

# Zwischenbericht

## Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH

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

**Berichtsnummer: 2**

**Datum: 30.06.2021**

#### Autoren:

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

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

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

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

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

## Danksagung

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

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

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

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

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

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

## Inhalt

1.	Zusammenfassung.....	29
2.	Hintergrund.....	42
3.	Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	42
4.	Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten .....	42
5.	Methoden .....	42
6.	Aufbereitung der Sekundärdaten.....	43
6.1	Patientenmatching .....	45
7.	Darstellung Modellvorhaben Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH .....	51
8.	Ergebnisse: Effektivität .....	52
8.1	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe .....	53
8.2	Ergebnisse Outcomeparameter .....	69
8.2.1	Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	71
8.2.2	Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	99
8.2.3	Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik .....	129
8.2.4	Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	175
8.2.5	Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping .....	177
8.2.6	Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten .....	187
8.2.7	Wiederaufnahmeraten .....	198
8.2.8	Komorbidität .....	205
8.2.9	Mortalität.....	209
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung .....	217
8.2.11	Leitlinienadhärenz .....	236
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung .....	244
9.1	Patientenmix .....	244
9.2	Leistungserbringung .....	255
10.	Ergebnisse: Kosten .....	270
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	270
10.2	Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	283
10.3	Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen .....	293
10.4	Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen .....	304

10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 315	
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung .....	326
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung .....	337
10.8	Kosten der Heilmittelversorgung .....	348
11.	Ergebnisse: Effizienz .....	359
12.	Diskussion .....	363
12.1	Hauptergebnisse.....	363
12.2	Limitationen der Evaluation (inhaltlich) .....	373
12.3	Limitationen der Evaluation (datentechnisch).....	376
13.	Literatur .....	378
14.	Anhang.....	379
14.1	Deskriptive Statistik für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	379
14.2	Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	421
14.3	Ergebnisse Modellierung .....	455
14.4	Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) 526	
14.5	Ergebnisse Kosten .....	527
14.5.1	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	528
14.5.2	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr....	536
14.5.3	Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	543
14.5.4	Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) .....	556
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix (kalendarische Perspektive) .....	566
14.5.6	Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive) 569	
14.5.7	Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht) 571	



## Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Abkürzungsverzeichnis

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

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	74
Abbildung 2: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	82
Abbildung 3: Zeitreihendiagramme, stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	88
Abbildung 4: Graphische Darstellungen für Effekte bei stationärer Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	96
Abbildung 5: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	103
Abbildung 6: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	111
Abbildung 7: Zeitreihendiagramme, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	117
Abbildung 8: Graphische Darstellungen für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	125
Abbildung 9: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	142
Abbildung 10: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	153
Abbildung 11: Zeitreihendiagramme, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	162
Abbildung 12: Graphische Darstellungen für Effekte bei Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	171
Abbildung 13: Zeitreihendiagramme, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	175
Abbildung 14: Graphische Darstellungen für Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.....	176
Abbildung 15: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	180
Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene.....	181
Abbildung 17: Zeitreihendiagramme, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	184
Abbildung 18: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche.....	185
Abbildung 19: Zeitreihendiagramme, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ....	190
Abbildung 20: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	196
Abbildung 21: Zeitreihendiagramme, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	198
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	200
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	203

Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	206
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	208
Abbildung 26: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr .....	210
Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	211
Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche .....	214
Abbildung 29: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	216
Abbildung 30: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	220
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	225
Abbildung 32: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	229
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	234
Abbildung 34: Zeitreihendiagramme für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr	236
Abbildung 35: Graphische Darstellung für Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	242
Abbildung 36: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ; Erwachsene .....	245
Abbildung 37: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ; Erwachsene .....	246
Abbildung 38: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ; Erwachsene ..	248
Abbildung 39: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ; Kinder und Jugendliche .....	250
Abbildung 40: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf ; Kinder und Jugendliche .....	251
Abbildung 41: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ; Kinder und Jugendliche.....	253
Abbildung 42: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	271
Abbildung 43: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	272
Abbildung 44: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	274
Abbildung 45: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	278
Abbildung 46: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	279
Abbildung 47: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	281

Abbildung 48: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	284
Abbildung 49: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	285
Abbildung 50: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	287
Abbildung 51: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	289
Abbildung 52: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	290
Abbildung 53: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	291
Abbildung 54: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	294
Abbildung 55: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	295
Abbildung 56: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	297
Abbildung 57: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	299
Abbildung 58: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	300
Abbildung 59: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	302
Abbildung 60: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	305
Abbildung 61: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	306
Abbildung 62: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	308
Abbildung 63: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	310
Abbildung 64: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	311
Abbildung 65: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	313



Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 316

Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 317

Abbildung 68: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene ..... 319

Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 321

Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 322

Abbildung 71: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche..... 324

Abbildung 72: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 327

Abbildung 73: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 328

Abbildung 74: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene ..... 330

Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 332

Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 333

Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche ..... 335

Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 338

Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 339

Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene ..... 341

Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche..... 343

Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche..... 344

Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche ..... 346



Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	349
Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	350
Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	352
Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	354
Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	355
Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	357
Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene.....	360
Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	362
Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	421
Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	425
Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	428
Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	431
Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	434
Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	437
Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	440
Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	442
Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	442
Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	443
Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	445
Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	446
Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	447
Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene .....	448
Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche .....	448

Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	450
Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	451
Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	452
Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Erwachsene .....	567
Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Kinder und Jugendliche ....	568

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching .....	46
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Erwachsene .....	46
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching .....	47
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching .....	48
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken - Kinder und Jugendliche .....	49
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching ; Kinder und Jugendliche .....	50
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle - Erwachsene.....	53
Tabelle 8: Übersicht Diagnosen Referenzfälle – Kinder und Jugendliche.....	55
Tabelle 9: Übersicht Charakteristika Referenzfälle - Erwachsene.....	56
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle – Kinder und Jugendliche.....	62
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	72
Tabelle 12: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene .....	81
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	86
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	95
Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene ...	100
Tabelle 16: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene...	109
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	114
Tabelle 18: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	124
Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	130
Tabelle 20: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	149
Tabelle 21: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	156
Tabelle 22: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	168
Tabelle 23: Kontaktabbruch, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr -Erwachsene.....	175
Tabelle 24: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene .....	176
Tabelle 25: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr- Erwachsene .....	178
Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	181
Tabelle 27: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche.....	182
Tabelle 28: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche.....	185
Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	188
Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	195
Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr.....	198
Tabelle 32: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Erwachsene.....	199

Tabelle 33: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Kinder und Jugendliche .....	202
Tabelle 34: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	205
Tabelle 35: Komorbiditäten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr -Erwachsene .....	207
Tabelle 36: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	209
Tabelle 37: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	211
Tabelle 38: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche ...	213
Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche .....	216
Tabelle 40: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	218
Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene.....	224
Tabelle 42: Progression, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr Kinder und Jugendliche	227
Tabelle 43: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr Kinder und Jugendliche .....	233
Tabelle 44: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	237
Tabelle 45: Leitlinienadhärenz Demenz, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene.....	238
Tabelle 46: Leitlinienadhärenz Depression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene ...	239
Tabelle 47: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr .....	241
Tabelle 48: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ; Erwachsene.....	245
Tabelle 49: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ; Erwachsene.....	246
Tabelle 50: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ; Erwachsene.....	248
Tabelle 51: Verteilung der Behandlungssettings der klinikneuen Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ; Kinder und Jugendliche .....	250
Tabelle 52: Verteilung der Behandlungssettings der klinikbekannten Studienpopulation, Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) im Zeitverlauf (absolute Anzahl) ; Kinder und Jugendliche .....	251
Tabelle 53: Verteilung der Behandlungssettings je Kohorte, Zeitraum und Gruppe (IG/KG) ; Kinder und Jugendliche.....	253
Tabelle 54: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	256
Tabelle 55: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	257
Tabelle 56: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) .....	258
Tabelle 57: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	258
Tabelle 58: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	259
Tabelle 59: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	260

Tabelle 60: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 261

Tabelle 61: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 261

Tabelle 62: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 263

Tabelle 63: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 264

Tabelle 64: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 265

Tabelle 65: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 265

Tabelle 66: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 266

Tabelle 67: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 267

Tabelle 68: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 268

Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche ..... 268

Tabelle 70: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ..... 271

Tabelle 71: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene ..... 272

Tabelle 72: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene ..... 274

Tabelle 73: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene..... 276

Tabelle 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche..... 278

Tabelle 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche..... 279

Tabelle 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche ..... 281

Tabelle 77: Regressionsmodell für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche 282

Tabelle 78: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	284
Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	285
Tabelle 80: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	287
Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	288
Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	289
Tabelle 83: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	291
Tabelle 84: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	294
Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	295
Tabelle 86: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	297
Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	299
Tabelle 88: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	300
Tabelle 89: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	302
Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene.....	305
Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene.....	306
Tabelle 92: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	308
Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	310
Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	311
Tabelle 95: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	313

Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	316
Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	317
Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	319
Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	321
Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	322
Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	324
Tabelle 102: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	327
Tabelle 103: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	328
Tabelle 104: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	330
Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	332
Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	333
Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	335
Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	338
Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	339
Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	341
Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	343
Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	344
Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	346



