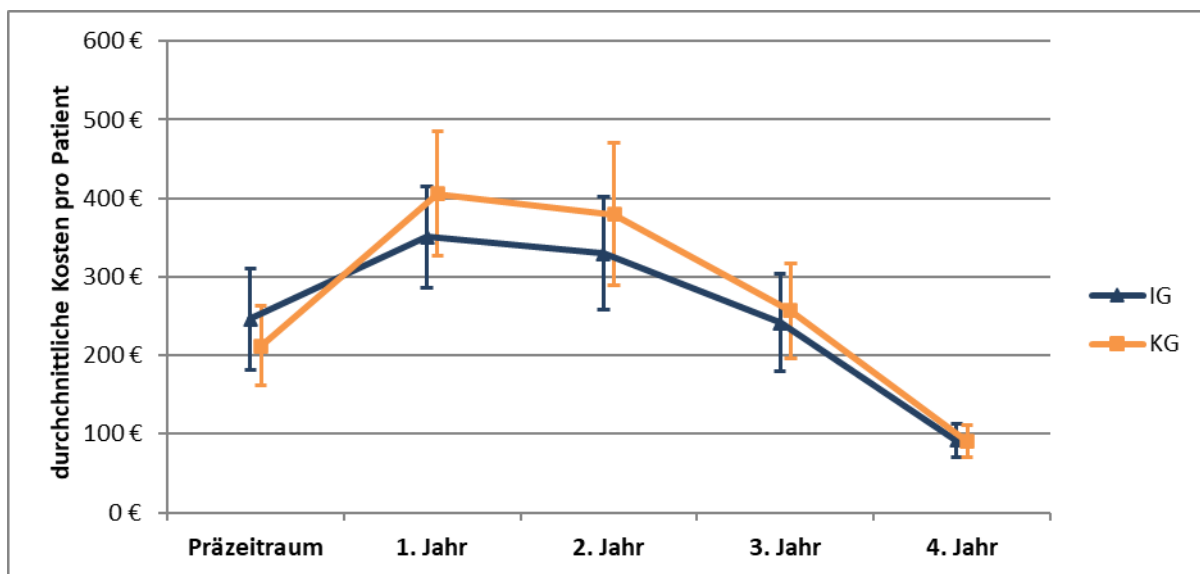
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	191	215	193	195	158	222	230	202	195	157
durchschnittliche Kosten	246,08 €	350,42 €	329,85 €	241,73 €	91,50 €	212,21 €	405,53 €	379,35 €	256,47 €	90,02 €
Standardabweichung	541,90 €	541,78 €	578,21 €	501,68 €	172,42 €	418,61 €	656,10 €	726,33 €	482,09 €	158,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	13,29 €	9,00 €	7,34 €	0,00 €	14,06 €	24,04 €	18,02 €	14,43 €	0,00 €
Median	50,27 €	135,45 €	105,59 €	57,61 €	21,59 €	61,34 €	121,16 €	76,65 €	68,86 €	22,22 €
75%-Perzentil	215,74 €	371,42 €	324,16 €	278,21 €	113,72 €	232,81 €	373,04 €	315,95 €	291,94 €	115,45 €
Maximum	3.178,65 €	2.750,21 €	3.025,48 €	3.823,57 €	1.346,41 €	2.944,83 €	4.091,36 €	3.884,91 €	3.656,40 €	1.384,62 €

**Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

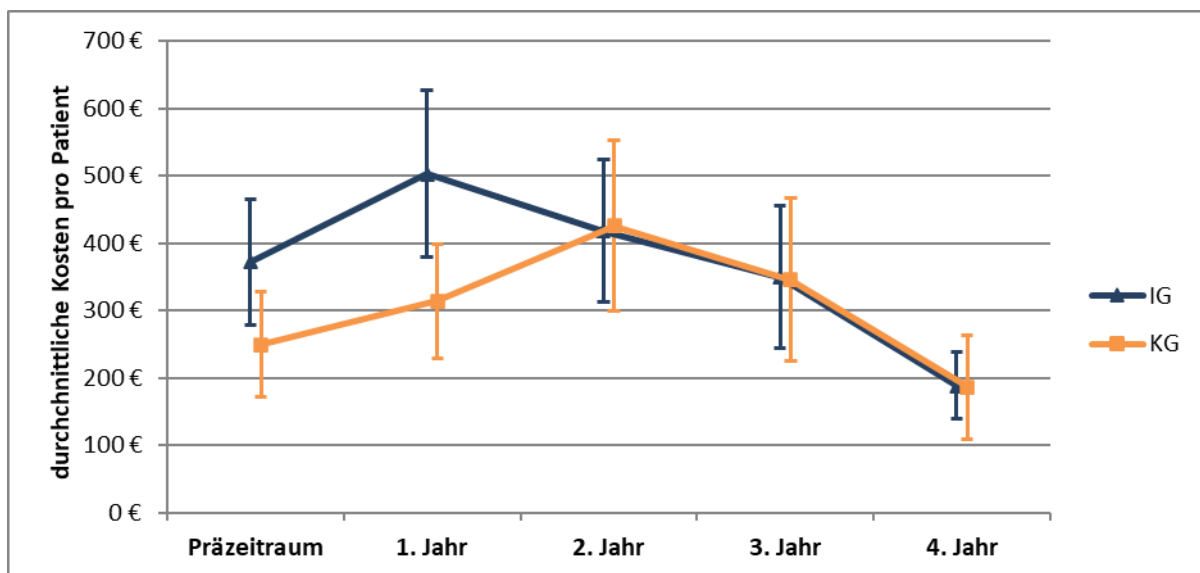


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	128	123	116	115	102	122	124	119	111	100
durchschnittliche Kosten	372,08 €	502,99 €	417,85 €	349,18 €	188,65 €	249,48 €	313,97 €	425,85 €	345,69 €	186,09 €
Standardabweichung	557,55 €	738,52 €	618,31 €	617,05 €	282,95 €	460,49 €	505,42 €	746,14 €	701,12 €	438,96 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	42,98 €	40,80 €	36,28 €	25,51 €	10,62 €	20,05 €	38,05 €	29,09 €	25,52 €	14,23 €
Median	148,43 €	209,14 €	171,97 €	105,20 €	77,94 €	73,54 €	111,45 €	109,68 €	79,71 €	52,08 €
75%-Perzentil	371,69 €	502,66 €	465,52 €	337,21 €	254,18 €	242,17 €	330,12 €	353,31 €	284,90 €	161,11 €
Maximum	2.605,82 €	3.024,06 €	3.198,47 €	3.561,11 €	1.673,63 €	2.736,28 €	2.978,27 €	3.828,01 €	4.864,62 €	3.240,21 €

**Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	212,21 €	0,000	212,21 €	0,000	-83,37 €	0,215
IG (vs. KG)	33,87 €	0,420	33,87 €	0,421	38,78 €	0,354
Post (vs. Prä)	75,37 €	0,006				
IG x Post (DiD)	-64,95 €	0,127				
1. Jahr (vs. Prä)			193,32 €	0,000	346,91 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			167,14 €	0,000	313,19 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			44,26 €	0,197	187,31 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-122,19 €	0,000	14,26 €	0,667
IG x Jahr 1 (DiD)			-88,98 €	0,082	-114,39 €	0,031
IG x Jahr 2 (DiD)			-83,37 €	0,172	-108,46 €	0,085
IG x Jahr 3 (DiD)			-48,62 €	0,355	-72,68 €	0,180
IG x Jahr 4 (DiD)			-32,39 €	0,412	-52,58 €	0,202
Alter (30-47 J. vs. U30)					98,79 €	0,046
Alter (48-64 J. vs. U30)					114,06 €	0,022
Alter (Ü64 vs. U30)					-115,06 €	0,014
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					126,42 €	0,000
F 01 (Vaskuläre Demenz)					36,10 €	0,515
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					4,56 €	0,893
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					5,06 €	0,924
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					156,70 €	0,331
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-127,04 €	0,017
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					35,33 €	0,554
F 30-39 (Affektive Störungen)					134,31 €	0,003
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					100,12 €	0,096
F 45 (Somatoforme Störungen)					31,93 €	0,560
F 40-48 (ohne F43 und F45)					123,65 €	0,094
F 50 (Essstörungen)					110,42 €	0,352
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-5,84 €	0,964
F 70-79 (Intelligenzstörung)					16,24 €	0,848
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-185,59 €	0,039
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-14,32 €	0,880
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-84,20 €	0,091
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-224,87 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					188,09 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,002		0,039		0,164

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	249,48 €	0,000	249,48 €	0,000	-48,23 €	0,616
IG (vs. KG)	122,60 €	0,047	122,60 €	0,048	131,83 €	0,028
Post (vs. Prä)	70,50 €	0,033				
IG x Post (DiD)	-74,99 €	0,208				
1. Jahr (vs. Prä)			64,49 €	0,115	267,76 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			176,37 €	0,001	377,28 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			96,21 €	0,053	290,13 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-63,39 €	0,082	123,57 €	0,022
IG x Jahr 1 (DiD)			66,42 €	0,385	69,62 €	0,363
IG x Jahr 2 (DiD)			-130,60 €	0,109	-131,30 €	0,112
IG x Jahr 3 (DiD)			-119,11 €	0,129	-114,23 €	0,148
IG x Jahr 4 (DiD)			-120,04 €	0,051	-111,41 €	0,074
Alter (30-47 J. vs. U30)					14,58 €	0,855
Alter (48-64 J. vs. U30)					-60,37 €	0,464
Alter (Ü64 vs. U30)					-238,83 €	0,042
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					78,08 €	0,139
F 01 (Vaskuläre Demenz)					13,50 €	0,919
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					20,32 €	0,875
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					15,35 €	0,918
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-109,39 €	0,091
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					-27,56 €	0,683
F 30-39 (Affektive Störungen)					152,38 €	0,027
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					171,33 €	0,067
F 45 (Somatoforme Störungen)					16,85 €	0,842
F 40-48 (ohne F43 und F45)					236,74 €	0,045
F 50 (Essstörungen)					60,51 €	0,817
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					57,92 €	0,681
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-47,10 €	0,751
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-53,04 €	0,607
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-9,75 €	0,942
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,52 €	0,647
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-180,90 €	0,018
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-90,91 €	0,127
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					302,28 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,004		0,027		0,139

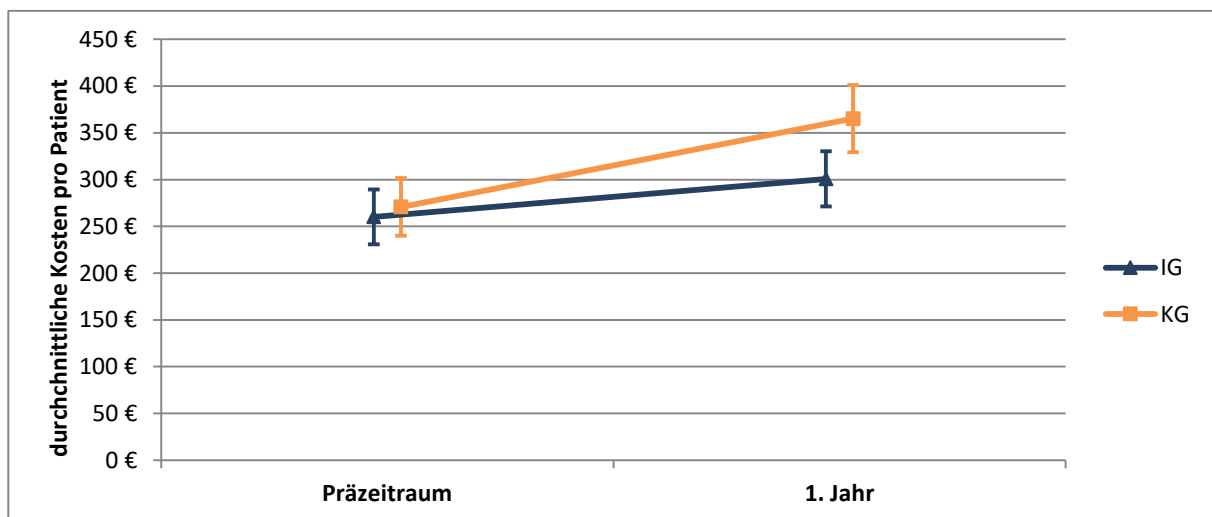
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	1.046	1.074	1.129	1.139
durchschnittliche Kosten	260,26 €	300,72 €	270,72 €	365,23 €
Standardabweichung	543,05 €	545,73 €	569,45 €	665,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,49 €	13,07 €	18,76 €	23,12 €
Median	61,53 €	73,77 €	74,49 €	104,17 €
75%-Perzentil	233,01 €	270,92 €	257,91 €	335,20 €
Maximum	3.868,80 €	3.579,47 €	6.796,71 €	6.949,17 €

**Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

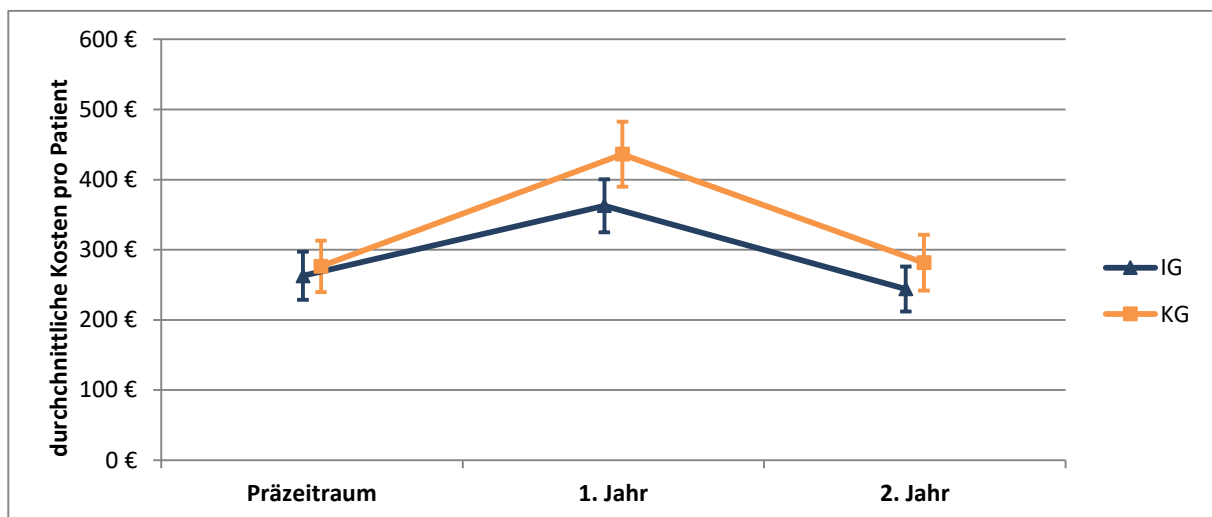


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	774	822	698	838	867	725
durchschnittliche Kosten	262,88 €	362,68 €	244,05 €	276,34 €	436,17 €	281,52 €
Standardabweichung	547,43 €	602,70 €	503,58 €	583,55 €	736,31 €	621,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	8,07 €	18,54 €	0,00 €	18,66 €	32,29 €	4,43 €
Median	61,45 €	99,85 €	41,82 €	73,20 €	123,50 €	57,20 €
75%-Perzentil	240,08 €	359,28 €	236,84 €	252,69 €	408,97 €	232,15 €
Maximum	3.868,80 €	3.579,47 €	4.141,68 €	6.796,71 €	6.949,17 €	6.098,75 €

Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikeue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	276,34 €	0,000	276,34 €	0,000	-3,11 €	0,947
IG (vs. KG)	-13,46 €	0,599	-13,46 €	0,599	7,51 €	0,767
Post (vs. Prä)	83,80 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-42,01 €	0,130				
1. Jahr (vs. Prä)			159,83 €	0,000	348,79 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			5,18 €	0,820	187,78 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-60,03 €	0,042	-79,16 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-24,01 €	0,451	-44,86 €	0,169
Alter (30-47 J. vs. U30)					19,34 €	0,587
Alter (48-64 J. vs. U30)					16,69 €	0,638
Alter (Ü64 vs. U30)					-222,48 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					105,17 €	0,000
F 00 (Demenz)					24,93 €	0,632
F 01 (Vaskuläre Demenz)					18,16 €	0,632
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-178,66 €	0,010
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					19,24 €	0,539
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1,10 €	0,990
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-115,43 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					13,82 €	0,697
F 30-39 (Affektive Störungen)					195,87 €	0,000
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					42,00 €	0,207
F 45 (Somatoforme Störungen)					9,58 €	0,740
F 40-48 (ohne F43 und F45)					127,03 €	0,002
F 50 (Essstörungen)					71,40 €	0,504
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					136,37 €	0,346
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-67,36 €	0,035
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-158,98 €	0,060
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-76,50 €	0,138
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,91 €	0,834
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					932,96 €	0,008
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-57,22 €	0,546
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					217,60 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,004		0,012		0,118

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

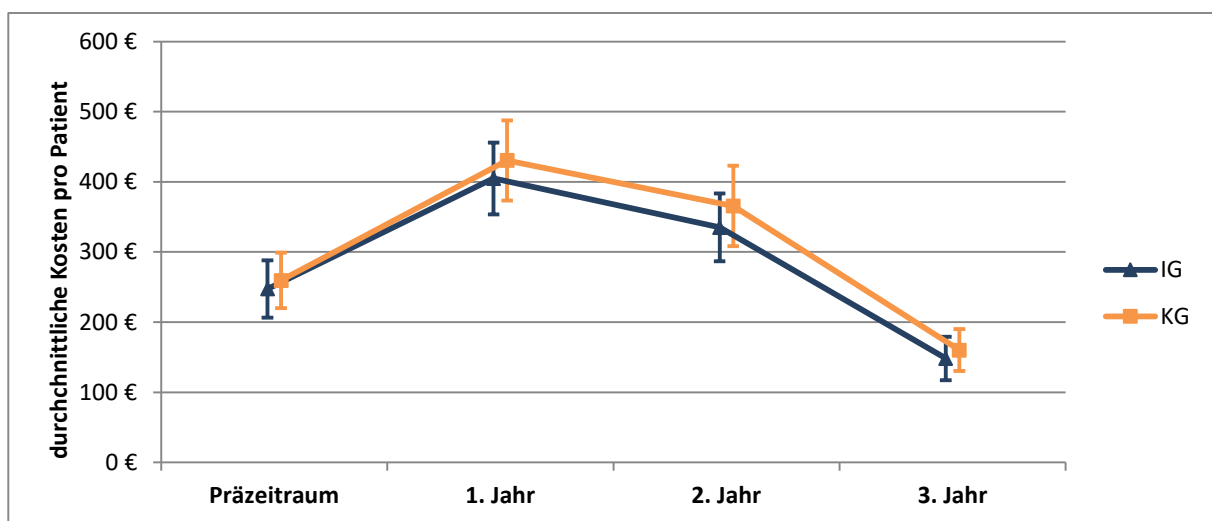
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	478	515	464	392	520	534	471	395
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>247,27 €</b>	<b>404,88 €</b>	<b>335,06 €</b>	<b>148,25 €</b>	<b>259,53 €</b>	<b>430,53 €</b>	<b>365,50 €</b>	<b>160,08 €</b>
Standardabweichung	516,97 €	646,67 €	598,04 €	378,91 €	495,62 €	714,49 €	702,91 €	360,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	6,76 €	19,28 €	9,95 €	0,00 €	18,74 €	29,16 €	18,50 €	0,00 €
Median	61,45 €	127,47 €	81,96 €	22,06 €	73,70 €	117,25 €	91,23 €	34,03 €
75%-Perzentil	226,75 €	417,96 €	321,46 €	146,10 €	241,91 €	400,35 €	324,08 €	142,77 €
Maximum	3.339,77 €	3.579,47 €	4.141,68 €	3.823,57 €	3.244,92 €	5.061,03 €	4.779,31 €	3.656,40 €

**Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



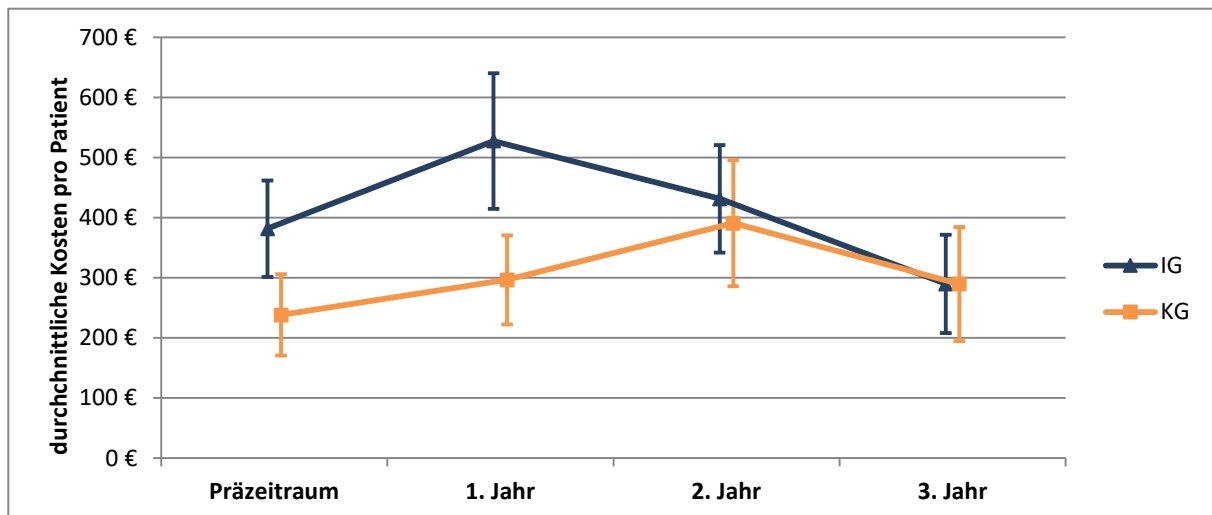


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	171	165	155	148	163	162	151	139
durchschnittliche Kosten	381,67 €	527,56 €	431,26 €	289,87 €	238,18 €	296,49 €	390,78 €	289,59 €
Standardabweichung	553,97 €	778,72 €	606,20 €	550,06 €	462,09 €	506,21 €	706,87 €	631,50 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	48,47 €	55,61 €	41,11 €	20,37 €	23,82 €	32,84 €	23,80 €	12,57 €
Median	153,00 €	209,05 €	209,37 €	87,61 €	71,47 €	98,67 €	98,81 €	69,85 €
75%-Perzentil	401,19 €	494,17 €	480,67 €	324,03 €	225,55 €	321,60 €	339,82 €	242,66 €
Maximum	2.605,82 €	3.114,31 €	3.198,47 €	3.561,11 €	2.857,12 €	2.978,27 €	3.828,01 €	4.864,62 €

**Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung verliefen die **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** der IG vom Präzeitraum bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr in etwa konstant (vgl. Tabelle 233, Tabelle 235 und Abbildung 139). In der KG hingegen stiegen die Kosten zum ersten Jahr an, um dann anschließend bis zum vierten Jahr weiter zu sinken. Die IG war durchgehend günstiger als die KG. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 114,28 € nicht signifikant schwächer an. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 18,45 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 235).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG vom Präzeitraum bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr nahezu konstante Kosten auf (vgl. Tabelle 234, Tabelle 236 und Abbildung 140). Die KG wies dagegen durchgehend höhere Kosten auf, wobei diese vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr anstiegen, um von da an bis zum vierten Jahr auf ein Niveau unterhalb des Präzeitraums zu sinken. Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 122,18 € signifikant weniger stark an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 65,85 € nicht signifikant weniger stark an (vgl. Tabelle 236).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 4,99 € stärker (vgl. Tabelle 237 und Abbildung 141).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG durchgehend günstiger war (vgl. Tabelle 238, Tabelle 239 und Abbildung 142). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG um 30,66 € nicht signifikant schwächer an. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 6,11 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 239)

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, ähnlich zu U1, ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG durchgehend günstiger war (vgl. Tabelle 240 und Abbildung 143).

Bei den linikbekannten Patienten wiesen IG und KG, ähnlich zu U1, im Zeitverlauf in etwa konstante Kosten auf, wobei die IG durchgehend günstiger war (vgl. Tabelle 241 und Abbildung 144).

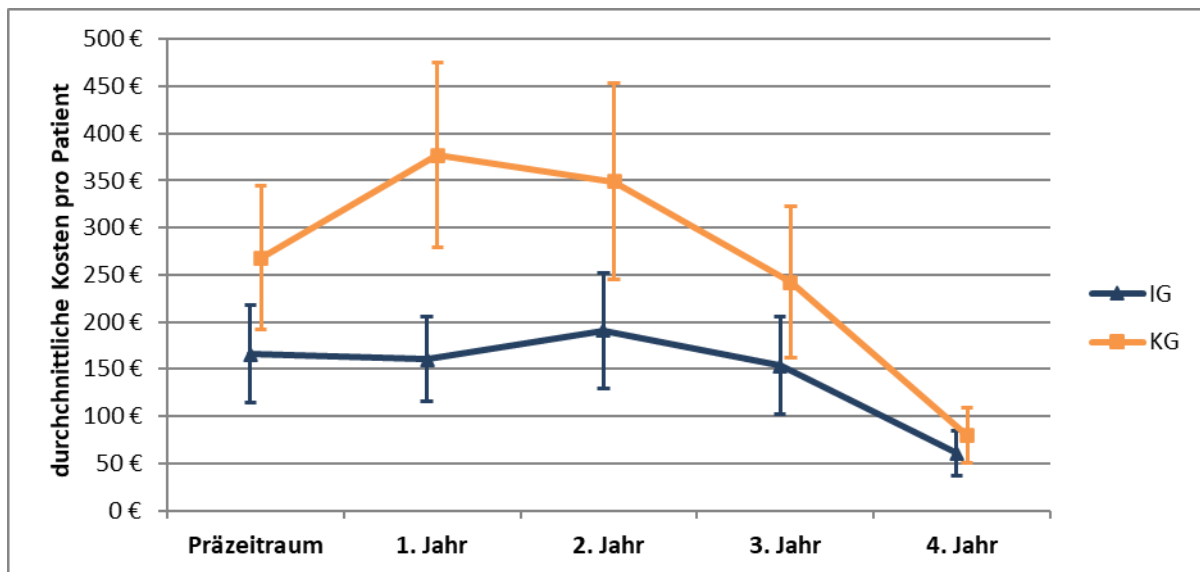
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	183	187	174	160	128	178	192	166	167	127
durchschnittliche Kosten	165,73 €	160,25 €	190,77 €	153,63 €	60,78 €	267,73 €	376,53 €	348,98 €	242,23 €	79,52 €
Standardabweichung	400,93 €	344,69 €	474,16 €	402,10 €	182,51 €	572,03 €	736,31 €	784,42 €	599,12 €	220,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,00 €	15,40 €	7,81 €	0,00 €	0,00 €	15,40 €	30,80 €	8,22 €	6,82 €	0,00 €
Median	46,74 €	52,04 €	49,94 €	40,01 €	10,67 €	64,68 €	80,04 €	56,24 €	53,12 €	16,09 €
75%-Perzentil	124,42 €	121,17 €	135,92 €	121,78 €	63,39 €	204,20 €	241,30 €	222,78 €	148,71 €	73,63 €
Maximum	2.658,62 €	2.477,16 €	3.962,53 €	2.918,93 €	2.352,21 €	3.699,88 €	3.734,65 €	4.416,94 €	4.408,68 €	2.570,79 €

**Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

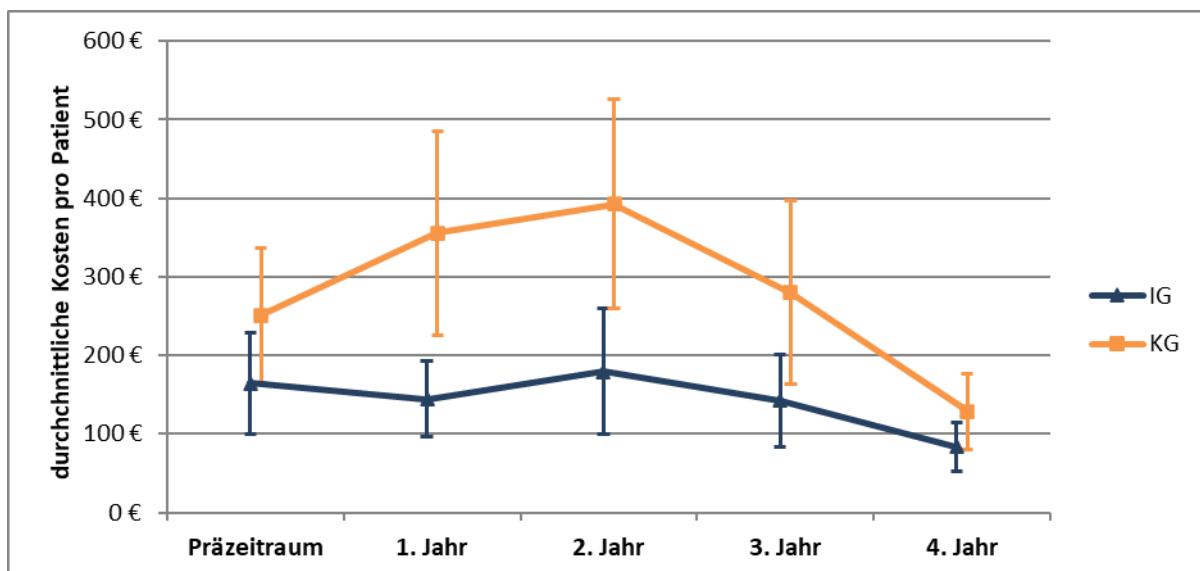


### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	132	119	119	115	103	121	123	113	115	97
durchschnittliche Kosten	164,53 €	144,22 €	179,61 €	142,12 €	83,41 €	250,79 €	355,34 €	392,64 €	280,08 €	128,61 €
Standardabweichung	406,30 €	304,69 €	510,99 €	367,47 €	195,97 €	518,78 €	785,70 €	804,67 €	710,61 €	292,22 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,77 €	7,07 €	11,05 €	1,98 €	0,00 €	17,12 €	31,23 €	15,61 €	15,86 €	0,00 €
Median	62,91 €	58,49 €	57,09 €	64,17 €	31,73 €	64,92 €	90,88 €	80,58 €	58,50 €	46,37 €
75%-Perzentil	121,69 €	122,89 €	151,55 €	125,61 €	89,82 €	165,35 €	174,56 €	241,11 €	160,73 €	114,94 €
Maximum	2.590,30 €	2.538,24 €	4.388,56 €	3.154,48 €	1.701,97 €	2.618,11 €	5.147,12 €	4.946,85 €	4.543,24 €	2.308,23 €

**Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



**Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	267,73 €	0,000	267,73 €	0,000	-0,04 €	1,000
IG (vs. KG)	-102,00 €	0,030	-102,00 €	0,030	-100,16 €	0,032
Post (vs. Prä)	-5,91 €	0,892				
IG x Post (DiD)	-18,45 €	0,726				
1. Jahr (vs. Prä)			108,80 €	0,051	318,25 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			81,25 €	0,178	290,70 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			-25,50 €	0,627	183,96 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			-188,21 €	0,000	21,24 €	0,485
IG x Jahr 1 (DiD)			-114,28 €	0,074	-116,29 €	0,073
IG x Jahr 2 (DiD)			-56,21 €	0,441	-58,22 €	0,427
IG x Jahr 3 (DiD)			13,40 €	0,836	11,39 €	0,860
IG x Jahr 4 (DiD)			83,27 €	0,103	81,25 €	0,106
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					11,59 €	0,692
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					161,50 €	0,254
F 30-39 (Affektive Störungen)					-182,14 €	0,032
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-57,65 €	0,405
F 45 (Somatoforme Störungen)					88,90 €	0,199
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,12 €	0,999
F 50 (Essstörungen)					590,73 €	0,011
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-106,74 €	0,007
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2,20 €	0,981
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					43,65 €	0,572
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,32 €	0,738
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					44,95 €	0,163
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-138,22 €	0,010
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					258,63 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,013		0,037		0,063

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	250,79 €	0,000	250,79 €	0,000	232,61 €	0,197
IG (vs. KG)	-86,26 €	0,114	-86,26 €	0,115	-120,75 €	0,029
Post (vs. Prä)	38,66 €	0,444				
IG x Post (DiD)	-65,85 €	0,293				
1. Jahr (vs. Prä)			104,54 €	0,123	283,90 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			141,84 €	0,041	321,20 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			29,28 €	0,663	208,64 €	0,015
4. Jahr (vs. Prä)			-122,18 €	0,010	55,93 €	0,402
IG x Jahr 1 (DiD)			-124,86 €	0,101	-98,49 €	0,210
IG x Jahr 2 (DiD)			-126,77 €	0,144	-100,40 €	0,249
IG x Jahr 3 (DiD)			-51,70 €	0,515	-25,32 €	0,752
IG x Jahr 4 (DiD)			41,06 €	0,486	68,68 €	0,251
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					30,19 €	0,508
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-159,21 €	0,026
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-205,98 €	0,235
F 30-39 (Affektive Störungen)					93,89 €	0,700
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-11,19 €	0,915
F 45 (Somatoforme Störungen)					113,33 €	0,445
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-13,31 €	0,923
F 50 (Essstörungen)					1.423,14 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-97,66 €	0,223
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-178,01 €	0,119
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-173,13 €	0,316
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					122,94 €	0,146
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					41,70 €	0,605
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-78,68 €	0,288
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					258,67 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,018		0,033		0,084

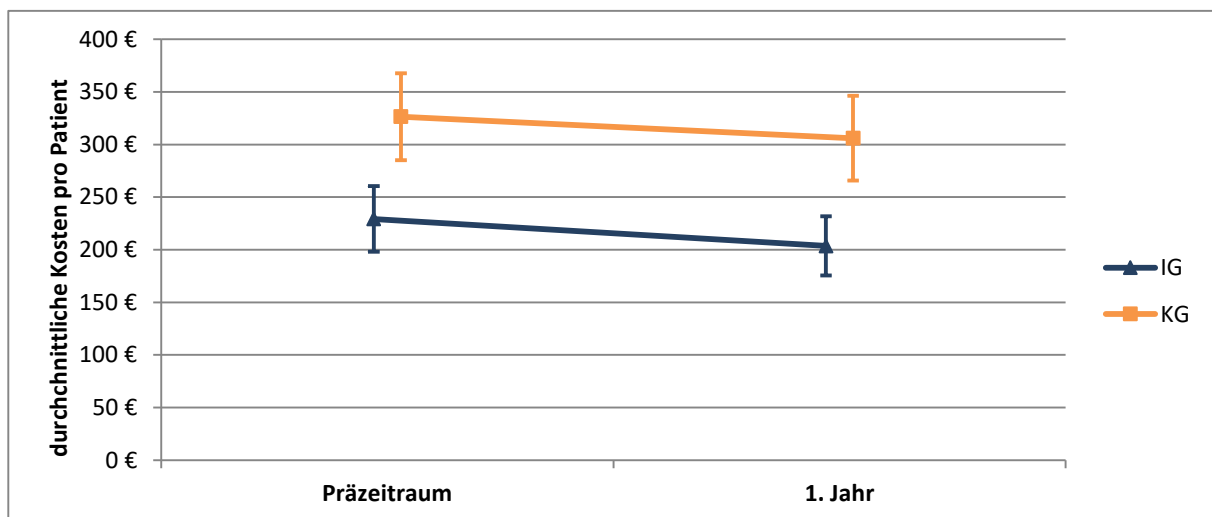
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	837	804	895	886
durchschnittliche Kosten	229,19 €	203,68 €	326,53 €	306,01 €
Standardabweichung	512,06 €	462,59 €	677,20 €	661,72 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,61 €	6,47 €	22,49 €	20,25 €
Median	61,19 €	52,03 €	71,61 €	73,04 €
75%-Perzentil	163,73 €	145,62 €	254,81 €	210,02 €
Maximum	3.660,39 €	3.838,86 €	4.763,88 €	4.533,35 €

**Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

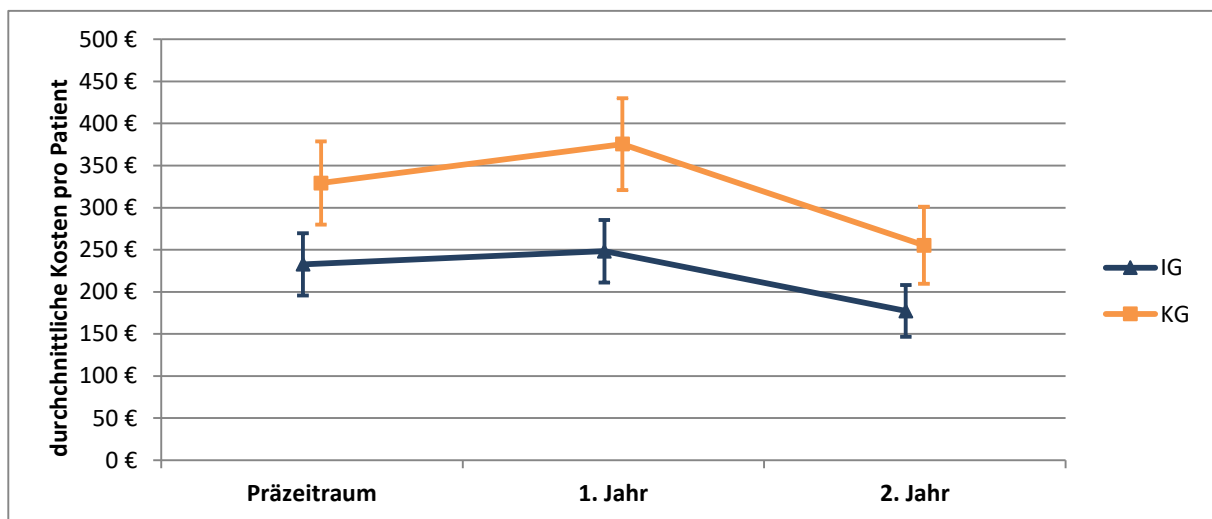


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	594	614	520	622	644	525
durchschnittliche Kosten	232,76 €	248,28 €	177,33 €	329,29 €	375,48 €	255,33 €
Standardabweichung	511,15 €	514,40 €	423,76 €	675,72 €	743,78 €	626,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,61 €	17,89 €	0,00 €	21,86 €	31,73 €	0,00 €
Median	55,49 €	68,00 €	43,89 €	66,59 €	86,82 €	52,72 €
75%-Perzentil	168,02 €	180,47 €	136,67 €	264,09 €	258,13 €	162,74 €
Maximum	3.349,42 €	3.838,86 €	3.962,53 €	4.763,88 €	4.533,35 €	4.957,88 €

**Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**





**Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	329,29 €	0,000	329,29 €	0,000	-103,57 €	0,054
IG (vs. KG)	-96,53 €	0,002	-96,53 €	0,002	-67,34 €	0,030
Post (vs. Prä)	-13,84 €	0,628				
IG x Post (DiD)	-6,11 €	0,862				
1. Jahr (vs. Prä)			46,19 €	0,139	323,96 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			-73,95 €	0,022	203,77 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-30,66 €	0,422	-51,76 €	0,177
IG x Jahr 2 (DiD)			18,53 €	0,639	-2,52 €	0,949
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					21,23 €	0,349
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					121,64 €	0,141
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-134,01 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.577,80 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					282,48 €	0,006
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					162,65 €	0,067
F 45 (Somatoforme Störungen)					101,89 €	0,019
F 40-48 (ohne F43 und F45)					78,56 €	0,269
F 50 (Essstörungen)					399,35 €	0,023
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-140,56 €	0,000
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2,70 €	0,961
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					127,01 €	0,008
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-84,87 €	0,036
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					353,51 €	0,312
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-60,20 €	0,615
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					326,67 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,007		0,012		0,054

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

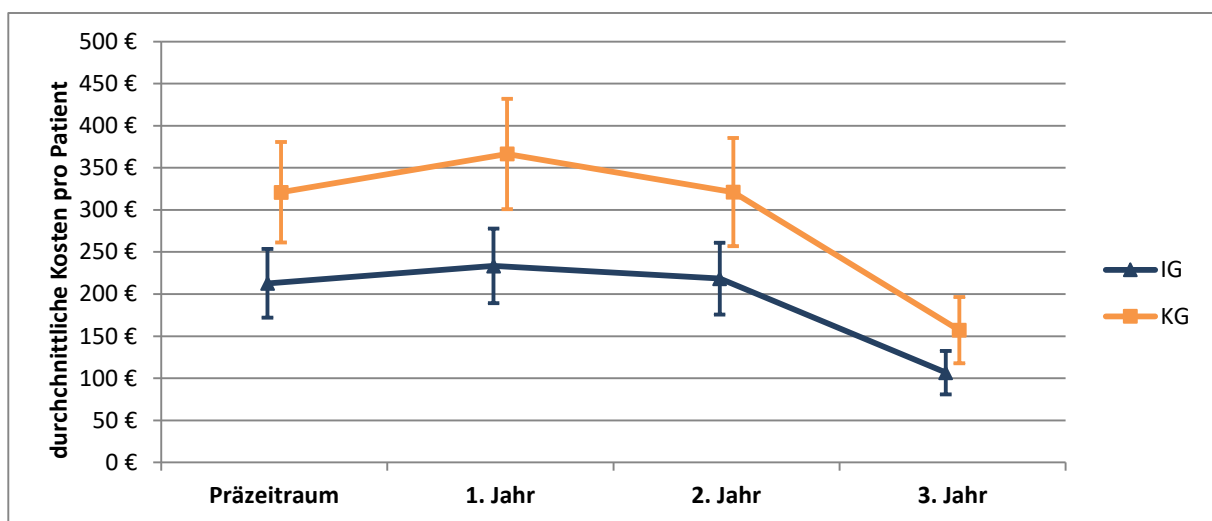
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	408	419	386	312	410	425	370	316
durchschnittliche Kosten	212,77 €	233,44 €	218,32 €	106,64 €	320,93 €	366,46 €	321,14 €	157,05 €
Standardabweichung	463,04 €	504,36 €	486,20 €	293,54 €	660,20 €	724,14 €	709,60 €	434,30 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,54 €	17,96 €	12,27 €	0,00 €	22,22 €	31,46 €	10,58 €	0,00 €
Median	51,67 €	62,51 €	57,41 €	26,07 €	66,06 €	82,24 €	64,83 €	31,38 €
75%-Perzentil	165,40 €	168,06 €	157,24 €	86,09 €	259,54 €	241,52 €	234,38 €	122,87 €
Maximum	2.960,78 €	3.838,86 €	3.962,53 €	2.918,93 €	4.763,88 €	4.533,35 €	4.957,88 €	4.408,68 €

**Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

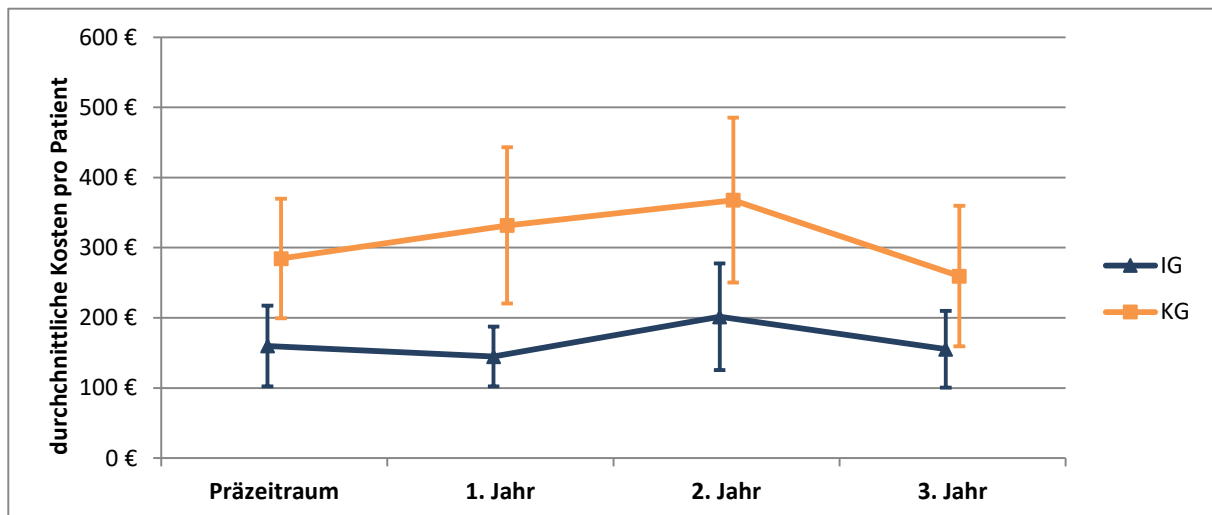


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	154	141	139	136	151	153	140	139
durchschnittliche Kosten	159,82 €	144,78 €	201,38 €	155,20 €	284,58 €	331,69 €	367,78 €	259,46 €
Standardabweichung	392,07 €	289,37 €	517,11 €	372,06 €	571,43 €	745,77 €	786,94 €	670,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	17,77 €	10,27 €	11,05 €	8,96 €	25,78 €	31,59 €	16,39 €	13,65 €
Median	63,67 €	64,69 €	69,77 €	68,17 €	73,69 €	81,67 €	73,58 €	57,29 €
75%-Perzentil	120,94 €	132,84 €	169,51 €	134,12 €	192,61 €	175,45 €	228,08 €	141,51 €
Maximum	2.590,30 €	2.538,24 €	4.388,56 €	3.154,48 €	2.618,11 €	5.147,12 €	4.946,85 €	4.543,24 €

**Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## 10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** in der IG und KG im Präzeitraum in etwa auf gleicher Höhe (IG: 199,31 €; KG: 215,99 €; vgl. Tabelle 242, Tabelle 244 und Abbildung 145). Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen in beiden Gruppen die Kosten an: in der IG auf 334,43 € und in der KG auf 382,98 €. Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 31,86 € nicht signifikant schwächer.