Tabelle 114: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	349
Tabelle 115: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene .....	350
Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	352
Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche.....	354
Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche .....	355
Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	357
Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	360
Tabelle 121: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage; Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	360
Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	362
Tabelle 123: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	379
Tabelle 124: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	381
Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .	383
Tabelle 126: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	385
Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	387
Tabelle 128: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	395
Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	399
Tabelle 130: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	405
Tabelle 131: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	406
Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	407
Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	409
Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	411
Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	412
Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	414
Tabelle 137: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	415
Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	416
Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	417



Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	418
Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	456
Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	458
Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	460
Tabelle 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	462
Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	465
Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	466
Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	467
Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	468
Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	471
Tabelle 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	473
Tabelle 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	475
Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	477
Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	478
Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	479
Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	480
Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	482
Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene.....	484
Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	486
Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	487
Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	488
Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	489
Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene.....	490
Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	491

Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	492
Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	493
Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	494
Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	495
Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	496
Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	497
Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	498
Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	499
Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	500
Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene .....	501
Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	503
Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	504
Tabelle 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	505
Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	506
Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	507
Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	508
Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	509
Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	510
Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	511
Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	512
Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	513
Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneue und klinikbekannt) - Erwachsene .....	514
Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	515
Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche .....	516

Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	517
Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	518
Tabelle 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	519
Tabelle 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene.....	520
Tabelle 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	521
Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche.....	522
Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche .....	523
Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene .....	524
Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene .....	525
Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive) .....	526
Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	528
Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	528
Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	528
Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	528
Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	529
Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	529
Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	529
Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	529
Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	530
Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	530
Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	530
Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	530
Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	531
Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	531
Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	532

Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	532
Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	532
Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	532
Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	533
Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	533
Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	533
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	533
Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	534
Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	534
Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	534
Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	534
Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	535
Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	535
Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	537
Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	537
Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	537
Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	538
Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	538
Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	538
Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene .....	539
Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	540
Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	540
Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	540
Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	541

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	541
Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	541
Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	542
Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	544
Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	544
Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	544
Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	545
Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	545
Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	545
Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	546
Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	546
Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	546
Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	547
Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	547
Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	547
Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	548
Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	548
Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	548
Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	549
Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	550
Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	550
Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	551
Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	551

Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	551
Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	552
Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	552
Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	552
Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	553
Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	553
Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	554
Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	554
Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	554
Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	555
Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	555
Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	555
Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	556
Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	556
Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	556
Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	557
Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	557
Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	557
Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	558
Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	558
Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	558
Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	559
Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	559



Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	559
Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	560
Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene.....	560
Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	561
Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	561
Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	561
Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	562
Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	562
Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	562
Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche .....	563
Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	563
Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	563
Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	564
Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	564
Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	564
Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	565
Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	565
Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Erwachsene .....	566
Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Kinder und Jugendliche .....	567
Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr ; Erwachsene .....	569
Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene .....	569
Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene .....	569
Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene .....	569
Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche .....	570
Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche.....	570

Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche.....	570
Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche.....	570
Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	571
Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene .....	571
Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche.....	571



## 1. Zusammenfassung

### Hintergrund

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden 2. Zwischenbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der Vitos Klinikum Riedstadt GmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Die Allgemeine Psychiatrie hatte einen modellähnlichen Vorläufervertrag (IV-Vertrag mit der BARMER ab 2012). Die Evaluation erfolgt anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen.

### Studiendesign und Methoden

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

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

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

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

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

#### *Analyse*

Primäre Zielparameter der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der vollstationären Behandlungsdauer sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Zielparameter wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche, Arzt- und/oder Krankenhausshopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten, Mortalität, Erkrankungsprogres-

sion und Leitlinienadhärenz in der Behandlung in beiden Gruppen im Zeitverlauf verglichen. Die Analyse der Outcomes gliederte sich im Wesentlichen auf die deskriptive Langzeitbetrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Jahr über die ersten drei Modelljahre sowie die Difference-in-Difference-Modellierung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

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

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

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

## Ergebnisse

Die Studienpopulation für die Vitos Klinikum Riedstadt GmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 4.659 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie sowie 3.001 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken zugeordnet wurden. Das durchschnittliche Alter sowie die Geschlechtsverteilung waren zwischen beiden Gruppen jeweils vergleichbar.

### *Effektivität*

#### **Erwachsene**

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer (Seite 71 ff.) von *klinikneuen* erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigen Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG um 3,8 vollstationäre Behandlungstage niedriger als in der KG ausfiel. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dieser Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr (bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall) war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit (siehe Anhang) statistisch signifikant.

Interessant ist hier auch der Vergleich zwischen den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Sowohl bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr als auch bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Behandlungstage als die KG auf. Die Entwicklung hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen im mutmaßlich ersten Behandlungsjahr im Modellvorhaben scheint sich somit über die Modelllaufzeit zu verstetigen.

Bei den teilstationären Behandlungstagen ist bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst ein geringerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage, analog dem der vollstationären Behandlungstage, zum ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr drehte sich dieser Effekt um. Hier war der Anstieg der teilstationären Behandlungstage in der IG größer als in der KG. Eine Tendenz hin zu einer erhöhten Inanspruchnahme von teilstationärer Behandlung innerhalb der Laufzeit des Modellvorhabens lässt sich hier vermuten.

Für die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt verzeichneten die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (sowohl mit drei, als auch mit einjähriger Nachbeobachtung) in der IG einen weniger starken Anstieg als die Patienten der KG. Statistisch signifikante Unterschiede für Patienten mit einjähriger Nachbeobachtung gab es jedoch nicht.

Bei den *klinikbekannt* erwachsenen Patienten zeigte sich eine kontinuierliche Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in der IG. In der KG war hingegen im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst ein leichter Anstieg und in den folgenden Jahren eine Verringerung auf das Ni-

veau des Jahres vor Referenzfall erkennbar. Daher war ab dem Jahr nach Referenzfall die Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG stets geringer. Der Anstieg der vollstationären Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant geringer als in der KG (siehe Anhang). Laut Selbstauskunft bei der Befragung der Klinik hatte die Klinik seit 2012 eine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur durch einen Vor-Vertrag mit einer Krankenkasse in der Allgemeinen Psychiatrie. Modelleffekte einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer konnten sowohl bei den klinikneuen als auch klinikbekannten erwachsenen Patienten beobachtet werden. Diesen waren bereits für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich und festigten sich für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

Das Muster der Dauer teilstationärer Behandlungsdauer war hier zwischen IG und KG vergleichbar, wobei Patienten der IG stets etwas mehr teilstationäre Behandlungstage aufwiesen. Größere Veränderungen über die Zeit waren zwischen IG und KG nicht ersichtlich.

Bei den klinikbekannten Patienten war der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt im Jahr vor Referenzfall vergleichbar, sank aber in der IG stärker als in der KG. Dies trifft auf alle untersuchten Populationen zu und lässt somit vermuten, dass im Modellvorhaben auch bei den bereits bekannten Patienten, also bereits im Modellvorhaben in Behandlung befindlichen Patienten, eine Reduktion der Anzahl an stationären Behandlungen erzielt werden konnte.

Beim zweiten primären Zielkriterium Arbeitsunfähigkeit (Seite 187 ff.) zeigte sich in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ein stets geringerer Peak (Vergleich Jahr vor Referenzfall mit Jahr danach). Dieser war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung um 8,6 Tage, mit einjähriger Nachbeobachtung um 7,7 Tage und für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr um 8,0 AU-Tage jeweils geringer. Auch bei den *klinikbekannten* erwachsenen Patienten nahm die Anzahl an AU-Tagen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker ab als in der KG bzw. nahmen diese in der KG sogar zu. Dieser Effekt war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Zu beachten ist hier jedoch, dass die Anzahl an AU-Tagen in der IG numerisch stets über denen der KG lag. Diese glichen sich im Zeitverlauf an. Dieser höhere Ausgangswert an AU-Tagen bei den klinikbekannten Patienten, d.h. die höhere Anzahl an AU-Tagen vor Referenzfall, war bei den klinikneuen Patienten nicht ersichtlich. Im Modellvorhaben konnte aber bei den klinikbekannten Patienten eine Reduktion der AU-Tage im patientenindividuellen Verlauf verzeichnet werden.

Bei den sekundären Zielkriterien zeigten sich für die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen (Seite 99 ff.) *klinikneuer Patienten* in beiden Gruppen vergleichbare Muster der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war dieser Peak, also der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, in der IG größer als in der KG. Auch war die Inanspruchnahme in den kommenden beiden Jahren in der IG (leicht) höher als in der KG. Dieser größere Zuwachs der Inanspruchnahme in der PIA zum Jahr nach Referenzfall war bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung sowie bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr statistisch signifikant. Diese Ergebnisse geben Hinweise auf eine stärkere Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer Patienten in der Modellklinik.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war bei den *linikneuen* Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas unter den Kontakten der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die geringere Zunahme der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es diese Unterschiede jedoch nicht mehr.

Bei den *linikbekannten* Patienten wiesen jedoch die Patienten der IG stets geringere durchschnittliche PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG und bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Bei den *linikbekannten* Patienten ist somit im Gegensatz zu den *linikneuen* Patienten eine weniger starke Inanspruchnahme in der PIA erkennbar.

Auf der anderen Seite zeigten sich bei den *linikbekannten* Patienten bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten ein etwas größerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Die Behandlungskontinuität (Seite 129 ff.) zum psychiatrischen Sektor war für die *linikneuen* Patienten im Jahr vor Referenzfall (prä) und im Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Dieser Unterschied verringerte sich leicht vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieses Angleichen zwischen IG und KG führte zu einer statistisch signifikant geringeren Zunahme der Behandlungskontinuität für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich wiederum für alle Nachbeobachtungszeiträume in der IG stets eine größere Zunahme der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für die Betrachtung von 7 Tagen statistisch signifikant. Auch bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG stets größer als in der KG, außer für das zweite und dritte Jahr nach Referenzfall für eine Nachbeobachtungszeit von 90 Tagen. Dort waren die Anteile zwischen IG und KG vergleichbar. Während die Behandlungskontinuität *linikneuer* Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall zunächst zurückging, stieg diese erneut für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Eine Stärkung der Behandlungskontinuität vor Modellstart und erneut im Laufe des Modellvorhabens ist ersichtlich.

Bezüglich der vollstationären Wiederaufnahme (Seite 198 ff.) für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme vergleichbar, die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG geringer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG schneller wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG.

Bezüglich der Untersuchung einer Erkrankungsprogression (Seite 217 ff.) entwickelten *linikneue* Patienten der IG stets zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A), eine rezidi-



vierende depressive Störung (Progression B) oder eine Suchterkrankung (Progression C). Diese Unterschiede waren teils gering und für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch nicht signifikant. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die geringere Progression A in der IG jedoch statistisch signifikant.

Die Parameter *Arzt- und Krankenhausshopping* (Seite 177 ff.), *Komorbidität* (Seite 205 ff.), *Mortalität* (Seite 209 ff.) und *Leitlinienadhärenz (oder leitlinien-nahe Behandlung)* (Seite 236 ff.) zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können.

### **Kinder und Jugendliche**

Die *klinikneuen* Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen in der IG stets eine leicht geringere Anzahl an vollstationären Behandlungstagen, sowohl im Jahr vor Referenzfall als auch danach, als die Patienten der KG auf. Der Verlauf der Inanspruchnahme vollstationärer Tage war ansonsten über den Zeitverlauf vergleichbar. Signifikante Veränderungen in der IG im Vergleich zur KG gab es hier nicht. Auch bei der Betrachtung von Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es einen zwischen IG und KG vergleichbaren Anstieg der vollstationären Behandlungstage.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und einem kleinen Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch hier wies die IG meist geringere Anzahlen an vollstationären Tagen im Vergleich zur KG auf. Die Unterschiede erhöhten sich leicht zum ersten Jahr nach Referenzfall und verringerten sich dann über die patientenindividuelle Zeit. Die stärkere Abnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war bei den *klinikneuen* Patienten ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (wenn auch geringerer Peak) und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier waren die teilstationären Tage in der IG stets etwas geringer als in der KG, besonders im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, so war hier der Anstieg teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Das Muster und Niveau der Dauer teilstationärer Aufenthalte bei den *klinikbekannten* Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den Patienten der KJP scheint sich also eine Verringerung der vollstationären Tage abzuzeichnen, auch wenn diese nur bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant ausfiel. Im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es bei den klinikneuen Patienten keine statistisch signifikante Veränderung, u.a. daher, weil bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG weniger vollstationäre Behandlungstage in Anspruch genommen wurden als in der KG. Bei der Entwicklung teilstationärer Behandlungstage wurden bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst noch vergleichsweise weniger teilstationäre Tage in Anspruch genommen. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war dieser Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG jedoch größer als in der KG. Ein

Trend hin zu mehr teilstationären Behandlungstagen in der IG lässt sich vermuten und wird im Abschlussbericht weiter untersucht werden.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den *klinikneuen* Patienten der KJP zeigte sich zunächst bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen ein vergleichbares Muster bezüglich PIA-Inanspruchnahme mit geringer Inanspruchnahme im Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Absinken auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Dabei war das Niveau zwischen IG und KG stets vergleichbar. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist hier jedoch ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Hier scheint sich eine Veränderung hin zu mehr PIA-Kontakten anzudeuten. Da die KJP im Gegensatz zur Allgemeinen Psychiatrie an der IG keinen Vorläufervertrag aufwies, ist hier von einer Übergangsphase auszugehen, so dass Modelleffekte sich voraussichtlich erst über die Zeit zeigen. Die Zunahme der PIA-Kontakte im Modellverlauf könnte ein Beispiel dafür sein. Auch bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch wies hier die IG stets geringere PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war dieser geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant und somit die PIA in der IG weniger stark kontaktiert im Vergleich zur KG.

Die ambulante Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für *klinikneue* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zwischen IG und KG vergleichbar. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg hingegen die ambulante Inanspruchnahme oben genannter Vertragsärzte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG. Bei den *klinikbekannten* Patienten war das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten soweit zwischen IG und KG vergleichbar mit jedoch etwas geringerem Anstieg in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG. Dieser geringere Anstieg war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Somit scheint sich eine Veränderung zu weniger ambulanter Inanspruchnahme in niedergelassenen Bereich bei den Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten abzuzeichnen.

Bezüglich der Behandlungskontinuität war zunächst bei den *klinikneuen* jungen Patienten der IG in allen drei Nachbeobachtungszeiträumen eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Jahr vor Referenzfall im Vergleich zu den Patienten der KG ersichtlich. Im Jahr nach Referenzfall, d.h. nach Start der Modellversorgung, verringerte sich dieser Unterschied zwischen IG und KG. Im zweiten Jahr nach Referenzfall verringerte sich dieser Unterschied erneut bzw. lag die Behandlungskontinuität in der IG teilweise über der der KG. Dieser Trend der Zunahme der Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG zeichnete sich weitestgehend auch im dritten Jahr nach Referenzfall ab, mit der Ausnahme für die Betrachtung von 7 Tagen. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr war sowohl in der IG als auch in der KG stets ein Anstieg der Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG



im Vergleich zum Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall gab es nicht. Jedoch war die Behandlungskontinuität in der IG stets, also sowohl im Jahr vor Referenzfall als auch im Jahr danach, numerisch größer als in der KG.

Alle weiteren sekundären Outcomeparameter zeigten keine unterschiedlichen Muster sowie keine Niveauunterschiede zwischen IG und KG über die Zeit bzw. war die Fallzahl zu gering, um weiterführende Aussagen ableiten zu können. Zu beachten gilt hier, dass teilweise Fallzahlen zu gering waren, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

## *Kosten*

### **Erwachsene**

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, lagen aufgrund nahezu paralleler Anstiege die Kosten zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ebenfalls auf vergleichbarem Niveau. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 145,34 € je Patient nicht signifikant niedriger. Dass sich hier kein Unterschied ergab, lässt sich vor allem auf die in der IG um 583,19 € geringeren Kosten je Patient in der vollstationären sowie um 137,15 € geringeren Kosten der teilstationären Versorgung, die jedoch durch die um 662,35 € höheren Kosten der PIA-Versorgung kompensiert wurden, zurückführen. Dabei waren es vor allem unterschiedliche Patientenanteile (weniger Patienten der IG in der voll- und teilstationären Versorgung und mehr Patienten, die in der PIA versorgt wurden), die diese Kostenzusammensetzung erklären können.

Die klimbekannt Patienten der Kohorte 1 zeigten sich über die Nachbeobachtungszeiträume nahezu parallele Verläufe. So ergaben sich mit Ausnahme des dritten Nachbeobachtungsjahres, in dem die IG signifikant günstiger war, in allen Perioden fast identische Kostenhöhen von IG und KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 5,93 € geringer. Auch hier glichen in der IG die höheren Kosten einzelner Bereiche die geringeren Kosten anderer wieder aus. So lagen die durchschnittlichen Kosten der vollstationären Versorgung in der IG im ersten Jahr um 492,66 € unter denen der KG. In der teilstationären sowie der PIA-Versorgung lagen sie hingegen um 120,30 € bzw. 402,57 € über den Kosten der KG. Auch hier führte ein Mehr an teilstationär und in der PIA versorgter Personen gegenüber einem Weniger an vollstationäre versorgten Menschen zu den Kostenunterschieden.

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeichnete sich ein leicht stärkerer Kostenanstieg in der IG ab. Lagen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum um 357,36 € unter denen der KG, näherten sich beide Gruppen aneinander an, sodass die Differenz im ersten Jahr 96,29 € (IG = 8.301,37 €; KG = 8.205,08 €) betrug. Die IG entwickelte sich somit um 453,64 € je Patient teurer als die KG, wobei diese Anstiegsdifferenz nicht signifikant war ( $p = 0,376$ ). Wie bereits in Kohorte 1 waren auch hier die Kosten der vollstationären Versorgung in der IG geringer und die der teilstationären sowie der PIA-Versorgung höher als in der KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG bei keiner der drei oben genannten Untersuchungsgruppen signifikant voneinander. Bei allen Gruppen entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

### **Kinder und Jugendliche**

Während sich im Prä-Zeitraum bei den linikneuen Kindern und Jugendlichen der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, lagen aufgrund nahezu paralleler Anstiege die Kosten zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ebenfalls auf vergleichbarem Niveau. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 416,38 € je Patient nicht signifikant niedriger. Dieser Unterschied lässt sich vor allem auf die um 47,83 € geringeren Kosten je Patient der IG in der vollstationären und um 353,87 € geringeren Kosten der teilstationären Versorgung, die jedoch durch die um 58,66 € höheren Kosten der PIA-Versorgung kompensiert wurden, zurückführen. Dabei waren es vor allem unterschiedliche Patientenanteile (weniger Patienten der IG in der voll- und teilstationären Versorgung und mehr Patienten, die in der PIA versorgt wurden), die diese Kostenzusammensetzung erklären können.