Vom zweiten bis zum vierten Jahr blieb die IG günstiger, im vierten Jahr waren IG und KG in etwa gleich teuer. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 24,44 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 244).

Bei den linikbekannten Patienten starteten IG und KG im Präzeitraum mit in etwa gleich hohen Kosten (IG: 511,82 €; KG 468,61 €; vgl. Tabelle 243, Tabelle 245 und Abbildung 146). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 62,40 € nicht signifikant stärker.

Bis zum dritten Nachbeobachtungsjahr waren die durchschnittlichen Kosten in der IG höher als in der KG. Im vierten Nachbeobachtungsjahr glichen sich die Kosten in beiden Gruppen an (IG: 550,14 €; KG: 483,60 €). Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 82,67 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 245).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten der IG (relativ zur KG) um 8,70 € weniger stark an (vgl. Tabelle 246 und Abbildung 147).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wies die IG im Präzeitraum mit 229,68 € etwas höhere Kosten als die KG mit 189,18 € auf (vgl. Tabelle 247, Tabelle 248 und Abbildung 148). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in beiden Gruppen an, wobei der Anstieg in der IG (relativ zur KG) um 21,03 € nicht signifikant schwächer ausfiel.

Zum zweiten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen wieder auf ein Niveau oberhalb des jeweiligen Präzeitraums. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 8,92 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 248).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein nahezu identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 249 und Abbildung 149).

Bei den linikbekannten Patienten ergab sich ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG, wobei die IG durchgehend teurer ausfiel (vgl. Tabelle 250 und Abbildung 150).

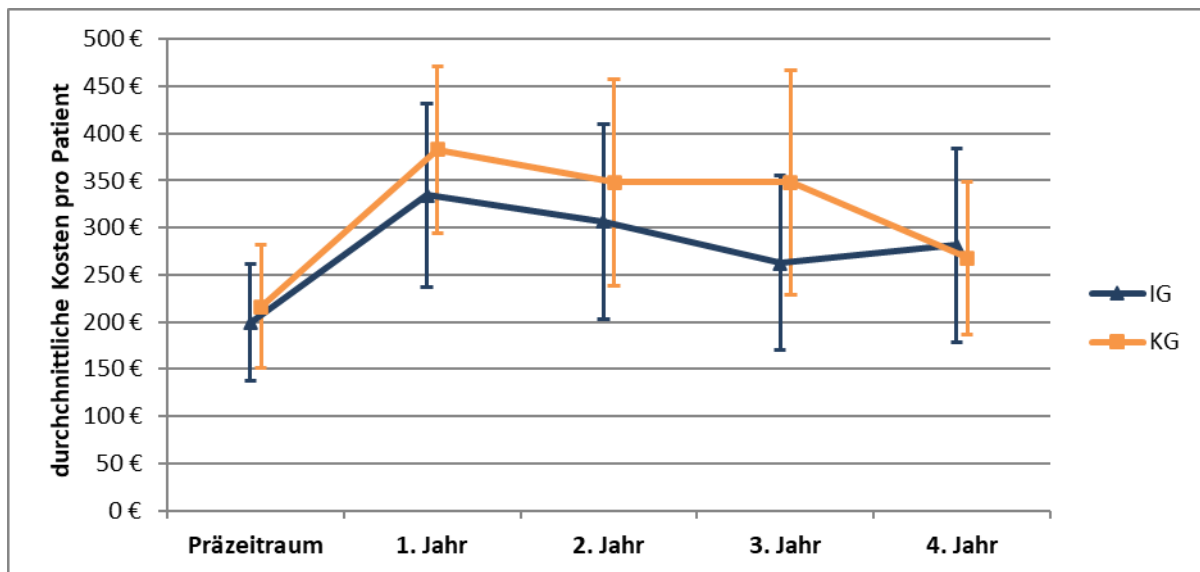
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	136	161	140	129	121	131	175	143	134	128
durchschnittliche Kosten	199,31 €	334,43 €	306,62 €	262,16 €	281,18 €	215,99 €	382,98 €	347,80 €	347,97 €	267,49 €
Standardabweichung	516,49 €	813,88 €	833,96 €	741,17 €	812,97 €	538,36 €	730,09 €	884,02 €	944,59 €	635,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	11,87 €	66,14 €	53,51 €	16,31 €	7,37 €	5,52 €	106,71 €	57,46 €	28,75 €	32,76 €
75%-Perzentil	142,21 €	276,65 €	238,75 €	238,56 €	252,62 €	148,76 €	377,40 €	301,41 €	290,95 €	283,03 €
Maximum	4.790,38 €	6.990,06 €	7.086,35 €	6.541,12 €	6.976,78 €	3.299,17 €	5.048,66 €	8.676,69 €	9.959,69 €	6.422,17 €

**Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

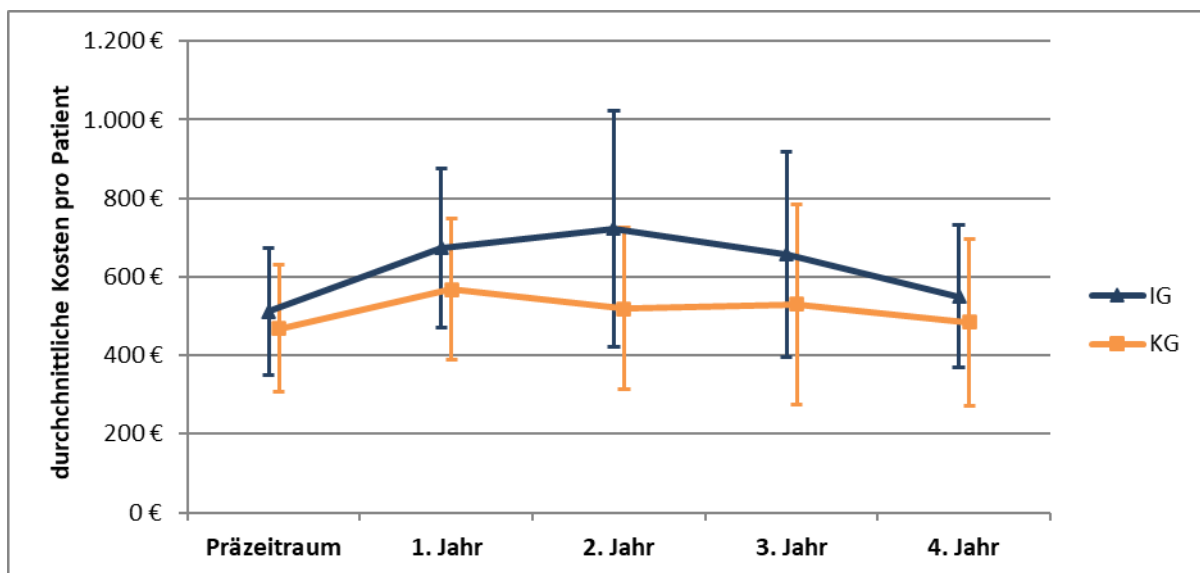


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	98	106	97	85	91	95	107	100	87	77
durchschnittliche Kosten	511,82 €	673,32 €	722,07 €	657,09 €	550,14 €	468,61 €	567,72 €	518,83 €	529,28 €	483,60 €
Standardabweichung	966,53 €	1.212,61 €	1.756,26 €	1.520,53 €	1.053,57 €	969,07 €	1.068,72 €	1.211,81 €	1.479,15 €	1.201,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	17,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	18,52 €	11,38 €	0,00 €	0,00 €
Median	84,40 €	193,32 €	158,01 €	150,05 €	155,11 €	99,49 €	185,57 €	126,14 €	91,67 €	90,51 €
75%-Perzentil	440,98 €	620,52 €	628,22 €	635,16 €	593,85 €	562,34 €	647,00 €	577,23 €	513,58 €	464,40 €
Maximum	5.034,39 €	6.670,34 €	12.474,29 €	13.212,48 €	6.172,56 €	8.348,88 €	7.637,72 €	10.458,51 €	12.871,36 €	9.046,51 €

**Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	215,99 €	0,000	215,99 €	0,000	-25,28 €	0,796
IG (vs. KG)	-16,69 €	0,716	-16,69 €	0,716	-7,00 €	0,877
Post (vs. Prä)	122,14 €	0,001				
IG x Post (DiD)	-24,44 €	0,671				
1. Jahr (vs. Prä)			166,98 €	0,000	243,78 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			131,80 €	0,005	206,10 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			131,97 €	0,012	211,57 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			51,50 €	0,232	127,74 €	0,006
IG x Jahr 1 (DiD)			-31,86 €	0,574	-42,74 €	0,467
IG x Jahr 2 (DiD)			-24,49 €	0,705	-36,26 €	0,584
IG x Jahr 3 (DiD)			-69,12 €	0,329	-83,88 €	0,247
IG x Jahr 4 (DiD)			30,38 €	0,659	24,51 €	0,725
Alter (30-47 J. vs. U30)					34,85 €	0,612
Alter (48-64 J. vs. U30)					159,84 €	0,037
Alter (Ü64 vs. U30)					81,87 €	0,305
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-10,45 €	0,861
F 01 (Vaskuläre Demenz)					37,47 €	0,746
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.471,62 €	0,000
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					57,67 €	0,623
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					125,15 €	0,488
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-156,79 €	0,054
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					962,60 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					44,60 €	0,503
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					145,13 €	0,138
F 45 (Somatoforme Störungen)					-69,67 €	0,324
F 40-48 (ohne F43 und F45)					44,42 €	0,576
F 50 (Essstörungen)					-175,37 €	0,028
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-0,10 €	0,999
F 70-79 (Intelligenzstörung)					377,95 €	0,156
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					446,16 €	0,067
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					153,90 €	0,191
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,88 €	0,855
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					345,79 €	0,000
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					89,19 €	0,033
R <sup>2</sup>		0,004		0,006		0,189

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.



**Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	468,61 €	0,000	468,61 €	0,000	-237,87 €	0,311
IG (vs. KG)	43,20 €	0,712	43,20 €	0,712	51,35 €	0,609
Post (vs. Prä)	57,17 €	0,463				
IG x Post (DiD)	82,67 €	0,464				
1. Jahr (vs. Prä)			99,10 €	0,170	265,05 €	0,087
2. Jahr (vs. Prä)			50,22 €	0,589	217,69 €	0,172
3. Jahr (vs. Prä)			60,66 €	0,585	222,82 €	0,197
4. Jahr (vs. Prä)			14,99 €	0,866	162,87 €	0,307
IG x Jahr 1 (DiD)			62,40 €	0,560	57,25 €	0,598
IG x Jahr 2 (DiD)			160,03 €	0,303	150,47 €	0,339
IG x Jahr 3 (DiD)			84,61 €	0,590	78,14 €	0,626
IG x Jahr 4 (DiD)			23,33 €	0,842	40,76 €	0,735
Alter (30-47 J. vs. U30)					416,20 €	0,015
Alter (48-64 J. vs. U30)					315,82 €	0,019
Alter (Ü64 vs. U30)					546,19 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-122,66 €	0,292
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-317,31 €	0,108
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1.084,25 €	0,072
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-290,59 €	0,495
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-166,94 €	0,339
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaftige Stör.)					1.590,30 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					147,94 €	0,182
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-17,13 €	0,879
F 45 (Somatoforme Störungen)					1,84 €	0,992
F 40-48 (ohne F43 und F45)					186,61 €	0,152
F 50 (Essstörungen)					-66,01 €	0,774
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					38,33 €	0,840
F 70-79 (Intelligenzstörung)					253,57 €	0,548
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2.117,70 €	0,000
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					407,81 €	0,159
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-73,53 €	0,514
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-312,32 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,93 €	0,881
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					249,37 €	0,129
R <sup>2</sup>		0,003		0,004		0,236

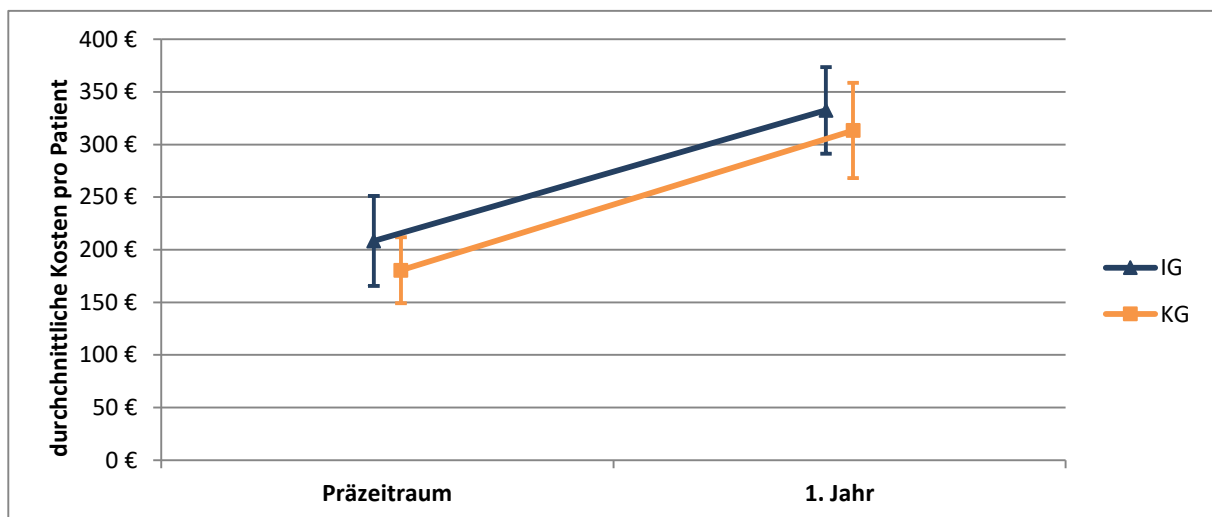
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	694	882	718	879
durchschnittliche Kosten	208,32 €	332,46 €	180,43 €	313,27 €
Standardabweichung	790,40 €	761,78 €	580,39 €	837,93 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,34 €	83,11 €	14,54 €	86,73 €
75%-Perzentil	116,00 €	336,83 €	126,20 €	322,39 €
Maximum	17.480,30 €	10.921,66 €	9.721,94 €	16.759,38 €

Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

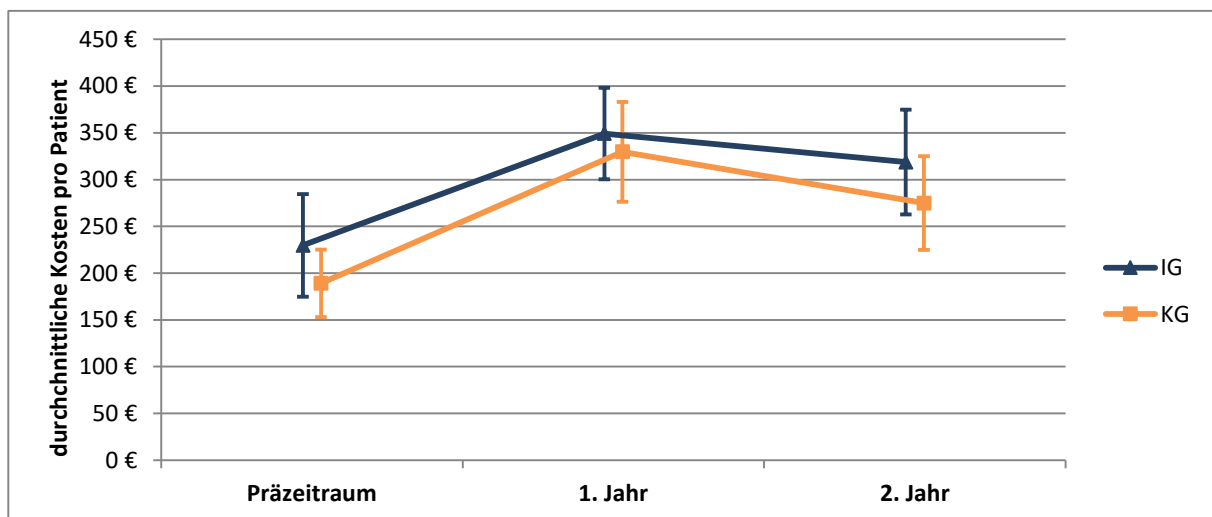


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	514	651	538	543	656	536
durchschnittliche Kosten	229,68 €	349,16 €	318,78 €	189,18 €	329,70 €	274,86 €
Standardabweichung	875,64 €	781,32 €	875,14 €	574,33 €	850,60 €	785,31 €
Minimum	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 €
Median	13,37 €	85,20 €	48,20 €	16,04 €	91,01 €	39,35 €
75%-Perzentil	122,66 €	372,39 €	274,05 €	137,15 €	322,49 €	258,90 €
Maximum	17.480,30 €	10.921,66 €	11.862,63 €	7.759,90 €	16.759,38 €	15.295,70 €

Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene



**Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	189,18 €	0,000	189,18 €	0,000	-157,63 €	0,019
IG (vs. KG)	40,49 €	0,227	40,49 €	0,227	21,20 €	0,515
Post (vs. Prä)	113,55 €	0,000				
IG x Post (DiD)	-8,92 €	0,785				
1. Jahr (vs. Prä)			140,52 €	0,000	255,82 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			85,67 €	0,000	200,96 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-21,03 €	0,522	-9,68 €	0,783
IG x Jahr 2 (DiD)			3,44 €	0,925	15,79 €	0,681
Alter (30-47 J. vs. U30)					103,50 €	0,013
Alter (48-64 J. vs. U30)					155,59 €	0,000
Alter (Ü64 vs. U30)					159,54 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-6,16 €	0,846
F 00 (Demenz)					197,07 €	0,165
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-5,69 €	0,942
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					523,81 €	0,160
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					111,10 €	0,094
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					317,52 €	0,227
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-94,35 €	0,024
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					934,91 €	0,000
F 30-39 (Affektive Störungen)					122,73 €	0,006
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					53,60 €	0,273
F 45 (Somatoforme Störungen)					27,34 €	0,606
F 40-48 (ohne F43 und F45)					41,37 €	0,253
F 50 (Essstörungen)					-65,78 €	0,219
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-21,29 €	0,809
F 70-79 (Intelligenzstörung)					265,67 €	0,047
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					245,33 €	0,322
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					140,75 €	0,037
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-54,50 €	0,213
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18,02 €	0,832
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					631,45 €	0,018
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					131,46 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,005		0,005		0,120

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

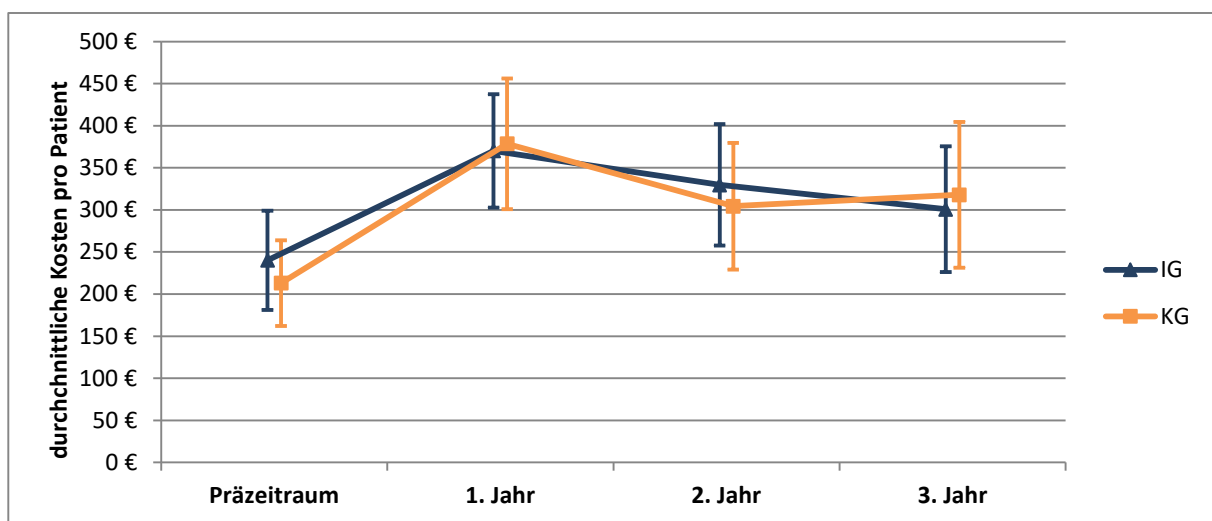
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	330	406	341	323	329	413	333	308
durchschnittliche Kosten	240,23 €	370,19 €	329,70 €	300,81 €	213,03 €	378,56 €	304,37 €	317,98 €
Standardabweichung	745,73 €	852,87 €	891,12 €	913,43 €	639,00 €	970,05 €	924,26 €	1.042,58 €
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	14,11 €	91,54 €	58,36 €	41,34 €	14,89 €	109,58 €	43,84 €	33,75 €
75%-Perzentil	153,28 €	374,16 €	284,03 €	270,22 €	147,08 €	353,73 €	260,59 €	238,18 €
Maximum	11.836,80 €	10.921,66 €	11.862,63 €	11.455,76 €	7.759,90 €	16.759,38 €	15.295,70 €	16.684,78 €

Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

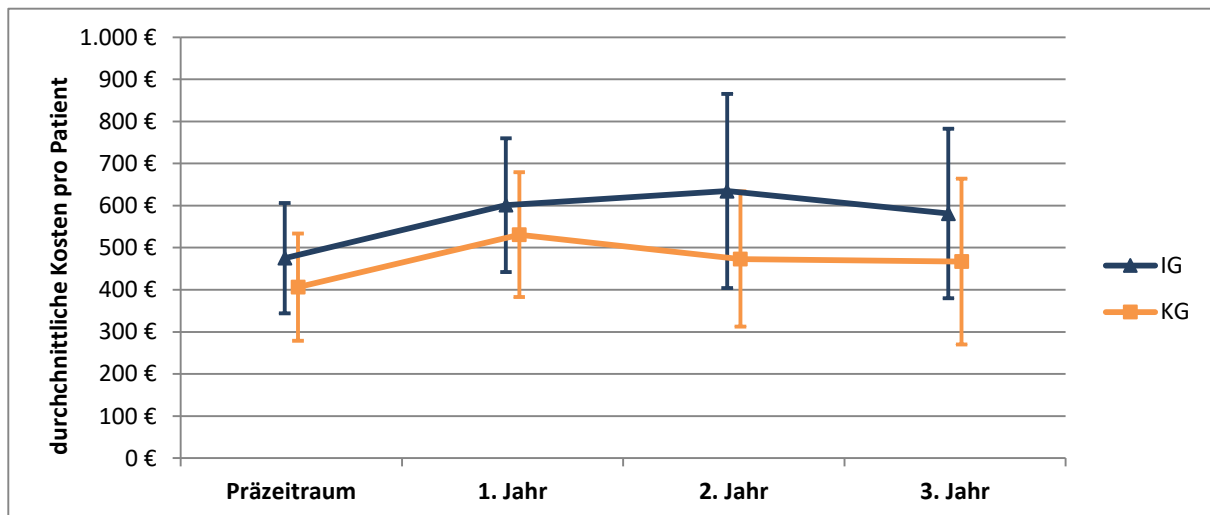


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	129	135	125	110	121	136	125	109
durchschnittliche Kosten	475,23 €	601,25 €	634,59 €	581,16 €	406,23 €	530,98 €	473,23 €	467,12 €
Standardabweichung	904,57 €	1.097,19 €	1.561,39 €	1.354,05 €	867,83 €	1.011,88 €	1.082,77 €	1.310,78 €
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 €	12,26 €	0,00 €	0,00 €
Median	76,54 €	194,35 €	146,51 €	131,27 €	60,02 €	158,70 €	123,01 €	87,93 €
75%-Perzentil	449,92 €	603,98 €	590,03 €	594,68 €	515,85 €	608,28 €	571,08 €	501,76 €
Maximum	5.034,39 €	6.670,34 €	12.474,29 €	13.212,48 €	8.348,88 €	7.637,72 €	10.458,51 €	12.871,36 €

**Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lagen die **Kosten der Psychopharmakaversorgung** der IG im Präzeitraum in etwa auf gleicher Höhe mit jenen der KG (IG: 71,74 €; KG: 57,01 €; vgl. Tabelle 251, Tabelle 253 und Abbildung 151). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 59,01 € signifikant stärker.

Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in beiden Gruppen in etwa konstant. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 43,43 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 253).

Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im Präzeitraum etwas höhere Kosten als die KG auf (IG: 326,10 €; KG: 268,74 €; vgl. Tabelle 252, Tabelle 254 und Abbildung 152). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 64,56 € nicht signifikant stärker.

Vom zweiten bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in beiden Gruppen leicht in etwa auf das Niveau des Präzeitraums zurück. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 38,94 € nicht signifikant stärker (vgl. Tabelle 254).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 44,65 € stärker (vgl. Tabelle 255 und Abbildung 153).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG im Präzeitraum in etwa gleich hohe Kosten auf (IG: 56,92 €; KG: 73,52 €; vgl. Tabelle 256, Tabelle 257 und Abbildung 154). Vom Präzeitraum bis zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG um 63,07 € signifikant stärker als in der KG. Im zweiten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG nur noch moderat, in der KG hingegen etwas stärker. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 53,32 € signifikant stärker (vgl. Tabelle 257).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zu U1 identisches Bild (vgl. Tabelle 258 und Abbildung 155).

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich, ähnlich zu U1, ein paralleler Kostenverlauf zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 259 und Abbildung 156).



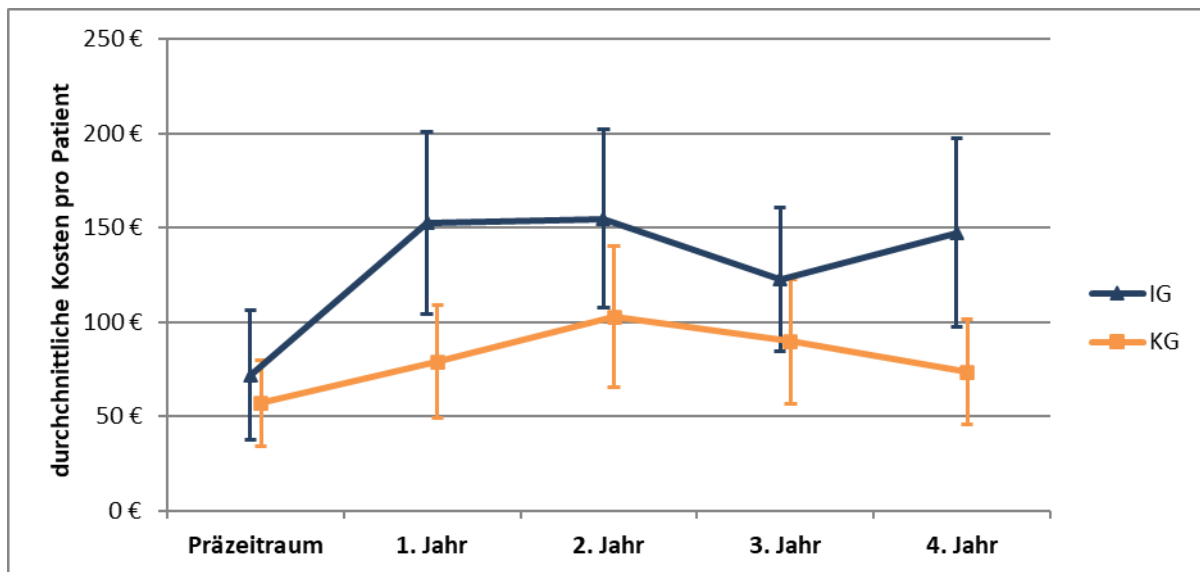
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	52	73	73	69	62	48	59	46	48	51
durchschnittliche Kosten	71,74 €	152,59 €	154,81 €	122,55 €	147,22 €	57,01 €	78,85 €	102,76 €	89,52 €	73,40 €
Standardabweichung	266,67 €	373,15 €	364,68 €	295,44 €	387,68 €	172,03 €	226,55 €	281,65 €	247,50 €	209,55 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	106,60 €	106,48 €	75,21 €	41,19 €	0,00 €	26,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.181,01 €	2.299,40 €	2.179,71 €	1.898,83 €	2.363,49 €	1.558,96 €	1.587,89 €	1.764,96 €	1.480,75 €	1.536,22 €

Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$

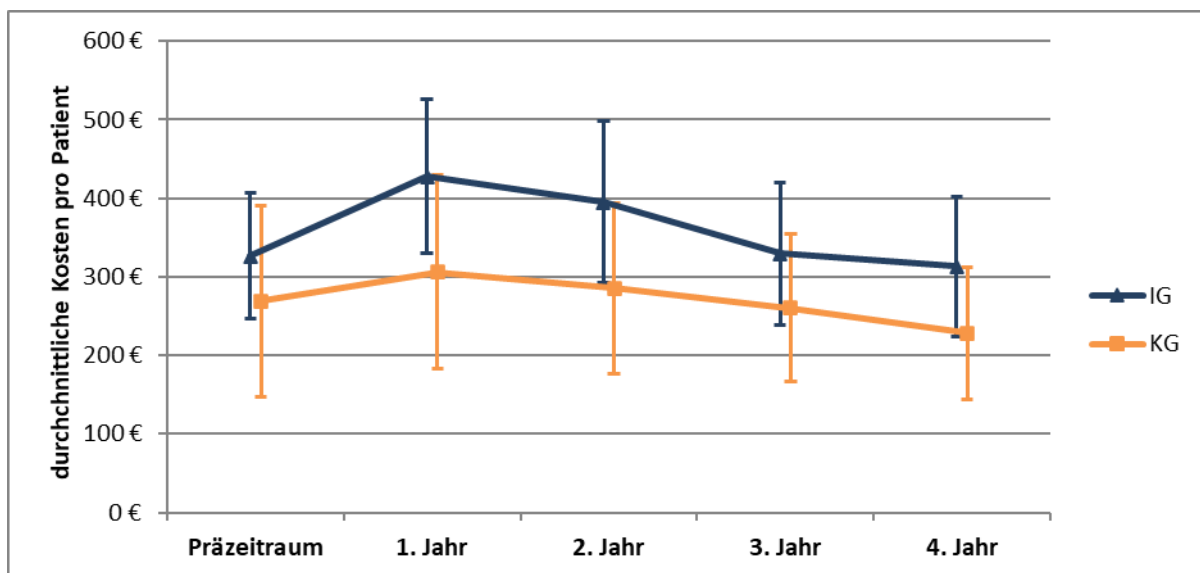


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	90	100	87	78	70	62	68	59	52	46
durchschnittliche Kosten	326,10 €	427,64 €	395,10 €	329,19 €	313,28 €	268,74 €	305,71 €	285,56 €	260,30 €	228,13 €
Standardabweichung	506,10 €	622,46 €	652,25 €	577,84 €	561,94 €	735,92 €	746,20 €	658,51 €	567,81 €	507,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	53,51 €	110,60 €	73,11 €	16,38 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	447,26 €	565,18 €	444,09 €	418,48 €	394,22 €	242,24 €	212,18 €	246,52 €	147,22 €	163,02 €
Maximum	2.691,57 €	2.898,97 €	3.027,53 €	2.261,70 €	2.808,30 €	6.094,93 €	5.857,88 €	4.368,86 €	2.496,10 €	2.759,28 €

**Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$**



**Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	57,01 €	0,000	57,01 €	0,000	-36,10 €	0,463
IG (vs. KG)	14,73 €	0,486	14,73 €	0,486	17,63 €	0,403
Post (vs. Prä)	29,13 €	0,032				
IG x Post (DiD)	43,43 €	0,078				
1. Jahr (vs. Prä)			21,85 €	0,093	82,35 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			45,75 €	0,012	106,26 €	0,000
3. Jahr (vs. Prä)			32,52 €	0,053	93,02 €	0,000
4. Jahr (vs. Prä)			16,40 €	0,279	76,90 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			59,01 €	0,016	61,70 €	0,016
IG x Jahr 2 (DiD)			37,32 €	0,200	40,01 €	0,170
IG x Jahr 3 (DiD)			18,29 €	0,521	20,98 €	0,458
IG x Jahr 4 (DiD)			59,09 €	0,068	61,78 €	0,055
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-65,08 €	0,002
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-40,93 €	0,448
F 30-39 (Affektive Störungen)					-49,97 €	0,287
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-130,67 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					5,19 €	0,904
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-43,45 €	0,141
F 50 (Essstörungen)					-13,97 €	0,720
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-24,30 €	0,584
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					132,88 €	0,138
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					59,19 €	0,183
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					50,37 €	0,291
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,36 €	0,158
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,24 €	0,518
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					71,82 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,013		0,014		0,040

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

**Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung \$KP\$**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	268,74 €	0,000	268,74 €	0,000	172,47 €	0,300
IG (vs. KG)	57,36 €	0,439	57,36 €	0,440	56,06 €	0,454
Post (vs. Prä)	1,26 €	0,979				
IG x Post (DiD)	38,94 €	0,510				
1. Jahr (vs. Prä)			36,97 €	0,321	179,98 €	0,080
2. Jahr (vs. Prä)			16,82 €	0,786	159,82 €	0,176
3. Jahr (vs. Prä)			-8,44 €	0,882	134,56 €	0,233
4. Jahr (vs. Prä)			-40,61 €	0,474	101,70 €	0,381
IG x Jahr 1 (DiD)			64,56 €	0,180	56,97 €	0,291
IG x Jahr 2 (DiD)			52,18 €	0,480	44,59 €	0,572
IG x Jahr 3 (DiD)			11,54 €	0,869	3,95 €	0,958
IG x Jahr 4 (DiD)			27,79 €	0,695	20,90 €	0,786
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-50,83 €	0,541
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-98,75 €	0,336
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					696,67 €	0,050
F 30-39 (Affektive Störungen)					-201,82 €	0,189
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-131,47 €	0,613
F 45 (Somatoforme Störungen)					-26,84 €	0,855
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-249,72 €	0,001
F 50 (Essstörungen)					-251,09 €	0,000
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-84,93 €	0,444
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-15,44 €	0,910
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-17,20 €	0,899
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-37,18 €	0,583
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,39 €	0,855
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,64 €	0,870
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					159,36 €	0,055
R <sup>2</sup>		0,005		0,009		0,035