Bei den linikbekannten Kindern und Jugendlichen der Kohorte 1 zeigten sich bereits im Prä-Zeitraum leicht geringere Kosten der IG, wobei der Anstieg zum ersten Jahr in der IG weniger stark ausfiel, sodass hier ein Kostenvorteil von 889,32 € (IG = 5392,10 €; KG = 6.281,42 €) je Patient vorlag. Auch im zweiten Jahr war die IG mit einer Differenz zur KG von 686,96 € (IG = 2.312,72 €; KG = 2.999,68 €) günstiger. Erst im dritten Jahr lagen IG und KG mit einer Differenz von 11,05 € wieder gleichauf. Auch hier fielen die Unterschiede zwischen IG und KG in den einzelnen Bereichen unterschiedlich hoch aus. Vor allem die im ersten Jahr um 670,55 € niedrigeren Kosten der IG in der vollstationären Versorgung und die um 178,96 € höheren Kosten der tagesklinischen Versorgung bedingten diese Gesamtdifferenz. Anders als bei den vorher genannten Gruppen war bei den klinikbekannten Kindern und Jugendlichen jedoch auch in der PIA-Versorgung ein signifikanter Kostenunterschied zu verzeichnen. So lagen die Kosten in der IG im ersten Jahr bei 739,64 € je Patient und in der KG bei 1.028,98 € je Patient.

Auch bei den Kindern und Jugendlichen mit Referenzfall im dritten Jahr zeichnete sich ein vergleichbarer Kostenverlauf ab. Lagen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum um 163,03 € über denen der KG, betrug die Differenz im ersten Jahr 1.411,77 € (IG = 10.166. €; KG = 8.755 €). Die IG entwickelte sich somit um 1.248,73 € je Patient teurer als die KG, wobei diese Anstiegsdifferenz nicht signifikant war ( $p = 0,141$ ). Wie bereits in Kohorte 1 waren auch hier die Kosten der vollstationären Versorgung in der IG geringer und die der teilstationären sowie der PIA-Versorgung höher als in der KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG bei keiner der drei oben genannten Untersuchungsgruppen signifikant voneinander. Bei allen Gruppen entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

### *Kosten-Effektivität*

#### **Erwachsene**

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 453,64 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 3,9 vollstationäre Behandlungstage vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -116,57 € je vollstationärem Behandlungstag. Das heißt, für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag wurden 116,57 € an psychiatrischen Versorgungskosten zusätzlich aufgewendet.

Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatus 1 (Mitglied) entwickelte sich die IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG um 319,51 € je Patient nicht signifikant teurer. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 8,0 Arbeitsunfähigkeitstage vermieden werden. Hier ergibt sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -39,78 € pro vermiedenem AU-Tag. Das heißt, für jeden vermiedenen AU-Tag mussten 39,78 € psychiatrische Versorgungskosten zusätzlich aufgewendet werden. Da in beiden Effizienz-Varianten sowohl vollstationäre bzw. AU-Tage vermieden, aber gleichzeitig (wenn auch nicht signifikant) höhere Kosten entstanden, ist die Effizienz nur unter der Kenntnis der Zahlungsbereitschaft der Kostenträger zu beurteilen.

#### **Kinder und Jugendliche**

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr entwickelte sich die IG bezogen auf die direkten psychiatrischen Versorgungskosten im Zeitverlauf um 1.148,73 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. Gleichzeitig konnten in der IG im Zeitverlauf im Vergleich zur KG je Patient 0,2 vollstationäre Tage Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Insgesamt ergibt sich also ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -6.243,65 € je vollstationärem Behandlungstag. Das heißt, dass für jeden vermiedenen vollstationären Krankenhaustag 6.243,65 € an psychiatrischen Versorgungskosten zusätzlich ausgegeben werden müssten.

#### **Diskussion**

Dieser Zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Vitos Klinikum Riedstadt GmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus 10 (PSY) bzw. 5 (KJP) Kontrollkliniken. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde. Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über drei Modelljahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

In diesem Bericht lassen sich fünf Hauptkenntnisse bezüglich der Effektivität herausstellen. (1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer erwachsener Patienten (Allgemeine Psychiatrie) im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. Bei den jungen Patienten (KJP) scheint sich eine Verringerung der vollstationären Tage abzuzeichnen, auch wenn diese nur bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant ausfielen. (2) Eine Reduktion an AU-Tagen ist im Modellvorhaben bei den Erwachsenen erkennbar. (3) Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten ist eine stärkere und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine weniger starke Inanspruchnahme der PIA ersichtlich. Auf der anderen Seite wurden Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei klinikneuen erwachsenen Patienten weniger stark und bei den klinikbekannten stärker in Anspruch genommen. Bei den Kindern und Jugendlichen war eine Zunahme der PIA-Kontakte im Modellverlauf unter den klinikneuen und eine Abnahme der PIA-Kontakte unter den klinikbekannten jungen Patienten ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten scheint sich eine Veränderung hin zu weniger Kontakten abzuzeichnen. (4) Klinikneue erwachsene Patienten der IG wurden schneller wieder vollstationär behandelt als Patienten der KG. (5) Eine Stärkung der Behandlungskontinuität vor Modellstart und erneut im Laufe des Modellvorhabens in der Allgemeinen Psychiatrie ist ersichtlich. Die Behandlungskontinuität in der KJP war in der IG zwar stets geringer als in der KG, hier zeichnete sich dennoch ein Trend Richtung stärkerer Zunahme der Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG ab.

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

Die durchschnittlichen gesamten psychiatrischen Versorgungskosten für die klinikneuen Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr lagen gleichauf mit denen der KG, was wiederum auf niedrigere voll- und teilstationäre Kosten zurückzuführen war. Entsprechend können die Hypothesen der geringeren voll- und teilstationären Kosten bestätigt werden. Die Hypothese der insgesamt geringeren Kosten kann aufgrund höherer PIA-Kosten, die die genannten Einsparungen kompensieren nicht bestätigt werden.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten klinikbekannter Patienten der IG mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren ebenso hoch wie die der KG. Dies war ebenfalls auf die geringeren durchschnittlichen Kosten der vollstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt werden, bestätigt werden. Durch höhere teilstationäre sowie PIA-Kosten ergibt sich kein Anhaltspunkt für ein Sinken der Gesamtkosten.

Die gesamten psychiatrischen Versorgungskosten der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr waren ebenso hoch wie die der KG. Dies war ebenfalls auf die geringeren durchschnittlichen Kosten der vollstationären Behandlung zurückzuführen. Insgesamt kann also auch hier die Hypothese, dass vollstationäre Kosten gesenkt werden, bestätigt werden. Durch höhere teilstationäre sowie PIA-Kosten ergibt sich kein Anhaltspunkt für ein Sinken der Gesamtkosten.

Die Hypothese der Verschiebung von Kosten hin zum vertragsärztlichen Bereich kann an dieser Stelle verworfen werden, da sich die Kostenverläufe zwischen IG und KG hier nicht unterscheiden.

#### *Methodische Stärken und Limitationen*

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

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

#### **Fazit**

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

## **2. Hintergrund**

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## **3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes**

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

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

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

## **5. Methoden**

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

## 6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- DAK-Gesundheit (fusioniert mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016)
- Techniker Krankenkasse
- IKK classic
- Knappschaft
- BKK Schwenninger
- BKK Mobil Oil
- VIActiv Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016)
- BKK Herkules
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein und der BKK Basell zum 01.01.2016, der TBK und Brandenburgische BKK zum 01.01.2020)
- BKK Werra-Meissner
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- Actimonda BKK
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK PwC
- BMW BKK
- BKK VerbundPlus
- SKD BKK
- BKK Adolf Wuerth GmbH & Co. KG
- WMF BKK.



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

- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- AOK Baden-Württemberg
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- AOK Plus
- Novitas BKK
- BKK WIRTSCHAFT & FINANZEN.

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

## 6.1 Patientenmatching

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

### Erwachsene

Insgesamt kamen 5.408 Individuen der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 5.408 Patienten verfügten über 4.702 Individuen (86,9 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 4.702 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 4.659 Patienten (99,1 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden 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 sechs Kliniken mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik (vgl. Tabelle 2).

Durch das Matching wurde die Geschlechtsverteilung zwischen IG und KG aneinander angeglichen werden. Für das mittlere Alter der Patienten ergaben sich bei den klinikneuen Patienten keine Unterschiede, bei den klinikbekannten Patienten war ein signifikant höheres Alter der KG in Kohorte 1 (IG = 52,4 Jahre; KG = 53,8 Jahre; vgl. Tabelle 3). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Der Anteil der PIA-Referenzfälle war in der IG in allen Kohorten bei sowohl klinikneuen und -bekannten Patienten signifikant höher als in der KG. Der Anteil vollstationärer Referenzfälle war in der IG in Kohorte 1, bei klinikneuen und -bekannten Patienten geringer als in der KG. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und PIA-Fälle im Prä-Zeitraum. Unter den klinikbekannten Patienten der ersten Kohorte hatte die IG einen signifikant höheren Anteil an Personen mit mind. einem vertragsärztlich psychiatrischen Fall im Prä-Zeitraum.

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

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamt</b>	<b>Jahr 1</b>	4.175	26.461	3.650 (87,4%)	23.311 (88,1%)	3.617 (86,6% ; 99,1%)	3.617 (13,7% ; 15,5%)
	<b>Jahr 2</b>	1.356	11.213	1.127 (83,1%)	9.448 (84,3%)	1.118 (82,4% ; 99,2%)	1.118 (10,0% ; 11,8%)
	<b>Jahr 3</b>	1.233	10.001	1.052 (85,3%)	8.532 (85,3%)	1.042 (84,5% ; 99,0%)	1.042 (10,4% ; 12,2%)
	<b>Gesamt</b>	6.764	47.675	5.829 (86,2%)	41.291 (86,6%)	5.777 (85,4% ; 99,1%)	5.777 (12,1% ; 14,0%)
<b>Klinikneu</b>	<b>Jahr 1</b>	1.292	11.399	1.053 (81,5%)	9.567 (83,9%)	1.042 (80,7% ; 99,0%)	1.042 (9,1% ; 10,9%)
	<b>Jahr 2</b>	1.197	10.092	988 (82,5%)	8.484 (84,1%)	980 (81,9% ; 99,2%)	980 (9,7% ; 11,6%)
	<b>Jahr 3</b>	1.150	9.432	980 (85,2%)	8.052 (85,4%)	975 (84,8% ; 99,5%)	975 (10,3% ; 12,1%)
	<b>Gesamt</b>	3.639	30.923	3.021 (83,0%)	26.103 (84,4%)	2.997 (82,4% ; 99,2%)	2.997 (9,7% ; 11,5%)
<b>Klinikbekannt</b>	<b>Jahr 1</b>	2.883	15.062	2.597 (90,1%)	13.744 (91,2%)	2.575 (89,3% ; 99,2%)	2.575 (17,1% ; 18,7%)
	<b>Jahr 2</b>	159	1.121	139 (87,4%)	964 (86,0%)	138 (86,8% ; 99,3%)	138 (12,3% ; 14,3%)
	<b>Jahr 3</b>	83	569	72 (86,7%)	480 (84,4%)	67 (80,7% ; 93,1%)	67 (11,8% ; 14,0%)
	<b>Gesamt</b>	3.125	16.752	2.808 (89,9%)	15.188 (90,7%)	2.780 (89,0% ; 99,0%)	2.780 (16,6% ; 18,3%)

(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	14,3	1773
2	18,5	632
3	19,0	800
4	21,2	269
5	21,8	475
6	22,5	1726
7	24,1	83
8	24,6	67
9	25,1	172
10	25,8	276

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

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3			
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	p-Wert	IG	KG	
Anzahl Patienten	gesamt	5.777	5.777		3.617	3.617		1.118	1.118		1.042	1.042					
	linikneu	2.997	2.997		1.042	1.042		980	980		975	975					
	linikbekannt	2.780	2.780		2.575	2.575		138	138		67	67					
Mittleres Alter	gesamt	51,3	51,4	1	51,8	52,4	1	49,8	49,4	1	51,0	50,0	1	1			
	linikneu	50,9	49,5	0,099	50,3	48,9	0,553	50,4	49,3	1	51,9	50,4	0,687	1	1	1	1
	linikbekannt	51,7	53,3	0,004	52,4	53,8	0,032	45,5	49,6	0,849	38,1	43,6	0,841	1			
Anteil Frauen	gesamt	56,2%	56,2%	1	57,4%	57,7%	1	54,2%	53,2%	1	53,9%	54,0%	1	1			
	linikneu	54,4%	54,6%	1	54,5%	55,9%	1	54,1%	53,2%	1	54,5%	54,6%	1	1	1	1	1
	linikbekannt	58,1%	57,9%	1	58,6%	58,4%	1	55,1%	53,6%	1	46,3%	46,3%	1	1			
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	48,1%	48,1%	1	71,2%	71,2%	1	12,3%	12,3%	1	6,4%	6,4%	1	1			
	linikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			<0,001	<0,001	
	linikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%					
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	75,2%	68,6%	<0,001	84,7%	79,5%	<0,001	60,5%	51,1%	<0,001	57,9%	49,9%	0,003	1			
	linikneu	59,3%	50,3%	<0,001	62,1%	51,0%	<0,001	57,8%	50,1%	0,007	57,8%	49,7%	0,003	1	0,382	1	
	linikbekannt	92,3%	88,4%	<0,001	93,9%	91,0%	0,001	79,7%	58,0%	0,001	58,2%	52,2%	1	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	23,4%	27,1%	0,001	14,5%	17,9%	0,001	37,3%	43,4%	0,035	39,4%	41,5%	1	1			
	linikneu	39,2%	43,0%	0,094	36,9%	42,9%	0,039	40,1%	44,6%	0,345	40,7%	41,6%	1	1	1	1	1
	linikbekannt	6,4%	9,9%	<0,001	5,4%	7,8%	0,005	17,4%	34,8%	0,013	20,9%	38,8%	0,341	1			
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	1,4%	2,8%	<0,001	0,8%	1,8%	0,004	2,2%	4,3%	0,071	2,7%	4,5%	0,308	0,127			
	linikneu	1,5%	4,0%	<0,001	1,1%	3,8%	0,001	2,1%	3,9%	0,275	1,4%	4,2%	0,003	0,135	0,078	1	1
	linikbekannt	1,3%	1,4%	1	0,7%	0,9%	1	2,9%	7,2%	1	20,9%	9,0%	0,718	1			
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,5%	<0,001	0,0%	0,9%	<0,001	0,0%	1,3%	0,005	0,0%	4,1%	<0,001	0,001			
	linikneu	0,0%	2,7%	<0,001	0,0%	2,3%	<0,001	0,0%	1,4%	0,005	0,0%	4,4%	<0,001	0,002			0,229
	linikbekannt	0,0%	0,3%	0,080	0,0%	0,3%	0,139	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		1			
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	9,4%	10,3%	0,965	12,2%	13,1%	1	5,2%	5,3%	1	4,3%	6,0%	0,898	1			
	linikneu	3,6%	3,7%	1	4,4%	4,4%	1	3,5%	3,3%	1	2,8%	3,5%	1	1	1	1	1
	linikbekannt	15,7%	17,3%	0,815	15,3%	16,6%	1	17,4%	19,6%	1	26,9%	41,8%	0,718	1			
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,4%	2,1%	1	3,5%	3,1%	1	0,6%	0,6%	1	0,5%	0,2%	1	1			
	linikneu	0,5%	0,4%	1	0,8%	0,7%	1	0,4%	0,5%	1	0,4%	0,1%	1	1	1	1	1
	linikbekannt	4,4%	3,9%	1	4,6%	4,1%	1	2,2%	1,4%	1	1,5%	1,5%	1	1			
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	43,6%	44,2%	1	65,7%	65,9%	1	6,8%	8,3%	1	6,4%	7,2%	1	1			
	linikneu	2,3%	3,5%	0,064	2,9%	3,9%	1	2,2%	3,4%	1	1,8%	3,2%	0,578	1	0,002	0,016	
	linikbekannt	88,1%	88,1%	1	91,1%	91,0%	1	39,1%	43,5%	1	73,1%	65,7%	1	1			
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	42,5%	40,0%	0,023	41,7%	37,7%	0,003	43,8%	43,8%	1	43,5%	44,1%	1	1			
	linikneu	44,5%	44,3%	1	46,0%	45,9%	1	44,1%	43,4%	1	43,3%	43,5%	1	1	1	1	1
	linikbekannt	40,3%	35,4%	0,002	40,0%	34,3%	<0,001	42,0%	47,1%	1	46,3%	53,7%	1	1			

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

## Kinder und Jugendliche

Insgesamt kamen 3.620 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 3.620 Patienten verfügten über 3.030 Patienten (83,7 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 3.030 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 3.001 Patienten (99,0 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 4).

Dabei wurden Kontrollpatienten aus den fünf verfügbaren Kliniken sortiert nach den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen (vgl. Tabelle 5).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in Kohorte 1 und 3 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.