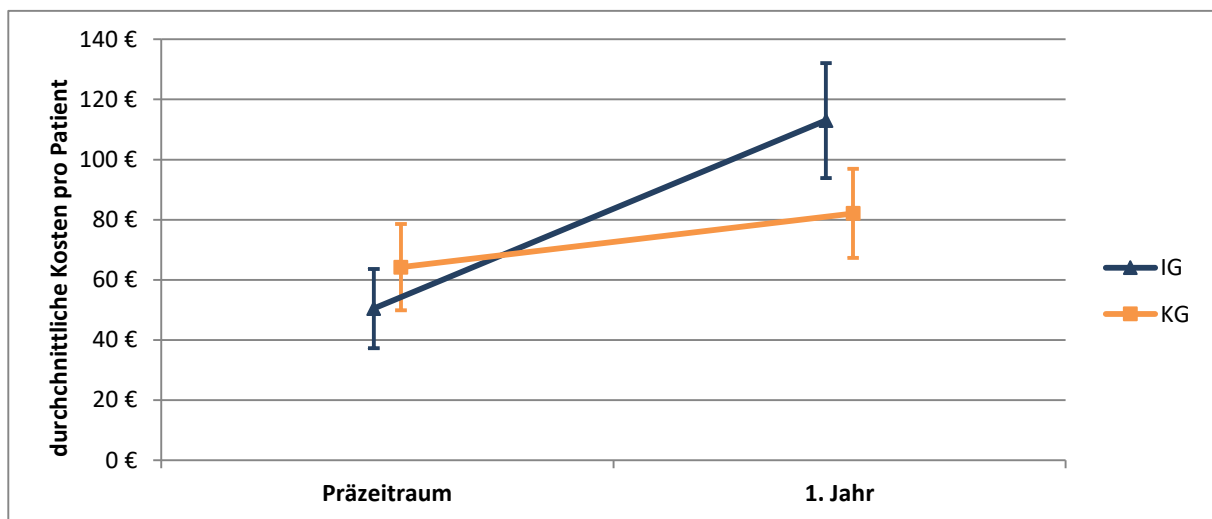
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung \$KP\$

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	166	299	175	247
durchschnittliche Kosten	50,44 €	113,01 €	64,19 €	82,11 €
Standardabweichung	215,84 €	313,72 €	235,91 €	243,52 €
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 €	39,77 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.693,28 €	2.816,74 €	3.297,12 €	1.991,38 €

Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung \$KP\$

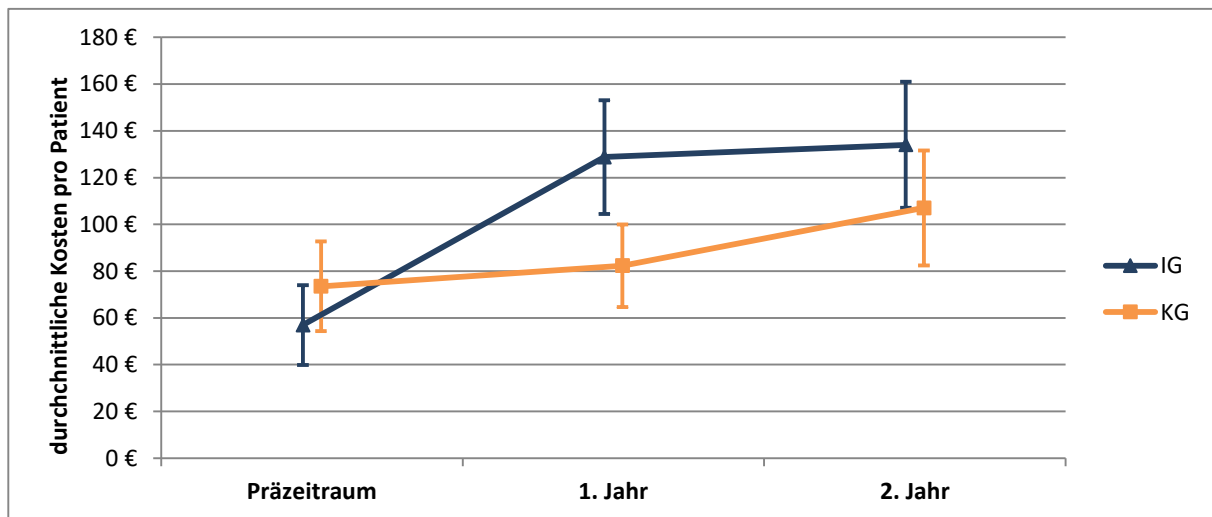


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung \$KP\$

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	131	225	214	135	172	158
durchschnittliche Kosten	56,92 €	128,78 €	133,99 €	73,52 €	82,31 €	107,03 €
Standardabweichung	235,11 €	335,96 €	372,76 €	262,73 €	241,32 €	335,90 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	50,63 €	49,63 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.693,28 €	2.589,31 €	3.025,36 €	3.297,12 €	1.991,38 €	2.884,90 €

Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung \$KP\$



**Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung \$KP\$**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	73,52 €	0,000	73,52 €	0,000	24,64 €	0,251
IG (vs. KG)	-16,60 €	0,205	-16,60 €	0,205	-10,72 €	0,416
Post (vs. Prä)	21,14 €	0,024				
IG x Post (DiD)	53,32 €	0,000				
1. Jahr (vs. Prä)			8,79 €	0,272	70,45 €	0,000
2. Jahr (vs. Prä)			33,51 €	0,005	95,04 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			63,07 €	0,000	59,29 €	0,000
IG x Jahr 2 (DiD)			43,56 €	0,014	39,91 €	0,025
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-84,00 €	0,000
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-11,33 €	0,758
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-106,80 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					70,22 €	0,597
F 30-39 (Affektive Störungen)					-10,06 €	0,599
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-22,18 €	0,575
F 45 (Somatoforme Störungen)					-18,06 €	0,340
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-58,24 €	0,000
F 50 (Essstörungen)					-40,97 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					8,15 €	0,856
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					113,14 €	0,072
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					28,70 €	0,153
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4,35 €	0,813
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-45,18 €	0,122
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,10 €	0,490
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					71,51 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,008		0,009		0,041

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

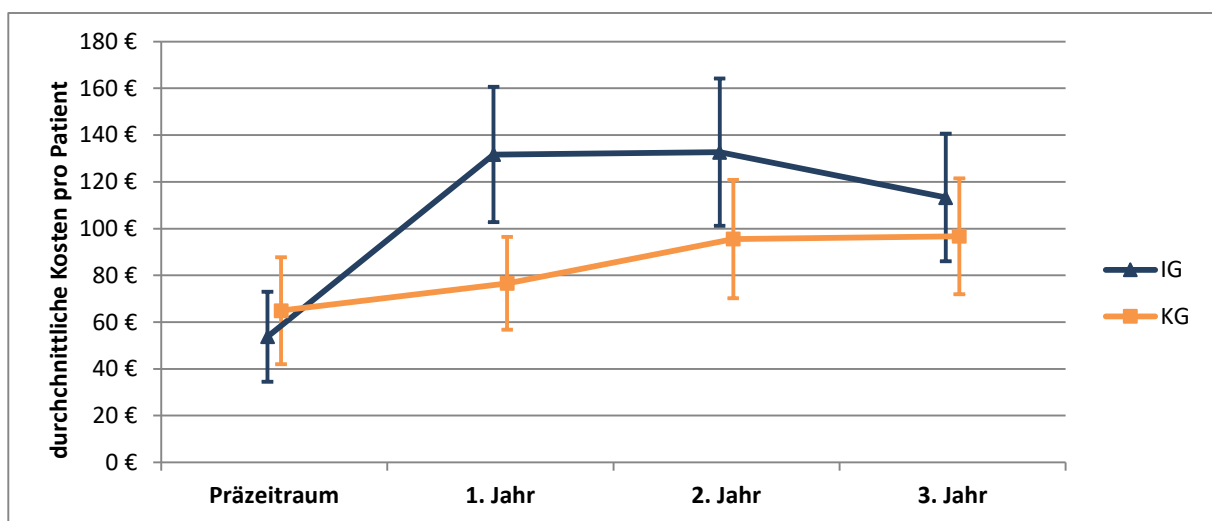
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KP\$

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	94	159	148	144	91	118	106	110
durchschnittliche Kosten	53,77 €	131,72 €	132,68 €	113,32 €	64,90 €	76,61 €	95,55 €	96,76 €
Standardabweichung	218,84 €	329,51 €	358,14 €	310,28 €	253,51 €	220,08 €	279,73 €	273,62 €
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 €	63,76 €	66,27 €	61,63 €	0,00 €	9,41 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.181,01 €	2.299,40 €	3.025,36 €	3.922,79 €	3.297,12 €	1.587,89 €	2.202,10 €	1.728,87 €

Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KP\$



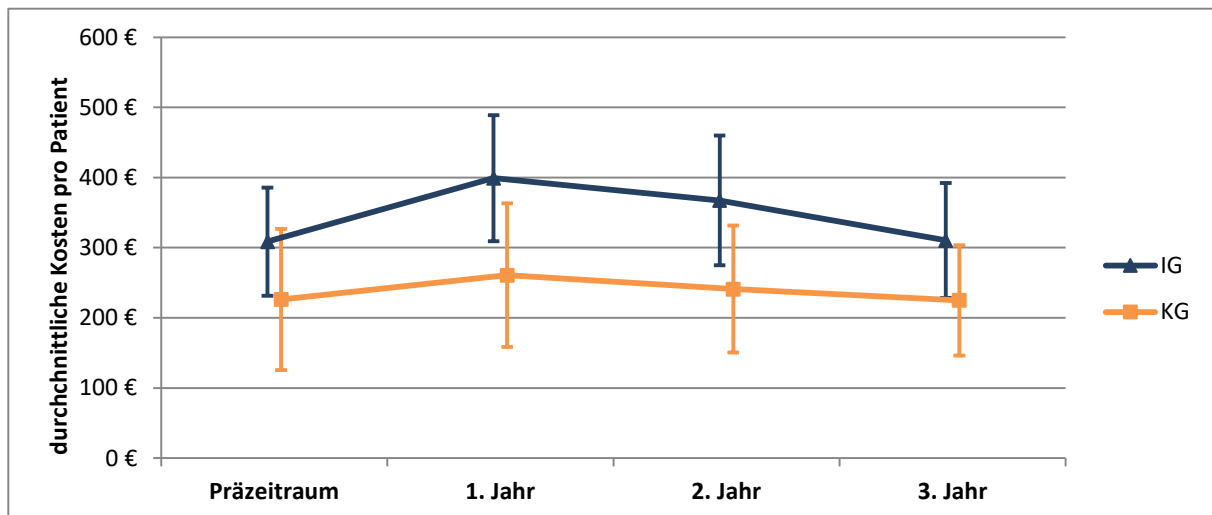


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KP\$**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	100	108	95	85	72	75	65	56
durchschnittliche Kosten	308,64 €	399,16 €	367,43 €	310,48 €	226,30 €	260,82 €	241,01 €	224,84 €
Standardabweichung	524,66 €	612,04 €	629,61 €	557,72 €	672,96 €	685,28 €	605,49 €	526,25 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	31,71 €	87,78 €	46,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	399,56 €	497,46 €	415,22 €	403,85 €	135,20 €	169,20 €	156,74 €	118,96 €
Maximum	2.838,14 €	2.898,97 €	3.027,53 €	2.261,70 €	6.094,93 €	5.857,88 €	4.368,86 €	2.496,10 €

**Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KP\$**



## 10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

### Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung fielen die **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** in der IG durchgehend günstiger als in der KG aus (vgl. Tabelle 260 und Abbildung 157). Jedoch war die Inanspruchnahme in beiden Gruppen relativ gering, weswegen ein Vergleich der Kosten wenig sinnvoll erscheint.

Bei den linikbekannten Patienten deutete sich angesichts der relativ geringen Inanspruchnahme ein identischer Kostenverlauf zwischen IG und KG an. (vgl. Tabelle 261 und Abbildung 158).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG um 4,79 € weniger stark an als in der KG (vgl. Tabelle 264 und Abbildung 159).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in beiden Gruppen parallel zueinander an (vgl. Tabelle 265, Tabelle 266 und Abbildung 160). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 9,80 € nicht signifikant weniger stark an. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG (relativ zur KG) um 5,87 € nicht signifikant schwächer (vgl. Tabelle 266).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung deutete sich ebenfalls ein paralleler Verlauf der Kosten zwischen IG und KG an (vgl. Tabelle 267 und Abbildung 161)

Bei den linikbekannten Patienten zeigte sich ein ähnlicher Kostenverlauf wie in U1 (vgl. Tabelle 268 und Abbildung 162).

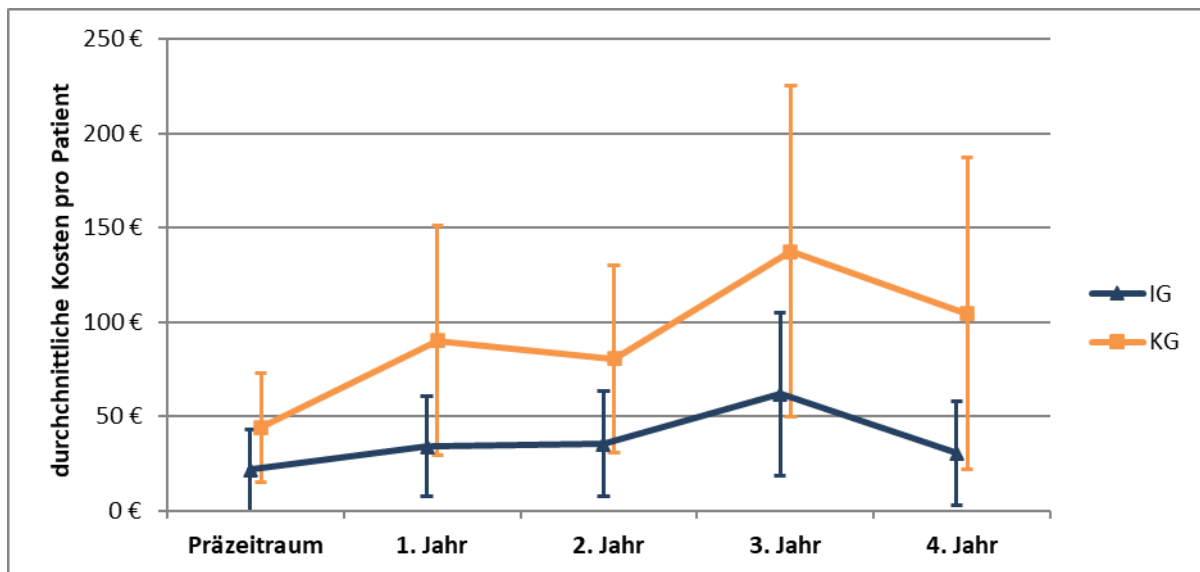
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	<10	12	<10	<10	<10	11	19	17	15	13
durchschnittliche Kosten	21,61 €	34,03 €	35,26 €	61,79 €	30,39 €	43,98 €	90,01 €	80,52 €	137,34 €	104,34 €
Standardabweichung	243,38 €	221,73 €	226,32 €	346,31 €	219,33 €	237,13 €	503,43 €	400,49 €	697,90 €	644,07 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	2.967,44 €	2.169,66 €	3.039,96 €	2.026,64 €	2.128,56 €	6.060,53 €	3.983,04 €	7.266,24 €	8.559,46 €

Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

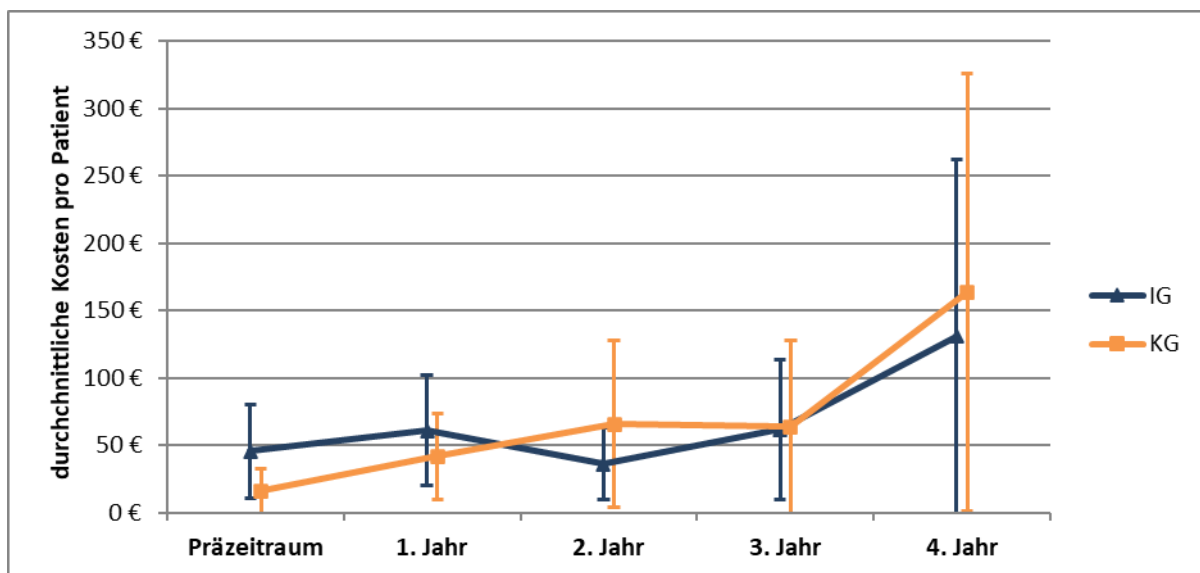


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	<10	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	45,37 €	60,57 €	36,19 €	61,65 €	130,92 €	16,19 €	41,61 €	65,48 €	63,78 €	163,53 €
Standardabweichung	208,75 €	245,69 €	154,58 €	302,77 €	846,58 €	129,49 €	190,30 €	363,52 €	424,37 €	921,05 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.756,87 €	1.853,42 €	984,63 €	2.237,90 €	8.875,72 €	1.257,70 €	1.303,28 €	3.091,76 €	4.237,52 €	8.099,64 €

**Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



**Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

**Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

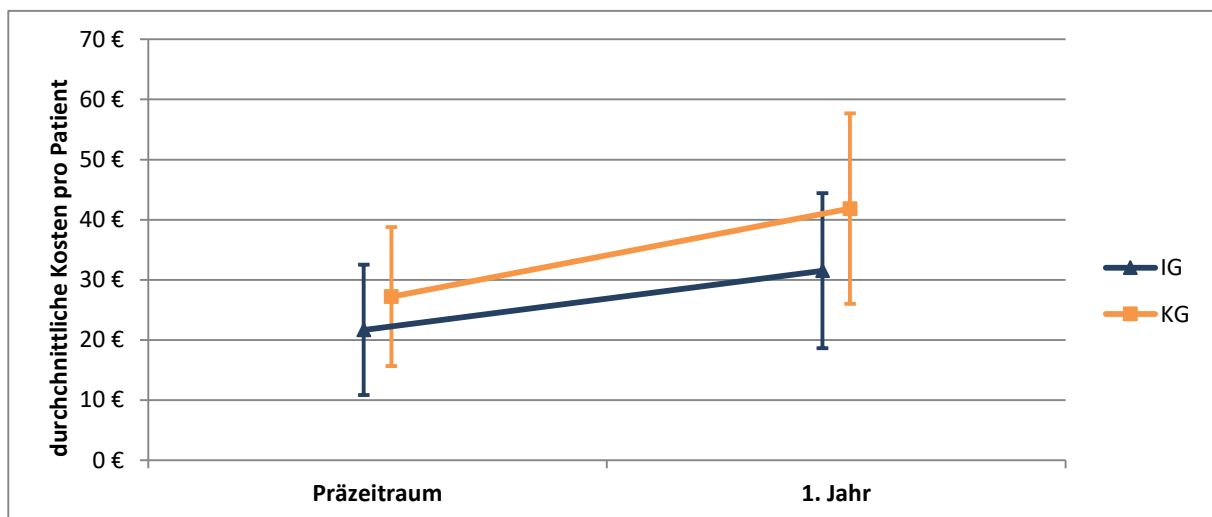
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	28	40	37	54
durchschnittliche Kosten	21,66 €	31,50 €	27,21 €	41,84 €
Standardabweichung	200,68 €	238,70 €	213,92 €	293,27 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.710,57 €	4.425,60 €	3.725,64 €	6.060,53 €

Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

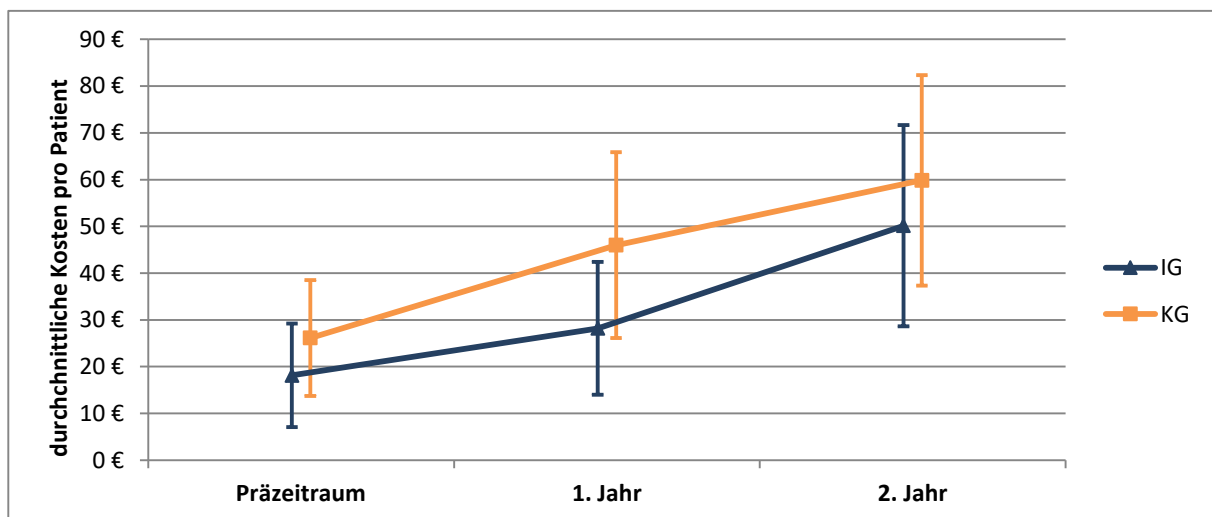


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	19	31	27	28	44	44
durchschnittliche Kosten	18,13 €	28,18 €	50,14 €	26,13 €	45,99 €	59,84 €
Standardabweichung	177,09 €	226,76 €	336,51 €	197,27 €	316,84 €	352,03 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	3.710,57 €	4.425,60 €	3.524,44 €	3.694,93 €	6.060,53 €	4.626,24 €

Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene





**Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	26,13 €	0,000	26,13 €	0,000	-20,43 €	0,158
IG (vs. KG)	-8,00 €	0,346	-8,00 €	0,346	-7,29 €	0,403
Post (vs. Prä)	26,66 €	0,007				
IG x Post (DiD)	-5,87 €	0,618				
1. Jahr (vs. Prä)			19,85 €	0,046	30,11 €	0,003
2. Jahr (vs. Prä)			33,70 €	0,004	45,13 €	0,000
IG x Jahr 1 (DiD)			-9,80 €	0,388	-11,33 €	0,315
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,69 €	0,915	-3,20 €	0,840
Alter (30-47 J. vs. U30)					20,40 €	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					22,77 €	0,004
Alter (Ü64 vs. U30)					79,46 €	0,000
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,45 €	0,824
F 00 (Demenz)					-47,24 €	0,238
F 01 (Vaskuläre Demenz)					134,47 €	0,317
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-24,60 €	0,832
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-20,64 €	0,469
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-22,54 €	0,111
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-17,10 €	0,161
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					86,67 €	0,026
F 30-39 (Affektive Störungen)					4,54 €	0,663
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,72 €	0,762
F 45 (Somatoforme Störungen)					-0,61 €	0,961
F 40-48 (ohne F43 und F45)					9,41 €	0,548
F 50 (Essstörungen)					-20,71 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-24,13 €	0,009
F 70-79 (Intelligenzstörung)					10,15 €	0,722
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-26,25 €	0,139
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					5,69 €	0,749
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-8,72 €	0,376
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10,25 €	0,469
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-19,02 €	0,006
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12,77 €	0,039
R <sup>2</sup>		0,002		0,003		0,026

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

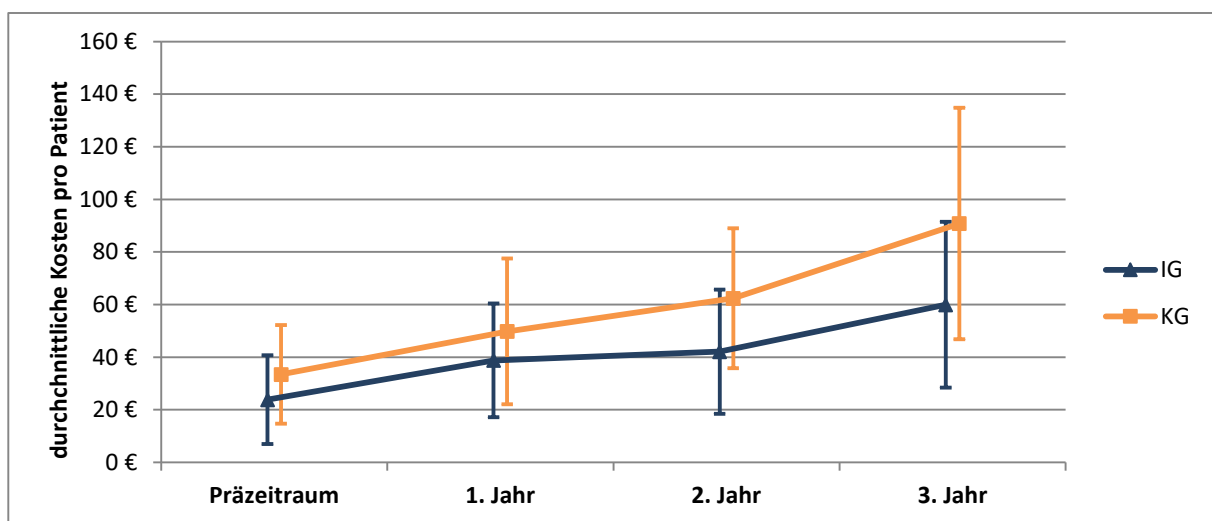
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

### Klinikneue Patienten

Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	13	25	18	17	20	29	34	26
durchschnittliche Kosten	23,85 €	38,77 €	42,12 €	59,93 €	33,44 €	49,82 €	62,40 €	90,82 €
Standardabweichung	213,86 €	273,11 €	291,45 €	385,55 €	234,55 €	346,54 €	325,91 €	530,18 €
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	3.710,57 €	4.425,60 €	3.430,24 €	4.606,00 €	3.694,93 €	6.060,53 €	3.983,04 €	7.266,24 €

Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

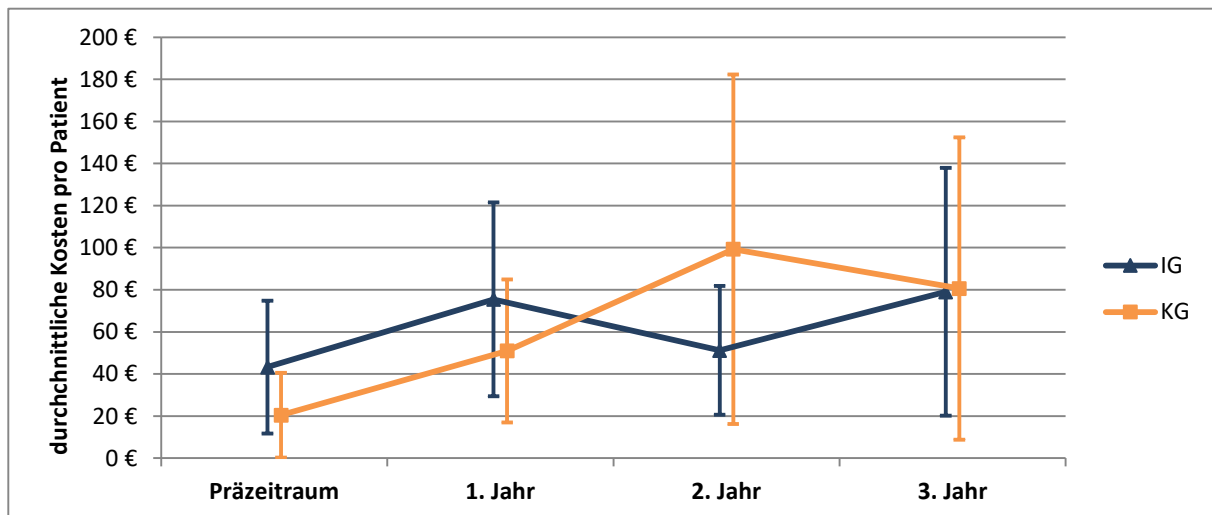


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	10	15	15	11	<10	12	<10	<10
durchschnittliche Kosten	43,24 €	75,41 €	51,20 €	79,04 €	20,40 €	50,94 €	99,27 €	80,60 €
Standardabweichung	217,88 €	317,82 €	207,21 €	396,42 €	137,69 €	232,33 €	558,91 €	478,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.756,87 €	2.865,42 €	1.852,06 €	3.684,80 €	1.257,70 €	1.817,88 €	5.011,24 €	4.237,52 €

**Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U1-U4); Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung lassen sich die beiden Gruppen hinsichtlich der **Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung** aufgrund der relativ geringen Inanspruchnahme nicht sinnvoll miteinander vergleichen (vgl. Tabelle 269 und Abbildung 163).

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den linikbekannten Patienten, wobei sich die Kostenverläufe zwischen den Gruppen aufgrund der relativ geringen Fallzahl ebenfalls nicht sinnvoll miteinander vergleichen lassen (vgl. Tabelle 270 und Abbildung 164).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stiegen die Kosten in der IG um 15,65 € stärker als in der KG (vgl. Tabelle 273 und Abbildung 165).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung nahmen die Kosten der IG vom Präzeitraum bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr zu, während die Kosten der KG in etwa konstant blieben (vgl. Tabelle 274, Tabelle 275 und Abbildung 166). Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG um 25,57 € signifikant stärker an. Vom Präzeitraum zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 23,56 € signifikant stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiesen IG und KG in etwa identische Kostenverläufe bei insgesamt relativ geringer Inanspruchnahme auf (vgl. Tabelle 276 und Abbildung 167).

Bei den linikbekannten Patienten lassen sich die Kosten der beiden Gruppen ebenfalls aufgrund der sehr geringen Inanspruchnahme nicht sinnvoll miteinander vergleichen (vgl. Tabelle 277 und Abbildung 168).

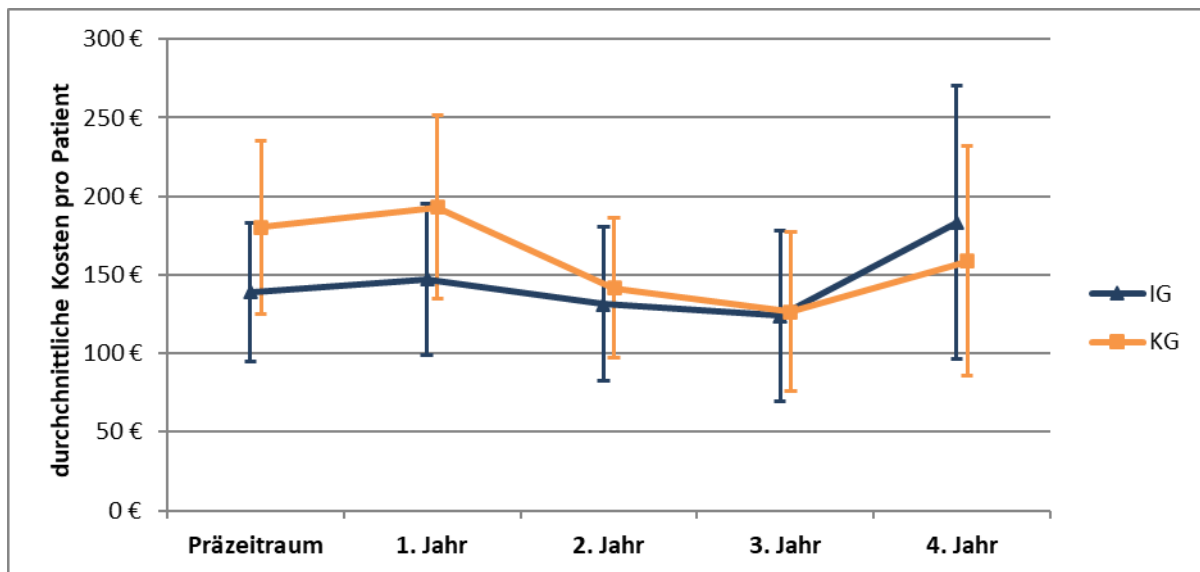
## U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	62	52	52	37	31	59	56	60	43	39
durchschnittliche Kosten	138,95 €	147,32 €	131,37 €	123,97 €	183,33 €	180,28 €	192,82 €	141,61 €	126,53 €	158,77 €
Standardabweichung	341,30 €	371,49 €	376,09 €	420,21 €	673,01 €	413,74 €	438,90 €	334,21 €	381,18 €	551,71 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	63,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	82,08 €	60,18 €	88,80 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.722,09 €	2.164,93 €	2.642,64 €	2.919,20 €	4.004,40 €	2.923,87 €	2.295,39 €	2.057,69 €	2.870,98 €	3.934,64 €

Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

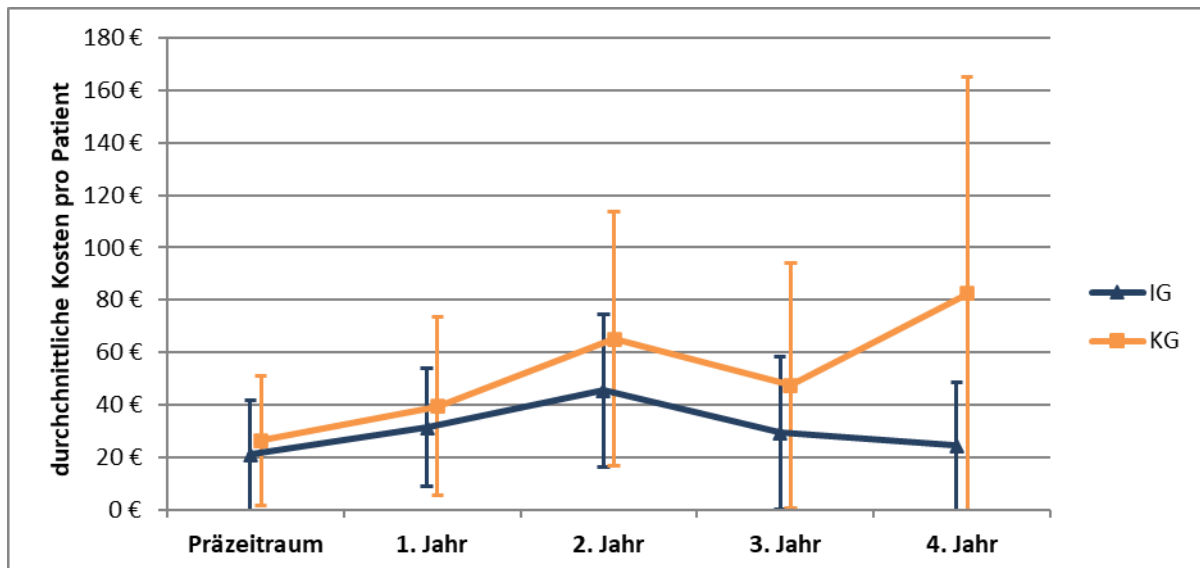


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	<10	<10	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	20,90 €	31,17 €	45,44 €	29,34 €	24,35 €	26,36 €	39,40 €	65,05 €	47,34 €	82,49 €
Standardabweichung	190,57 €	142,37 €	185,36 €	184,22 €	176,22 €	149,77 €	205,23 €	294,45 €	284,49 €	525,42 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.080,39 €	876,34 €	1.153,36 €	1.800,98 €	1.537,86 €	1.240,75 €	1.733,11 €	1.757,46 €	2.724,24 €	5.094,64 €

**Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



**Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

**Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

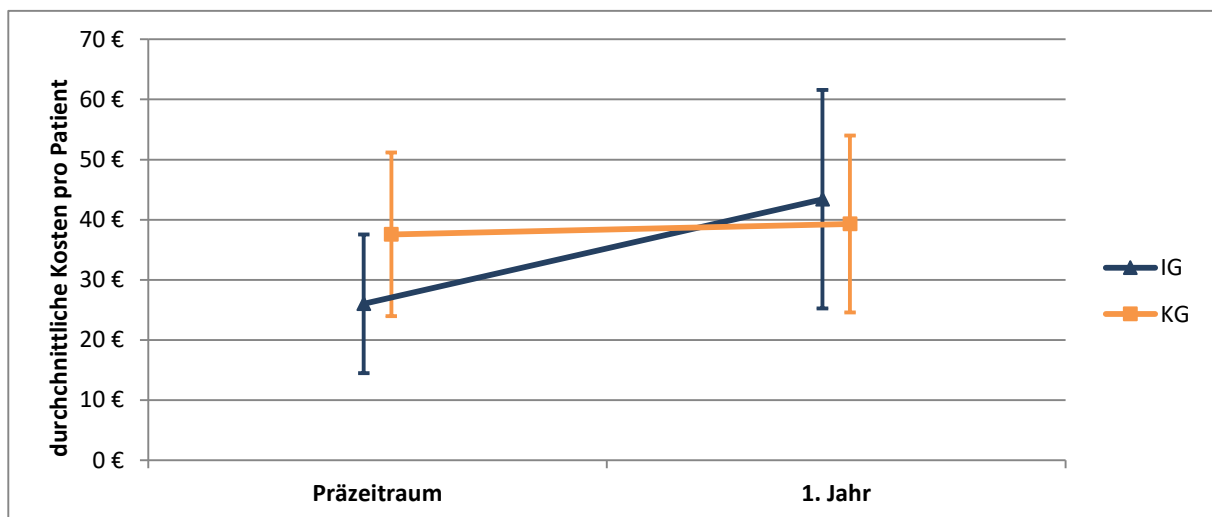
Entfällt aufgrund geringer Fallzahl.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	30	31	43	38
durchschnittliche Kosten	26,02 €	43,41 €	37,56 €	39,30 €
Standardabweichung	189,08 €	297,87 €	223,00 €	241,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.930,96 €	3.991,44 €	2.808,64 €	2.919,20 €

**Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



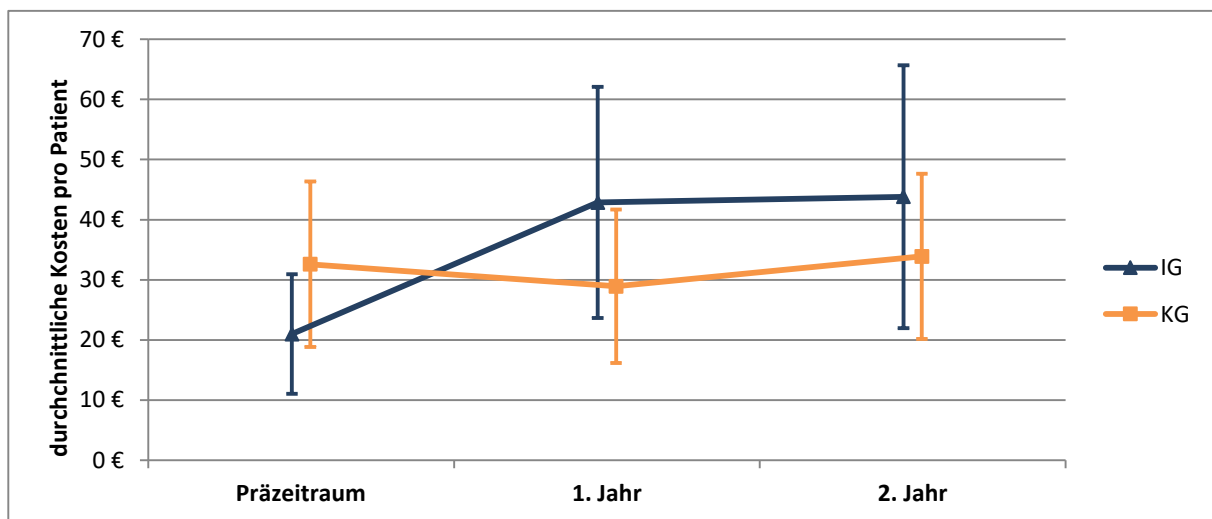


### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	22	26	26	30	25	28
durchschnittliche Kosten	20,97 €	42,86 €	43,81 €	32,59 €	28,92 €	33,90 €
Standardabweichung	137,64 €	265,59 €	302,49 €	187,77 €	174,51 €	187,46 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	1.434,33 €	3.221,96 €	5.098,00 €	1.804,49 €	1.757,46 €	1.948,10 €

Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche



**Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	32,59 €	0,000	32,59 €	0,000	9,50 €	0,397
IG (vs. KG)	-11,62 €	0,180	-11,62 €	0,180	-9,12 €	0,301
Post (vs. Prä)	-1,19 €	0,862				
IG x Post (DiD)	23,56 €	0,042				
1. Jahr (vs. Prä)			-3,68 €	0,594	21,54 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			1,31 €	0,880	26,50 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			25,57 €	0,029	23,09 €	0,050
IG x Jahr 2 (DiD)			21,54 €	0,133	19,08 €	0,186
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-11,16 €	0,176
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					9,45 €	0,820
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-30,40 €	0,000
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-10,96 €	0,529
F 30-39 (Affektive Störungen)					-12,01 €	0,238
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-27,32 €	0,000
F 45 (Somatoforme Störungen)					-9,76 €	0,287
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-0,58 €	0,976
F 50 (Essstörungen)					-7,08 €	0,584
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-18,80 €	0,215
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					96,49 €	0,056
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					5,06 €	0,589
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,66 €	0,186
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,27 €	0,098
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,21 €	0,633
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29,81 €	0,000
R <sup>2</sup>		0,001		0,001		0,008

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

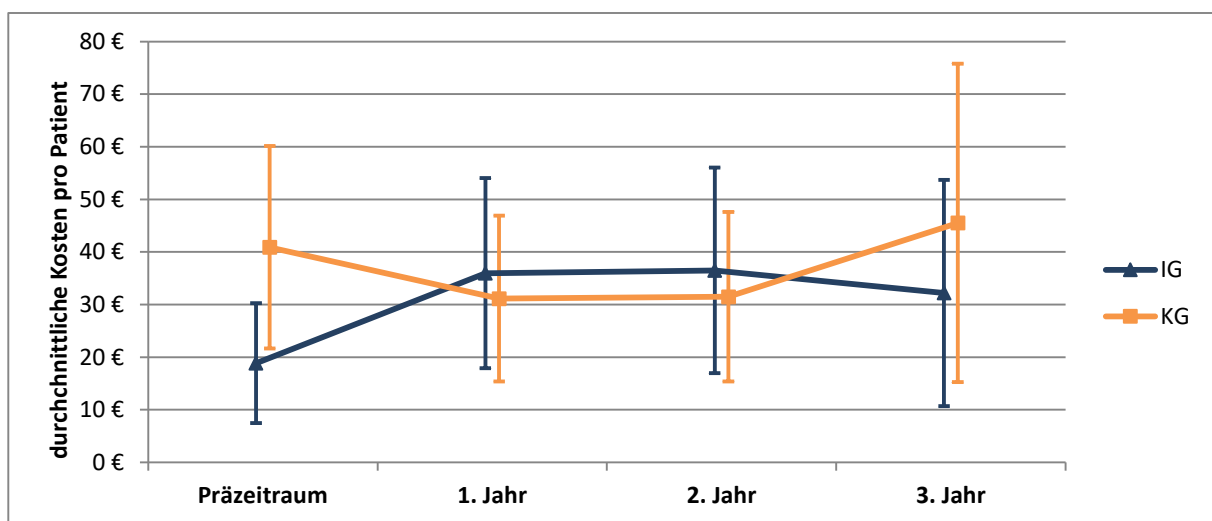
## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	13	18	20	12	24	20	18	12
durchschnittliche Kosten	18,87 €	35,97 €	36,50 €	32,22 €	40,90 €	31,14 €	31,50 €	45,53 €
Standardabweichung	129,71 €	205,68 €	222,21 €	244,70 €	212,69 €	174,34 €	178,10 €	334,32 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.281,41 €	1.793,10 €	2.804,44 €	2.767,80 €	1.804,49 €	1.757,46 €	1.842,40 €	4.212,74 €

Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

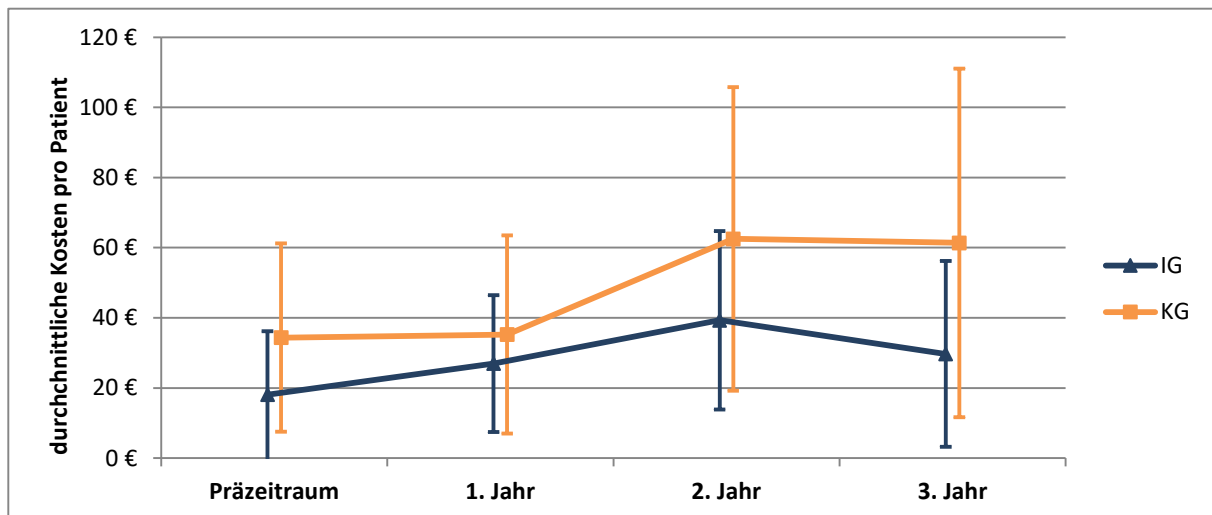


**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	<10	<10	10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	18,08 €	26,97 €	39,31 €	29,71 €	34,35 €	35,22 €	62,50 €	61,37 €
Standardabweichung	177,33 €	132,79 €	173,04 €	180,42 €	179,57 €	189,09 €	289,85 €	332,56 €
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 €	1.153,36 €	1.800,98 €	1.291,70 €	1.733,11 €	1.757,46 €	2.724,24 €

**Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**



## 11. Ergebnisse: Effizienz

### Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4); 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 die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.269,78 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 278 und Abbildung 169). Gleichzeitig wies die IG (relativ zur KG) einen um 0,31 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 4.096,06 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen vollstationären Krankenhaustag wurden 4.096,06 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.054,13 € je Patient signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 279 und Abbildung 169). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 2,79 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -377,82 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag wurden 377,82 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der Effizienz für Untersuchung 2, getrennt nach den einzelnen Kohorten, wird in Abbildung 171 (im Anhang) dargestellt.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 249,83 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG (vgl. Tabelle 280 und Abbildung 169). Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 1,58 Tage nicht signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -158,12 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 158,12 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.164,55 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 281 und Abbildung 169). Gleichzeitig hatte die IG (relativ

zur KG) einen um 2,71 Tage nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Es ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -429,72 €/d. Das heißt, für jeden zusätzlichen AU-Tag wurden 429,72 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	776,67 €		1316	8.930,07 €		1316	8.153,40 €	
	KG	910,80 €		1316	7.794,43 €		1316	6.883,63 €	
	Diff (IG - KG)	-134,13 €	0,173		1.135,65 €	0,003		1.269,78 €	0,001
KH-Tage	IG	0,74		1316	24,61		1316	23,87	
	KG	1,26		1316	24,81		1316	23,56	
	Diff (IG - KG)	-0,51	0,113		-0,20	0,889		0,31	0,835
ICER		4.096,06							

**Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	663,67 €		717	8.104,85 €		717	7.441,18 €	
	KG	837,13 €		780	7.224,18 €		780	6.387,05 €	
	Diff (IG - KG)	-173,46 €	0,131		880,67 €	0,063		1.054,13 €	0,028
AU-Tage	IG	24,90		717	74,82		717	49,92	
	KG	30,75		780	83,46		780	52,71	
	Diff (IG - KG)	-5,85	0,075		-8,64	0,094		-2,79	0,648
ICER		-377,82							

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

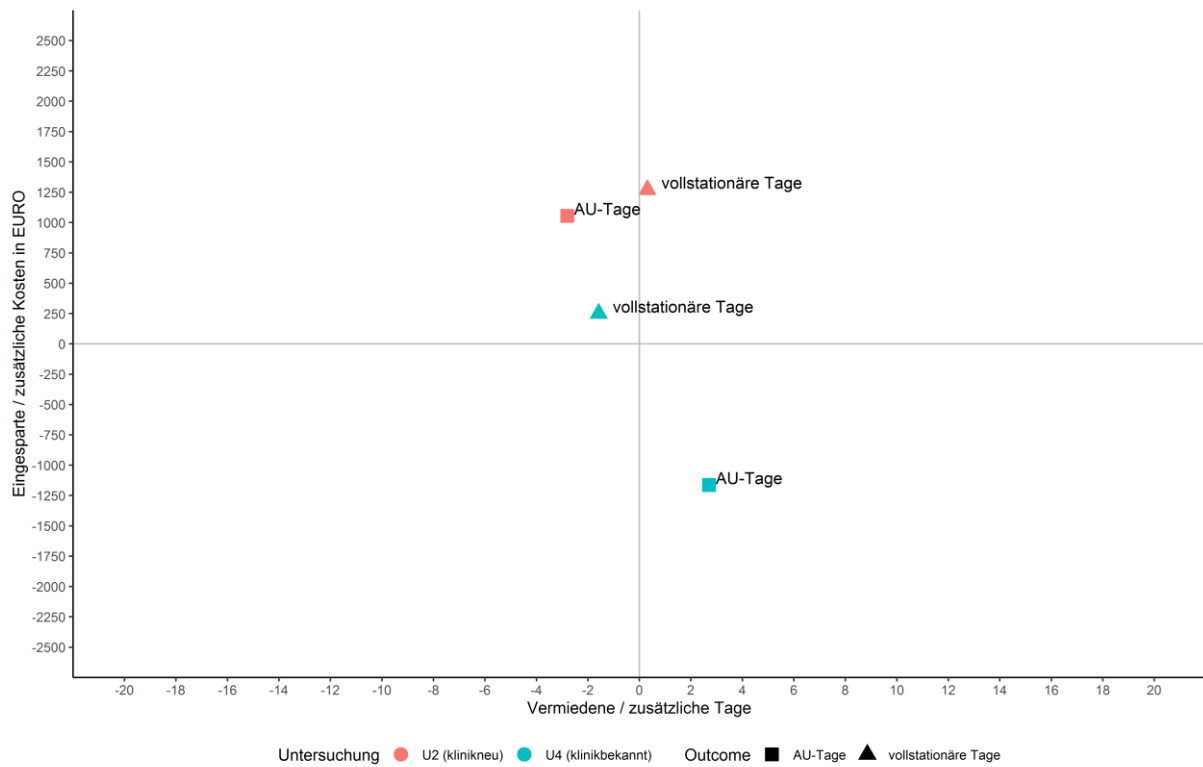
		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	8.001,54 €		188	10.611,38 €		188	2.609,84 €	
	KG	5.628,12 €		188	7.988,13 €		188	2.360,01 €	
	Diff (IG - KG)	2.373,42 €	0,037		2.623,24 €	0,014		249,83 €	0,872
KH-Tage	IG	19,18		188	30,53		188	11,35	
	KG	11,00		188	23,93		188	12,93	
	Diff (IG - KG)	8,18	0,036		6,60	0,126		-1,58	0,785
ICER		-158,12							

**Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	7.083,21 €		107	9.144,28 €		107	2.061,07 €	
	KG	4.345,48 €		105	7.571,10 €		105	3.225,62 €	
	Diff (IG - KG)	2.737,73 €	0,026		1.573,18 €	0,255		-1.164,55 €	0,528
AU-Tage	IG	48,73		107	65,57		107	16,84	
	KG	47,69		105	61,82		105	14,13	
	Diff (IG - KG)	1,04	0,923		3,75	0,743		2,71	0,863
ICER		-429,72							



**Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tag, U2 und U4; Erwachsene**



## Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4); Kinder und Jugendliche

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 die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.746,74 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 282 und Abbildung 170). Gleichzeitig wies die IG (relativ zur KG) einen um 10,10 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** von 172,94 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 172,94 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

U4: Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 3.516,61 € je Patient signifikant günstiger als die KG (vgl. Tabelle 283 und Abbildung 170). Gleichzeitig wies die IG (relativ zur KG) einen um 9,45 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage auf. Dementsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 372,13 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 372,13 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben.

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

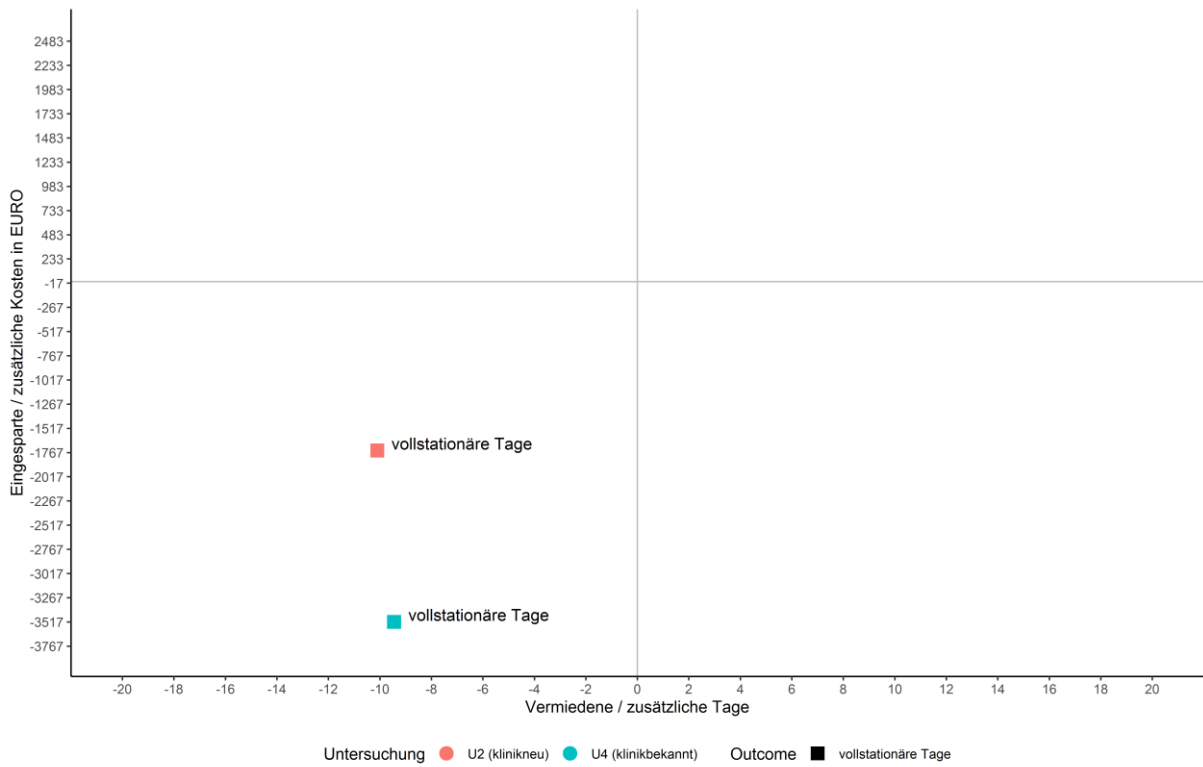
		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	586,08 €		1034	9.537,36 €		1034	8.951,27 €	
	KG	668,86 €		1034	11.366,87 €		1034	10.698,01 €	
	Diff (IG - KG)	-82,77 €	0,154		-1.829,51 €	0,003		-1.746,74 €	0,004
KH-Tage	IG	0,55		1034	13,66		1034	13,12	
	KG	0,38		1034	23,59		1034	23,21	
	Diff (IG - KG)	0,17	0,209		-9,93	0,000		-10,10	0,000
ICER		172,94							

## U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

		Präzeitraum			1. Nachbeobachtungsjahr			1. Nachbeobachtungsjahr - Präzeitraum	
		Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert	N	Mittelwert	P-Wert
Kosten	IG	5.260,42 €		192	6.945,14 €		192	1.684,71 €	
	KG	4.781,79 €		192	9.983,12 €		192	5.201,32 €	
	Diff (IG - KG)	478,63 €	0,615		-3.037,98 €	0,010		-3.516,61 €	0,020
KH-Tage	IG	9,37		192	10,64		192	1,27	
	KG	8,13		192	18,84		192	10,72	
	Diff (IG - KG)	1,24	0,615		-8,20	0,009		-9,45	0,018
ICER		372,13							

Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4; Kinder und Jugendliche



## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH der Erwachsenen- sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu 10 Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken (getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen<sup>1</sup> und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>2</sup>. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten jeweils aus den fünf Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG 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 fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit

---

<sup>1</sup> In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

<sup>2</sup> Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

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.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.“*

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose ergab in der IG bei den linikneuen erwachsenen Patienten kein einheitliches Bild. In U1 und U3 waren die Verläufe und die Höhe der Anteile zwischen IG und KG vergleichbar. In U2 stieg der Anteil im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. In U4 stieg bzw. fiel der Anteil in der IG teils stärker. Eine eindeutige Tendenz ist nicht ersichtlich. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten waren die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt in der IG im Jahr vor Referenzfall in beiden untersuchten Kohorten (U1 & U4) größer als in der KG. Dieser größere Anteil in der IG verringerte sich über die Zeit im Vergleich zur KG kontinuierlich. In U1 war das stärkere Absinken der Anteile im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auch war das Absinken der Anteile über die Zeit in U4 in der IG größer als in der KG. Hier lässt sich eine Tendenz der Verringerung des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt über die Zeit bei den klinikbekannt erwachsenen Patienten erkennen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war sowohl bei den linikneuen als auch linikbekannt jungen Patienten bereits ab dem ersten Jahr nach Referenzfall ein wesentlicher Unterschied bezüglich der Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zu erkennen. Während in allen Kohorten die Kinder und Jugendlichen im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum) der IG noch größere Anteile aufwiesen, sanken diese ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter die Werte der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede klinikneuer junger Patienten waren im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall für alle Nachbeobachtungsjahre von U1 und U3 ersichtlich. Bei den klinikbekannt jungen Patienten war dieser Unterschied für das erste Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Eine Veränderung der Anteile vollstationärer Behandlungen ist in der KJP deutlich zu erkennen und ab Start des Modellvorhabens für klinikneue und klinikbekannte junge Patienten ersichtlich.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** war bei den linikneuen erwachsenen Patienten auch erst im Verlauf zwischen IG und KG verschieden. So waren in U1 und U4 (Patienten mit Einschluss im ersten Jahr bzw. ersten beiden Jahren nach Modellstart) die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG zunächst größer als in der KG, sanken aber im Verlauf in der IG stärker. In U3 (Patienten mit Einschluss in den ersten drei Jahren nach Modellstart) waren die Anteile in allen beiden Nachbeobachtungsjahren in der IG geringer als in der KG. Und in U2 (Patienten mit Einschluss in den ersten vier Jahren nach Modellstart) verzeichnete die IG einen geringeren Anstieg der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Vergleich zur KG. Diese Veränderung über die Zeit war auch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten ersichtlich. So verzeichneten Patienten der U1 in den ersten Jahren höhere Anteile und ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall geringere Anteile (U1 & U4). Diese Tendenz zur geringeren Inanspruchnahme über die Zeit war analog der Anteile des Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt bei den klinikbekannt Patienten. Da das Modellvorhaben der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH ohne Vorläufervertrag startete, war mit einer Einführungsphase zu rechnen. Über den Verlauf des Modellvorhabens konnten jedoch bei den klinikbekannt erwachsenen Patienten vollstationäre Aufenthalte vermieden werden. Auf der anderen Seite ist eine Ausweitung teilstationärer Aufenthalte bei den klinikneuen Patienten über die Zeit nicht ersichtlich. Vielmehr verringerten sich die Anteile an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt über die Zeit.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten stets größer als in der Regelversorgung. Bei den klinikbekannt Patienten bestand dieser Unterschied bereits im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Aufgrund geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden. Dennoch ist eine klare Tendenz hin zu einem höheren Anteil teilstationärer Krankenhausaufenthalte in der KJP der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bei den Kindern und Jugendlichen ersichtlich, besonders bei den klinikneuen jungen Patienten.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer erwachsener Patienten war im Wesentlichen in allen Untersuchungen vergleichbar. In U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) stieg sogar die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG etwas mehr als in der KG (statistisch nicht signifikant). Über den Zeitverlauf des Modellvorhabens, siehe u.a. U2 (Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr), war jedoch der Anstieg der vollstationären Tage klinikneuer Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Eine erste Behandlung im Modellkrankenhaus im späteren Verlauf nach Modellstart führte somit zu weniger vollstationären Behandlungstagen im Vergleich zu einer ersten Behandlung zu Beginn des Modellvorhabens bzw. führte zu einer mit der Regelversorgung vergleichbaren Anzahl an vollstationären Behandlungstagen. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht ersichtlich. In anderen Studien zu Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war hingegen eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um

ca. 22% im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30% der stationären Leistungen durch stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7). Ein starker Effekt auf die vollstationäre Behandlungsdauer ist im Beobachtungszeitraum im hier betrachteten Modellvorhaben nicht ersichtlich, auch wenn eine vorsichtige Tendenz zu weniger vollstationären Behandlungstagen erkennbar ist. Bei den klimbekannt erwachsenen Patienten war im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum), d.h. vor Einführung des Modellvorhabens, eine größere Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG ersichtlich. Das vorliegende Modellvorhaben der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH hatte vor Einführung des Modellvorhabens keinen Vorläufervertrag und mutmaßlich eine Struktur, welche stärker auf vollstationäre Behandlung ausgelegt war im Vergleich zur Regelversorgung. Diese größere Anzahl vollstationärer Tage klimbekannter erwachsener Patienten war sowohl in U1 als auch U4 ersichtlich. In beiden Kohorten ist jedoch auch erkennbar, dass die Patienten des Modellvorhabens über den Zeitverlauf ihrer Behandlung weniger vollstationäre Behandlungstage in Anspruch nahmen als Patienten der Regelversorgung. Diese Tendenz führte dazu, dass in U1 (in der inferenzstatistisch getestet wurde) das Absinken vollstationärer Behandlungstage im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer war als in der KG. Auch der Vergleich des Jahres vor Referenzfall mit den vier Jahren nach Referenzfall war die größere Abnahme der vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben statistisch signifikant. Hier schien die Einführung des Modellvorhabens zu weniger vollstationären Behandlungstagen geführt zu haben, und dies bereits für Patienten, die im ersten Jahr nach Modellstart behandelt wurden. Die Gründe, warum Effekte bei klimbekannt Patienten nicht ersichtlich waren, aber bei den klimbekannt schon, lassen sich mit den vorhandenen Daten nicht vollständig aufklären.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigten sich sowohl bei den klimbekannt als auch bei den klimbekannt jungen Patienten ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringere vollstationäre Behandlungstage im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. Auch waren die Anstiege vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in allen inferenzstatistisch getesteten Kohorten (U1 klimbekannt & klimbekannt; U3 klimbekannt) in der IG statistisch signifikant geringer verglichen mit der KG. Auch hier ist eine deutliche Veränderung mit Modellstart hin zu einer verringerten Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der KJP des Modellvorhabens, besonders im ersten Jahr nach Referenzfall, ersichtlich.

Bei klimbekannt erwachsenen Patienten in der IG stieg die Anzahl **teilstationärer Tage** in U1 und U4 im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. In U1, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied statistisch signifikant. Die restlichen Jahre in den Kohorten U1 und U4 sowie die Verläufe in U2 und U3 waren zwischen IG und KG vergleichbar. Besonders im ersten Jahr nach Modellstart wurden hier die teilstationären Behandlungen mutmaßlich ausgebaut. Diese Stärkung teilstationärer Behandlungen war im weiteren patientenindividuellen Verlauf sowie im Verlauf des



Modellvorhabens nicht mehr ersichtlich. In anderen Modellvorhaben wurde verstärkt auf teilstationäre Behandlungen gesetzt. Im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen z.B. wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8). Auch bei den klimbekannt erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch U4 der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG (in U1 statistisch signifikant). Hier schien die Einführung des Modellvorhabens zu mehr teilstationären Behandlungstagen im ersten Jahr nach Referenzfall geführt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den klimbekannt jungen Patienten der Modellklinik stets stärker an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten jedoch keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt werden. Bei den klimbekannt jungen Patienten stiegen die teilstationären Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall jedoch weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Auch hier waren die Fallzahlen für inferenzstatistische Tests zu gering.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer meist nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Die Vermeidung von (voll-)stationären Tagen kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien. Der Fokus der Evaluation liegt jedoch nicht auf den Vergleich mit anderen Studien, sondern auf einer validen Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die PIA bei den klimbekannt erwachsenen Patienten bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder den ersten beiden Modelljahren (U1 & U4) im Modellvorhaben geringer in Anspruch genommen wurde im Vergleich zur Regelversorgung. Diese geringere Inanspruchnahme blieb in allen patientenindividuellen Jahren in U1 und U4 bestehen. Zudem war der geringere Anstieg in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall in U1 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Bei den Patienten, die im ersten bis dritten bzw. ersten bis vierten Modelljahr eingeschlossen wurden (U3 &

U2) war jedoch ein vergleichbarer Anstieg der PIA-Kontakte zwischen IG und KG erkennbar. Die linikbekannt erwachsenen Patienten zeigten in jedem Jahr eine geringere PIA-Inanspruchnahme in allen untersuchten Jahren, auch im Jahr vor Referenzfall (Präzeitraum). Da dieser Unterschied bereits im Präzeitraum bestand waren statistisch signifikante Unterschiede nicht nachzuweisen. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wurde die PIA somit auch nach Einführung des Modellvorhabens weiterhin geringer als in der Regelversorgung in Anspruch genommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten stets eine geringere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Trotz des bereits im Präzeitraum ersichtlichen Unterschieds ergaben sich im ersten Jahr nach Referenzfall (U1 & U3, klinikneu & klinikbekannt) und im zweiten Jahr nach Referenzfall (U3, klinikneu) im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall statistisch signifikant geringere Anstiege. Eine nach Modellstart weitere geringere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit ersichtlich.

Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses, d.h. Vertragsärzte und andere Leistungserbringer, schienen durch die Modellvorhaben kaum beeinflusst zu sein. So war bei den linikneuen erwachsenen Patienten kein großer Unterschied der Inanspruchnahme hier zu verzeichnen. Lediglich das größere Absinken der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten im zweiten Jahr nach Referenzfall war in U3 bei der IG statistisch signifikant im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr (U4) war stets eine geringere Inanspruchnahme bei Patienten der Modellklinik ersichtlich. Dieser Unterschied bestand jedoch bereits vor Referenzfall. Unterschiede nach Modellstart waren nicht ersichtlich.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten das Muster der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei war die Anzahl der Kontakte in der IG stets geringer als in der KG. Patienten der Modellklinik wiesen somit bereits vor Referenzfall (initialer Behandlung in Klinik nach Modellstart) geringere ambulante Kontakte außerhalb des Krankenhauses auf. Im Laufe des Modellvorhabens erfolgten hier keine Veränderungen im Vergleich zur Regelversorgung.

Obwohl die Gesetzgebung mit §64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach §64b SGB V beschränkt sich bei der Heinrich-Braun-Klinikum-Zwickau gGmbH auf das Krankenhaus. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie eine Tendenz zur Verringerung der Anzahl vollstationärer, jedoch keine Erhöhung der teilstationären Anzahl ersichtlich war. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingegen war eine starke Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte und eine Tendenz zur Erhöhung teilstationärer Aufenthalte ersichtlich. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm in der Erwachsenenpsychiatrie erst über die Zeit ab, während die Dauer teilstationärer Behandlung besonders im ersten Jahr nach Referenzfall stärker als in der Regelversorgung zunahm. In der KJP waren die vollstationären Tage im Modellvorhaben stets geringer, bei den teilstationären Tagen ergab sich kein einheitliches Bild. Damit konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (noch) nicht, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch sehr klar erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP eine Verringerung der PIA-Inanspruchnahme über die Modelllaufzeit. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses wurde durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität für alle erwachsenen Patienten zwischen IG und KG meist vergleichbar. Im zweiten Jahr nach Referenzfall wiesen die linikneuen erwachsenen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) jedoch eine statistisch signifikant geringere Behandlungskontinuität (30 Tage Nachbeobachtung) im Vergleich zur KG auf. In den anderen Kohorten ergaben sich keine eindeutigen Tendenzen. Teilweise war die Behandlungskontinuität im Modellvorhaben geringer (U2; U4, 3. Jahr, klinikneu) und teilweise war diese im Modellvorhaben größer (U4 klinikbekannt) im Vergleich zur Regelversorgung.

Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war kein einheitliches Bild ersichtlich. Für linikneue junge Patienten der U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) bei der Betrachtung von 7 Tagen sowie für klinikneue junge Patienten der U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) bei der Betrachtung von 30 Tagen war eine statistisch signifikant geringere Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor im dritten bzw. ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben verglichen mit der Regelversorgung ersichtlich. Bei den linikbekannt jungen Patienten der U1 war auf der anderen Seite die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer als in der KG.

Während klinikneue Patienten teils zu einer verringerten Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektoren tendierten, wiesen klinikbekannte Patienten teilweise eine erhöhte Behandlungskontinuität auf. Eine eindeutige Richtung des Effektes ist hier jedoch nicht erkennbar.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange klinikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Auch wurde dieser Outcome für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht angewendet, da die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen für Kinder und Jugendliche nicht passend ist. Während der Anteil an Patienten mit keinem Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem (ambulant oder stationär) zwischen IG und KG vergleichbar war, war die Dauer der Kontaktabbrüche in der IG im Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Die Outcomes Abbrüche des Kontaktes zum psychiatrischen Versorgungssystem sowie die Behandlungskontinuität zeigen keine eindeutige Tendenz für eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann sowohl für die Erwachsenen- als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der IG noch in der KG ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren

GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Weder bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität noch bei dem Kontaktabbruch konnten eindeutige Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben nicht nachgewiesen werden konnte.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit, schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen**, für die Entwicklung von **psychischen und somatischen Komorbiditäten**, für **Erkrankungsprogression** und für eine erhöhte **Mortalität**.“*

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** folgte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen erwachsenen Patienten zwischen IG und KG ein zeitliches Muster. In U1 und U4 (Referenzfall im ersten bzw. ersten und zweiten Modelljahr) war der Anstieg in der IG noch größer, in U3 (Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr) vergleichbar und in U4 (Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr) geringer als in der KG. Hier ist eine vorsichtige Tendenz zu weniger AU-Tagen klinikneuer erwachsener Patienten über die Modelllaufzeit zu erkennen. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Daher müsste dieser Trend weiter beobachtet werden. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war eine Verringerung der AU-Tage über die patientenindividuelle Zeit ersichtlich. In U1 stieg zunächst die Anzahl an AU-Tagen im Modellvorhaben in Vergleich zur Regelversorgung zum ersten Jahr nach Referenzfall, sank dann aber im Verlauf stärker als in der als in der Regelversorgung. In U4 lag die Anzahl AU-Tage vor Referenzfall und in den zwei Jahren nach Referenzfall über der KG, fiel dann aber ab dem dritten Jahr nach Referenzfall unter die Anzahl AU-Tage der Regelversorgung. Hier ist eine erste Tendenz zu weniger AU-Tagen im patientenindividuellen Verlauf erkennbar.

Ob Modellvorhaben nach §64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen herausgefunden werden

(13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken wurde die Erkrankungsschwere möglichst vergleichbar gemacht. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass die vorliegenden Daten Erkrankungsschwere nur bedingt abbilden können. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Während der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme im ersten Jahr nach Referenzfall fast identisch war, war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben etwas geringer als bei Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den klinikneuen jungen Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG in Bezug zum Anteil der Wiederaufnahme oder zur Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung ersichtlich.

Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der



psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** waren zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie vergleichbar. Während jedoch bei den klinikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ein Anstieg des mittleren Elixhauser Scores zu verzeichnen war, verlief dieser bei den linikbekannten erwachsenen Patienten fast ohne Veränderungen über die Zeit. In der KJP konnte dieses Outcome aufgrund unpassender eingeschlossener Diagnose (Elixhauser Score) nicht angewendet werden.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich sowohl in der Erwachsenen- als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG. Dies bedeutet, dass keine erhöhte Mortalität beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach §64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge (wie hier) zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind. Im vorliegenden Modellvorhaben konnten jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG festgestellt werden.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. In der Erwachsenenpsychiatrie war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der IG geringer (in U3 statistisch signifikant) und bei den linikbekannten Patienten größer als in der KG. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten aller Kohorten niedriger als in der KG. Jedoch waren diese Unterschiede (U1 und U3) statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) in der IG zunächst geringer (statistisch nicht signifikant) als in der KG, im Verlauf des Modellvorhabens jedoch höher (U2, U3 und U4), wobei der größere Anteil in U3 statistisch signifikant war. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben positiv auf die Verhinderung einer schweren depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung und eher negativ auf die Verhinderung einer Suchterkrankung bei klinikneuen Patienten ausgewirkt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen IG und KG weitestgehend vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG zunächst geringer (U1) und im Laufe des Modellvorhabens größer als in der KG (U2 & U3). Alle



Vergleiche waren jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil mit Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung in der IG größer als in der KG (U1 und U4). Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klinikneue und klinikbekannte Patienten in der IG geringer als in der KG, wobei dieser Unterschied bei den klinikneuen Patienten in U1 statistisch signifikant war. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben im Verlauf eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung und eher positiv auf die Verhinderung einer Suchterkrankung ausgewirkt zu haben.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit zunächst nicht verringert werden konnte. Es zeichnen sich jedoch erste Tendenzen hin zu verringerten Arbeitsunfähigkeitstagen ab. Im Modellvorhaben an der Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH wurden die Patienten der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Das Risiko einer schweren depressiven Episode bzw. einer rezidivierenden depressiven Störung klinikneuer erwachsener Patienten konnte im Modellvorhaben verringert werden, während das Risiko einer Suchterkrankung klinikneuer erwachsener Patienten eher erhöht wurde. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde im Modellvorhaben im Verlauf das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung eher erhöht und das Risiko einer Suchterkrankung verringert.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Auch sind die definierten Betrachtungen für die KJP nichtzutreffend und wurden hier nicht untersucht. In der Erwachsenenpsychiatrie konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen in den untersuchten Parametern zur Leitlinienadhärenz zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung festgestellt werden. Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für

Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach §64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach §64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass

Modellvorhaben nach §64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird mutmaßlich weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den linikneuen und linikbekannten erwachsenen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung in allen Jahren nach Referenzfall etwas stärker in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war ab dem Jahr nach Referenzfall sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant. Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) gab es hier kaum Unterschiede in der Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie nachgewiesen werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß §64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre, und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes mit ausreichender Fallzahl waren keine Unterschiede zwischen Modellklinik und Regelversorgung

ersichtlich. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie vermehrt in Anspruch genommen.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

**„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“**

Erwachsene: Weder bei den linikneuen noch bei den linikbekannten Patienten von U1 ergaben sich in der IG signifikant unterschiedliche Entwicklungen in den vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten gegenüber der KG. Bei den linikneuen Patienten von U3 ergab sich im Zeitverlauf ein signifikant stärkerer Kostenanstieg in der IG gegenüber der KG. Auch bei den nicht inferenzstatistisch analysierten U2 und U4 ergab sich kein hiervon abweichendes Bild. Es kann also nicht von geringeren direkt stationär-psychiatrischen Versorgungskosten in der IG gegenüber der KG ausgegangen werden.

Kinder und Jugendliche: Bei den linikneuen Patienten von U1 ergab sich ebenfalls keine signifikant günstigere Entwicklung der Kosten in der IG relativ zur KG. Bei den linikbekannten Patienten hingegen entwickelte sich die IG von Prä- zu Postzeitraum nicht signifikant günstiger als die KG. Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG von Prä- zu Postzeitraum um 1.697,85 € signifikant günstiger als die KG. Bei Kindern und Jugendlichen kann teilweise von einer günstigeren Entwicklung ausgegangen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der geringeren **direkten stationär psychiatrischen Versorgungskosten** in der IG für die erwachsenen Patienten verworfen werden kann. Bei den Kindern und Jugendlichen kann sie nur teilweise verworfen werden.

Hypothese f) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

**„[...] führen zu geringeren Kosten. Die direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.“**

Erwachsene: Bei den linikneuen Patienten von U1 entwickelte sich die IG zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant teurer als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG immer noch teurer als die KG, jedoch war der Unterschied nicht mehr signifikant. Die unterschiedliche starke Entwicklung in den Gesamtkosten im ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf die teurere Entwicklung der IG im vollstationären und teilstationären psychiatrischen Bereich zurückzuführen.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 hingegen entwickelte sich die IG relativ zur KG von Prä- zu Postzeitraum um 2.761,02 € signifikant günstiger. Diese unterschiedlich starke Entwicklung war dabei

nicht auf ein einzelnes Jahr zurückzuführen – die Gesamtkosten der IG sanken im Präzeitraum relativ stärker als in der KG.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG signifikant teurer als die KG. Diese teurere Entwicklung war wiederum auf den relativ stärkeren Anstieg der Kosten in der IG hin zum ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen. Im ersten Nachbeobachtungsjahr trugen in der IG vor allem die Kosten der vollstationären und teilstationären psychiatrischen Versorgung für eine insgesamt teurere Entwicklung im Vergleich zur KG bei.

Kinder und Jugendliche: Bei den linikneuen Patienten von U1 zeigte sich keine günstigere Entwicklung in der IG relativ zur KG. Die gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten entwickelten sich im Zeitverlauf nahezu identisch zwischen IG und KG.

Bei den linikbekannten Patienten von U1 hatten IG und KG – mit der Ausnahme des ersten Nachbeobachtungsjahres – einen nahezu identischen Kostenverlauf. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG um 4.695,27 € signifikant weniger stark an als in der KG. Diese unterschiedlich starke Entwicklung vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr war hauptsächlich auf den deutlich geringeren Anstieg der vollstationär psychiatrischen Versorgungskosten in der IG zurückzuführen. Von Prä- zu Postzeitraum war der Unterschied jedoch nicht mehr signifikant.

Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant günstiger als die KG. Im Vergleich Prä- zu Postzeitraum entwickelte sich die IG um 1.050,79 € signifikant günstiger als die KG. Diese günstigere Entwicklung war hauptsächlich auf die günstigere Entwicklung in der IG hin zum ersten Nachbeobachtungsjahr zurückzuführen: Hier stiegen die Kosten in der IG um 1.569,09 € signifikant weniger stark an. Hier trug hauptsächlich die Entwicklung der vollstationären Kosten bei: Vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen sie in der IG um 2.922,29 € signifikant weniger stark an.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der **geringeren psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen in der IG** bei den erwachsenen linikneuen Patienten verworfen werden kann, während die erwachsenen linikbekannten Patienten hypothesenkonformes Verhalten zeigten. Bei den Kindern und Jugendlichen zeigten die linikbekannte Patienten von U1 und die linikneuen Patienten von U3 hypothesenkonformes Verhalten.

Hypothese q) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“

Der Begriff der Leistungstransparenz wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach

Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich für die Modellklinik konstatieren, dass seit dem ersten Quartal 2014 PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet wurden und somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Da es sich um ein Modell in Sachsen handelt, erfolgt die Vergütung gemäß im landesweit geltenden Einzelleistungskatalog. Dieser erfüllt die oben genannten Kriterien, sodass von Leistungstransparenz gesprochen werden kann.

Zusammenfassend kann für das Modellvorhaben im stationären Sektor von Leistungstransparenz gesprochen werden.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Erwachsene: Die Entwicklung der **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** unterschied sich vom Prä zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zwischen IG und KG (weder für linikneue, noch linikbekannte Patienten von U1 bzw. U3). Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass es in der IG zu einer Verschiebung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich kam.