Unterschiede in der Verteilung der Referenzfälle ergaben sich lediglich in Kohorte 3, hier waren es mehr PIA-Fälle in der IG und weniger voll- und teilstationäre Fälle. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Prä-Zeitraum. Unter den klinikbekannten Patienten der ersten Kohorte hatte die IG signifikant weniger vertragsärztliche Fälle im Prä-Zeitraum.

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

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
<b>Gesamt</b>	<b>Jahr 1</b>	2.454	6.897	2.065 (84,1%)	5.606 (81,3%)	2.045 (83,3% ; 99,0%)	2.045 (29,7% ; 36,5%)
	<b>Jahr 2</b>	1.162	4.450	934 (80,4%)	3.603 (81,0%)	925 (79,6% ; 99,0%)	925 (20,8% ; 25,7%)
	<b>Jahr 3</b>	1.166	4.130	965 (82,8%)	3.411 (82,6%)	956 (82,0% ; 99,1%)	956 (23,1% ; 28,0%)
	<b>Gesamt</b>	4.782	15.477	3.964 (82,9%)	12.620 (81,5%)	3.926 (82,1% ; 99,0%)	3.926 (25,4% ; 31,1%)
<b>Klinikneu</b>	<b>Jahr 1</b>	827	3.107	637 (77,0%)	2.378 (76,5%)	636 (76,9% ; 99,8%)	636 (20,5% ; 26,7%)
	<b>Jahr 2</b>	737	3.074	582 (79,0%)	2.436 (79,2%)	579 (78,6% ; 99,5%)	579 (18,8% ; 23,8%)
	<b>Jahr 3</b>	695	2.831	565 (81,3%)	2.326 (82,2%)	560 (80,6% ; 99,1%)	560 (19,8% ; 24,1%)
	<b>Gesamt</b>	2.259	9.012	1.784 (79,0%)	7.140 (79,2%)	1.775 (78,6% ; 99,5%)	1.775 (19,7% ; 24,9%)
<b>Klinikbekannt</b>	<b>Kohorte 1</b>	1.627	3.790	1.428 (87,8%)	3.228 (85,2%)	1.409 (86,6% ; 98,7%)	1.409 (37,2% ; 43,6%)
	<b>Kohorte 2</b>	425	1.376	352 (82,8%)	1.167 (84,8%)	346 (81,4% ; 98,3%)	346 (25,1% ; 29,6%)
	<b>Kohorte 3</b>	471	1.299	400 (84,9%)	1.085 (83,5%)	396 (84,1% ; 99,0%)	396 (30,5% ; 36,5%)
	<b>Gesamt</b>	2.523	6.465	2.180 (86,4%)	5.480 (84,8%)	2.151 (85,3% ; 98,7%)	2.151 (33,3% ; 39,3%)

(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**

<b>Rangplatz der Kontroll- klinik</b>	<b>Score 0...100</b>	<b>Eingeschlos- sene Kontroll- patienten</b>
1	15,1	937
2	21,8	531
3	25,4	1064
4	26,2	394
5	26,2	1430

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

		Kohorte 1 - 3 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			p-Werte Kohorte 1 vs 3	
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG
Anzahl Patienten	gesamt	3.926	3.926		2.045	2.045		925	925		956	956			
	linikneu	1.775	1.775		636	636		579	579		560	560			
	linikbekannt	2.151	2.151		1.409	1.409		346	346		396	396			
Mittleres Alter	gesamt	11,6	11,8	0,128	11,5	11,8	0,278	11,8	11,9	1	11,7	11,9	1	1	
	linikneu	12,1	12,2	1	11,8	11,9	1	12,2	12,3	1	12,4	12,5	1	1	1
	linikbekannt	11,2	11,5	0,025	11,4	11,7	0,102	11,1	11,3	1	10,6	11,1	0,521	1	
Anteil Frauen	gesamt	39,3%	40,3%	1	36,0%	37,8%	1	42,8%	41,9%	1	43,0%	44,1%	1	1	
	linikneu	43,8%	45,2%	1	40,1%	43,9%	1	45,9%	45,1%	1	45,9%	46,8%	1	1	1
	linikbekannt	35,6%	36,3%	1	34,1%	35,0%	1	37,6%	36,7%	1	38,9%	40,4%	1	1	
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	54,8%	54,8%	1	68,9%	68,9%	1	37,4%	37,4%	1	41,4%	41,4%	1	1	
	linikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		<0,001	<0,001
	linikbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%			
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	87,8%	86,3%	0,453	91,2%	90,2%	1	83,2%	82,5%	1	84,8%	81,6%	0,598	1	
	linikneu	82,0%	84,1%	0,199	85,7%	85,8%	1	79,8%	82,9%	1	80,0%	83,4%	1	0,631	1
	linikbekannt	92,6%	88,1%	<0,001	93,7%	92,1%	0,864	89,0%	81,8%	0,088	91,7%	79,0%	<0,001	0,125	
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	10,8%	10,8%	1	7,1%	7,2%	1	15,7%	14,8%	1	14,0%	14,4%	1	1	
	linikneu	17,7%	14,9%	0,071	14,2%	12,6%	1	19,9%	16,4%	1	19,6%	15,9%	1	1	1
	linikbekannt	5,1%	7,4%	0,021	3,9%	4,8%	1	8,7%	12,1%	1	6,1%	12,4%	0,019	1	
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	1,4%	3,0%	<0,001	1,7%	2,6%	0,536	1,1%	2,7%	0,169	1,2%	4,0%	0,002	0,134	
	linikneu	0,3%	1,0%	0,527	0,2%	1,6%	0,139	0,3%	0,7%	1	0,4%	0,7%	1	1	0,411
	linikbekannt	2,4%	4,6%	<0,001	2,4%	3,1%	1	2,3%	6,1%	0,183	2,3%	8,6%	0,001	0,005	
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			
	linikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			
	linikbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%			
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	3,5%	3,7%	1	5,6%	6,1%	1	0,9%	1,0%	1	1,8%	1,3%	1	1	
	linikneu	1,6%	1,4%	1	1,6%	1,4%	1	0,9%	1,0%	1	2,3%	1,8%	1	1	1
	linikbekannt	5,2%	5,6%	1	7,4%	8,2%	1	0,9%	0,9%	1	1,0%	0,5%	1	1	
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,7%	1,6%	1	2,7%	2,7%	1	0,6%	0,5%	1	0,5%	0,4%	1		
	linikneu	0,6%	0,6%	1	0,2%	0,3%	1	0,7%	0,7%	1	0,9%	0,7%	1	1	1
	linikbekannt	2,6%	2,5%	1	3,8%	3,8%	1	0,6%	0,3%	1	0,0%	0,0%			
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	51,5%	51,8%	1	63,7%	64,3%	1	35,5%	34,5%	1	41,1%	42,1%	1	1	
	linikneu	1,6%	2,7%	0,153	1,7%	3,3%	0,857	1,7%	1,9%	1	1,4%	2,9%	1	1	<0,001
	linikbekannt	92,7%	92,4%	1	91,6%	91,8%	1	91,9%	89,0%	1	97,2%	97,5%	1	1	
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	43,1%	45,2%	0,188	43,0%	46,0%	0,532	39,9%	41,9%	1	46,3%	46,8%	1	1	
	linikneu	41,8%	41,4%	1	41,7%	39,8%	1	37,5%	38,3%	1	46,4%	46,4%	1	1	0,519
	linikbekannt	44,2%	48,4%	0,012	43,6%	48,8%	0,059	43,9%	48,0%	1	46,2%	47,2%	1	0,570	

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur; für Kohorte 3 entfällt die Unterscheidung in klinikneu 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 Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH

Das Modellvorhaben nach § 64b SGB V am Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH begann zum 01.01.2016 mit einer Laufzeit von acht Jahren.

Am Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 189 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 69 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kommen 85 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 51 in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Allgemeine Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V.

Laut der projektbezogenen Befragung hat das Klinikum keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts. Aufgrund der Beteiligung einer großen Anzahl von Krankenkassen gibt das Klinikum an, dass alle Patienten des Klinikums Modellcharakter laut § 64b SGB V erfahren. Die Allgemeine Psychiatrie hatte einen Vorläufervertrag (IV-Vertrag mit der BARMER ab 2012). Folgende Module wurden durch das Klinikum im Jahr 2017 (2. Moduljahr) angeboten: ambulante-Akut-Behandlung (AAB), sektorenübergreifende Therapieplanung und –durchführung, Krisenmanagement / Notfallbehandlung (Bestandteil des individuellen Behandlungsplans), Case Management (Bestandteil des individuellen Behandlungsplans) und sektorenübergreifende Sitzungen/Fallkonferenzen (bedarfsabhängig und mit komplementären Einrichtungen, Kooperationspartnern, Jugendämtern, etc.).

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

## 8. Ergebnisse: Effektivität

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

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

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

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

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

## 8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

Zeitpunkt der Erfassung: Tag des Einschlusses in die Evaluation.