Kinder und Jugendliche: Bei den Kindern und Jugendlichen unterschied sich die Entwicklung der Kosten vom Prä zum Postzeitraum ebenfalls nicht signifikant zwischen IG und KG (weder für linikneue, noch linikbekannte Patienten von U1 bzw. U3). Entsprechend ist auch hier nicht von einer Verlagerung auszugehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich** verworfen werden kann.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

Erwachsene: Weder bei den linikneuen Patienten von U1 und U3 noch bei den linikbekannten Patienten von U1 ergab sich eine signifikant unterschiedliche Entwicklung in den Kosten der Arzneimittelversorgung zwischen IG und KG vom Prä- zum Postzeitraum. Entsprechend ist nicht davon auszugehen, dass die Kosten der Arzneimittelversorgung für die IG sinken.

Kinder und Jugendliche: Weder bei den linikneuen noch bei den linikbekannten Patienten von U1 ergab sich vom Prä- zum Postzeitraum eine signifikant unterschiedliche Kostenentwicklung zwischen IG und KG. Bei den linikneuen Patienten von U3 entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum signifikant teurer als die KG. Entsprechend ist auch hier nicht von sinkenden Kosten der Arzneimittelversorgung auszugehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der sinkenden Arzneimittelkosten verworfen werden kann.

Hypothese j) aus Feinkonzept: Verträge gemäß §64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“*

Erwachsene: Bei den linikneuen Patienten von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.269,78 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.054,13 € je Patient signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant geringeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bei den linikbekannten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant geringeren Anstieg



der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) nicht signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen nicht signifikant stärkeren Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage. Entsprechend ist auch hier nicht von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Kinder und Jugendliche: Bei den klirikneuen von U2 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 1.746,74 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 10,10 Tage signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 172,94 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 172,94 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Hier ist von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Bei den klinikbekannten Patienten von U4 entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf (Präzeitraum vs. erstes Jahr Nachbeobachtung) um 3.516,61 € je Patient signifikant günstiger als die KG. Gleichzeitig hatte die IG (relativ zur KG) einen um 9,45 Tage signifikant geringeren Anstieg der Krankenhaustage. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 372,13 €/d. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 372,13 € psychiatrische Versorgungskosten weniger ausgegeben. Hier ist ebenfalls von einer kosten-effektiveren Verwendung der Mittel auszugehen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Hypothese der kosten-effektiveren Verwendung der Mittel verworfen für die Erwachsenen verworfen werden kann. Bei Kindern und Jugendlichen zeigte sich hypothesenkonformes Verhalten.



### Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach §64b SGB V im Krankenhaus Heinrich-Braun-Klinikum Zwickau gGmbH muss teilweise zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden. Bei den Erwachsenen konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (noch) nicht (bzw. erst über die Zeit), in der Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch sehr klar erreicht werden. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP eine Verringerung der PIA-Inanspruchnahme über die Modelllaufzeit. Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem eine erste Tendenz hin zu verringerten Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Die Entwicklung der Erkrankungsprogressionen zeigte keine eindeutige Richtung. Teils entwickelten Patienten des Modellvorhabens weniger und teils mehr weitere psychische Erkrankungen. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie vermehrt in Anspruch genommen. Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie eine Tendenz hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen sowie weniger AU-Tagen erst über die Zeit, während die Entwicklung bezüglich der vollstationären Tagen in der KJP bereits zu Anfang des Modellvorhabens ersichtlich waren. Teilstationäre Angebote wurden sowohl für die Erwachsenen als auch für die Kinder und Jugendliche ausgebaut, während die PIA weniger in Anspruch genommen wurde.

Unterschiedliche Entwicklungen der **gesamten psychiatrischen Versorgungskosten** ergaben sich vor allem durch unterschiedliche Entwicklungen in den vollstationären, teilweise auch in den teilstationären psychiatrischen Versorgungskosten. Dabei unterschieden sich wiederum Erwachsene von den Kindern und Jugendlichen, klinikneue von klinikbekannten Patienten sowie Patienten der unterschiedlichen Untersuchungsgruppen voneinander.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### *Effektivität*

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein 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 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 *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Auf der anderen Seite kann nicht ausgeschlossen werden, dass Einschränkungen, wie personelle Engpässe, in den Kontrollkliniken auch Outcomes (z.B. vollstationäre Behandlungsdauer) beeinflussen können. Solche Einschränkungen können sowohl auf die IG als auch die KG zutreffen oder auch nur eine Gruppe betreffen. Da in der KG stets Patienten aus verschiedenen Kontrollkliniken zugeordnet wurden, wird der Einfluss eines Ausreißers in der KG minimiert, kann jedoch nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer

Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen 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 Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes 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 Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

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

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

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

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht 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 ab dem 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 Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem

der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. So lag der durchschnittliche Tagessatz der Modellklinik im Jahr vor Referenzfall um ca. 75 %, 2015 um ca. 70 % und 2016 ca. 11 % oberhalb des Niveaus der Kontrollkliniken. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

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

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum 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 Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- 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. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, 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 konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- 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. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen - 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 (42). 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 an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.



### 13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
3. 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.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.



18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. 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.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts\_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München  
2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat*. 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, John E, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*. 2014;41(5):266-73.
35. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.

37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med.* 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen.* 2020;82 (Suppl 1): S4-S12
40. 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.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

## 14. Anhang

### 14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

#### Erwachsene

Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.316</b>	<b>1.316</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	69,7 %	71,5 %
• Zwei Diagnosen	26,0 %	24,2 %
• Drei Diagnosen	4,0 %	3,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	36	38
2. F10 & F32	24	25
3. F33 & F45	22	24

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

Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene

**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	917	941	1.316	1.316
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,1 %	1,1 %	0,8 %	0,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,4 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,9 %	4,0 %	3,6 %	3,6 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)</li> <li>• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	0,5 %	0,5 %	0,8 %	0,5 %
	26,8 %	26,6 %	26,5 %	26,1 %
	6,7 %	7,2 %	6,6 %	6,7 %
	29,3 %	29,4 %	37,0 %	38,1 %
	18,8 %	18,6 %	24,0 %	23,2 %
	2,3 %	2,6 %	9,2 %	9,8 %
	6,7 %	6,9 %	14,8 %	15,9 %
	0,2 %	0,1 %	1,4 %	1,4 %
	0,1 %	0,2 %	0,9 %	0,8 %
	0,7 %	0,4 %	3,0 %	2,1 %
	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
	2,0 %	1,3 %	2,4 %	1,4 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	51,1	50,2	49,9	48,9
	52	51	51	49
	(36 - 64)	(34 - 63)	(35 - 62)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	56,7 %	51,5 %	59,5 %	54,9 %
	43,3 %	48,5 %	40,5 %	45,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	62,3 %	69,4 %	60,4 %	70,6 %
	37,7 %	30,6 %	39,6 %	29,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	1,4 %	0,7 %	1,5 %	1,1 %
	4,7 %	4,5 %	5,5 %	4,6 %
	14,9 %	17,0 %	16,2 %	17,9 %
	6,9 %	6,0 %	6,5 %	6,5 %
	6,2 %	6,1 %	6,8 %	6,5 %
	65,9 %	65,8 %	63,5 %	63,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,8 %	3,7 %	5,2 %	4,0 %
	19,7 %	21,5 %	22,0 %	22,8 %
	1,0 %	2,0 %	1,1 %	2,1 %
	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,5 %
	3,3 %	2,4 %	3,0 %	2,7 %
	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
	4,6 %	4,1 %	4,6 %	4,3 %
	65,9 %	65,8 %	63,5 %	63,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	11,3 %	11,1 %	10,3 %	9,9 %
	75,4 %	71,3 %	75,2 %	71,4 %
	13,3 %	17,6 %	14,5 %	18,7 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	17,4 %	24,0 %	21,9 %	26,9 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	16,5 %	15,6 %	18,8 %	17,5 %
• Weder A noch B	66,1 %	60,4 %	59,3 %	55,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	53,2 %	57,0 %	54,5 %	59,3 %
• Familienversicherter	3,6 %	3,8 %	4,3 %	3,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	40,5 %	36,6 %	39,1 %	34,8 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	2,7 %	2,1 %	2,3 %

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

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

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

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

**Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>980</b>	<b>974</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	69,6 %	71,5 %
• Zwei Diagnosen	26,0 %	24,7 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	3,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	25	27
2. F10 & F32	22	23
3. F33 & F45	16	17

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

**Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>682</b>	<b>696</b>	<b>980</b>	<b>974</b>
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	4,5 %	4,6 %	4,1 %	4,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	27,3 %	27,2 %	26,7 %	26,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,5 %	7,5 %	7,0 %	6,9 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,5 %	30,7 %	37,9 %	38,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	16,6 %	16,5 %	22,1 %	21,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,3 %	2,6 %	9,4 %	9,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	6,2 %	6,2 %	14,5 %	15,6 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	0,3 %	0,1 %	1,1 %	1,1 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	51,6 52 (36 - 64)	50,3 51 (34 - 63)	50,3 51 (35 - 62)	48,9 49 (34 - 61)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	57,0 % 43,0 %	50,6 % 49,4 %	59,5 % 40,5 %	54,1 % 45,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	64,7 % 35,3 %	69,1 % 30,9 %	62,8 % 37,2 %	70,6 % 29,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	1,3 % 4,3 % 13,9 % 6,5 % 6,3 % 67,7 %	0,7 % 4,6 % 16,4 % 6,8 % 6,0 % 65,5 %	1,5 % 5,0 % 15,5 % 6,3 % 6,7 % 64,9 %	1,1 % 4,8 % 16,8 % 7,3 % 6,7 % 63,2 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,7 % 18,2 % 0,9 % 0,4 % 2,8 % 0,3 % 5,0 % 67,7 %	3,7 % 21,3 % 1,9 % 0,3 % 2,9 % 0,3 % 4,2 % 65,5 %	5,3 % 20,8 % 0,8 % 0,4 % 2,8 % 0,2 % 4,8 % 64,9 %	3,9 % 22,2 % 2,3 % 0,5 % 3,2 % 0,3 % 4,4 % 63,2 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	11,0 % 75,7 % 13,3 %	10,8 % 71,3 % 18,0 %	10,3 % 75,5 % 14,2 %	9,3 % 71,8 % 18,9 %
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>	17,3 % 18,0 % 64,7 %	25,0 % 14,7 % 60,3 %	21,8 % 20,2 % 58,0 %	27,5 % 16,5 % 56,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> </ul>	50,3 %	53,9 %	51,8 %	57,2 %

• Familienversicherter	4,0 %	4,3 %	4,7 %	3,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	43,3 %	38,6 %	41,5 %	36,2 %
• Fehlende Angabe	2,5 %	3,2 %	1,9 %	2,7 %

<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 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>614</b>	<b>602</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	71,2 %	73,1 %
• Zwei Diagnosen	24,4 %	23,4 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	3,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F10 & F32 / KG: F10 & F43	13	13
2. IG: F32 & F45 / KG: F10 & F32	12	13
3. F33 & F45	11	12

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>183</b>	<b>179</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	63,9 %	68,2 %
• Zwei Diagnosen	30,6 %	25,1 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	6,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F32 & F45 / KG: F10 & F32	7	6
2. IG: F33 & F45 / KG: F41 & F45	6	4
3. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F45	5	4

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

**Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	437	440	614	602
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	1,8 %	2,0 %	2,0 %	2,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	5,3 %	5,5 %	5,0 %	5,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,7 %	1,0 %	0,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	30,0 %	29,8 %	27,9 %	27,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,8 %	8,6 %	7,7 %	8,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	30,0 %	30,5 %	38,8 %	38,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,7 %	13,4 %	18,7 %	17,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,1 %	2,5 %	9,3 %	9,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	5,3 %	4,8 %	12,1 %	12,0 %
• F 50 (Essstörungen)	0,2 %	0,0 %	1,3 %	1,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,2 %	0,5 %	1,1 %	1,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,5 %	0,2 %	2,6 %	2,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,3 %	1,4 %	2,8 %	1,8 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	51,6	50,7	50,8	49,7
• Median	52	52	51	50
• (Interquartilsabstand)	(37 - 63)	(34 - 63)	(37 - 62)	(35 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,9 %	48,2 %	58,1 %	51,8 %
• Männer	45,1 %	51,8 %	41,9 %	48,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	71,4 %	71,4 %	70,8 %	72,3 %
• PIA	28,6 %	28,6 %	29,2 %	27,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,6 %	0,5 %	1,5 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,1 %	4,8 %	4,7 %	4,3 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	13,5 %	15,5 %	14,5 %	16,1 %
• Abitur/Fachabitur	5,5 %	5,5 %	5,5 %	5,6 %
• Abschluss unbekannt	7,3 %	5,5 %	8,1 %	6,1 %

• Fehlende Angabe	68,0 %	68,4 %	65,6 %	67,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,1 %	3,2 %	4,9 %	3,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,4 %	19,8 %	18,9 %	19,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,7 %	2,0 %	0,8 %	2,2 %
• Bachelor	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,3 %	2,3 %	2,6 %	2,7 %
• Promotion	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %
• Abschluss unbekannt	6,6 %	3,4 %	6,5 %	4,0 %
• Fehlende Angabe	68,0 %	68,4 %	65,6 %	67,1 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	11,7 %	10,7 %	10,7 %	9,6 %
• Nein	75,1 %	73,0 %	75,4 %	73,4 %
• Fehlende Angabe	13,3 %	16,4 %	13,8 %	16,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	16,5 %	23,9 %	21,0 %	27,2 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	17,4 %	14,8 %	20,2 %	17,1 %
• Weder A noch B	66,1 %	61,4 %	58,8 %	55,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,1 %	50,5 %	49,8 %	52,8 %
• Familienversicherter	3,0 %	5,0 %	3,7 %	4,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	44,2 %	40,5 %	44,1 %	39,7 %
• Fehlende Angabe	2,7 %	4,1 %	2,3 %	3,3 %

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

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

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

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

### Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

#### Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	117	122	183	179
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 01 (Vaskuläre Demenz)</li> <li>• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)</li> <li>• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)</li> <li>• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)</li> <li>• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	1,7 %	2,5 %	1,1 %	1,7 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	46,4 47 (33 - 57)	46,0 46 (32 - 55)	45,0 46 (30 - 56)	46,3 46 (32 - 57)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	47,9 % 52,1 %	48,4 % 51,6 %	50,3 % 49,7 %	52,0 % 48,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	76,1 % 23,9 %	53,3 % 46,7 %	73,8 % 26,2 %	53,1 % 46,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	0,0 % 6,8 % 12,0 % 3,4 % 2,6 % 75,2 %	0,0 % 5,7 % 9,0 % 7,4 % 4,9 % 73,0 %	1,1 % 7,7 % 11,5 % 3,8 % 6,6 % 69,4 %	1,1 % 3,9 % 14,5 % 6,1 % 5,0 % 69,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,4 % 17,1 % 0,0 % 0,9 % 0,9 % 0,0 % 2,6 % 75,2 %	1,6 % 17,2 % 0,0 % 0,0 % 4,9 % 0,0 % 3,3 % 73,0 %	4,9 % 19,1 % 0,0 % 0,5 % 1,1 % 0,0 % 4,9 % 69,4 %	2,2 % 21,2 % 0,0 % 0,0 % 4,5 % 0,0 % 2,8 % 69,3 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	12,0 %	5,7 %	8,7 %	6,1 %
• Nein	76,9 %	40,2 %	79,2 %	36,9 %
• Fehlende Angabe	11,1 %	54,1 %	12,0 %	57,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	24,8 %	35,2 %	32,2 %	34,6 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	28,2 %	20,5 %	29,5 %	28,5 %
• Weder A noch B	47,0 %	44,3 %	38,3 %	36,9 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	50,4 %	55,7 %	56,3 %	54,7 %
• Familienversicherter	2,6 %	5,7 %	2,7 %	5,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	41,9 %	36,9 %	37,7 %	37,4 %
• Fehlende Angabe	5,1 %	1,6 %	3,3 %	2,2 %

<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

**Kinder und Jugendliche**
**Tabelle 290: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.034</b>	<b>1.034</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	65,9 %	77,0 %
• Zwei Diagnosen	27,9 %	20,2 %
• Drei Diagnosen	5,9 %	2,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,4 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	29	20
2. IG: F93 & F98 / KG: F43 & F93	25	20
3. F90 & F93	21	17

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

**Tabelle 291: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	681	796	1.034	1.034
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)	0,4 %	0,4 %	1,6 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	1,9 %	2,0 %	2,3 %	3,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,5 %	12,3 %	16,6 %	17,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,1 %	2,1 %	1,8 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	1,3 %	1,3 %	2,8 %	3,1 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	10,8 11 (8 - 14)	11,0 11 (8 - 14)	11,0 11 (8 - 14)	11,2 11 (8 - 14)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	42,4 % 57,6 %	39,2 % 60,8 %	42,3 % 57,7 %	39,7 % 60,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	15,9 % 84,1 %	18,6 % 81,4 %	25,0 % 75,0 %	25,4 % 74,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	0,6 % 0,9 % 2,8 % 0,6 % 1,0 % 94,1 %	0,1 % 1,3 % 2,3 % 1,1 % 1,6 % 93,6 %	0,6 % 1,0 % 3,0 % 1,1 % 1,1 % 93,3 %	0,2 % 1,4 % 2,3 % 1,4 % 1,4 % 93,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,2 % 1,3 % 0,1 % 0,0 % 0,6 % 0,0 % 0,6 % 94,1 %	2,9 % 1,4 % 0,5 % 0,0 % 0,8 % 0,0 % 0,9 % 93,6 %	3,3 % 1,5 % 0,1 % 0,0 % 1,0 % 0,0 % 0,8 % 93,3 %	3,1 % 1,4 % 0,5 % 0,0 % 0,9 % 0,0 % 0,8 % 93,4 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,4 % 79,4 % 17,2 %	4,5 % 78,8 % 16,7 %	4,9 % 78,2 % 16,8 %	4,7 % 78,4 % 16,8 %
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>	7,2 % 0,4 % 92,4 %	7,4 % 0,6 % 92,0 %	8,0 % 0,5 % 91,5 %	7,8 % 0,6 % 91,6 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	8,8 %	11,9 %	9,6 %	11,9 %
• Familienversicherter	87,2 %	82,4 %	85,9 %	82,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	1,9 %	2,9 %	2,8 %	3,3 %
• Fehlende Angabe	2,1 %	2,8 %	1,7 %	2,7 %

<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 292: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>734</b>	<b>717</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	64,2 %	76,6 %
• Zwei Diagnosen	29,6 %	20,4 %
• Drei Diagnosen	5,7 %	2,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	24	15
2. IG: F90 & F93 / KG: F43 & F93	17	13
3. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	15	9

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

**Tabelle 293: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>471</b>	<b>549</b>	<b>734</b>	<b>717</b>
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)	0,2 %	0,2 %	2,0 %	0,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	1,5 %	2,2 %	1,6 %	3,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,9 %	11,3 %	16,2 %	16,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,5 %	1,5 %	2,6 %	2,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,3 %	1,3 %	2,9 %	3,3 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	0,6 %	1,1 %	1,1 %	1,8 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	10,8 10 (8 - 14)	11,0 11 (8 - 14)	11,0 11 (8 - 14)	11,2 11 (8 - 14)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	42,0 % 58,0 %	37,9 % 62,1 %	42,4 % 57,6 %	39,2 % 60,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	16,6 % 83,4 %	18,0 % 82,0 %	26,4 % 73,6 %	24,8 % 75,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	0,6 % 0,8 % 2,1 % 0,6 % 1,1 % 94,7 %	0,2 % 1,5 % 2,7 % 1,1 % 2,0 % 92,5 %	0,7 % 1,0 % 2,9 % 1,1 % 1,0 % 93,5 %	0,3 % 1,5 % 2,5 % 1,3 % 1,7 % 92,7 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	3,2 % 0,8 % 0,2 % 0,0 % 0,6 % 0,0 % 0,4 % 94,7 %	3,5 % 1,6 % 0,5 % 0,0 % 0,7 % 0,0 % 1,1 % 92,5 %	3,4 % 1,4 % 0,1 % 0,0 % 1,0 % 0,0 % 0,7 % 93,5 %	3,8 % 1,4 % 0,4 % 0,0 % 0,8 % 0,0 % 0,8 % 92,7 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,0 % 79,8 % 16,1 %	4,6 % 80,7 % 14,8 %	6,0 % 78,3 % 15,7 %	5,2 % 79,4 % 15,5 %
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>	6,8 % 0,6 % 92,6 %	7,3 % 0,5 % 92,2 %	7,9 % 0,7 % 91,4 %	8,5 % 0,6 % 90,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> </ul>	9,8 %	13,5 %	10,6 %	13,5 %

• Familienversicherter	86,2 %	81,8 %	85,1 %	81,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,3 %	2,2 %	2,7 %	2,8 %
• Fehlende Angabe	1,7 %	2,6 %	1,5 %	2,4 %

<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 294: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>497</b>	<b>470</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	61,6 %	74,0 %
• Zwei Diagnosen	31,8 %	21,5 %
• Drei Diagnosen	5,8 %	3,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,8 %	1,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F91 & F93 / KG: F93 & F98	19	13
2. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	14	7
3. IG: F90 & F93 / KG: F43 & F93	13	7

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

**Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>178</b>	<b>172</b>
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	50,0 %	69,8 %
• Zwei Diagnosen	38,2 %	23,8 %
• Drei Diagnosen	9,6 %	2,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,2 %	3,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	11	6
2. IG: F90 & F92 / KG: F90 & F98	7	5
3. F93 & F98	6	4

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

**Tabelle 295: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	306	348	497	470
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)	0,3 %	0,3 %	3,0 %	0,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,3 %	0,0 %	0,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	0,7 %	1,4 %	0,8 %	2,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,1 %	10,1 %	14,3 %	15,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	1,1 %	3,2 %	2,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,0 %	1,1 %	3,0 %	3,8 %
• F 50 (Essstörungen)	1,0 %	1,1 %	1,2 %	1,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 %	0,3 %	4,6 %	3,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,3 %	1,7 %	2,0 %	2,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	83,3 %	82,5 %	87,7 %	85,7 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	10,5	10,9	10,9	11,0
• Median	10	11	11	11
• (Interquartilsabstand)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)	(8 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	40,8 %	35,3 %	41,0 %	36,0 %
• Männer	59,2 %	64,7 %	59,0 %	64,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	16,7 %	15,2 %	27,4 %	22,8 %
• PIA	83,3 %	84,8 %	72,6 %	77,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,7 %	0,0 %	0,8 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	1,3 %	1,7 %	1,4 %	1,9 %
• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss	2,6 %	3,4 %	3,0 %	3,2 %
• Abitur/Fachabitur	1,0 %	0,9 %	1,6 %	1,3 %
• Abschluss unbekannt	1,3 %	1,7 %	1,0 %	1,5 %

• Fehlende Angabe	93,1 %	92,2 %	92,2 %	91,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,9 %	4,0 %	4,0 %	4,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1,0 %	1,7 %	1,6 %	1,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,9 %	0,2 %	0,6 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,0 %	0,3 %	1,4 %	0,6 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,7 %	0,9 %	0,6 %	0,6 %
• Fehlende Angabe	93,1 %	92,2 %	92,2 %	91,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	4,9 %	4,6 %	7,2 %	5,5 %
• Nein	80,4 %	79,3 %	77,5 %	78,1 %
• Fehlende Angabe	14,7 %	16,1 %	15,3 %	16,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	6,5 %	6,9 %	8,2 %	7,9 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	0,3 %	0,6 %	0,4 %	0,4 %
• Weder A noch B	93,1 %	92,5 %	91,3 %	91,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	10,1 %	14,1 %	10,9 %	13,6 %
• Familienversicherter	86,3 %	82,5 %	85,5 %	82,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,3 %	2,0 %	2,4 %	3,0 %
• Fehlende Angabe	1,3 %	1,4 %	1,2 %	1,3 %

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

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

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

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

### Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

#### Nachbeobachtung

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>	89	120	178	172
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• F 01 (Vaskuläre Demenz)</li> <li>• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)</li> <li>• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)</li> <li>• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)</li> <li>• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>• F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>• F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>• F 50 (Essstörungen)</li> <li>• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)</li> <li>• F 70-79 (Intelligenzstörung)</li> <li>• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)</li> <li>• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	10,0 10 (7 - 13)	11,0 11 (8 - 14)	10,4 10 (8 - 13)	11,0 11 (8 - 14)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	34,8 % 65,2 %	22,5 % 77,5 %	27,0 % 73,0 %	25,0 % 75,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	28,1 % 71,9 %	27,5 % 72,5 %	28,7 % 71,3 %	33,1 % 66,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reifer oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	1,1 % 5,6 % 1,1 % 0,0 % 4,5 % 87,6 %	0,0 % 1,7 % 5,8 % 0,0 % 2,5 % 90,0 %	2,2 % 3,4 % 1,7 % 0,6 % 3,4 % 88,8 %	0,0 % 3,5 % 4,7 % 1,2 % 1,7 % 89,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li>• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li>• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.</li> <li>• Bachelor</li> <li>• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen</li> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	9,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 3,4 % 87,6 %	5,0 % 4,2 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,0 % 0,8 % 90,0 %	7,9 % 0,6 % 0,0 % 0,0 % 0,6 % 0,0 % 2,2 % 88,8 %	5,8 % 3,5 % 0,6 % 0,0 % 0,6 % 0,0 % 0,6 % 89,0 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	11,2 %	6,7 %	13,5 %	4,7 %
• Nein	75,3 %	38,3 %	74,2 %	41,9 %
• Fehlende Angabe	13,5 %	55,0 %	12,4 %	53,5 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	5,6 %	10,0 %	5,6 %	9,3 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	2,2 %	1,7 %	1,1 %	1,2 %
• Weder A noch B	92,1 %	88,3 %	93,3 %	89,5 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
• Mitglied	18,0 %	13,3 %	16,9 %	11,6 %
• Familienversicherter	78,7 %	83,3 %	80,3 %	84,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,2 %	2,5 %	2,2 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	1,1 %	0,8 %	0,6 %	0,6 %

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

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

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

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



## 14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

### Erwachsene

**Tabelle 296: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene**

#### Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>199</b>	<b>199</b>	<b>185</b>	<b>183</b>	<b>179</b>	<b>202</b>	<b>202</b>	<b>191</b>	<b>185</b>	<b>177</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	0,6	27,4	4,2	6,1	4,3	1,6	26,5	5,7	3,3	5,1
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG/KG: < 53 Jahre)	0,4 (n=97)	22,1 (n=97)	4,0 (n=97)	4,9 (n=97)	3,6 (n=96)	1,0 (n=96)	23,1 (n=96)	5,5 (n=95)	1,3 (n=93)	2,6 (n=92)
Älter (IG/KG: ≥ 53 Jahre)	0,9 (n=102)	32,5 (n=102)	4,5 (n=88)	7,3 (n=86)	5,1 (n=83)	2,1 (n=106)	29,6 (n=106)	5,9 (n=96)	5,3 (n=92)	7,9 (n=85)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	16,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	29,6 (n<10)	0,0 (n<10)	8,8 (n<10)	0,5 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	13,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,4 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,4 (n=66)	19,3 (n=66)	3,3 (n=61)	10,5 (n=60)	4,9 (n=58)	0,8 (n=71)	20,0 (n=71)	6,2 (n=67)	2,8 (n=65)	7,3 (n=62)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	3,2 (n=19)	64,7 (n=19)	22,7 (n=19)	16,2 (n=19)	8,8 (n=17)	0,0 (n=20)	54,1 (n=20)	7,8 (n=19)	1,9 (n=18)	7,2 (n=18)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,4 (n=58)	33,2 (n=58)	1,3 (n=55)	2,2 (n=55)	4,4 (n=55)	3,3 (n=60)	32,7 (n=60)	7,7 (n=59)	5,5 (n=57)	5,7 (n=57)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,1 (n=23)	20,0 (n=23)	3,3 (n=22)	0,1 (n=22)	0,1 (n=22)	0,3 (n=20)	11,5 (n=20)	0,0 (n=19)	0,0 (n=19)	0,0 (n=18)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	27,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	0,0 (n<10)	24,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,3 (n<10)	7,3 (n<10)	7,8 (n<10)	39,1 (n<10)	6,5 (n<10)	5,4 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	30,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	6,0 (n<10)	50,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>85</b>	<b>85</b>	<b>79</b>	<b>78</b>	<b>77</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>85</b>	<b>82</b>	<b>78</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	17,0	28,2	9,7	10,4	9,6	9,7	24,1	7,8	10,8	10,2
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 48 Jahre; KG: < 46 Jahre)	12,8 (n=42)	29,4 (n=42)	5,3 (n=41)	6,7 (n=40)	12,4 (n=40)	11,5 (n=43)	32,7 (n=43)	9,9 (n=42)	13,4 (n=42)	8,1 (n=42)
Älter (IG: ≥ 48 Jahre; KG: ≥ 46 Jahre)	21,2 (n=43)	27,2 (n=43)	14,3 (n=38)	14,2 (n=38)	6,6 (n=37)	7,9 (n=44)	15,7 (n=44)	5,7 (n=43)	8,0 (n=40)	12,8 (n=36)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	29,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	36,0 (n<10)	58,0 (n<10)	—	—	—	0,0 (n<10)	33,0 (n<10)	47,0 (n<10)	75,0 (n<10)	4,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,1 (n=28)	29,9 (n=28)	8,4 (n=25)	12,1 (n=24)	9,7 (n=23)	9,5 (n=27)	22,6 (n=27)	15,0 (n=26)	11,4 (n=25)	19,7 (n=21)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	28,6 (n=13)	46,5 (n=13)	16,5 (n=13)	30,6 (n=13)	13,8 (n=13)	16,4 (n=14)	35,6 (n=14)	12,6 (n=14)	9,1 (n=14)	8,4 (n=14)
F 30-39 (Affektive Störungen)	6,7 (n=19)	23,8 (n=19)	12,8 (n=17)	0,0 (n=17)	0,2 (n=17)	12,5 (n=24)	25,4 (n=24)	1,3 (n=23)	1,5 (n=23)	3,9 (n=23)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n<10)	21,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	13,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	35,6 (n<10)	46,6 (n<10)	1,6 (n<10)	0,0 (n<10)	53,8 (n<10)	3,2 (n<10)	7,3 (n<10)	0,0 (n<10)	17,8 (n<10)	4,7 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	22,7 (n<10)	4,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	9,2 (n<10)	3,5 (n<10)	0,7 (n<10)	4,8 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	32,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	193,0 (n<10)	0,0 (n<10)	248,0 (n<10)	117,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,0 (n<10)	47,0 (n<10)	111,0 (n<10)	120,0 (n<10)	63,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	17,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

**Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	93	93	93	93	92	98	98	98	98	97
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• <b>Gesamt</b>	10,9	66,8	16,3	6,7	5,8	24,6	64,0	11,2	11,3	9,5
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 41 Jahre; KG: < 42 Jahre)	9,3 (n=44)	64,5 (n=44)	18,3 (n=44)	1,1 (n=44)	8,1 (n=43)	28,6 (n=48)	68,6 (n=48)	6,7 (n=48)	9,6 (n=48)	9,4 (n=47)
Älter (IG: ≥ 41 Jahre; KG: ≥ 42 Jahre)	12,3 (n=49)	69,0 (n=49)	14,4 (n=49)	11,7 (n=49)	3,8 (n=49)	20,6 (n=50)	59,6 (n=50)	15,6 (n=50)	13,0 (n=50)	9,5 (n=50)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	20,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,1 (n=28)	28,4 (n=28)	4,0 (n=28)	4,6 (n=28)	7,8 (n=28)	6,1 (n=44)	31,2 (n=44)	8,5 (n=44)	8,7 (n=44)	8,3 (n=44)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	12,9 (n=10)	87,0 (n=10)	48,5 (n=10)	37,1 (n=10)	0,4 (n<10)	0,0 (n<10)	74,2 (n<10)	2,8 (n<10)	0,0 (n<10)	2,2 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	24,0 (n=27)	93,9 (n=27)	11,9 (n=27)	4,1 (n=27)	3,7 (n=27)	34,6 (n=30)	103,2 (n=30)	12,7 (n=30)	9,3 (n=30)	14,8 (n=30)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,9 (n=14)	84,6 (n=14)	17,4 (n=14)	0,8 (n=14)	13,1 (n=14)	24,7 (n=11)	50,6 (n=11)	0,7 (n=11)	17,9 (n=11)	9,2 (n=11)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	64,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,5 (n<10)	73,0 (n<10)	55,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	1,0 (n<10)	133,0 (n<10)	87,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	202,5 (n<10)	180,8 (n<10)	48,0 (n<10)	62,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 (n<10)	38,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	6,0 (n<10)	50,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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



**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	41	41	41	41	41	52	52	51	51	50
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• <b>Gesamt</b>	45,0	51,0	14,7	10,1	10,5	45,4	56,5	22,1	28,5	18,3
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG/KG: < 41 Jahre)	45,3 (n=20)	61,0 (n=20)	11,5 (n=20)	4,3 (n=20)	13,3 (n=20)	34,7 (n=26)	54,8 (n=26)	13,3 (n=26)	30,8 (n=26)	12,0 (n=26)
Älter (IG/KG: ≥ 41 Jahre)	44,8 (n=21)	41,4 (n=21)	17,8 (n=21)	15,7 (n=21)	7,9 (n=21)	56,2 (n=26)	58,1 (n=26)	31,2 (n=25)	26,1 (n=25)	25,2 (n=24)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—



F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	17,5 (n=14)	22,1 (n=14)	8,2 (n=14)	9,4 (n=14)	8,4 (n=14)	20,9 (n=19)	29,2 (n=19)	15,6 (n=18)	21,7 (n=18)	25,9 (n=17)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	85,8 (n<10)	79,0 (n<10)	23,6 (n<10)	22,6 (n<10)	16,6 (n<10)	66,6 (n<10)	13,6 (n<10)	3,7 (n<10)	28,1 (n<10)	17,3 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	123,4 (n<10)	92,7 (n<10)	37,3 (n<10)	24,1 (n<10)	0,0 (n<10)	78,6 (n=14)	108,4 (n=14)	43,1 (n=14)	11,4 (n=14)	1,6 (n=14)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n<10)	62,5 (n<10)	26,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	45,5 (n<10)	60,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	102,0 (n<10)	63,0 (n<10)	74,7 (n<10)	14,0 (n<10)	75,3 (n<10)	52,7 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	49,3 (n<10)	76,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,0 (n<10)	20,5 (n<10)	56,3 (n<10)	8,3 (n<10)	31,8 (n<10)	7,3 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	32,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	44,0 (n<10)	309,0 (n<10)	142,0 (n<10)	354,0 (n<10)	144,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	34,5 (n<10)	51,5 (n<10)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	41,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

<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.

**Kinder und Jugendliche**
**Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche**
**Klinikneue Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>146</b>	<b>169</b>	<b>169</b>	<b>169</b>	<b>169</b>	<b>169</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	0,4	8,5	3,7	2,3	3,7	0,1	19,7	3,7	5,0	3,4
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 10 Jahre; KG: < 11 Jahre)	0,2 (n=64)	6,7 (n=64)	1,7 (n=64)	3,5 (n=64)	5,4 (n=64)	0,1 (n=82)	16,3 (n=82)	2,8 (n=82)	5,1 (n=82)	2,5 (n=82)
Älter (IG: ≥ 10 Jahre; KG: ≥ 11 Jahre)	0,5 (n=82)	9,8 (n=82)	5,2 (n=82)	1,3 (n=82)	2,4 (n=82)	0,1 (n=87)	22,9 (n=87)	4,6 (n=87)	4,8 (n=87)	4,2 (n=87)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 01 (Vaskuläre Demenz)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	109,0 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 30-39 (Affektive Störungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,8 (n=13)	11,3 (n=13)	2,5 (n=13)	2,2 (n=13)	8,7 (n=13)	0,0 (n=12)	18,5 (n=12)	0,0 (n=12)	0,0 (n=12)	0,0 (n=12)
F 45 (Somatoforme Störungen)	1,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	56,0 (n<10)	29,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	52,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	5,7 (n<10)	31,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,3 (n=126)	8,0 (n=126)	3,0 (n=126)	2,4 (n=126)	3,4 (n=126)	0,1 (n=150)	19,3 (n=150)	4,2 (n=150)	5,6 (n=150)	3,8 (n=150)

**Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
<b>Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>79</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>96</b>
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• <b>Gesamt</b>	8,2	7,6	1,0	3,8	2,2	7,6	18,3	4,8	2,5	2,0
• <b>Alter (Median im Referenzjahr)</b>										
Jünger (IG: < 10 Jahre; KG: < 11 Jahre)	5,9 (n=36)	8,1 (n=36)	2,2 (n=36)	6,8 (n=36)	4,7 (n=36)	7,4 (n=43)	21,3 (n=43)	6,0 (n=43)	3,1 (n=43)	3,5 (n=43)
Älter (IG: ≥ 10 Jahre; KG: ≥ 11 Jahre)	10,2 (n=43)	7,3 (n=43)	0,0 (n=43)	1,3 (n=43)	0,2 (n=43)	7,7 (n=53)	15,8 (n=53)	3,8 (n=53)	2,0 (n=53)	0,8 (n=53)
• <b>Referenzdiagnose</b>										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	38,5 (n<10)	9,5 (n<10)	1,0 (n<10)	1,0 (n<10)	2,5 (n<10)	55,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	28,7 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	13,3 (n<10)	31,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,5 (n<10)	2,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	22,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	7,5 (n<10)	8,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	6,7 (n=66)	7,3 (n=66)	1,2 (n=66)	3,9 (n=66)	1,2 (n=66)	6,9 (n=85)	20,3 (n=85)	5,4 (n=85)	2,8 (n=85)	2,2 (n=85)

### **14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene**

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 Präzeitraum 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 (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung**
**Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,01 0,42...2,45	1,32 0,00...INF	4,58 -1,08...10,24	4,34** 1,33...7,34
DID Jahr 2	0,83 0,33...2,05	0,69 0,00...INF	-1,30 -6,96...4,36	-0,28 -3,28...2,73
DID Jahr 3	1,54 0,61...3,87	0,82 0,00...INF	2,75 -2,92...8,41	-0,12 -3,13...2,88
DID Jahr 4	1,17 0,46...2,99	0,69 0,00...INF	0,50 -5,17...6,16	0,37 -2,63...3,38
DID Jahr 1-4	—	—	1,63 -3,24...6,50	1,08 -1,38...3,54
Gruppe	0,89 0,42...1,86	1,05 0,00...INF	-0,96 -4,98...3,06	-0,03 -2,16...2,10
Jahr 1	>100 *** 63,88...235,19	>100 0,00...INF	26,86*** 22,83...30,88	7,26*** 5,12...9,40
Jahr 2	2,64** 1,41...4,94	>100 0,00...INF	4,24* 0,22...8,27	1,02 -1,11...3,16
Jahr 3	1,65 0,85...3,21	>100 0,00...INF	1,51 -2,52...5,54	1,08 -1,06...3,22
Jahr 4	1,65 0,85...3,21	>100 0,00...INF	3,00 -1,03...7,02	0,66 -1,48...2,79
Indexgruppe 6 (F10)	2,31*** 1,60...3,31	0,22*** 0,11...0,43	-3,65** -6,29...-1,01	-2,45** -3,85...-1,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,76 0,55...1,06	1,13 0,72...1,76	0,77 -1,45...2,98	0,40 -0,78...1,57
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,72...1,58	0,47* 0,25...0,87	-0,72 -3,44...2,00	-1,69* -3,14...-0,25
Psy A <sup>1</sup>	1,15 0,80...1,65	1,77* 1,11...2,82	5,03*** 2,55...7,50	0,99 -0,32...2,30
Psy B <sup>2</sup>	0,99 0,64...1,53	0,85 0,49...1,48	-0,12 -3,08...2,85	0,27 -1,31...1,84
Alter	1,31 0,99...1,75	0,64* 0,41...0,99	1,31 -0,76...3,38	-1,08 -2,17...0,02
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,78...1,41	1,03 0,67...1,58	-2,23* -4,31...-0,14	0,50 -0,61...1,61

Komorbidität <sup>3</sup>	0,95 0,90...1,01	0,88* 0,79...0,97	-0,35 -0,76...0,06	-0,19 -0,40...0,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,25 0,80...1,95	0,36* 0,13...0,95	1,38 -1,77...4,53	-1,89* -3,56...-0,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,09 0,83...1,43	2,44*** 1,61...3,68	-0,22 -2,14...1,69	2,19*** 1,18...3,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,06...0,14	0,72 0,45...1,17	-8,47*** -10,98...-5,97	-0,53 -1,86...0,81

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 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,59 0,27...1,29	1,43 0,55...3,77	-6,01 -17,12...5,10	4,61* 0,02...9,21
DID Jahr 2	0,71 0,31...1,65	1,15 0,28...4,72	-6,13 -17,24...4,98	-0,35 -4,94...4,25
DID Jahr 3	0,29** 0,12...0,69	0,22 0,04...1,27	-12,49* -23,60...-1,38	-2,90 -7,49...1,70
DID Jahr 4	0,34* 0,14...0,82	0,44 0,10...1,94	-12,71* -23,82...-1,60	-1,34 -5,93...3,26
DID Jahr 1-4	—	—	-9,34* -18,34...-0,33	0,01 -3,72...3,73
Gruppe	1,67 0,95...2,95	1,11 0,51...2,42	7,02 -0,90...14,94	0,43 -2,84...3,71
Jahr 1	4,08*** 2,28...7,31	2,40* 1,17...4,91	13,89** 6,01...21,77	1,84 -1,42...5,10
Jahr 2	0,45* 0,24...0,84	0,32* 0,11...0,93	-4,16 -12,05...3,72	-2,67 -5,93...0,59
Jahr 3	0,56 0,30...1,03	0,46 0,18...1,20	-3,43 -11,32...4,45	-2,10 -5,36...1,17
Jahr 4	0,47* 0,25...0,89	0,46 0,18...1,20	-3,33 -11,21...4,55	-3,35* -6,62...-0,09
Indexgruppe 6 (F10)	3,27*** 2,32...4,61	0,56* 0,32...0,99	4,08 -0,50...8,65	-2,57** -4,46...-0,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,19** 1,38...3,49	1,32 0,68...2,55	18,86*** 12,71...25,02	1,36 -1,18...3,91
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,79 0,57...1,10	1,59* 1,00...2,50	2,28 -1,90...6,46	1,82* 0,09...3,55
Psy A <sup>1</sup>	0,91 0,64...1,29	1,61 0,98...2,66	-1,66 -6,10...2,78	2,14* 0,31...3,98
Psy B <sup>2</sup>	2,00*** 1,38...2,92	0,92 0,55...1,53	8,53** 3,66...13,39	-2,17* -4,18...-0,16
Alter	0,84 0,61...1,15	0,67 0,42...1,06	-4,37* -8,45...-0,30	-0,56 -2,25...1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,66...1,19	1,36 0,89...2,07	-1,03 -4,79...2,72	0,70 -0,85...2,26
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 0,98...1,12	0,89* 0,79...0,99	-0,10 -0,96...0,77	-0,31 -0,67...0,05

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,60** 1,51...4,47	0,25 0,06...1,10	11,23** 3,71...18,75	-2,34 -5,45...0,77
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,83*** 2,03...3,92	2,06** 1,26...3,38	11,02*** 7,04...15,00	2,25** 0,60...3,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,24*** 0,17...0,34	0,63* 0,40...0,97	-12,73*** -16,77...-8,70	-0,43 -2,10...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 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,55* -2,95...-0,15	-0,99 -2,56...0,57	-0,51 -1,92...0,91
DID Jahr 2	-1,41* -2,81...-0,02	-1,13 -2,70...0,44	0,00 -1,41...1,42
DID Jahr 3	-1,23 -2,62...0,17	-0,76 -2,33...0,81	0,14 -1,28...1,55
DID Jahr 4	-0,51 -1,91...0,89	-0,85 -2,42...0,72	0,89 -0,53...2,30
Gruppe	0,09 -0,90...1,08	0,03 -1,08...1,14	-1,37** -2,37...-0,37
Jahr 1	2,57*** 1,57...3,56	2,38*** 1,27...3,50	1,61** 0,60...2,61
Jahr 2	2,01*** 1,01...3,00	1,82** 0,71...2,94	1,17* 0,16...2,17
Jahr 3	1,71** 0,72...2,71	0,65 -0,47...1,76	0,82 -0,19...1,82
Jahr 4	1,08* 0,09...2,08	0,38 -0,73...1,50	0,14 -0,86...1,15
Indexgruppe 6 (F10)	-1,34*** -1,99...-0,69	-0,53 -1,26...0,20	-1,70*** -2,36...-1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,09 -0,64...0,46	2,08*** 1,46...2,69	-0,17 -0,72...0,39
Indexgruppe 9 (F43)	-0,35 -1,03...0,32	1,06** 0,30...1,81	-0,27 -0,95...0,41
Psy A <sup>1</sup>	0,06 -0,55...0,67	1,30*** 0,61...1,98	2,25*** 1,63...2,86
Psy B <sup>2</sup>	-0,06 -0,79...0,67	3,45*** 2,63...4,27	0,23 -0,51...0,97
Alter	0,79** 0,28...1,30	-0,55 -1,12...0,02	1,94*** 1,42...2,45
Geschlecht (m vs. w)	-0,58* -1,10...-0,07	1,55*** 0,97...2,13	1,80*** 1,28...2,32
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,14** -0,24...-0,04	-0,14* -0,25...-0,03	0,39*** 0,29...0,49

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,28 -1,05...0,50	-0,80 -1,67...0,07	2,50*** 1,72...3,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,50* 0,02...0,97	0,96*** 0,43...1,49	0,38 -0,10...0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84** 0,22...1,46	-0,24 -0,93...0,46	-1,07** -1,70...-0,44

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 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-3,14 -6,41...0,13	0,85 -1,62...3,32	-0,94 -3,07...1,19
DID Jahr 2	-1,69 -4,96...1,58	-1,14 -3,62...1,33	-0,65 -2,77...1,48
DID Jahr 3	0,13 -3,14...3,40	-1,00 -3,47...1,47	0,37 -1,76...2,50
DID Jahr 4	1,52 -1,75...4,80	-1,46 -3,93...1,01	-0,10 -2,23...2,02
Gruppe	-1,11 -3,45...1,22	1,08 -0,68...2,85	0,40 -1,12...1,92
Jahr 1	4,11** 1,79...6,43	0,47 -1,28...2,22	0,40 -1,11...1,91
Jahr 2	1,99 -0,33...4,32	1,45 -0,31...3,20	0,20 -1,31...1,71
Jahr 3	0,52 -1,81...2,84	0,07 -1,68...1,83	0,06 -1,45...1,57
Jahr 4	-1,21 -3,53...1,12	-0,17 -1,92...1,58	0,07 -1,44...1,57
Indexgruppe 6 (F10)	0,57 -0,78...1,93	-2,64*** -3,67...-1,62	-3,16*** -4,04...-2,28
Indexgruppe 7 (F20-F29)	7,32*** 5,50...9,13	-2,27** -3,64...-0,90	-1,45* -2,63...-0,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,39 -1,62...0,84	1,09* 0,16...2,01	0,33 -0,47...1,12
Psy A <sup>1</sup>	-0,41 -1,72...0,90	1,66** 0,67...2,65	0,64 -0,21...1,49
Psy B <sup>2</sup>	1,34 -0,10...2,77	2,33*** 1,25...3,41	2,52*** 1,59...3,45
Alter	0,40 -0,79...1,59	-1,31** -2,21...-0,42	0,33 -0,44...1,11
Geschlecht (m vs. w)	0,79 -0,32...1,90	1,47** 0,63...2,30	0,93* 0,21...1,65
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,19 -0,44...0,07	-0,04 -0,23...0,15	0,88*** 0,72...1,05

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,72 -1,50...2,94	-0,40 -2,08...1,28	0,46 -0,98...1,91
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,96 -0,22...2,13	1,13* 0,25...2,02	0,20 -0,57...0,96
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,89*** 3,70...6,08	-2,53*** -3,43...-1,63	-1,23** -2,00...-0,46

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 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,86 0,55...1,35	1,01 0,66...1,53	0,87 0,56...1,35
Indexgruppe 6 (F10)	0,19*** 0,09...0,40	0,22*** 0,12...0,40	0,28*** 0,15...0,51
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,13 0,68...1,88	1,18 0,73...1,90	1,81* 1,08...3,02
Indexgruppe 9 (F43)	1,08 0,57...2,04	1,01 0,55...1,84	1,16 0,62...2,16
Psy A <sup>1</sup>	2,76*** 1,57...4,86	2,32** 1,37...3,93	2,14** 1,23...3,71
Psy B <sup>2</sup>	1,52 0,82...2,80	2,36** 1,27...4,36	4,20*** 2,03...8,69
Alter	1,10 0,66...1,82	1,03 0,65...1,66	1,23 0,75...2,01
Geschlecht (m vs. w)	0,87 0,53...1,42	0,81 0,51...1,29	0,80 0,49...1,31
Komorbidität <sup>3</sup>	0,87* 0,77...0,97	0,92 0,84...1,01	0,97 0,88...1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,52 0,23...1,20	0,73 0,36...1,49	0,72 0,34...1,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,47 0,91...2,36	1,68* 1,08...2,61	1,49 0,94...2,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,38...2,03	1,62 0,76...3,46	2,56* 1,10...5,93

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,56 0,13...2,35	0,18* 0,04...0,88	0,25 0,05...1,24
Indexgruppe 6 (F10)	0,07** 0,01...0,42	0,25 0,05...1,31	0,51 0,10...2,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,73 0,18...2,91	1,48 0,33...6,54	2,67 0,60...11,92
Indexgruppe 9 (F43)	1,05 0,19...6,01	6,56 0,62...69,64	5,29 0,52...54,22
Psy A <sup>1</sup>	1,77 0,41...7,76	18,01* 1,74...186,47	8,65 1,00...74,94
Psy B <sup>2</sup>	0,81 0,09...7,37	0,10 0,01...1,76	0,08 0,00...1,85
Alter	1,03 0,22...4,83	1,17 0,20...6,89	0,90 0,19...4,31
Geschlecht (m vs. w)	1,40 0,31...6,26	2,79 0,32...24,10	1,88 0,23...15,12
Komorbidität <sup>3</sup>	1,11 0,73...1,68	1,59* 1,02...2,47	1,47 0,97...2,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00...INF	0,32 0,01...13,78	0,31 0,01...8,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,97 0,23...4,02	0,20 0,03...1,30	0,20 0,03...1,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61 0,10...3,74	3,29 0,33...32,94	>100 0,00...INF

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 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,52 0,12...2,30	0,37 0,08...1,70	0,52 0,09...2,99
Indexgruppe 6 (F10)	0,08** 0,01...0,51	0,02** 0,00...0,20	0,00** 0,00...0,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,27 0,29...5,67	1,20 0,20...7,20	1,49 0,17...13,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,57 0,09...3,84	0,85 0,06...11,69	2,61 0,05...130,06
Psy A <sup>1</sup>	8,98 0,94...86,19	1,14 0,11...11,65	0,46 0,02...9,85
Psy B <sup>2</sup>	0,11 0,01...1,02	1,04 0,10...11,49	1,66 0,09...32,37
Alter	0,34 0,07...1,74	0,18 0,03...1,07	0,40 0,06...2,52
Geschlecht (m vs. w)	1,28 0,28...5,85	0,50 0,09...2,67	0,18 0,02...1,49
Komorbidität <sup>3</sup>	1,60* 1,01...2,53	1,94** 1,18...3,21	2,35** 1,28...4,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,42 0,25...23,36	0,22 0,02...2,57	0,09 0,01...1,37
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,12* 0,01...0,99	2,20 0,45...10,76	9,05* 1,12...73,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF

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 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,44 0,10...1,94	1,27 0,34...4,74	1,48 0,34...6,52
Indexgruppe 6 (F10)	0,04* 0,00...0,46	0,40 0,06...2,65	0,16 0,01...1,90
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,95 0,16...5,87	1,31 0,21...8,27	0,99 0,14...7,20
Indexgruppe 9 (F43)	0,55 0,06...4,70	1,00 0,12...8,29	0,62 0,05...7,66
Psy A <sup>1</sup>	0,10 0,01...1,17	1,13 0,10...12,89	2,34 0,09...60,22
Psy B <sup>2</sup>	4,70 0,38...58,89	1,14 0,11...11,71	0,37 0,02...9,30
Alter	4,58 0,73...28,88	1,89 0,38...9,43	2,10 0,43...10,32
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,18...5,00	4,25 0,93...19,48	2,46 0,41...14,83
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94 0,59...1,50	0,93 0,62...1,42	0,98 0,63...1,51
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,14 0,01...3,47	0,35 0,02...6,33	0,14 0,01...3,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,82 0,18...3,71	1,29 0,35...4,81	1,45 0,34...6,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,37 0,17...66,87	2,50 0,14...45,25	0,42 0,02...9,88

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 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,14 0,64...2,05	1,64 0,92...2,91	1,79 0,96...3,36
Indexgruppe 6 (F10)	0,53 0,26...1,05	0,40** 0,21...0,76	0,41* 0,21...0,81
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,66 0,66...4,16	1,92 0,76...4,82	1,96 0,68...5,64
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,30* 1,16...4,55	1,61 0,83...3,10	1,67 0,81...3,44
Psy A <sup>1</sup>	1,78 0,80...4,00	2,42* 1,17...4,99	1,25 0,58...2,67
Psy B <sup>2</sup>	1,78 0,86...3,70	1,53 0,74...3,17	1,68 0,73...3,83
Alter	0,73 0,36...1,45	0,99 0,51...1,94	1,22 0,59...2,51
Geschlecht (m vs. w)	1,72 0,92...3,21	2,06* 1,13...3,76	2,53** 1,31...4,87
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,87...1,17	0,94 0,81...1,08	1,00 0,86...1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,47 0,15...1,46	0,48 0,17...1,39	0,41 0,12...1,39
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,95 0,50...1,83	1,45 0,77...2,73	1,68 0,85...3,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,35...2,12	1,04 0,42...2,61	1,46 0,52...4,15

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,81 0,49...6,72	1,37 0,39...4,77	1,09 0,23...5,21
Indexgruppe 6 (F10)	0,46 0,13...1,64	0,52 0,17...1,63	0,32 0,08...1,38
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,46 0,71...27,86	4,12 0,76...22,28	1,86 0,23...15,35
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,49 0,29...7,57	3,13 0,73...13,43	1,54 0,27...8,75
Psy A <sup>1</sup>	0,87 0,11...6,68	1,77 0,39...8,10	2,25 0,28...18,03
Psy B <sup>2</sup>	2,65 0,55...12,74	1,24 0,29...5,28	0,52 0,07...3,86
Alter	1,82 0,45...7,28	0,85 0,23...3,10	1,82 0,36...9,14
Geschlecht (m vs. w)	2,17 0,46...10,39	3,10 0,86...11,24	3,53 0,69...17,99
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94 0,73...1,19	0,84 0,66...1,06	0,81 0,61...1,07
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,17...4,38	1,52 0,36...6,50	0,93 0,15...5,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,87 0,17...4,49	1,22 0,27...5,62	2,37 0,40...14,00
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,99 0,56...7,09	2,52 0,64...9,90	14,54* 1,11...190,57

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 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,92 0,59...14,44	1,15 0,28...4,67	1,49 0,28...7,96
Indexgruppe 6 (F10)	5,75 0,60...55,19	1,11 0,18...6,66	0,62 0,08...4,67
Indexgruppe 7 (F20-F29)	27,87* 1,77...439,33	1,97 0,32...12,01	1,94 0,21...17,75
Indexgruppe 8 (F30-F39)	8,02 0,63...102,04	2,56 0,31...21,00	3,83 0,35...42,49
Psy A <sup>1</sup>	1,16 0,11...12,68	1,63 0,20...13,11	0,63 0,05...7,38
Psy B <sup>2</sup>	1,77 0,21...15,03	3,00 0,56...16,12	1,57 0,21...11,68
Alter	1,16 0,16...8,42	1,10 0,19...6,30	0,89 0,17...4,83
Geschlecht (m vs. w)	15,24* 1,77...131,45	4,15 0,80...21,44	8,25* 1,23...55,50
Komorbidität <sup>3</sup>	0,55 0,30...1,01	0,64* 0,42...0,98	1,01 0,64...1,59
Pflegestufe (nein vs. ja)	61,64** 3,11...INF	20,05 0,71...569,78	>100 0,00...INF
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,92 0,26...13,98	1,53 0,25...9,54	1,67 0,22...12,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,07 0,17...24,66	3,31 0,41...26,50	3,87 0,25...60,02

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,59 0,11...3,20	3,67 0,57...23,78	0,75 0,09...6,34
Indexgruppe 6 (F10)	5,07 0,45...57,21	2,78 0,24...32,43	10,07 0,64...158,62
Indexgruppe 7 (F20-F29)	54,91** 3,64...827,48	4,84 0,28...82,40	2,10 0,16...28,10
Indexgruppe 8 (F30-F39)	16,67 0,83...333,92	28,58* 1,32...618,61	>100 * 3,36...INF
Psy A <sup>1</sup>	0,15 0,01...1,70	0,05* 0,00...0,73	0,18 0,01...3,25
Psy B <sup>2</sup>	0,31 0,03...3,31	7,28 0,40...132,54	26,59* 1,23...575,51
Alter	0,26 0,03...2,26	0,21 0,03...1,60	0,42 0,05...3,48
Geschlecht (m vs. w)	>100 *** 9,11...INF	71,11** 3,94...INF	38,41* 1,53...965,68
Komorbidität <sup>3</sup>	0,65 0,41...1,03	0,80 0,54...1,19	0,52* 0,30...0,89
Pflegestufe (nein vs. ja)	4,89 0,39...61,30	2,12 0,19...24,09	10,60 0,53...212,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	19,71* 1,13...343,30	40,33* 1,76...923,33	>100 * 2,60...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,12 0,16...7,69	1,24 0,14...10,90	0,35 0,03...4,70

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 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

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

**Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

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

**Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

[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 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

[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 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,06 -0,20...0,32	14,44 -3,98...32,86
DID Jahr 2	0,07 -0,19...0,32	12,58 -5,84...31,00
DID Jahr 3	0,09 -0,17...0,35	4,70 -13,72...23,12
DID Jahr 4	0,06 -0,20...0,32	5,75 -12,67...24,17
DID Jahr 1-4	—	9,37 -6,72...25,46
Gruppe	-0,12 -0,31...0,06	-7,64 -20,76...5,46
Jahr 1	0,64*** 0,45...0,82	47,98*** 35,06...60,91
Jahr 2	-0,23* -0,41...-0,04	-8,29 -21,21...4,64
Jahr 3	-0,30** -0,48...-0,11	-13,55* -26,47...-0,63
Jahr 4	-0,32** -0,50...-0,14	-15,28* -28,20...-2,36
Indexgruppe 6 (F10)	0,10 -0,03...0,22	-10,12* -19,07...-1,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,06 -0,16...0,05	1,61 -5,77...8,99
Indexgruppe 9 (F43)	0,04 -0,08...0,16	4,70 -3,78...13,18
Psy A <sup>1</sup>	-0,01 -0,11...0,10	13,27** 5,53...21,02
Psy B <sup>2</sup>	0,10 -0,05...0,25	2,09 -8,48...12,66
Alter	0,01 -0,08...0,10	2,46 -3,72...8,65
Geschlecht (m vs. w)	0,05 -0,05...0,14	-6,32 -13,16...0,53
Komorbidität <sup>3</sup>	0,01 -0,01...0,04	-0,33 -2,23...1,58

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,15 -0,42...0,12	-3,84 -22,73...15,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,03 -0,14...0,08	-5,35 -12,94...2,23

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 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	-0,53 -1,10...0,04	7,03 -20,04...34,10
DID Jahr 2	-0,42 -0,99...0,15	0,33 -26,75...27,39
DID Jahr 3	-0,48 -1,05...0,09	-14,06 -41,13...13,01
DID Jahr 4	-0,51 -1,08...0,06	-1,52 -28,59...25,55
DID Jahr 1-4	—	-2,06 -24,47...20,36
Gruppe	0,24 -0,17...0,65	-11,21 -30,54...8,13
Jahr 1	0,30 -0,10...0,70	7,79 -11,35...26,93
Jahr 2	-0,36 -0,77...0,04	-33,52** -52,66...-14,38
Jahr 3	-0,36 -0,77...0,04	-30,47** -49,61...-11,33
Jahr 4	-0,40 -0,81...0,00	-41,23*** -60,38...-22,09
Indexgruppe 6 (F10)	0,39** 0,13...0,64	-10,59 -22,70...1,52
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,03 -0,38...0,33	17,72* 0,89...34,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,00 -0,21...0,22	18,88*** 8,73...29,02
Psy A <sup>1</sup>	0,02 -0,20...0,23	1,61 -8,67...11,89
Psy B <sup>2</sup>	0,00 -0,28...0,28	-0,62 -13,86...12,62
Alter	-0,10 -0,31...0,10	2,23 -7,37...11,83
Geschlecht (m vs. w)	-0,26* -0,46...-0,06	8,17 -1,28...17,62
Komorbidität <sup>3</sup>	0,04 -0,03...0,10	-2,10 -4,99...0,80

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,19 -0,85...0,48	3,25 -28,44...34,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,49*** -0,71...-0,28	-29,22*** -39,36...-19,08

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 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

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

**Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

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

**Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,02 -0,56...0,60
DID Jahr 2	-0,36 -0,95...0,22
DID Jahr 3	-0,28 -0,86...0,31
DID Jahr 4	-0,05 -0,63...0,53
Gruppe	-0,11 -0,52...0,31
Jahr 1	0,79*** 0,38...1,21
Jahr 2	0,24 -0,17...0,66
Jahr 3	0,31 -0,10...0,73
Jahr 4	0,09 -0,32...0,51
Indexgruppe 6 (F10)	0,38** 0,11...0,65
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,25* 0,02...0,48
Indexgruppe 9 (F43)	0,08 -0,20...0,36
Psy A <sup>1</sup>	0,45** 0,20...0,70
Psy B <sup>2</sup>	0,47** 0,17...0,78
Alter	1,65*** 1,45...1,85
Geschlecht (m vs. w)	-0,23* -0,44...-0,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,80*** 1,48...2,11
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,55*** 0,35...0,74

Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02 -0,24...0,28
------------------------------	----------------------

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

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

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

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	0,18 -0,60...0,96
DID Jahr 2	0,14 -0,64...0,92
DID Jahr 3	0,20 -0,58...0,98
DID Jahr 4	0,40 -0,38...1,18
Gruppe	-0,35 -0,90...0,21
Jahr 1	0,22 -0,33...0,77
Jahr 2	-0,02 -0,57...0,54
Jahr 3	-0,04 -0,59...0,52
Jahr 4	-0,35 -0,91...0,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,64*** 0,32...0,96
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,51* 0,08...0,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,05 -0,25...0,34
Psy A <sup>1</sup>	0,50** 0,19...0,81
Psy B <sup>2</sup>	0,55** 0,22...0,89
Alter	1,75*** 1,48...2,01
Geschlecht (m vs. w)	-0,09 -0,35...0,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07*** 0,55...1,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,41** 0,13...0,68

Referenzfall (KH vs. PIA)	0,02 -0,27...0,30
------------------------------	----------------------

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

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

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

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	1,11 0,68...1,82
Psy A <sup>1</sup>	0,38* 0,16...0,89
Psy B <sup>2</sup>	1,58 0,59...4,20
Alter	3,67** 1,67...8,06
Geschlecht (m vs. w)	0,65 0,38...1,11
Komorbidität <sup>3</sup>	1,21*** 1,12...1,31
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,03 0,56...1,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,06 0,64...1,76
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,84 0,40...1,74

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 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	0,78 0,35...1,77
Psy A <sup>1</sup>	0,84 0,31...2,26
Psy B <sup>2</sup>	0,65 0,22...1,94
Alter	3,28* 1,13...9,52
Geschlecht (m vs. w)	0,76 0,34...1,71
Komorbidität <sup>3</sup>	1,28*** 1,11...1,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,15...3,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,93 0,39...2,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,14** 0,03...0,59

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 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), 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	0,76 0,31...1,84	0,22 0,05...1,04	1,08 0,75...1,56
Psy A <sup>1</sup>	1,05 0,38...2,88	2,80 0,59...13,30	0,69 0,43...1,11
Psy B <sup>2</sup>	0,38 0,08...1,95	1,47 0,32...6,68	0,47 0,20...1,10
Alter	3,51* 1,20...10,32	0,18 0,03...1,01	0,84 0,56...1,26
Geschlecht (m vs. w)	0,68 0,26...1,74	0,75 0,20...2,76	0,31*** 0,21...0,46
Komorbidität <sup>3</sup>	0,93 0,76...1,14	1,02 0,75...1,38	0,89* 0,79...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00...INF	5,95 0,75...47,32	0,16* 0,04...0,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,83 0,34...2,00	1,92 0,48...7,61	0,87 0,60...1,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,67 0,62...4,55	0,23 0,03...1,85	0,37** 0,21...0,65

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), 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	0,69 0,22...2,18	0,57 0,17...1,94	0,69 0,31...1,53
Psy A <sup>1</sup>	0,77 0,20...2,98	0,20 0,02...1,80	1,95 0,78...4,85
Psy B <sup>2</sup>	1,75 0,36...8,55	13,91* 1,62...119,36	0,53 0,21...1,36
Alter	0,64 0,15...2,71	0,82 0,21...3,27	1,62 0,66...3,98
Geschlecht (m vs. w)	1,80 0,53...6,14	0,91 0,27...3,04	0,45* 0,21...0,95
Komorbidität <sup>3</sup>	1,17 0,87...1,57	0,97 0,75...1,26	0,86 0,67...1,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,11 0,21...21,45	0,00 0,00...INF	2,39 0,66...8,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,25 0,33...4,73	1,25 0,32...4,93	0,52 0,23...1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,25 0,05...1,19	0,28 0,06...1,46	0,36* 0,15...0,82

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 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene**

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

## U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,03 -0,10...0,04	-6,93 -28,51...14,66	-0,02 -0,08...0,04	-5,22 -25,99...15,55
Psy B <sup>2</sup>	-0,08* -0,16...-0,01	-31,91** -54,61...-9,20	-0,09** -0,15...-0,02	-33,30** -55,15...-11,46
Alter	-0,07 -0,15...0,01	-13,57 -38,05...10,91	-0,04 -0,11...0,03	-10,58 -34,13...12,97
Geschlecht (m vs. w)	-0,08* -0,16...-0,01	-28,49* -51,92...-5,06	-0,08* -0,14...-0,01	-26,78* -49,32...-4,24
Komorbidität <sup>3</sup>	0,01 -0,01...0,03	3,34 -2,17...8,85	0,01 -0,01...0,03	2,99 -2,31...8,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,10 -0,04...0,24	40,17 -2,08...82,42	0,11 -0,01...0,23	42,03* 1,38...82,67



**Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	1,03 0,82...1,30	-13,99 -35,27...7,29
Psy A <sup>1</sup>	1,04 0,77...1,41	-44,94** -72,46...-17,41
Psy B <sup>2</sup>	1,22 0,85...1,76	23,14 -9,75...56,03
Alter	0,82 0,63...1,07	10,39 -13,29...34,08
Geschlecht (m vs. w)	0,82 0,64...1,04	16,94 -4,97...38,85
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06* 1,00...1,11	1,13 -3,70...5,97
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,60...1,29	-4,88 -39,79...30,03
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,86...1,39	-9,17 -31,33...12,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,06 0,73...1,54	-0,16 -33,93...33,61

**Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2), Erwachsene**

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,98 0,72...1,32	0,83 0,57...1,19	0,88 0,27...2,89	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,96*** 1,43...2,70	0,84 0,57...1,24	1,99 0,45...8,82	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,33 0,96...1,84	1,70* 1,12...2,59	0,26 0,06...1,17	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,07 1,00...1,15	0,93 0,84...1,02	0,93 0,66...1,31	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,43* 0,21...0,91	0,14 0,02...1,01	2,03 0,36...11,45	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	0,88 0,65...1,19	1,88** 1,29...2,74	1,55 0,37...6,51	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,60** 0,44...0,82	1,20 0,82...1,74	0,35 0,09...1,35	kf	kf

kf=kleine Fallzahl

### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,97 0,62...1,53	>100 0,00...INF	0,66 -2,31...3,62	0,73 -1,07...2,53
DID Jahr 2	0,85 0,53...1,38	>100 0,00...INF	0,20 -2,76...3,17	-0,24 -2,04...1,56
Gruppe	1,01 0,69...1,48	0,00 0,00...INF	0,55 -1,55...2,65	0,34 -0,94...1,62
Jahr 1	84,78*** 60,66...118,49	>100 *** 32,25...322,44	24,24*** 22,14...26,34	8,66*** 7,38...9,94
Jahr 2	2,37*** 1,70...3,30	9,96*** 3,00...33,05	3,33** 1,23...5,42	0,98 -0,30...2,26
Indexgruppe 6 (F10)	1,78*** 1,42...2,23	0,29*** 0,20...0,43	-6,18*** -7,89...-4,46	-2,45*** -3,49...-1,41
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,00 0,82...1,23	1,75*** 1,35...2,29	1,94** 0,48...3,40	2,61*** 1,72...3,50
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,68...1,08	0,70* 0,51...0,97	-1,93* -3,56...-0,30	-0,74 -1,73...0,26
Psy A <sup>1</sup>	0,78* 0,63...0,98	1,71*** 1,31...2,22	1,18 -0,37...2,74	2,29*** 1,35...3,24
Psy B <sup>2</sup>	1,19 0,91...1,56	0,73 0,52...1,02	3,35** 1,44...5,27	-1,48* -2,64...-0,32
Alter	1,28* 1,06...1,55	0,40*** 0,30...0,52	0,65 -0,73...2,03	-2,36*** -3,19...-1,52
Geschlecht (m vs. w)	0,90 0,75...1,08	1,20 0,93...1,54	-1,18 -2,51...0,15	0,78 -0,03...1,59
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04* 1,00...1,08	0,92** 0,86...0,98	-0,02 -0,30...0,27	-0,28** -0,46...-0,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,16 0,86...1,55	0,28** 0,13...0,59	-0,80 -3,01...1,40	-1,21 -2,55...0,14
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,06 0,89...1,26	2,08*** 1,64...2,64	0,52 -0,74...1,78	2,01*** 1,24...2,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,07*** 0,05...0,09	0,50*** 0,39...0,64	-11,40*** -12,80...-9,99	-2,06*** -2,92...-1,21

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 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,36 -0,99...0,27	-0,70 -1,60...0,20	-0,45 -1,33...0,43
DID Jahr 2	-0,45 -1,08...0,18	-0,92* -1,83...-0,02	0,06 -0,83...0,94
Gruppe	0,06 -0,39...0,51	0,09 -0,55...0,73	-0,89** -1,51...-0,26
Jahr 1	2,58*** 2,13...3,02	2,00*** 1,36...2,64	1,20*** 0,58...1,83
Jahr 2	1,71*** 1,27...2,16	1,28*** 0,64...1,92	0,27 -0,36...0,89
Indexgruppe 6 (F10)	-0,75*** -1,12...-0,39	-1,51*** -2,03...-0,99	-0,69** -1,20...-0,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,26 -0,05...0,57	2,12*** 1,67...2,56	0,01 -0,43...0,44
Indexgruppe 9 (F43)	-0,28 -0,62...0,07	0,00 -0,50...0,50	-0,68** -1,17...-0,20
Psy A <sup>1</sup>	0,17 -0,16...0,50	2,14*** 1,67...2,62	1,77*** 1,31...2,24
Psy B <sup>2</sup>	0,29 -0,12...0,70	1,82*** 1,24...2,40	1,94*** 1,37...2,51
Alter	0,04 -0,25...0,33	-1,18*** -1,59...-0,76	1,00*** 0,60...1,41
Geschlecht (m vs. w)	-0,50** -0,78...-0,21	1,23*** 0,82...1,63	0,81*** 0,42...1,21
Komorbidität <sup>3</sup>	-0,06* -0,12...0,00	-0,13** -0,22...-0,04	0,64*** 0,56...0,73
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,09 -0,38...0,56	-1,12** -1,79...-0,44	2,17*** 1,51...2,83
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,10 -0,17...0,36	1,39*** 1,00...1,77	1,17*** 0,79...1,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,16*** 1,86...2,46	-0,82*** -1,25...-0,40	0,09 -0,33...0,51

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 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,99 0,78...1,25	1,06 0,85...1,33	0,92 0,72...1,16
Indexgruppe 6 (F10)	0,24*** 0,17...0,35	0,22*** 0,16...0,30	0,24*** 0,18...0,32
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,52** 1,17...1,99	1,49** 1,15...1,93	1,70*** 1,30...2,24
Indexgruppe 9 (F43)	0,74 0,53...1,03	0,78 0,57...1,06	0,70* 0,51...0,96
Psy A <sup>1</sup>	1,52** 1,13...2,04	2,06*** 1,57...2,72	2,08*** 1,56...2,78
Psy B <sup>2</sup>	2,10*** 1,51...2,92	1,89*** 1,36...2,63	2,32*** 1,58...3,42
Alter	0,91 0,69...1,20	0,84 0,65...1,09	0,95 0,73...1,25
Geschlecht (m vs. w)	0,91 0,70...1,17	0,94 0,73...1,19	1,02 0,79...1,31
Komorbidität <sup>3</sup>	0,90** 0,85...0,96	0,94* 0,89...0,99	0,98 0,93...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,80 0,52...1,24	0,81 0,55...1,20	0,69 0,46...1,02
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,53** 1,20...1,96	1,46** 1,15...1,84	1,47** 1,15...1,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,08 0,77...1,52	1,92*** 1,38...2,68	2,16*** 1,48...3,15

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,92 0,51...1,65	0,93 0,53...1,62	0,85 0,47...1,55
Indexgruppe 6 (F10)	0,32** 0,15...0,67	0,25*** 0,12...0,51	0,37** 0,18...0,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,02* 1,10...3,68	2,91*** 1,60...5,30	3,31** 1,66...6,62
Indexgruppe 9 (F43)	0,99 0,45...2,18	0,79 0,37...1,69	1,49 0,68...3,25
Psy A <sup>1</sup>	1,15 0,56...2,35	1,19 0,58...2,45	1,68 0,76...3,70
Psy B <sup>2</sup>	1,03 0,45...2,37	0,98 0,43...2,24	0,56 0,21...1,49
Alter	1,08 0,57...2,04	1,33 0,71...2,50	1,54 0,80...3,00
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,55...1,90	0,85 0,46...1,58	1,36 0,72...2,60
Komorbidität <sup>3</sup>	0,92 0,81...1,04	0,96 0,85...1,08	0,98 0,86...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,15 0,02...1,19	0,45 0,13...1,55	0,45 0,14...1,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,66 0,94...2,92	1,48 0,83...2,62	1,20 0,65...2,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,93 0,46...1,89	0,94 0,46...1,90	1,32 0,59...2,94

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 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

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

**Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

[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 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

	<b>Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden</b>	<b>Indexdiagnose, Tage AU</b>
DID Jahr 1	0,01 -0,13...0,15	-0,31 -11,78...11,17
DID Jahr 2	0,03 -0,11...0,17	4,29 -7,19...15,76
Gruppe	-0,03 -0,13...0,07	-2,31 -10,48...5,85
Jahr 1	0,54*** 0,45...0,64	53,64*** 45,72...61,57
Jahr 2	-0,23*** -0,33...-0,13	-7,63 -15,55...0,30
Indexgruppe 6 (F10)	0,04 -0,04...0,12	-13,14*** -19,81...-6,47
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,08* 0,01...0,15	17,11*** 11,33...22,90
Indexgruppe 9 (F43)	0,04 -0,04...0,11	-1,87 -8,00...4,26
Psy A <sup>1</sup>	0,03 -0,05...0,10	10,88*** 4,96...16,79
Psy B <sup>2</sup>	-0,01 -0,11...0,09	-3,00 -11,02...5,00
Alter	-0,05 -0,11...0,01	7,19** 2,21...12,16
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,08...0,05	0,38 -4,79...5,54
Komorbidität <sup>3</sup>	0,02 0,00...0,03	-0,56 -2,05...0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,06 -0,16...0,29	-7,33 -25,84...11,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,28*** -0,34...-0,21	-13,34*** -18,75...-7,93

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

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

**Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DID Jahr 1	-0,06 -0,34...0,23
DID Jahr 2	-0,09 -0,38...0,19
Gruppe	-0,18 -0,38...0,03
Jahr 1	0,80*** 0,60...1,01
Jahr 2	0,22* 0,02...0,42
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,25...0,58
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,20** 0,06...0,34
Indexgruppe 9 (F43)	0,13 -0,03...0,29
Psy A <sup>1</sup>	0,38*** 0,23...0,53
Psy B <sup>2</sup>	0,53*** 0,35...0,71
Alter	1,74*** 1,62...1,87
Geschlecht (m vs. w)	-0,22** -0,35...-0,09
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,69*** 1,48...1,89
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,55*** 0,43...0,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,06 -0,20...0,07

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

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	0,94 0,66...1,36
Psy A <sup>1</sup>	0,36** 0,20...0,68
Psy B <sup>2</sup>	1,87 0,94...3,74
Alter	4,25*** 2,32...7,78
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,49...1,06
Komorbidität <sup>3</sup>	1,25*** 1,18...1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,60...1,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,85 0,58...1,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45** 0,27...0,75

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 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), 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	0,60* 0,38...0,95	0,64 0,34...1,21	1,34* 1,07...1,67
Psy A <sup>1</sup>	0,72 0,43...1,19	1,52 0,75...3,09	0,67** 0,50...0,88
Psy B <sup>2</sup>	0,87 0,41...1,85	1,57 0,71...3,46	1,18 0,75...1,86
Alter	1,62 0,99...2,65	0,56 0,28...1,14	1,10 0,86...1,40
Geschlecht (m vs. w)	0,94 0,58...1,51	1,23 0,61...2,47	0,84 0,67...1,06
Komorbidität <sup>3</sup>	0,95 0,85...1,05	1,08 0,93...1,24	0,88*** 0,83...0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,89 0,31...2,52	0,39 0,05...2,98	0,75 0,44...1,29
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,64...1,58	2,04* 1,04...4,02	1,03 0,82...1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,81 0,50...1,30	2,82** 1,48...5,38	0,47*** 0,36...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 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene**

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).