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

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

- nicht näher bezeichnete Demenz (F03)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07)
- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)
- depressive Episoden (F32)
- rezidivierende depressive Störungen (F33)
- andere Angststörungen (F41) und
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (Tabelle 7).

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	68,2 %	70,2 %
• Zwei Diagnosen	27,7 %	25,1 %
• Drei Diagnosen	3,7 %	3,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	1,0 %

Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F03 & F07 / KG: F32 & F41	35	25
2. IG: F32 & F41 / KG: F03 & F07	24	25
3. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F33	19	20

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	68,5 %	69,2 %
• Zwei Diagnosen	26,6 %	24,9 %
• Drei Diagnosen	4,4 %	4,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F41	68	68
2. IG: F03 & F07 / KG: F33 & F45	57	49
3. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F33	45	47

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	63,7 %	66,3 %
• Zwei Diagnosen	32,5 %	27,2 %
• Drei Diagnosen	3,6 %	5,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	1,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F41	29	29
2. IG: F10 & F33 / KG: F32 & F41	19	22
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F45	19	21

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

Ca. 80 % der eingeschlossenen jungen Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschlusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 8).

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

- depressive Episoden (F32)
  - phobische Störungen (F40)
  - Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
  - hyperkinetische Störungen (F90)
  - Störungen des Sozialverhaltens (F91)
  - emotionale Störungen des Kindesalters (F93) und
  - andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)
- (Tabelle 8).

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>636</b>	<b>636</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	84,1 %	87,1 %
• Zwei Diagnosen	14,6 %	11,9 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	14	12
2. F93 & F98	8	7
3. F43 & F93	5	7

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	78,9 %	77,7 %
• Zwei Diagnosen	19,2 %	19,5 %

• Drei Diagnosen	1,9 %	2,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	42	47
2. F93 & F98	26	26
3. IG: F91 & F93 / KG: F32 & F40	14	13

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
<b>Gesamtzahl (n)</b>	<b>956</b>	<b>956</b>
Referenzdiagnosen (%)		
• Einfach-Diagnosen (Population I) <sup>1</sup>	82,3 %	86,2 %
• Zwei Diagnosen	16,2 %	11,6 %
• Drei Diagnosen	1,4 %	2,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	14	16
2. IG: F90 & F93 / KG: F32 & F93	13	10
3. IG: F32 & F93 / KG: F93 & F98	12	9

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

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		
--------------------------------------	--	--

Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	711	731	1.042	1.042
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	3,0 %	1,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,9 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,5 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,0 %	3,4 %	6,2 %	5,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,7 %	2,3 %	10,0 %	7,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,5 %	13,4 %	16,1 %	15,8 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,7 %	7,1 %	7,2 %	5,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	52,7 %	51,4 %	54,6 %	56,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,8 %	11,4 %	13,4 %	14,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	1,1 %	3,4 %	4,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	6,0 %	6,8 %	13,4 %	15,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,4 %	1,2 %	1,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,0 %	1,0 %	1,8 %	2,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,4 %	0,9 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,1 %	1,1 %	1,4 %	1,8 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	48,5	48,4	50,3	48,9
• Median	49	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(34 - 59)	(34 - 60)	(35 - 63)	(33 - 60)
Geschlecht (%)				
• Frauen	54,0 %	55,0 %	54,4 %	55,9 %
• Männer	46,0 %	45,0 %	45,6 %	44,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	33,1 %	44,7 %	37,9 %	49,0 %
• PIA	66,9 %	55,3 %	62,1 %	51,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	1,4 %	0,5 %	1,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,7 %	9,0 %	7,2 %	9,0 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	10,0 %	12,3 %	9,8 %	12,2 %
• Abitur/Fachabitur	7,6 %	8,8 %	7,5 %	7,8 %
• Abschluss unbekannt	11,1 %	8,6 %	11,3 %	9,7 %
• Fehlende Angabe	63,0 %	59,9 %	63,7 %	59,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,0 %	6,4 %	6,0 %	6,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,6 %	21,6 %	17,8 %	21,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,6 %	1,1 %	1,7 %
• Bachelor	1,1 %	0,5 %	0,8 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,1 %	3,3 %	2,6 %	2,8 %



<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion</li> <li>Abschluss unbekannt</li> <li>Fehlende Angabe</li> </ul>	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
	7,7 %	6,2 %	7,8 %	7,2 %
	63,0 %	59,9 %	63,7 %	59,9 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ja</li> <li>Nein</li> <li>Fehlende Angabe</li> </ul>	9,1 %	11,4 %	14,3 %	13,0 %
	72,4 %	64,3 %	69,3 %	63,1 %
	18,4 %	24,4 %	16,4 %	23,9 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
<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>	25,6 %	27,2 %	27,4 %	28,5 %
	14,2 %	15,7 %	15,2 %	18,3 %
	60,2 %	57,0 %	57,4 %	53,2 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitglied</li> <li>Familienversicherter</li> <li>Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>Fehlende Angabe</li> </ul>	57,8 %	58,1 %	54,4 %	57,0 %
	11,4 %	9,3 %	10,3 %	8,9 %
	29,4 %	28,5 %	33,1 %	30,4 %
	1,4 %	4,1 %	2,2 %	3,6 %

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

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Population</b>				
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	1.763	1.782	2.575	2.575
<b>Referenzdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>F 00 (Demenz)</li> <li>F 01 (Vaskuläre Demenz)</li> <li>F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)</li> <li>F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)</li> <li>F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)</li> <li>F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)</li> <li>F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)</li> <li>F 30-39 (Affektive Störungen)</li> <li>F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)</li> <li>F 45 (Somatoforme Störungen)</li> <li>F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)<sup>4</sup></li> <li>F 50 (Essstörungen)</li> </ul>	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %
	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %
	3,1 %	3,7 %	5,7 %	5,2 %
	0,7 %	1,7 %	3,7 %	4,4 %
	4,8 %	5,1 %	10,2 %	10,7 %
	25,6 %	26,2 %	21,9 %	22,0 %
	46,9 %	46,7 %	52,8 %	53,2 %
	2,7 %	2,6 %	6,6 %	6,6 %
	1,2 %	0,6 %	5,6 %	5,1 %
	5,6 %	5,4 %	14,7 %	14,6 %
	0,4 %	0,1 %	1,4 %	1,3 %

<ul style="list-style-type: none"> <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>	1,5 %	1,2 %	3,2 %	3,5 %
Alter <sup>1</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	51,7 52 (40 - 62)	54,2 53 (42 - 65)	52,4 53 (41 - 63)	53,8 53 (42 - 65)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frauen</li> <li>• Männer</li> </ul>	57,2 % 42,8 %	58,2 % 41,8 %	58,6 % 41,4 %	58,4 % 41,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• stationär</li> <li>• PIA</li> </ul>	5,7 % 94,3 %	7,9 % 92,1 %	6,1 % 93,9 %	9,0 % 91,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ohne Schulabschluss</li> <li>• Haupt-/Volksschulabschluss</li> <li>• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss</li> <li>• Abitur/Fachabitur</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	0,4 % 4,8 % 7,9 % 4,8 % 9,5 % 72,7 %	1,3 % 4,3 % 6,9 % 4,8 % 8,0 % 74,7 %	0,3 % 4,7 % 7,7 % 4,9 % 9,3 % 73,0 %	1,3 % 4,6 % 6,9 % 4,6 % 7,7 % 74,9 %
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>	3,9 % 14,1 % 0,6 % 0,1 % 1,6 % 0,0 % 7,0 % 72,7 %	4,0 % 12,9 % 1,0 % 0,2 % 1,2 % 0,2 % 5,8 % 74,7 %	4,0 % 13,8 % 0,5 % 0,1 % 1,6 % 0,0 % 6,9 % 73,0 %	4,0 % 12,6 % 0,9 % 0,2 % 1,4 % 0,1 % 5,9 % 74,9 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	15,1 % 69,7 % 15,2 %	20,4 % 54,1 % 25,5 %	16,3 % 68,3 % 15,5 %	20,1 % 54,6 % 25,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A: Nur Diagnostikkriterium<sup>2</sup></li> <li>• B: Diagnostikkriterium<sup>2</sup> und Dauerkriterium<sup>3</sup></li> <li>• Weder A noch B</li> </ul>	22,3 % 56,2 % 21,5 %	19,7 % 58,8 % 21,5 %	22,7 % 56,7 % 20,7 %	19,0 % 60,3 % 20,7 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	43,4 % 8,3 % 46,4 % 1,9 %	45,9 % 6,3 % 45,5 % 2,2 %	43,5 % 7,5 % 47,0 % 2,0 %	44,4 % 6,3 % 46,6 % 2,6 %