#### **14.4 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche**

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 Präzeitraum 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 (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

**U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung****Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,17*** 0,07...0,44	kf	-9,06** -14,24...-3,89	kf
DID Jahr 2	0,21** 0,07...0,61	kf	-2,42 -7,59...2,75	kf
DID Jahr 3	0,22** 0,08...0,65	kf	-2,74 -7,91...2,44	kf
DID Jahr 4	0,28* 0,09...0,85	kf	-0,99 -6,17...4,18	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-3,80 -8,04...0,43	kf
Gruppe	3,07** 1,33...7,05	kf	0,30 -3,37...3,96	kf
Jahr 1	22,22*** 10,26...48,09	kf	21,16*** 17,45...24,87	kf
Jahr 2	3,23** 1,39...7,50	kf	4,34* 0,63...8,04	kf
Jahr 3	3,07** 1,32...7,15	kf	5,14** 1,43...8,85	kf
Jahr 4	2,13 0,88...5,15	kf	3,06 -0,65...6,76	kf
Indexgruppe 9 (F43)	2,26*** 1,45...3,51	kf	2,92 -0,27...6,12	kf
Indexgruppe 15 (F84)	1,86 0,74...4,67	kf	5,61 -0,59...11,81	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	2,49** 1,41...4,41	kf	3,87* 0,25...7,50	kf
Alter	1,45* 1,09...1,92	kf	1,02 -0,70...2,74	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,93...1,62	kf	1,77 0,00...3,54	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,35*** 0,27...0,47	kf	-2,75** -4,75...-0,76	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 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,43* 0,20...0,94	kf	-10,56** -17,00...-4,13	kf
DID Jahr 2	0,52 0,20...1,32	kf	-2,14 -8,57...4,30	kf
DID Jahr 3	0,92 0,34...2,49	kf	1,69 -4,75...8,12	kf
DID Jahr 4	0,86 0,30...2,48	kf	0,55 -5,88...6,99	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-2,62 -7,85...2,62	kf
Gruppe	1,99* 1,11...3,57	kf	0,89 -3,66...5,45	kf
Jahr 1	2,42** 1,35...4,33	kf	10,54*** 5,89...15,19	kf
Jahr 2	0,58 0,29...1,16	kf	-4,70* -9,34...-0,05	kf
Jahr 3	0,35** 0,16...0,76	kf	-7,24** -11,89...-2,59	kf
Jahr 4	0,28** 0,12...0,63	kf	-7,23** -11,88...-2,58	kf
Indexgruppe 9 (F43)	2,62** 1,47...4,68	kf	7,52** 2,77...12,26	kf
Indexgruppe 15 (F84)	1,56 0,71...3,43	kf	0,62 -4,78...6,01	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,05 0,59...1,86	kf	2,38 -1,71...6,47	kf
Alter	1,36* 1,00...1,85	kf	0,12 -1,96...2,19	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,72** 1,24...2,37	kf	0,92 -1,46...3,31	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,26*** 0,19...0,36	kf	-7,47*** -9,76...-5,18	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 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinische Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,49* -2,78...-0,20	-1,43 -3,09...0,24	0,13 -0,93...1,19
DID Jahr 2	0,20 -1,09...1,49	-0,93 -2,60...0,74	0,33 -0,73...1,38
DID Jahr 3	0,00 -1,28...1,29	-0,40 -2,07...1,27	0,44 -0,62...1,49
DID Jahr 4	0,22 -1,07...1,50	-0,71 -2,37...0,96	0,59 -0,47...1,65
Gruppe	0,10 -0,81...1,01	-0,79 -1,97...0,39	-1,13** -1,87...-0,38
Jahr 1	5,87*** 4,95...6,79	1,20 0,00...2,39	0,75 -0,01...1,50
Jahr 2	1,84*** 0,92...2,77	1,05 -0,15...2,24	0,38 -0,38...1,14
Jahr 3	1,33** 0,41...2,25	0,15 -1,04...1,35	0,34 -0,42...1,09
Jahr 4	0,95* 0,03...1,87	0,45 -0,74...1,65	0,23 -0,53...0,98
Indexgruppe 9 (F43)	0,11 -0,69...0,91	-0,43 -1,46...0,60	-0,12 -0,77...0,54
Indexgruppe 15 (F84)	2,06** 0,52...3,61	-1,29 -3,29...0,71	1,07 -0,20...2,34
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,39 -1,29...0,51	-0,79 -1,96...0,38	-0,14 -0,88...0,60
Alter	-0,47* -0,90...-0,04	0,59* 0,03...1,14	0,07 -0,28...0,42
Geschlecht (m vs. w)	-0,11 -0,55...0,33	0,58* 0,01...1,15	-0,14 -0,51...0,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65* 0,16...1,15	-0,80* -1,45...-0,16	-0,33 -0,74...0,08

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 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,95* -3,85...-0,04	-1,66 -3,72...0,40	0,53 -0,81...1,88
DID Jahr 2	-1,15 -3,05...0,76	-1,83 -3,89...0,23	0,61 -0,73...1,96
DID Jahr 3	-1,01 -2,91...0,90	-0,90 -2,96...1,16	1,60* 0,25...2,94
DID Jahr 4	-0,87 -2,78...1,03	0,36 -1,70...2,42	0,37 -0,98...1,71
Gruppe	0,68 -0,67...2,03	-0,94 -2,39...0,52	-0,93 -1,88...0,02
Jahr 1	3,52*** 2,15...4,90	1,35 -0,14...2,84	-0,45 -1,42...0,52
Jahr 2	0,52 -0,86...1,89	1,76* 0,27...3,25	-0,41 -1,38...0,56
Jahr 3	-0,76 -2,13...0,62	0,57 -0,92...2,06	-0,93 -1,90...0,04
Jahr 4	-1,11 -2,48...0,27	-0,60 -2,08...0,89	-0,63 -1,60...0,34
Indexgruppe 9 (F43)	-0,27 -1,68...1,13	0,31 -1,21...1,83	0,55 -0,45...1,53
Indexgruppe 15 (F84)	1,23 -0,37...2,83	-2,54** -4,27...-0,81	1,37* 0,24...2,50
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,11 -1,10...1,32	-2,22** -3,53...-0,91	-0,97* -1,82...-0,11
Alter	-0,96** -1,58...-0,35	-0,21 -0,88...0,45	-0,95*** -1,39...-0,52
Geschlecht (m vs. w)	-0,62 -1,32...0,09	0,57 -0,20...1,33	0,44 -0,06...0,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,00*** 2,32...3,67	-1,33*** -2,06...-0,60	-0,88*** -1,36...-0,40

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 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,60 0,86...2,96	1,01 0,61...1,68	1,45 0,86...2,44
Indexgruppe 9 (F43)	0,20* 0,05...0,83	0,42 0,16...1,14	0,62 0,25...1,53
Indexgruppe 15 (F84)	1,82 0,27...12,48	2,30 0,35...15,29	3,43 0,35...33,26
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,13** 0,03...0,53	0,31* 0,10...0,98	0,40 0,12...1,36
Alter	0,70 0,37...1,34	0,64 0,37...1,09	0,70 0,40...1,23
Geschlecht (m vs. w)	1,70 0,90...3,23	1,52 0,89...2,60	1,19 0,68...2,09
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,46...1,51	0,83 0,50...1,38	0,76 0,45...1,30

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 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,72 0,19...2,71	0,64 0,18...2,29	1,12 0,28...4,44
Indexgruppe 9 (F43)	0,30 0,03...3,22	0,10 0,01...1,16	0,60 0,09...3,98
Indexgruppe 15 (F84)	0,67 0,06...7,74	0,24 0,02...2,38	2,19 0,13...36,08
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,43 0,05...3,42	0,14 0,02...1,39	0,22 0,02...2,83
Alter	0,28 0,06...1,38	1,26 0,30...5,29	0,40 0,08...2,01
Geschlecht (m vs. w)	1,83 0,39...8,63	1,03 0,24...4,37	1,51 0,32...7,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,44 0,09...2,26	1,19 0,25...5,68	1,39 0,25...7,83

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 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,15* 0,03...0,84	0,36 0,10...1,33	1,47 0,39...5,58
Indexgruppe 9 (F43)	0,00 0,00...INF	0,14 0,01...1,69	0,08* 0,01...0,82
Indexgruppe 15 (F84)	6,97 0,28...175,85	1,35 0,08...24,62	0,27 0,01...6,11
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,17 0,00...INF	0,06 0,00...2,66	0,19 0,01...7,51
Alter	0,35 0,06...2,25	1,32 0,33...5,23	2,72 0,65...11,50
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,18...5,10	0,85 0,23...3,18	0,37 0,10...1,40
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,01 0,14...7,40	0,78 0,16...3,77	0,20 0,03...1,25

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,63 0,35...7,56	2,08 0,47...9,26	1,54 0,26...9,24
Indexgruppe 9 (F43)	>100 0,00...INF	7,76 0,40...151,03	3,90 0,24...64,17
Indexgruppe 15 (F84)	0,35 0,00...INF	0,00 0,00...INF	26,13 0,00...INF
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,25 0,00...15,69	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Alter	0,34 0,06...1,98	0,15* 0,03...0,73	0,05** 0,01...0,43
Geschlecht (m vs. w)	0,28 0,05...1,72	0,71 0,13...3,94	3,27 0,28...38,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	>100 0,00...INF	5,42 0,47...62,24	2,38 0,23...24,98

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 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,25* 1,02...4,99	0,95 0,48...1,87	1,00 0,49...2,04
Indexgruppe 9 (F43)	1,27 0,21...7,75	1,27 0,26...6,35	2,49 0,39...15,92
Indexgruppe 15 (F84)	0,62 0,05...8,58	1,66 0,12...23,23	>100 0,00...INF
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,01 0,22...4,77	0,38 0,08...1,76	0,45 0,08...2,52
Alter	2,88* 1,29...6,46	1,99 0,97...4,08	1,85 0,86...4,00
Geschlecht (m vs. w)	1,14 0,50...2,60	1,09 0,52...2,27	1,19 0,55...2,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,75* 1,23...6,11	1,83 0,87...3,83	2,08 0,93...4,64

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 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,40 0,10...1,63	0,24 0,06...1,04	0,55 0,10...2,97
Indexgruppe 9 (F43)	0,53 0,04...7,11	1,02 0,10...10,23	1,71 0,12...24,95
Indexgruppe 15 (F84)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Indexgruppe 16 (F90-F98)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Alter	1,38 0,36...5,39	1,00 0,25...4,08	1,75 0,33...9,36
Geschlecht (m vs. w)	0,79 0,18...3,43	0,86 0,20...3,70	1,01 0,19...5,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,53* 1,06...19,37	2,98 0,74...11,92	5,10* 1,03...25,21

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,28 0,19...8,74	3,26 0,51...20,84	2,30 0,43...12,46
Indexgruppe 9 (F43)	1,71 0,10...28,91	4,44 0,30...66,05	>100 0,00...INF
Indexgruppe 15 (F84)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Indexgruppe 16 (F90-F98)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Alter	1,51 0,25...9,29	2,59 0,48...13,91	3,97 0,69...22,82
Geschlecht (m vs. w)	1,89 0,29...12,41	0,64 0,11...3,80	1,15 0,20...6,46
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,57 0,26...9,65	1,78 0,35...9,12	2,33 0,48...11,44

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 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,72 0,09...6,03	0,35 0,03...5,08	0,58 0,05...6,36
Indexgruppe 9 (F43)	1,90 0,13...27,69	50,34* 1,66...INF	2,24 0,06...83,64
Indexgruppe 15 (F84)	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	>100 0,00...INF	1,40 0,04...47,63	0,00 0,00...INF
Alter	5,74 0,74...44,30	22,53* 1,20...422,85	23,71* 1,24...452,48
Geschlecht (m vs. w)	1,55 0,20...12,35	2,59 0,30...22,17	0,27 0,02...4,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	4,36 0,62...30,48	10,77 0,80...144,67	7,61 0,77...75,67

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 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

[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 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

[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 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

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

**Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

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

**Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	<b>Mortalität über 4 Jahre</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	0,00 0,00...INF	0,51* 0,29...0,90
Alter	kf	2,63 0,00...INF	25,31*** 6,13...104,40
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,00 0,00...INF	1,25 0,72...2,18
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,00 0,00...INF	0,43** 0,25...0,74

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 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	1,52 0,08...28,63	0,79 0,32...1,93
Alter	kf	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,67 0,04...10,83	1,47 0,56...3,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,41 0,08...26,36	0,45 0,18...1,18

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



**U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung**

**Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)**

	<b>Anteil Wiederaufnahme</b>	<b>Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme</b>
Gruppe	1,30 0,93...1,83	1,21 -29,14...31,56
Alter	1,87** 1,29...2,70	16,27 -16,50...49,03
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,72...1,46	-6,00 -37,21...25,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,88 0,62...1,25	-15,99 -46,74...14,76

### U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

**Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,41*** 0,26...0,65	kf	-10,03*** -13,16...-6,90	kf
DID Jahr 2	0,48** 0,28...0,82	kf	-1,88 -5,01...1,25	kf
Gruppe	1,58* 1,05...2,39	kf	0,01 -2,21...2,22	kf
Jahr 1	15,78*** 11,03...22,59	kf	23,72*** 21,49...25,95	kf
Jahr 2	2,08*** 1,40...3,10	kf	4,62*** 2,40...6,85	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,62...1,80	kf	4,59* 0,21...8,96	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,13 0,87...1,47	kf	-0,08 -2,19...2,03	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,13 0,85...1,51	kf	2,09 -0,14...4,31	kf
Alter	1,48*** 1,23...1,78	kf	1,11 -0,23...2,45	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,15 0,96...1,37	kf	1,29 -0,05...2,63	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,23*** 0,19...0,27	kf	-7,37*** -8,90...-5,84	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 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-3,06*** -3,77...-2,35	-0,32 -1,36...0,73	-0,09 -0,69...0,52
DID Jahr 2	-0,81* -1,52...-0,10	0,04 -1,00...1,09	0,05 -0,55...0,66
Gruppe	0,03 -0,48...0,53	-1,09** -1,84...-0,36	-0,70** -1,12...-0,27
Jahr 1	6,35*** 5,84...6,86	0,30 -0,44...1,04	0,84*** 0,41...1,27
Jahr 2	2,09*** 1,59...2,60	0,01 -0,73...0,76	0,49* 0,06...0,92
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,58 -1,58...0,41	3,04*** 1,58...4,49	-0,25 -1,09...0,59
Indexgruppe 9 (F43)	-0,80** -1,27...-0,32	0,38 -0,33...1,08	-0,48* -0,88...-0,07
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-1,08*** -1,59...-0,57	0,69 -0,05...1,43	-0,47* -0,89...-0,04
Alter	-0,05 -0,35...0,26	1,08*** 0,63...1,53	-0,02 -0,28...0,24
Geschlecht (m vs. w)	-0,19 -0,49...0,12	0,20 -0,25...0,65	-0,48*** -0,74...-0,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,22*** 0,87...1,57	-1,85*** -2,36...-1,34	-0,31* -0,61...-0,02

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,75 0,56...1,02	0,73* 0,56...0,95	1,02 0,77...1,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,94 0,43...2,05	1,83 0,84...3,99	1,58 0,66...3,78
Indexgruppe 9 (F43)	0,75 0,48...1,18	0,79 0,53...1,17	0,75 0,50...1,13
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,55* 0,34...0,88	0,47** 0,30...0,73	0,61* 0,38...0,99
Alter	1,00 0,72...1,41	0,97 0,73...1,30	1,29 0,96...1,75
Geschlecht (m vs. w)	1,39* 1,00...1,91	1,32 1,00...1,74	1,02 0,76...1,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,98 0,72...1,35	0,87 0,66...1,15	1,11 0,83...1,48

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,66 0,35...1,27	0,83 0,46...1,49	0,77 0,41...1,46
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,95 0,21...18,13	1,78 0,15...20,60	0,73 0,06...9,15
Indexgruppe 9 (F43)	0,68 0,24...1,89	0,46 0,18...1,17	0,32* 0,12...0,81
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,54 0,20...1,48	0,38* 0,15...0,97	0,33* 0,11...1,00
Alter	0,60 0,28...1,27	0,87 0,44...1,70	0,62 0,30...1,30
Geschlecht (m vs. w)	1,21 0,61...2,41	1,13 0,61...2,08	1,27 0,64...2,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71 0,34...1,47	0,97 0,50...1,88	0,90 0,44...1,84

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 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche**

[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 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3)**

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

**Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche**

	<b>Mortalität über 2 Jahre</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

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

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

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

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

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	2,33 0,21...26,42	0,99 0,64...1,52
Alter	kf	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,75 0,07...8,48	1,12 0,73...1,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,39 0,04...4,38	1,36 0,89...2,09

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

## **14.5 Ergebnisse Kosten, Erwachsene**

### 14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	247	254	236	236	220	255	251	233	229	214
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.334,08 €</b>	<b>3.790,17 €</b>	<b>2.485,03 €</b>	<b>2.254,40 €</b>	<b>1.970,26 €</b>	<b>2.821,53 €</b>	<b>3.052,73 €</b>	<b>3.980,05 €</b>	<b>3.151,88 €</b>	<b>2.949,13 €</b>
Standardabweichung	10.022,74 €	16.835,64 €	5.371,25 €	5.094,28 €	4.234,54 €	5.083,92 €	6.378,90 €	14.609,14 €	6.969,52 €	7.503,39 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	186,55 €	225,72 €	225,36 €	189,98 €	133,34 €	225,73 €	212,96 €	231,96 €	223,02 €	101,65 €
Median	911,57 €	629,84 €	690,24 €	764,60 €	494,51 €	801,04 €	693,80 €	707,18 €	664,33 €	477,17 €
75%-Perzentil	3.020,43 €	2.577,00 €	2.464,51 €	2.275,29 €	2.183,76 €	3.039,25 €	3.262,44 €	3.324,29 €	2.827,30 €	2.996,97 €
Maximum	138.833,01 €	203.765,52 €	47.958,46 €	63.646,66 €	41.602,95 €	43.508,97 €	64.368,08 €	206.068,83 €	54.343,32 €	74.893,96 €

**Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	130	129	124	126	122	133	133	130	127	116
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.434,80 €</b>	<b>3.180,27 €</b>	<b>2.612,87 €</b>	<b>2.918,13 €</b>	<b>2.014,47 €</b>	<b>2.485,69 €</b>	<b>2.553,58 €</b>	<b>2.039,45 €</b>	<b>3.408,54 €</b>	<b>2.464,36 €</b>
Standardabweichung	4.385,12 €	7.307,71 €	4.265,26 €	6.196,49 €	3.280,41 €	4.653,97 €	5.656,56 €	3.841,54 €	7.770,77 €	5.179,38 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	245,93 €	221,69 €	197,23 €	309,28 €	193,32 €	310,31 €	238,85 €	220,80 €	258,36 €	141,94 €
Median	785,04 €	742,69 €	594,59 €	768,94 €	674,24 €	754,57 €	623,47 €	631,22 €	690,94 €	585,48 €
75%-Perzentil	2.980,14 €	2.883,45 €	3.027,36 €	3.261,34 €	2.520,42 €	2.223,39 €	2.016,21 €	1.904,46 €	2.443,01 €	2.128,56 €
Maximum	27.897,56 €	53.771,08 €	21.183,61 €	56.025,21 €	19.358,34 €	30.504,29 €	31.648,61 €	22.378,02 €	43.613,17 €	29.627,34 €

**Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	94	75	59	55	50	90	71	64	55	57
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.221,07 €</b>	<b>2.860,17 €</b>	<b>1.535,02 €</b>	<b>1.263,79 €</b>	<b>1.120,55 €</b>	<b>1.520,92 €</b>	<b>1.940,10 €</b>	<b>1.759,99 €</b>	<b>1.467,18 €</b>	<b>1.365,28 €</b>
Standardabweichung	9.487,57 €	16.744,05 €	4.978,53 €	4.745,70 €	3.686,93 €	3.537,95 €	5.330,59 €	5.351,20 €	4.306,28 €	3.991,86 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.728,09 €	964,48 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.659,54 €	1.313,47 €	676,86 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	138.632,03 €	203.765,52 €	46.795,55 €	63.623,37 €	38.429,65 €	27.149,42 €	50.218,69 €	61.060,93 €	39.010,33 €	33.332,77 €

**Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	47	42	33	37	30	41	30	28	32	24
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.385,60 €</b>	<b>2.039,51 €</b>	<b>1.490,91 €</b>	<b>1.743,37 €</b>	<b>824,20 €</b>	<b>1.238,47 €</b>	<b>1.284,61 €</b>	<b>832,47 €</b>	<b>1.836,39 €</b>	<b>1.180,01 €</b>
Standardabweichung	3.404,67 €	6.273,89 €	3.301,32 €	5.531,37 €	1.870,49 €	3.364,92 €	4.039,56 €	2.595,17 €	5.456,60 €	3.674,12 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.429,30 €	1.134,06 €	227,44 €	1.293,53 €	0,00 €	860,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	24.997,04 €	51.395,54 €	16.657,29 €	54.318,52 €	9.739,59 €	28.104,87 €	25.070,39 €	18.839,86 €	32.438,57 €	26.396,32 €

**Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>21,16 €</b>	<b>4,97 €</b>	<b>11,59 €</b>	<b>32,88 €</b>	<b>8,04 €</b>	<b>2,59 €</b>	<b>12,58 €</b>	<b>7,01 €</b>	<b>9,74 €</b>	<b>22,67 €</b>
Standardabweichung	244,63 €	49,86 €	116,77 €	287,43 €	125,02 €	29,59 €	104,09 €	57,29 €	69,30 €	172,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.926,22 €	673,57 €	1.606,46 €	2.774,91 €	1.944,81 €	344,56 €	1.241,90 €	637,79 €	639,14 €	1.680,36 €

**Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,27 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>9,64 €</b>	<b>7,14 €</b>	<b>24,38 €</b>	<b>39,74 €</b>	<b>16,01 €</b>	<b>6,36 €</b>	<b>22,50 €</b>	<b>8,86 €</b>
Standardabweichung	26,69 €	0,00 €	66,22 €	59,96 €	161,60 €	434,68 €	162,40 €	73,32 €	256,59 €	78,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	313,58 €	0,00 €	601,08 €	602,16 €	1.442,59 €	5.060,00 €	1.871,18 €	845,61 €	2.925,56 €	832,61 €

**Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	233	262	262	249	242	227
N mit Fall	13	<10	14	11	11	17	20	17	16	16
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>17,25 €</b>	<b>9,17 €</b>	<b>15,91 €</b>	<b>10,15 €</b>	<b>19,94 €</b>	<b>10,71 €</b>	<b>16,97 €</b>	<b>17,86 €</b>	<b>30,36 €</b>	<b>25,17 €</b>
Standardabweichung	104,92 €	57,84 €	82,98 €	67,06 €	113,62 €	55,88 €	93,90 €	98,35 €	282,24 €	207,18 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.172,95 €	513,54 €	710,22 €	773,41 €	1.033,99 €	661,09 €	1.189,95 €	996,00 €	4.278,00 €	3.033,60 €

**Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	<10	<10	10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>22,81 €</b>	<b>41,85 €</b>	<b>26,37 €</b>	<b>7,28 €</b>	<b>6,34 €</b>	<b>4,28 €</b>	<b>16,56 €</b>	<b>8,75 €</b>	<b>9,36 €</b>	<b>5,70 €</b>
Standardabweichung	193,40 €	278,22 €	135,43 €	50,64 €	30,25 €	24,68 €	138,11 €	70,70 €	92,80 €	63,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.226,00 €	3.021,00 €	1.351,50 €	519,32 €	209,52 €	237,90 €	1.590,00 €	795,00 €	1.051,47 €	707,28 €

**Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	245	250	236	236	195	250	246	232	227	192
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>449,20 €</b>	<b>381,66 €</b>	<b>432,54 €</b>	<b>427,47 €</b>	<b>214,42 €</b>	<b>464,83 €</b>	<b>414,78 €</b>	<b>473,76 €</b>	<b>459,07 €</b>	<b>231,10 €</b>
Standardabweichung	477,86 €	379,32 €	379,21 €	406,24 €	249,93 €	530,15 €	411,85 €	460,24 €	454,69 €	307,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	115,14 €	116,01 €	137,29 €	102,53 €	31,53 €	143,04 €	128,34 €	142,53 €	152,70 €	29,31 €
Median	330,47 €	274,44 €	326,41 €	326,60 €	133,85 €	321,21 €	302,50 €	336,03 €	315,76 €	117,29 €
75%-Perzentil	643,64 €	569,97 €	682,67 €	628,53 €	312,66 €	645,95 €	573,26 €	649,13 €	708,92 €	306,09 €
Maximum	4.197,34 €	2.847,74 €	2.185,82 €	3.114,98 €	1.426,94 €	5.840,20 €	2.817,26 €	2.683,86 €	3.411,11 €	2.566,21 €

**Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	129	126	124	125	115	132	131	130	124	113
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>502,67 €</b>	<b>450,35 €</b>	<b>456,13 €</b>	<b>446,74 €</b>	<b>345,78 €</b>	<b>434,63 €</b>	<b>423,00 €</b>	<b>462,89 €</b>	<b>501,64 €</b>	<b>353,13 €</b>
Standardabweichung	613,00 €	721,20 €	505,01 €	455,62 €	408,75 €	394,60 €	458,06 €	515,70 €	543,77 €	423,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	152,48 €	107,15 €	119,02 €	132,39 €	49,66 €	155,30 €	123,55 €	156,53 €	141,19 €	76,66 €
Median	296,15 €	285,91 €	300,33 €	294,32 €	234,27 €	330,22 €	300,82 €	297,43 €	330,86 €	221,31 €
75%-Perzentil	690,67 €	577,67 €	576,36 €	593,48 €	453,59 €	579,03 €	546,36 €	571,50 €	643,09 €	464,20 €
Maximum	4.495,72 €	7.379,52 €	3.347,87 €	2.343,33 €	1.828,74 €	2.492,00 €	2.845,65 €	4.104,38 €	3.460,85 €	2.666,40 €

**Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	203	197	194	197	191	206	195	198	198	185
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>499,94 €</b>	<b>432,40 €</b>	<b>394,92 €</b>	<b>393,84 €</b>	<b>492,92 €</b>	<b>711,06 €</b>	<b>547,64 €</b>	<b>1.553,06 €</b>	<b>1.033,27 €</b>	<b>1.097,91 €</b>
Standardabweichung	1.573,77 €	1.195,57 €	771,33 €	737,29 €	1.577,32 €	2.760,47 €	1.511,40 €	10.186,04 €	4.230,75 €	5.718,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	11,75 €	0,00 €	14,65 €	14,65 €	13,67 €	15,03 €	0,00 €	13,14 €	20,71 €	13,23 €
Median	97,54 €	86,18 €	110,24 €	102,29 €	101,70 €	77,40 €	77,58 €	82,49 €	92,88 €	82,37 €
75%-Perzentil	372,17 €	361,32 €	414,07 €	396,27 €	353,81 €	359,82 €	381,34 €	414,37 €	494,14 €	485,95 €
Maximum	21.043,25 €	15.896,38 €	5.252,30 €	4.886,79 €	21.693,78 €	37.668,77 €	12.704,39 €	141.918,75 €	45.672,79 €	66.149,74 €

**Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	105	104	103	104	105	109	116	98	101	96
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>432,42 €</b>	<b>581,64 €</b>	<b>525,01 €</b>	<b>600,95 €</b>	<b>619,18 €</b>	<b>696,32 €</b>	<b>733,09 €</b>	<b>630,28 €</b>	<b>927,22 €</b>	<b>812,96 €</b>
Standardabweichung	1.558,78 €	2.292,72 €	1.943,95 €	2.018,64 €	1.942,28 €	2.548,61 €	2.958,71 €	2.319,96 €	3.569,90 €	2.732,83 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	10,19 €	1,11 €	15,45 €	12,57 €	22,50 €	17,72 €	19,48 €	0,00 €	15,17 €	12,37 €
Median	59,71 €	68,46 €	102,62 €	113,03 €	115,71 €	89,14 €	87,16 €	74,23 €	81,53 €	94,65 €
75%-Perzentil	267,37 €	279,16 €	315,82 €	359,22 €	367,69 €	336,40 €	320,17 €	301,12 €	341,72 €	402,12 €
Maximum	15.901,88 €	20.489,20 €	20.417,29 €	20.343,72 €	18.638,19 €	18.830,07 €	27.088,39 €	21.241,04 €	32.147,02 €	22.643,26 €

**Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	268	268	251	247	242	262	262	249	242	234
N mit Fall	96	83	78	77	71	79	79	86	80	78
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>125,46 €</b>	<b>101,81 €</b>	<b>95,04 €</b>	<b>126,27 €</b>	<b>115,12 €</b>	<b>111,41 €</b>	<b>120,66 €</b>	<b>168,36 €</b>	<b>152,27 €</b>	<b>206,39 €</b>
Standardabweichung	457,39 €	326,43 €	242,95 €	420,48 €	330,79 €	310,44 €	396,70 €	633,82 €	606,17 €	838,90 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	99,66 €	99,06 €	101,58 €	106,75 €	108,15 €	92,07 €	61,68 €	123,36 €	107,10 €	145,04 €
Maximum	5.469,17 €	4.171,18 €	2.008,68 €	4.073,40 €	3.472,77 €	2.253,70 €	3.751,78 €	6.715,02 €	8.351,66 €	9.264,22 €

**Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	138	138	132	131	128	136	136	133	130	124
N mit Fall	41	41	33	34	39	44	43	34	42	39
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>89,02 €</b>	<b>66,92 €</b>	<b>104,81 €</b>	<b>112,64 €</b>	<b>194,59 €</b>	<b>72,24 €</b>	<b>80,32 €</b>	<b>98,70 €</b>	<b>111,43 €</b>	<b>103,69 €</b>
Standardabweichung	213,66 €	161,62 €	337,73 €	360,43 €	742,84 €	143,02 €	173,63 €	267,83 €	280,39 €	255,48 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	80,77 €	86,58 €	11,10 €	48,39 €	140,02 €	90,05 €	63,01 €	42,70 €	115,19 €	107,83 €
Maximum	1.418,00 €	1.341,70 €	2.804,69 €	2.559,64 €	7.464,02 €	780,54 €	1.002,96 €	2.122,30 €	1.771,48 €	1.851,12 €

### 14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	1.259	1.261	1.287	1.270
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.132,46 €</b>	<b>3.424,07 €</b>	<b>3.405,12 €</b>	<b>2.956,38 €</b>
Standardabweichung	7.432,77 €	12.311,26 €	11.196,77 €	8.276,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	289,83 €	218,01 €	313,19 €	226,13 €
Median	977,35 €	681,48 €	973,03 €	688,21 €
75%-Perzentil	3.054,14 €	2.587,24 €	3.062,72 €	2.446,93 €
Maximum	138.833,01 €	238.243,95 €	298.572,59 €	188.498,67 €

**Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	425	351	420	321
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.792,10 €</b>	<b>2.244,74 €</b>	<b>1.870,45 €</b>	<b>1.589,90 €</b>
Standardabweichung	6.339,02 €	11.614,36 €	6.725,25 €	4.675,42 €
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	1.614,60 €	947,12 €	1.719,11 €	0,00 €
Maximum	138.632,03 €	233.198,04 €	158.070,16 €	50.318,18 €

**Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	21	15	21	19
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>44,92 €</b>	<b>8,69 €</b>	<b>43,55 €</b>	<b>35,25 €</b>
Standardabweichung	1.011,33 €	107,91 €	928,89 €	773,56 €
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	35.965,91 €	2.707,90 €	31.888,07 €	27.238,06 €



**Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	57	50	95	99
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>13,82 €</b>	<b>10,06 €</b>	<b>17,19 €</b>	<b>20,94 €</b>
Standardabweichung	82,52 €	59,89 €	92,33 €	123,62 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.172,95 €	826,91 €	1.860,00 €	2.548,50 €

**Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	1.253	1.217	1.273	1.231
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>524,86 €</b>	<b>377,37 €</b>	<b>521,10 €</b>	<b>401,38 €</b>
Standardabweichung	952,57 €	388,50 €	515,57 €	425,91 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	169,04 €	95,66 €	180,39 €	102,68 €
Median	376,60 €	269,97 €	382,53 €	275,81 €
75%-Perzentil	706,82 €	547,46 €	699,33 €	555,54 €
Maximum	30.633,75 €	2.847,74 €	5.840,20 €	3.061,13 €

**Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	1.055	1.051	1.069	1.051
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>597,23 €</b>	<b>635,52 €</b>	<b>814,00 €</b>	<b>775,90 €</b>
Standardabweichung	2.214,56 €	2.857,00 €	8.438,43 €	5.967,52 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,59 €	16,76 €	17,43 €	15,76 €
Median	102,32 €	93,56 €	99,49 €	97,64 €
75%-Perzentil	348,68 €	358,32 €	386,50 €	399,17 €
Maximum	35.936,89 €	52.533,85 €	296.601,17 €	177.841,43 €

**Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.316	1.316	1.316	1.316
N mit Fall	487	440	466	424
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>159,53 €</b>	<b>147,69 €</b>	<b>138,82 €</b>	<b>133,02 €</b>
Standardabweichung	511,71 €	527,06 €	416,42 €	436,36 €
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	136,22 €	113,82 €	130,16 €	106,16 €
Maximum	6.617,37 €	9.219,90 €	6.368,51 €	6.549,01 €

### 14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	933	946	879	951	946	877
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.091,30 €</b>	<b>3.570,52 €</b>	<b>2.833,90 €</b>	<b>3.270,79 €</b>	<b>2.953,21 €</b>	<b>2.975,78 €</b>
Standardabweichung	7.805,66 €	13.661,51 €	6.817,77 €	11.173,12 €	8.814,36 €	10.403,87 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	280,00 €	247,86 €	197,83 €	297,50 €	258,22 €	181,39 €
Median	908,40 €	763,76 €	703,45 €	963,24 €	721,51 €	645,42 €
75%-Perzentil	2.904,33 €	2.581,97 €	2.521,24 €	3.039,25 €	2.455,33 €	2.378,38 €
Maximum	138.833,01 €	238.243,95 €	86.305,57 €	298.572,59 €	188.498,67 €	206.068,83 €

**Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	307	261	230	311	228	210
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.816,15 €</b>	<b>2.328,98 €</b>	<b>1.586,26 €</b>	<b>1.668,80 €</b>	<b>1.493,72 €</b>	<b>1.390,12 €</b>
Standardabweichung	6.977,10 €	12.916,89 €	5.426,68 €	4.611,61 €	4.356,97 €	4.327,66 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.441,04 €	820,50 €	0,00 €	1.708,89 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	138.632,03 €	233.198,04 €	83.999,38 €	57.332,09 €	50.218,69 €	61.060,93 €

**Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	12	11	13	16	15	12
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>16,24 €</b>	<b>8,24 €</b>	<b>24,01 €</b>	<b>54,83 €</b>	<b>42,07 €</b>	<b>9,19 €</b>
Standardabweichung	213,94 €	105,17 €	423,03 €	1.077,61 €	892,26 €	93,27 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	4.907,16 €	2.707,90 €	12.336,68 €	31.888,07 €	27.238,06 €	1.465,61 €

**Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	40	37	42	71	72	64
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>13,08 €</b>	<b>9,34 €</b>	<b>12,53 €</b>	<b>14,49 €</b>	<b>20,88 €</b>	<b>23,47 €</b>
Standardabweichung	80,48 €	55,75 €	71,55 €	69,81 €	125,40 €	144,78 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	1.172,95 €	565,72 €	720,66 €	920,20 €	2.548,50 €	2.418,00 €

**Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	929	937	855	938	933	840
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>491,97 €</b>	<b>421,73 €</b>	<b>376,79 €</b>	<b>514,41 €</b>	<b>450,73 €</b>	<b>392,68 €</b>
Standardabweichung	473,88 €	395,53 €	407,19 €	519,64 €	435,80 €	428,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	159,69 €	142,54 €	91,69 €	174,74 €	147,00 €	91,69 €
Median	366,98 €	312,55 €	251,95 €	380,82 €	327,35 €	260,94 €
75%-Perzentil	680,03 €	585,65 €	536,00 €	716,78 €	619,83 €	543,06 €
Maximum	4.366,44 €	2.847,74 €	4.778,55 €	5.840,20 €	3.061,13 €	3.519,97 €

**Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	785	781	750	781	772	755
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>604,74 €</b>	<b>671,25 €</b>	<b>683,32 €</b>	<b>896,61 €</b>	<b>829,90 €</b>	<b>1.010,08 €</b>
Standardabweichung	2.238,57 €	3.160,68 €	3.118,59 €	9.756,96 €	6.815,06 €	7.654,13 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,36 €	15,96 €	16,34 €	15,84 €	14,50 €	15,30 €
Median	103,43 €	94,82 €	109,09 €	95,35 €	88,94 €	85,98 €
75%-Perzentil	354,60 €	359,32 €	434,28 €	387,66 €	398,57 €	363,86 €
Maximum	35.936,89 €	52.533,85 €	50.503,08 €	296.601,17 €	177.841,43 €	148.549,74 €

**Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	980	980	938	974	974	942
N mit Fall	368	329	328	338	312	322
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>149,12 €</b>	<b>130,96 €</b>	<b>150,98 €</b>	<b>121,64 €</b>	<b>115,91 €</b>	<b>150,24 €</b>
Standardabweichung	463,33 €	403,37 €	446,50 €	304,27 €	352,67 €	505,26 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	125,79 €	106,05 €	117,48 €	111,95 €	102,19 €	131,93 €
Maximum	5.514,05 €	5.509,96 €	5.787,61 €	2.825,16 €	4.944,98 €	6.715,02 €

### 14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene

**Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	574	587	548	531	588	586	544	512
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3.088,60 €</b>	<b>3.284,69 €</b>	<b>2.731,23 €</b>	<b>2.365,29 €</b>	<b>3.019,16 €</b>	<b>3.067,54 €</b>	<b>3.268,01 €</b>	<b>2.700,27 €</b>
Standardabweichung	7.902,42 €	12.481,17 €	6.669,89 €	7.496,16 €	6.017,23 €	7.206,32 €	10.836,98 €	5.972,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	232,68 €	240,09 €	224,65 €	131,67 €	255,19 €	266,74 €	242,04 €	169,76 €
Median	885,66 €	687,57 €	789,51 €	586,63 €	922,49 €	775,10 €	743,43 €	617,97 €
75%-Perzentil	3.229,82 €	2.434,53 €	2.504,01 €	2.024,16 €	3.239,43 €	2.860,60 €	2.615,78 €	2.398,41 €
Maximum	138.833,01 €	203.765,52 €	86.305,57 €	139.365,12 €	66.967,03 €	106.803,96 €	206.068,83 €	54.343,32 €

**Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	175	171	164	164	174	174	169	164
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2.373,20 €</b>	<b>2.773,31 €</b>	<b>2.468,06 €</b>	<b>3.270,96 €</b>	<b>2.764,64 €</b>	<b>2.516,24 €</b>	<b>2.262,69 €</b>	<b>3.157,09 €</b>
Standardabweichung	4.100,64 €	6.522,80 €	4.269,54 €	7.932,43 €	5.408,63 €	5.407,51 €	4.596,92 €	7.293,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	251,64 €	209,02 €	197,23 €	224,34 €	294,17 €	233,57 €	219,93 €	210,54 €
Median	770,40 €	620,99 €	594,13 €	664,43 €	777,77 €	694,14 €	750,93 €	642,83 €
75%-Perzentil	3.032,79 €	2.528,34 €	2.530,63 €	3.340,14 €	2.135,91 €	1.941,50 €	1.981,49 €	2.420,60 €
Maximum	27.897,56 €	53.771,08 €	22.831,29 €	71.913,41 €	34.418,05 €	31.648,61 €	37.935,64 €	43.613,17 €

**Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	204	158	137	128	191	158	128	120
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.817,05 €</b>	<b>2.140,07 €</b>	<b>1.592,30 €</b>	<b>1.319,00 €</b>	<b>1.674,81 €</b>	<b>1.748,05 €</b>	<b>1.498,84 €</b>	<b>1.345,15 €</b>
Standardabweichung	6.955,21 €	11.825,69 €	5.901,71 €	6.572,80 €	4.573,83 €	4.803,04 €	4.618,32 €	4.091,57 €
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	1.562,19 €	679,73 €	0,00 €	0,00 €	1.749,19 €	944,90 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	138.632,03 €	203.765,52 €	83.999,38 €	130.845,21 €	57.332,09 €	50.218,69 €	61.060,93 €	39.010,33 €

**Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	61	51	46	49	52	38	38	39
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.361,23 €</b>	<b>1.729,18 €</b>	<b>1.439,25 €</b>	<b>2.185,62 €</b>	<b>1.496,57 €</b>	<b>1.228,84 €</b>	<b>1.007,43 €</b>	<b>1.718,76 €</b>
Standardabweichung	3.180,78 €	5.584,89 €	3.368,46 €	7.220,63 €	4.054,04 €	3.808,97 €	3.547,19 €	5.216,75 €
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	1.540,63 €	893,30 €	955,03 €	1.376,94 €	900,14 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	24.997,04 €	51.395,54 €	18.936,22 €	66.293,65 €	28.104,87 €	25.070,39 €	34.921,82 €	32.438,57 €

**Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>18,74 €</b>	<b>8,99 €</b>	<b>6,98 €</b>	<b>23,35 €</b>	<b>12,58 €</b>	<b>15,64 €</b>	<b>7,60 €</b>	<b>8,20 €</b>
Standardabweichung	256,25 €	120,21 €	82,04 €	237,90 €	147,52 €	223,09 €	78,81 €	74,36 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.907,16 €	2.707,90 €	1.606,46 €	3.318,48 €	2.723,54 €	5.167,19 €	1.395,32 €	1.270,00 €

**Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>32,09 €</b>	<b>1,65 €</b>	<b>8,98 €</b>	<b>5,38 €</b>	<b>30,19 €</b>	<b>12,17 €</b>	<b>4,86 €</b>	<b>17,21 €</b>
Standardabweichung	388,69 €	22,26 €	61,74 €	52,06 €	378,93 €	141,59 €	64,11 €	224,38 €
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	5.242,82 €	301,08 €	601,08 €	602,16 €	5.060,00 €	1.871,18 €	845,61 €	2.925,56 €

**Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	28	25	29	25	44	44	37	38
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>15,42 €</b>	<b>9,49 €</b>	<b>12,86 €</b>	<b>14,25 €</b>	<b>13,67 €</b>	<b>20,86 €</b>	<b>23,88 €</b>	<b>26,36 €</b>
Standardabweichung	91,71 €	56,00 €	72,06 €	85,04 €	64,19 €	139,28 €	161,62 €	217,67 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.172,95 €	565,72 €	720,66 €	1.000,38 €	661,09 €	2.548,50 €	2.418,00 €	4.278,00 €

**Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	<10	<10	10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>17,87 €</b>	<b>33,39 €</b>	<b>19,77 €</b>	<b>7,72 €</b>	<b>9,22 €</b>	<b>16,04 €</b>	<b>10,77 €</b>	<b>7,16 €</b>
Standardabweichung	168,26 €	243,09 €	117,73 €	52,77 €	78,45 €	127,20 €	71,62 €	81,18 €
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	2.226,00 €	3.021,00 €	1.351,50 €	519,32 €	1.011,28 €	1.590,00 €	795,00 €	1.051,47 €

**Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	571	581	547	490	579	574	542	479
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>476,19 €</b>	<b>404,26 €</b>	<b>449,05 €</b>	<b>294,00 €</b>	<b>509,68 €</b>	<b>452,10 €</b>	<b>482,90 €</b>	<b>321,57 €</b>
Standardabweichung	471,65 €	389,73 €	438,54 €	353,31 €	560,73 €	445,97 €	467,68 €	391,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	137,14 €	124,65 €	144,72 €	31,65 €	158,73 €	158,95 €	154,52 €	56,28 €
Median	350,71 €	302,40 €	327,97 €	162,66 €	340,54 €	330,00 €	353,87 €	199,22 €
75%-Perzentil	669,23 €	581,11 €	656,60 €	430,10 €	689,89 €	615,50 €	661,75 €	424,95 €
Maximum	4.197,34 €	2.847,74 €	4.778,55 €	3.114,98 €	5.840,20 €	3.061,13 €	3.519,97 €	3.411,11 €



**Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	172	168	164	162	173	172	168	160
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>469,05 €</b>	<b>431,87 €</b>	<b>433,17 €</b>	<b>401,25 €</b>	<b>449,77 €</b>	<b>420,52 €</b>	<b>482,46 €</b>	<b>453,27 €</b>
Standardabweichung	560,79 €	659,22 €	481,38 €	435,14 €	450,82 €	468,21 €	560,98 €	524,20 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	151,01 €	102,85 €	116,12 €	93,10 €	151,81 €	125,71 €	145,91 €	118,72 €
Median	282,41 €	278,32 €	295,86 €	255,70 €	315,35 €	293,89 €	304,73 €	295,84 €
75%-Perzentil	659,26 €	568,70 €	535,77 €	538,20 €	586,59 €	544,26 €	594,57 €	592,65 €
Maximum	4.495,72 €	7.379,52 €	3.347,87 €	2.343,33 €	3.283,74 €	2.961,17 €	4.104,38 €	3.460,85 €

**Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	478	472	465	458	491	479	470	448
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>612,57 €</b>	<b>599,66 €</b>	<b>519,78 €</b>	<b>531,60 €</b>	<b>692,87 €</b>	<b>718,09 €</b>	<b>1.103,96 €</b>	<b>831,74 €</b>
Standardabweichung	2.356,60 €	2.809,58 €	1.928,07 €	2.163,28 €	2.817,30 €	4.240,46 €	7.533,22 €	3.346,75 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,09 €	13,10 €	15,90 €	15,61 €	17,06 €	14,19 €	16,53 €	18,08 €
Median	104,81 €	96,79 €	113,12 €	109,19 €	92,44 €	88,64 €	86,82 €	91,70 €
75%-Perzentil	354,99 €	358,94 €	401,82 €	387,78 €	397,49 €	404,97 €	414,37 €	477,22 €
Maximum	35.936,89 €	52.533,85 €	33.494,56 €	45.983,81 €	40.937,47 €	90.509,34 €	141.918,75 €	45.672,79 €

**Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	140	138	135	137	142	154	131	133
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>385,69 €</b>	<b>499,09 €</b>	<b>456,93 €</b>	<b>560,51 €</b>	<b>697,68 €</b>	<b>752,59 €</b>	<b>649,50 €</b>	<b>826,13 €</b>
Standardabweichung	1.373,59 €	2.004,59 €	1.696,84 €	1.798,02 €	2.389,65 €	2.854,35 €	2.156,95 €	3.150,41 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	12,42 €	1,43 €	14,42 €	12,55 €	16,07 €	21,82 €	11,94 €	15,28 €
Median	58,18 €	65,61 €	98,15 €	106,79 €	88,55 €	90,92 €	85,19 €	90,95 €
75%-Perzentil	251,37 €	278,43 €	308,07 €	366,18 €	373,17 €	358,85 €	343,32 €	362,91 €
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 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	614	614	586	574	602	602	577	557
N mit Fall	226	200	194	183	201	191	209	195
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>148,63 €</b>	<b>122,23 €</b>	<b>150,26 €</b>	<b>183,09 €</b>	<b>115,55 €</b>	<b>112,80 €</b>	<b>150,83 €</b>	<b>167,26 €</b>
Standardabweichung	486,00 €	404,94 €	491,24 €	721,78 €	297,58 €	350,42 €	508,39 €	544,43 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	102,86 €	101,58 €	105,00 €	119,82 €	101,58 €	101,27 €	152,52 €	140,32 €
Maximum	5.514,05 €	5.509,96 €	5.787,61 €	12.096,38 €	2.712,80 €	3.751,78 €	6.715,02 €	8.351,66 €

**Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Erwachsene**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	183	183	176	174	179	179	174	170
N mit Fall	56	51	46	45	59	55	47	52
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>107,27 €</b>	<b>78,14 €</b>	<b>109,97 €</b>	<b>110,48 €</b>	<b>81,21 €</b>	<b>86,08 €</b>	<b>107,67 €</b>	<b>134,56 €</b>
Standardabweichung	304,56 €	243,60 €	353,78 €	335,63 €	172,32 €	209,84 €	278,54 €	440,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	93,90 €	85,62 €	61,68 €	63,66 €	92,08 €	64,33 €	82,02 €	105,53 €
Maximum	2.544,48 €	2.608,56 €	2.804,69 €	2.559,64 €	1.229,28 €	1.824,78 €	2.122,30 €	4.591,70 €

### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix; Erwachsene

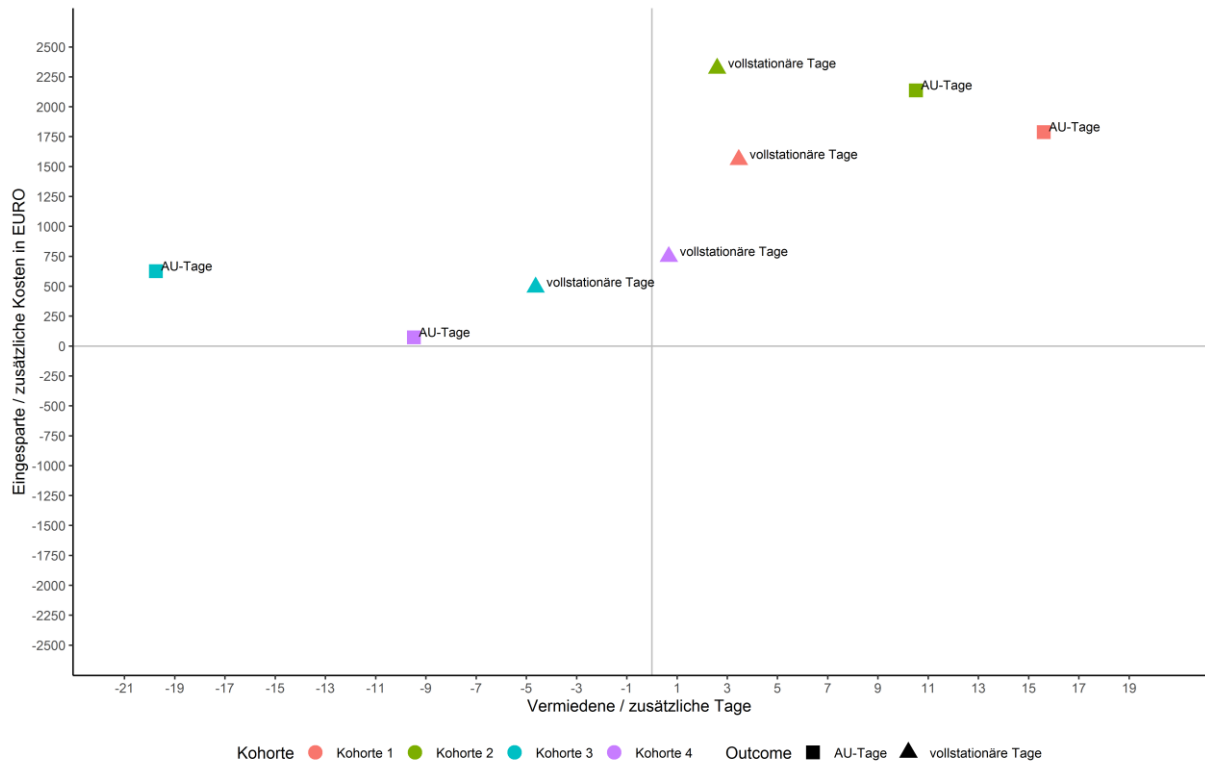
**Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting; Erwachsene**

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	10	110	0,045	35	109	0,000	37	126	0,000	45	122	0,000	34	131	0,000	36	112	0,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	6	37	0,008	16	40	0,000	24	51	0,000	14	50	0,001	12	61	0,121	20	55	0,000
vs+PIA	34	970	0,756	64	1.142	0,002	61	1.124	0,000	65	1.196	0,000	59	992	0,000	58	904	0,000
vs+HT																		
TK+PIA	37	404	0,000	64	434	0,000	83	391	0,000	74	433	0,000	79	386	0,000	58	386	0,023
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	17	672	0,319	36	702	0,003	47	750	0,009	57	698	0,329	54	924	0,000	37	825	0,000
TK	9	166	0,756	51	194	0,000	48	183	0,000	41	208	0,000	37	214	0,013	41	181	0,000
PIA	123	3.911	0,009	340	4.634	0,000	362	4.603	0,000	391	4.630	0,003	483	4.617	0,738	460	4.273	0,502
HT																		
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>236</b>	<b>6.270</b>	<b>0,000</b>	<b>606</b>	<b>7.255</b>	<b>0,000</b>	<b>662</b>	<b>7.228</b>	<b>0,000</b>	<b>687</b>	<b>7.337</b>	<b>0,000</b>	<b>758</b>	<b>7.325</b>	<b>0,000</b>	<b>710</b>	<b>6.736</b>	<b>0,000</b>

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

### 14.5.6 Zusatztabelleffizienz – U2 Betrachtung der Kohorten; Erwachsene

Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten); Erwachsene



## **14.6 Ergebnisse Kosten; Kinder und Jugendliche**

### 14.6.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	225	225	222	220	213	214	215	209	210	203
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.053,58 €</b>	<b>1.122,39 €</b>	<b>940,34 €</b>	<b>704,09 €</b>	<b>743,06 €</b>	<b>1.033,45 €</b>	<b>1.013,33 €</b>	<b>900,27 €</b>	<b>1.065,30 €</b>	<b>943,60 €</b>
Standardabweichung	2.089,89 €	3.552,02 €	2.567,95 €	1.218,70 €	2.004,25 €	1.994,23 €	2.115,12 €	2.057,92 €	2.380,60 €	2.650,23 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	164,24 €	125,22 €	132,01 €	111,22 €	56,87 €	182,12 €	144,89 €	139,19 €	151,93 €	80,13 €
Median	443,50 €	264,77 €	271,60 €	257,20 €	173,64 €	395,71 €	347,86 €	327,67 €	334,22 €	197,38 €
75%-Perzentil	1.290,60 €	992,37 €	1.045,42 €	671,14 €	589,66 €	1.125,41 €	1.194,38 €	821,73 €	1.079,52 €	717,21 €
Maximum	25.068,33 €	47.550,76 €	32.539,97 €	10.816,77 €	26.406,37 €	16.818,24 €	22.053,04 €	17.023,07 €	24.420,45 €	24.000,57 €

**Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	152	152	147	149	146	141	138	137	137	137
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.165,90 €</b>	<b>855,98 €</b>	<b>830,39 €</b>	<b>1.018,60 €</b>	<b>877,90 €</b>	<b>964,05 €</b>	<b>1.016,33 €</b>	<b>947,72 €</b>	<b>992,76 €</b>	<b>992,57 €</b>
Standardabweichung	2.198,44 €	1.365,33 €	1.299,46 €	2.579,78 €	2.068,28 €	2.215,79 €	2.583,27 €	2.615,26 €	3.094,20 €	3.416,69 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	30,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	138,22 €	118,52 €	97,71 €	114,57 €	80,63 €	160,56 €	146,14 €	132,55 €	131,49 €	95,95 €
Median	432,19 €	350,51 €	301,26 €	282,24 €	196,72 €	356,64 €	432,86 €	328,26 €	308,08 €	242,81 €
75%-Perzentil	1.535,11 €	935,24 €	820,31 €	908,31 €	772,51 €	1.128,18 €	1.151,30 €	1.027,85 €	776,28 €	677,85 €
Maximum	22.228,33 €	8.179,63 €	7.330,46 €	19.602,92 €	15.586,26 €	24.323,84 €	29.071,39 €	29.487,26 €	33.999,49 €	38.676,14 €

**Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	45	34	35	25	31	32	30	18	26	23
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>448,85 €</b>	<b>431,09 €</b>	<b>361,22 €</b>	<b>263,93 €</b>	<b>356,20 €</b>	<b>335,20 €</b>	<b>257,72 €</b>	<b>204,58 €</b>	<b>283,75 €</b>	<b>229,28 €</b>
Standardabweichung	1.207,60 €	1.532,72 €	1.326,14 €	984,12 €	1.841,26 €	1.119,59 €	786,25 €	870,18 €	889,96 €	759,31 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.041,88 €	13.825,57 €	15.728,42 €	9.246,01 €	25.859,29 €	10.371,09 €	5.643,44 €	9.415,60 €	5.348,49 €	4.837,90 €

**Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	31	15	22	21	15	10	16	13	12	14
durchschnittliche Kosten	593,75 €	292,36 €	358,30 €	456,41 €	357,14 €	182,53 €	234,46 €	195,84 €	223,74 €	235,57 €
Standardabweichung	1.849,13 €	1.084,41 €	989,02 €	1.978,87 €	1.418,64 €	740,94 €	743,25 €	716,66 €	1.016,17 €	879,74 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	17.396,52 €	8.063,70 €	5.089,83 €	18.978,16 €	10.508,22 €	4.340,63 €	4.087,42 €	4.662,50 €	8.536,24 €	5.900,04 €

**Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	4,14 €	12,52 €	1,57 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	45,47 €	189,48 €	23,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	586,66 €	2.867,37 €	360,26 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

**Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
durchschnittliche Kosten	2,35 €	2,47 €	4,68 €	2,24 €	0,00 €	0,00 €	2,89 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	29,21 €	30,71 €	40,92 €	27,77 €	0,00 €	0,00 €	34,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	362,54 €	381,07 €	360,26 €	344,63 €	0,00 €	0,00 €	408,11 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

**Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	10	<10	10	<10	<10	25	22	16	17	20
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>10,82 €</b>	<b>7,34 €</b>	<b>14,66 €</b>	<b>6,44 €</b>	<b>5,31 €</b>	<b>15,58 €</b>	<b>17,31 €</b>	<b>23,93 €</b>	<b>32,70 €</b>	<b>47,49 €</b>
Standardabweichung	69,34 €	61,77 €	89,21 €	64,89 €	39,36 €	53,58 €	62,84 €	100,46 €	215,68 €	249,35 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	843,30 €	877,87 €	1.030,87 €	961,35 €	433,24 €	325,44 €	459,46 €	697,59 €	2.959,05 €	2.472,78 €

**Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	12	13	16	18	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>6,23 €</b>	<b>9,93 €</b>	<b>8,53 €</b>	<b>9,51 €</b>	<b>8,33 €</b>	<b>9,84 €</b>	<b>12,82 €</b>	<b>14,83 €</b>	<b>30,43 €</b>	<b>14,51 €</b>
Standardabweichung	44,24 €	90,16 €	47,88 €	57,56 €	76,61 €	38,19 €	46,78 €	50,44 €	139,18 €	72,11 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	391,62 €	1.088,05 €	331,51 €	453,66 €	927,03 €	250,98 €	305,22 €	321,20 €	1.488,00 €	677,91 €

**Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	222	221	218	215	182	213	211	209	209	179
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>241,80 €</b>	<b>223,99 €</b>	<b>198,04 €</b>	<b>217,90 €</b>	<b>108,87 €</b>	<b>270,37 €</b>	<b>253,59 €</b>	<b>244,12 €</b>	<b>256,55 €</b>	<b>119,54 €</b>
Standardabweichung	233,22 €	240,46 €	186,25 €	211,84 €	140,35 €	262,21 €	279,09 €	291,12 €	256,92 €	143,02 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	110,69 €	92,21 €	77,62 €	65,71 €	17,26 €	125,44 €	92,82 €	91,71 €	92,05 €	31,38 €
Median	183,62 €	160,11 €	156,02 €	152,46 €	58,76 €	211,42 €	174,66 €	177,35 €	175,39 €	83,06 €
75%-Perzentil	314,57 €	268,99 €	250,79 €	301,62 €	146,36 €	324,17 €	335,38 €	294,22 €	316,02 €	165,51 €
Maximum	2.564,74 €	2.114,37 €	1.578,93 €	1.499,79 €	1.161,11 €	2.104,90 €	2.504,81 €	3.463,14 €	1.401,65 €	1.127,05 €



**Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	150	145	142	147	137	141	137	137	135	131
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>211,97 €</b>	<b>185,40 €</b>	<b>177,38 €</b>	<b>221,08 €</b>	<b>132,17 €</b>	<b>260,60 €</b>	<b>226,96 €</b>	<b>233,16 €</b>	<b>262,14 €</b>	<b>184,88 €</b>
Standardabweichung	208,59 €	170,89 €	148,45 €	201,68 €	137,90 €	255,17 €	222,98 €	217,73 €	307,50 €	192,81 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	7,29 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	83,60 €	75,57 €	64,68 €	84,59 €	41,28 €	116,58 €	92,77 €	90,61 €	100,98 €	55,32 €
Median	161,95 €	149,12 €	139,80 €	169,82 €	93,81 €	215,20 €	159,65 €	172,47 €	179,23 €	130,42 €
75%-Perzentil	268,02 €	226,69 €	258,22 €	314,81 €	168,35 €	309,49 €	272,09 €	279,68 €	319,19 €	255,30 €
Maximum	1.241,28 €	1.031,49 €	721,67 €	1.296,95 €	795,61 €	2.303,69 €	1.631,69 €	1.383,65 €	2.204,99 €	1.113,02 €

**Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	197	206	194	189	180	180	178	177	179	171
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>209,02 €</b>	<b>300,13 €</b>	<b>233,48 €</b>	<b>91,85 €</b>	<b>89,34 €</b>	<b>232,03 €</b>	<b>291,89 €</b>	<b>286,02 €</b>	<b>365,78 €</b>	<b>388,52 €</b>
Standardabweichung	1.552,60 €	2.809,94 €	2.099,11 €	219,46 €	229,34 €	1.397,79 €	1.797,64 €	1.555,92 €	2.065,40 €	2.297,08 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,23 €	16,23 €	14,49 €	11,94 €	11,23 €	11,78 €	10,60 €	9,43 €	11,10 €	7,33 €
Median	48,51 €	43,27 €	38,13 €	34,96 €	35,56 €	40,94 €	34,29 €	36,12 €	43,12 €	39,96 €
75%-Perzentil	112,46 €	95,42 €	86,75 €	91,13 €	88,33 €	115,66 €	109,62 €	95,71 €	111,73 €	94,98 €
Maximum	23.426,60 €	42.412,60 €	31.678,64 €	2.102,88 €	2.249,30 €	14.829,48 €	21.622,45 €	16.544,03 €	23.715,10 €	23.687,20 €

**Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	137	137	132	124	124	119	119	117	108	108
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>94,71 €</b>	<b>84,80 €</b>	<b>104,97 €</b>	<b>183,42 €</b>	<b>182,71 €</b>	<b>274,62 €</b>	<b>295,45 €</b>	<b>304,83 €</b>	<b>358,35 €</b>	<b>382,84 €</b>
Standardabweichung	169,79 €	154,04 €	397,92 €	1.348,29 €	1.121,78 €	1.999,36 €	2.403,43 €	2.427,06 €	2.838,63 €	3.244,28 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,39 €	8,22 €	2,94 €	4,59 €	9,78 €	13,21 €	5,09 €	6,92 €	2,08 €	5,39 €
Median	37,36 €	33,55 €	31,36 €	35,56 €	38,34 €	42,57 €	36,98 €	34,15 €	32,22 €	32,69 €
75%-Perzentil	97,73 €	88,43 €	81,68 €	75,96 €	81,73 €	98,95 €	75,72 €	76,23 €	103,47 €	90,12 €
Maximum	1.145,43 €	1.214,48 €	4.782,19 €	16.721,01 €	13.426,80 €	23.751,94 €	28.562,95 €	28.785,22 €	33.545,52 €	38.310,51 €

**Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	229	229	229	229	229	217	217	217	217	217
N mit Fall	62	52	52	37	31	59	56	60	43	39
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>138,95 €</b>	<b>147,32 €</b>	<b>131,37 €</b>	<b>123,97 €</b>	<b>183,33 €</b>	<b>180,28 €</b>	<b>192,82 €</b>	<b>141,61 €</b>	<b>126,53 €</b>	<b>158,77 €</b>
Standardabweichung	341,30 €	371,49 €	376,09 €	420,21 €	673,01 €	413,74 €	438,90 €	334,21 €	381,18 €	551,71 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	63,30 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	82,08 €	60,18 €	88,80 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.722,09 €	2.164,93 €	2.642,64 €	2.919,20 €	4.004,40 €	2.923,87 €	2.295,39 €	2.057,69 €	2.870,98 €	3.934,64 €

**Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N gesamt	154	154	154	154	154	141	141	141	141	140
N mit Fall	47	55	38	32	32	44	52	40	27	29
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>256,89 €</b>	<b>281,02 €</b>	<b>176,51 €</b>	<b>145,94 €</b>	<b>197,54 €</b>	<b>236,47 €</b>	<b>243,74 €</b>	<b>199,06 €</b>	<b>118,09 €</b>	<b>174,77 €</b>
Standardabweichung	563,54 €	522,91 €	427,40 €	408,48 €	534,96 €	440,43 €	452,36 €	440,37 €	371,67 €	522,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	180,39 €	409,04 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	322,80 €	339,68 €	118,40 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.389,88 €	2.846,23 €	2.184,58 €	2.194,22 €	3.327,00 €	1.880,10 €	2.401,72 €	2.422,88 €	2.155,44 €	3.049,38 €

### 14.6.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	1.013	1.000	1.023	1.006
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.111,63 €</b>	<b>1.023,73 €</b>	<b>1.252,49 €</b>	<b>1.110,09 €</b>
Standardabweichung	2.409,90 €	2.599,06 €	3.611,84 €	3.139,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	177,66 €	124,99 €	182,68 €	127,83 €
Median	430,93 €	318,07 €	415,74 €	326,97 €
75%-Perzentil	1.360,81 €	1.024,21 €	1.235,31 €	1.077,81 €
Maximum	46.353,11 €	47.550,76 €	59.092,61 €	47.844,79 €

**Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	196	148	169	134
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>429,37 €</b>	<b>359,77 €</b>	<b>463,72 €</b>	<b>381,24 €</b>
Standardabweichung	1.103,36 €	1.267,10 €	2.111,62 €	2.168,07 €
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	9.041,88 €	17.793,40 €	43.077,12 €	36.720,38 €

**Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>9,67 €</b>	<b>5,00 €</b>	<b>3,19 €</b>	<b>3,75 €</b>
Standardabweichung	161,93 €	95,63 €	63,35 €	55,17 €
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 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.670,32 €	2.867,37 €	1.839,92 €	929,59 €

**Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	31	28	120	125
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,69 €</b>	<b>11,18 €</b>	<b>23,06 €</b>	<b>44,09 €</b>
Standardabweichung	54,33 €	120,14 €	90,19 €	231,78 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	843,30 €	2.528,98 €	1.510,50 €	4.493,32 €

**Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	1.005	952	1.018	961
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>257,48 €</b>	<b>207,95 €</b>	<b>276,95 €</b>	<b>220,79 €</b>
Standardabweichung	244,25 €	231,61 €	285,17 €	254,80 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	112,96 €	65,59 €	120,18 €	69,64 €
Median	208,84 €	145,43 €	213,51 €	152,06 €
75%-Perzentil	341,58 €	282,59 €	350,40 €	300,39 €
Maximum	4.367,16 €	2.322,45 €	5.482,46 €	2.760,91 €

**Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	882	882	884	858
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>218,55 €</b>	<b>238,90 €</b>	<b>292,42 €</b>	<b>264,81 €</b>
Standardabweichung	1.851,24 €	1.935,68 €	2.059,63 €	1.692,79 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,32 €	15,66 €	13,38 €	10,42 €
Median	44,98 €	43,78 €	42,74 €	38,89 €
75%-Perzentil	101,17 €	101,51 €	108,92 €	103,03 €
Maximum	43.601,35 €	42.412,60 €	40.227,56 €	29.460,67 €

**Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N gesamt	1.034	1.034	1.034	1.034
N mit Fall	284	268	279	250
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>188,86 €</b>	<b>200,92 €</b>	<b>193,15 €</b>	<b>195,41 €</b>
Standardabweichung	456,23 €	526,64 €	478,04 €	531,85 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	88,80 €	76,83 €	88,80 €	0,00 €
Maximum	3.850,16 €	5.578,10 €	3.846,18 €	4.300,43 €

### 14.6.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	717	717	708	707	703	690
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.059,03 €</b>	<b>1.025,68 €</b>	<b>1.026,74 €</b>	<b>1.326,81 €</b>	<b>1.104,17 €</b>	<b>1.115,26 €</b>
Standardabweichung	1.988,76 €	2.577,94 €	2.709,03 €	4.064,68 €	3.067,73 €	3.361,70 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	181,22 €	147,94 €	114,50 €	186,73 €	155,51 €	116,27 €
Median	441,61 €	361,98 €	279,46 €	408,75 €	356,24 €	314,60 €
75%-Perzentil	1.337,05 €	975,27 €	989,38 €	1.258,04 €	1.103,89 €	891,75 €
Maximum	32.590,34 €	47.550,76 €	38.633,51 €	59.092,61 €	47.844,79 €	48.335,04 €

**Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	142	113	109	123	96	77
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>432,16 €</b>	<b>390,54 €</b>	<b>412,29 €</b>	<b>513,21 €</b>	<b>343,96 €</b>	<b>371,75 €</b>
Standardabweichung	1.110,47 €	1.360,13 €	1.949,84 €	2.347,89 €	1.677,99 €	1.747,32 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	9.041,88 €	17.793,40 €	36.234,83 €	43.077,12 €	34.442,96 €	30.454,56 €

**Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,29 €</b>	<b>5,38 €</b>	<b>1,72 €</b>	<b>4,60 €</b>	<b>4,79 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	31,75 €	108,27 €	24,70 €	76,05 €	64,12 €	0,00 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	586,66 €	2.867,37 €	427,11 €	1.839,92 €	929,59 €	0,00 €

**Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	22	19	20	86	85	68
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>7,26 €</b>	<b>12,32 €</b>	<b>15,21 €</b>	<b>21,36 €</b>	<b>30,09 €</b>	<b>31,64 €</b>
Standardabweichung	52,62 €	137,60 €	178,05 €	88,98 €	109,33 €	134,82 €
Minimum	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 €
Median	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 €
Maximum	843,30 €	2.528,98 €	4.227,39 €	1.510,50 €	1.084,92 €	1.581,00 €

**Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	711	710	665	703	695	658
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>256,97 €</b>	<b>242,40 €</b>	<b>186,04 €</b>	<b>275,28 €</b>	<b>258,26 €</b>	<b>216,30 €</b>
Standardabweichung	259,48 €	244,19 €	198,47 €	304,18 €	277,77 €	245,34 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	113,88 €	97,37 €	57,81 €	124,61 €	101,50 €	63,45 €
Median	205,20 €	181,05 €	137,01 €	212,85 €	188,84 €	158,89 €
75%-Perzentil	338,20 €	322,37 €	250,39 €	340,95 €	347,79 €	285,84 €
Maximum	4.367,16 €	2.322,45 €	2.550,87 €	5.482,46 €	2.760,91 €	3.463,14 €

**Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	625	638	626	603	590	588
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>176,44 €</b>	<b>214,77 €</b>	<b>207,83 €</b>	<b>308,93 €</b>	<b>285,77 €</b>	<b>317,98 €</b>
Standardabweichung	1.244,23 €	1.829,36 €	1.573,75 €	2.258,01 €	1.898,86 €	2.167,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,26 €	15,66 €	14,20 €	13,12 €	10,60 €	11,74 €
Median	44,42 €	43,31 €	41,90 €	43,60 €	38,78 €	40,04 €
75%-Perzentil	102,09 €	100,75 €	99,72 €	109,91 €	99,46 €	105,25 €
Maximum	23.426,60 €	42.412,60 €	31.678,64 €	40.227,56 €	29.460,67 €	36.774,87 €

**Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N gesamt	734	734	734	717	717	716
N mit Fall	201	178	180	200	172	168
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>183,90 €</b>	<b>160,27 €</b>	<b>203,65 €</b>	<b>203,43 €</b>	<b>181,30 €</b>	<b>177,58 €</b>
Standardabweichung	454,26 €	419,46 €	558,27 €	490,11 €	503,78 €	532,22 €
Minimum	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 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	82,08 €	0,00 €	0,00 €	88,80 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.850,16 €	3.104,18 €	4.199,86 €	3.846,18 €	4.300,43 €	6.382,50 €



### 14.6.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche

**Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	485	484	482	474	463	462	455	436
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.138,24 €</b>	<b>1.068,93 €</b>	<b>1.078,09 €</b>	<b>1.001,05 €</b>	<b>1.259,58 €</b>	<b>1.078,51 €</b>	<b>1.028,55 €</b>	<b>1.099,51 €</b>
Standardabweichung	2.245,51 €	2.810,38 €	2.615,11 €	2.687,24 €	4.322,47 €	2.848,75 €	3.083,42 €	2.938,92 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	175,26 €	145,57 €	146,15 €	91,17 €	175,65 €	143,00 €	139,95 €	83,67 €
Median	483,12 €	358,97 €	314,26 €	237,75 €	392,81 €	345,63 €	337,38 €	249,35 €
75%-Perzentil	1.515,28 €	1.099,30 €	1.127,79 €	821,30 €	1.137,66 €	1.100,51 €	749,57 €	930,75 €
Maximum	32.590,34 €	47.550,76 €	32.539,97 €	40.109,94 €	59.092,61 €	38.957,24 €	39.932,80 €	29.263,94 €

**Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	176	174	171	172	171	169	167	166
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>1.187,71 €</b>	<b>877,42 €</b>	<b>871,95 €</b>	<b>988,81 €</b>	<b>1.017,21 €</b>	<b>973,66 €</b>	<b>890,32 €</b>	<b>926,11 €</b>
Standardabweichung	2.102,28 €	1.331,25 €	1.323,40 €	2.445,29 €	2.102,84 €	2.373,52 €	2.398,51 €	2.828,98 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	140,15 €	131,63 €	103,42 €	107,79 €	178,12 €	153,03 €	124,58 €	129,48 €
Median	448,18 €	381,87 €	315,70 €	256,94 €	400,34 €	462,68 €	325,70 €	301,69 €
75%-Perzentil	1.629,19 €	974,67 €	863,87 €	842,36 €	1.210,74 €	1.151,50 €	911,90 €	717,29 €
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 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	104	78	74	67	65	62	38	57
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>471,61 €</b>	<b>377,03 €</b>	<b>391,42 €</b>	<b>329,11 €</b>	<b>432,74 €</b>	<b>330,67 €</b>	<b>288,76 €</b>	<b>423,62 €</b>
Standardabweichung	1.175,53 €	1.253,08 €	1.624,50 €	1.084,93 €	2.566,76 €	1.805,71 €	1.701,25 €	1.879,14 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	9.041,88 €	13.825,57 €	26.224,52 €	10.119,62 €	43.077,12 €	34.442,96 €	30.454,56 €	25.490,06 €

**Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	35	18	26	23	17	19	16	14
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>551,52 €</b>	<b>283,57 €</b>	<b>366,19 €</b>	<b>413,82 €</b>	<b>248,09 €</b>	<b>205,80 €</b>	<b>194,14 €</b>	<b>215,40 €</b>
Standardabweichung	1.738,98 €	1.043,41 €	1.013,77 €	1.851,18 €	890,35 €	682,52 €	695,96 €	963,59 €
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	17.396,52 €	8.063,70 €	5.089,83 €	18.978,16 €	6.890,97 €	4.087,42 €	4.662,50 €	8.536,24 €

**Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>3,38 €</b>	<b>6,46 €</b>	<b>1,68 €</b>	<b>0,72 €</b>	<b>1,63 €</b>	<b>1,77 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,91 €</b>
Standardabweichung	38,55 €	129,51 €	23,14 €	16,13 €	25,08 €	38,32 €	0,00 €	19,72 €
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 €	359,66 €	408,11 €	830,71 €	0,00 €	427,11 €

**Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10	<10
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>2,04 €</b>	<b>2,14 €</b>	<b>4,05 €</b>	<b>1,94 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,37 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,00 €</b>
Standardabweichung	27,17 €	28,56 €	38,08 €	25,83 €	0,00 €	31,12 €	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 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	18	15	15	16	54	55	46	46
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>9,14 €</b>	<b>11,66 €</b>	<b>19,67 €</b>	<b>6,45 €</b>	<b>16,58 €</b>	<b>25,56 €</b>	<b>33,20 €</b>	<b>37,69 €</b>
Standardabweichung	59,67 €	121,32 €	213,32 €	56,37 €	62,07 €	96,73 €	144,21 €	188,86 €
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	843,30 €	2.351,48 €	4.227,39 €	961,35 €	741,24 €	1.035,52 €	1.581,00 €	2.959,05 €

**Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	<10	<10	<10	<10	17	17	19	22
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>11,07 €</b>	<b>11,03 €</b>	<b>9,60 €</b>	<b>8,22 €</b>	<b>11,81 €</b>	<b>16,19 €</b>	<b>15,61 €</b>	<b>27,54 €</b>
Standardabweichung	57,59 €	86,95 €	53,19 €	53,62 €	42,80 €	63,31 €	52,21 €	127,49 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	391,62 €	1.088,05 €	394,01 €	453,66 €	250,98 €	542,86 €	321,20 €	1.488,00 €

**Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	480	478	477	422	460	457	455	395
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>253,34 €</b>	<b>242,56 €</b>	<b>220,43 €</b>	<b>158,58 €</b>	<b>271,77 €</b>	<b>260,04 €</b>	<b>254,59 €</b>	<b>188,14 €</b>
Standardabweichung	284,08 €	268,10 €	213,19 €	184,37 €	336,93 €	298,84 €	271,22 €	238,01 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	109,74 €	96,44 €	89,21 €	32,01 €	119,30 €	99,32 €	91,29 €	32,01 €
Median	197,81 €	173,47 €	168,37 €	99,61 €	208,50 €	187,31 €	182,74 €	114,97 €
75%-Perzentil	329,71 €	314,23 €	288,27 €	223,94 €	336,65 €	344,97 €	345,37 €	234,67 €
Maximum	4.367,16 €	2.322,45 €	2.550,87 €	1.499,79 €	5.482,46 €	2.760,91 €	3.463,14 €	1.732,98 €

**Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	174	167	166	168	170	168	166	162
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>229,80 €</b>	<b>194,64 €</b>	<b>188,23 €</b>	<b>212,11 €</b>	<b>268,32 €</b>	<b>240,68 €</b>	<b>228,22 €</b>	<b>248,98 €</b>
Standardabweichung	247,89 €	174,43 €	174,89 €	203,04 €	248,11 €	240,01 €	213,04 €	291,95 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	86,95 €	79,68 €	65,79 €	66,38 €	117,83 €	93,49 €	90,29 €	84,81 €
Median	171,44 €	151,41 €	141,09 €	158,17 €	217,79 €	175,75 €	169,28 €	159,06 €
75%-Perzentil	291,51 €	252,14 €	264,11 €	295,11 €	326,20 €	282,70 €	280,97 €	318,36 €
Maximum	2.017,25 €	1.031,49 €	1.345,48 €	1.296,95 €	2.303,69 €	1.631,69 €	1.383,65 €	2.204,99 €

**Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	418	434	426	415	392	389	389	374
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>197,03 €</b>	<b>253,04 €</b>	<b>235,96 €</b>	<b>269,56 €</b>	<b>341,48 €</b>	<b>285,06 €</b>	<b>301,78 €</b>	<b>297,04 €</b>
Standardabweichung	1.444,19 €	2.156,89 €	1.797,83 €	2.028,65 €	2.456,91 €	1.836,70 €	1.965,05 €	1.836,10 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,42 €	16,14 €	13,76 €	13,54 €	13,13 €	10,85 €	11,26 €	10,22 €
Median	46,53 €	43,95 €	42,02 €	41,85 €	43,76 €	37,10 €	37,95 €	38,83 €
75%-Perzentil	106,22 €	98,27 €	91,05 €	108,18 €	115,22 €	101,98 €	98,09 €	109,19 €
Maximum	23.426,60 €	42.412,60 €	31.678,64 €	34.349,43 €	40.227,56 €	25.583,76 €	32.944,03 €	23.715,10 €

**Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	159	157	155	142	147	146	139	131
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>95,01 €</b>	<b>89,62 €</b>	<b>107,65 €</b>	<b>174,52 €</b>	<b>237,65 €</b>	<b>261,43 €</b>	<b>262,51 €</b>	<b>306,36 €</b>
Standardabweichung	163,89 €	168,28 €	375,91 €	1.255,73 €	1.811,02 €	2.177,09 €	2.198,21 €	2.571,21 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,66 €	10,58 €	5,12 €	4,59 €	15,04 €	7,50 €	5,89 €	1,24 €
Median	37,77 €	40,80 €	32,32 €	36,50 €	43,83 €	37,29 €	33,20 €	29,53 €
75%-Perzentil	98,21 €	92,96 €	83,78 €	81,09 €	98,66 €	84,20 €	88,23 €	103,48 €
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 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	497	497	497	497	470	470	469	469
N mit Fall	140	128	126	107	129	120	110	87
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>203,73 €</b>	<b>178,19 €</b>	<b>208,93 €</b>	<b>236,62 €</b>	<b>195,38 €</b>	<b>175,42 €</b>	<b>150,22 €</b>	<b>152,09 €</b>
Standardabweichung	503,21 €	435,63 €	551,87 €	721,33 €	464,90 €	454,25 €	473,19 €	590,00 €
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	86,58 €	64,53 €	44,40 €	0,00 €	88,80 €	50,49 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	3.850,16 €	3.104,18 €	3.962,85 €	4.752,83 €	3.846,18 €	3.800,02 €	6.382,50 €	6.791,06 €

**Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung; Kinder und Jugendliche**

	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N gesamt	178	178	178	178	172	172	172	172
N mit Fall	58	64	47	36	59	62	45	34
<b>durchschnittliche Kosten</b>	<b>298,28 €</b>	<b>296,42 €</b>	<b>196,24 €</b>	<b>178,19 €</b>	<b>251,34 €</b>	<b>247,17 €</b>	<b>189,84 €</b>	<b>127,83 €</b>
Standardabweichung	631,84 €	530,87 €	448,88 €	533,42 €	461,77 €	480,43 €	449,56 €	410,44 €
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	303,73 €	465,69 €	78,05 €	0,00 €	329,41 €	339,68 €	93,98 €	0,00 €
Maximum	3.389,88 €	2.846,23 €	2.184,58 €	3.901,15 €	2.686,47 €	3.014,41 €	2.512,40 €	2.784,50 €

### 14.6.5 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten; Kinder und Jugendliche

Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (Klinikneue Patienten); Kinder und Jugendliche