<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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	664	691	1.042	1.042
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	1,1 %	2,5 %	7,4 %	6,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,6 %	1,0 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,0 %	0,9 %	0,6 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,8 %	3,9 %	5,2 %	4,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	2,0 %	2,6 %	9,5 %	7,4 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,0 %	13,5 %	15,8 %	16,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,8 %	8,5 %	6,7 %	7,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	45,6 %	45,0 %	52,9 %	53,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,1 %	12,9 %	14,3 %	14,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,1 %	4,3 %	4,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	6,8 %	7,1 %	14,3 %	16,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,5 %	0,1 %	1,0 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,8 %	0,3 %	1,9 %	2,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,2 %	0,6 %	1,2 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,5 %	0,4 %	0,6 %	0,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,0 %	1,9 %	2,3 %	2,9 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	48,1	48,9	51,0	50,0
• Median	48	48	51	50
• (Interquartilsabstand)	(31 - 61)	(33 - 62)	(34 - 68)	(34 - 64)
Geschlecht (%)				
• Frauen	52,7 %	52,5 %	53,9 %	54,0 %
• Männer	47,3 %	47,5 %	46,1 %	46,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	36,4 %	47,2 %	42,1 %	50,1 %
• PIA	63,6 %	52,8 %	57,9 %	49,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	1,0 %	0,3 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	6,9 %	6,7 %	6,5 %	6,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	11,0 %	11,0 %	10,7 %	10,1 %
• Abitur/Fachabitur	6,3 %	6,5 %	5,8 %	6,4 %
• Abschluss unbekannt	8,9 %	6,8 %	8,6 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	66,6 %	68,0 %	68,1 %	68,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				

• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,9 %	5,6 %	6,6 %	5,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	16,7 %	16,8 %	15,7 %	16,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	1,3 %	0,8 %	1,2 %
• Bachelor	0,6 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	2,1 %	2,0 %	1,8 %	1,9 %
• Promotion	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	6,3 %	5,5 %	6,4 %	6,0 %
• Fehlende Angabe	66,6 %	68,0 %	68,1 %	68,6 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
• Ja	15,1 %	13,0 %	19,1 %	16,5 %
• Nein	69,1 %	63,1 %	65,5 %	59,6 %
• Fehlende Angabe	15,8 %	23,9 %	15,4 %	23,9 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	25,3 %	26,0 %	26,9 %	27,4 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	13,4 %	16,2 %	16,7 %	19,0 %
• Weder A noch B	61,3 %	57,7 %	56,4 %	53,6 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
• Mitglied	59,8 %	59,9 %	55,6 %	58,4 %
• Familienversicherter	12,0 %	9,7 %	9,9 %	8,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	27,3 %	28,4 %	33,3 %	31,5 %
• Fehlende Angabe	0,9 %	2,0 %	1,2 %	1,8 %

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

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

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

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

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

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		
--------------------------------------	--	--

Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>				
<b>Gesamtzahl (n)</b>	535	554	636	636
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,2 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	13,8 %	13,5 %	15,6 %	16,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,6 %	14,1 %	15,1 %	14,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,2 %	0,4 %	1,4 %	0,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	5,0 %	4,0 %	6,6 %	6,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,9 %	1,1 %	1,3 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,3 %	0,5 %	1,6 %	0,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,9 %	2,3 %	2,7 %	2,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	62,4 %	63,2 %	64,6 %	65,1 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	11,8	11,9	11,8	11,9
• Median	12	12	12	12
• (Interquartilsabstand)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	41,1 %	43,1 %	40,1 %	43,4 %
• Männer	58,9 %	56,9 %	59,9 %	56,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	12,5 %	12,1 %	14,3 %	14,2 %
• PIA	87,5 %	87,9 %	85,7 %	85,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,8 %	0,4 %	2,5 %	0,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,2 %	3,2 %	5,0 %	3,6 %
• Abitur/Fachabitur	5,8 %	4,2 %	6,0 %	3,6 %
• Abschluss unbekannt	3,0 %	2,7 %	3,1 %	2,8 %
• Fehlende Angabe	83,2 %	89,4 %	83,3 %	89,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,6 %	1,8 %	2,4 %	1,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	7,1 %	4,5 %	7,2 %	4,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	1,1 %	0,8 %	1,1 %
• Bachelor	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,4 %	1,3 %	3,3 %	1,1 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotion</li> <li>• Abschluss unbekannt</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	0,6 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
	2,6 %	1,1 %	2,5 %	1,4 %
	83,2 %	89,4 %	83,3 %	89,3 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	2,4 %	2,9 %	3,0 %	3,1 %
	77,2 %	70,0 %	76,4 %	70,6 %
	20,4 %	27,1 %	20,6 %	26,3 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
<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>	9,0 %	7,9 %	9,4 %	8,5 %
	0,2 %	1,4 %	0,2 %	1,3 %
	90,8 %	90,6 %	90,4 %	90,3 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	7,1 %	5,8 %	6,6 %	5,8 %
	85,0 %	86,5 %	85,2 %	85,2 %
	4,7 %	3,6 %	5,2 %	4,1 %
	3,2 %	4,2 %	3,0 %	4,9 %

<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 – Kinder und Jugendliche**

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	1.111	1.095	1.409	1.409
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	6,8 %	6,5 %	9,0 %	8,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 %	6,3 %	6,2 %	6,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,4 %	1,0 %	1,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	3,2 %	2,7 %	5,0 %	5,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,8 %	1,5 %	1,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	1,6 %	3,1 %	3,9 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,3 %	2,9 %	3,0 %	3,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	79,2 %	78,4 %	80,1 %	79,8 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	11,3	11,6	11,4	11,7
• Median	11	11	11	11
• (Interquartilsabstand)	(8 - 14)	(9 - 15)	(9 - 14)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	34,9 %	36,2 %	34,1 %	34,9 %
• Männer	65,1 %	63,8 %	65,9 %	65,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	4,3 %	5,8 %	6,3 %	7,9 %
• PIA	95,7 %	94,2 %	93,7 %	92,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,8 %	2,3 %	2,6 %	2,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,1 %	4,7 %	5,6 %	4,5 %
• Abitur/Fachabitur	5,0 %	4,7 %	5,1 %	4,6 %
• Abschluss unbekannt	3,2 %	3,2 %	3,3 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	83,8 %	84,7 %	83,4 %	85,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,5 %	1,9 %	2,3 %	1,8 %

<ul style="list-style-type: none"> <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>	6,9 %	7,0 %	7,7 %	6,7 %
	1,0 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %
	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
	3,2 %	2,3 %	2,9 %	2,1 %
	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
	2,5 %	2,7 %	2,6 %	2,6 %
	83,8 %	84,7 %	83,4 %	85,5 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> <li>• Nein</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	4,1 %	5,2 %	4,8 %	6,1 %
	70,4 %	61,0 %	69,5 %	59,2 %
	25,5 %	33,8 %	25,8 %	34,7 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
<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>	9,4 %	9,4 %	9,4 %	10,5 %
	0,9 %	1,6 %	1,1 %	1,9 %
	89,7 %	89,0 %	89,5 %	87,6 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitglied</li> <li>• Familienversicherter</li> <li>• Rentner und deren Familienangehörige</li> <li>• Fehlende Angabe</li> </ul>	5,3 %	5,2 %	5,0 %	5,3 %
	89,3 %	89,6 %	89,4 %	89,6 %
	3,1 %	3,6 %	3,3 %	3,7 %
	2,3 %	1,6 %	2,3 %	1,4 %

<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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
<b>Gruppe</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Gesamtzahl (n)</b>	787	824	956	956
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	14,7 %	14,2 %	17,5 %	16,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	9,3 %	10,0 %	9,7 %	10,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,2 %	0,9 %	0,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) <sup>4</sup>	5,5 %	4,0 %	7,2 %	7,2 %
• F 50 (Essstörungen)	1,1 %	1,6 %	2,0 %	1,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,6 %	1,0 %	1,7 %	2,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,3 %	2,2 %	2,4 %	2,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	65,7 %	66,5 %	68,1 %	68,0 %
Alter <sup>1</sup>				
• Mittelwert	11,6	11,8	11,7	11,9
• Median	12	12	12	12
• (Interquartilsabstand)	(8 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	42,2 %	44,3 %	43,0 %	44,0 %
• Männer	57,8 %	55,7 %	57,0 %	56,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	11,6 %	15,0 %	15,2 %	18,4 %
• PIA	88,4 %	85,0 %	84,8 %	81,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,3 %	0,5 %	0,2 %	0,5 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,9 %	1,5 %	2,9 %	1,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,6 %	5,7 %	5,4 %	5,2 %
• Abitur/Fachabitur	6,4 %	5,0 %	6,3 %	5,3 %
• Abschluss unbekannt	4,1 %	3,3 %	4,4 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	80,8 %	84,1 %	80,8 %	84,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				

• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,3 %	2,8 %	2,2 %	2,6 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,4 %	6,2 %	8,2 %	6,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,9 %	1,1 %	1,0 %	1,3 %
• Bachelor	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	4,2 %	3,4 %	4,0 %	3,5 %
• Promotion	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
• Abschluss unbekannt	3,2 %	1,9 %	3,5 %	1,9 %
• Fehlende Angabe	80,8 %	84,1 %	80,8 %	84,1 %
<b>Pflegestufe (%)</b>				
• Ja	2,2 %	3,0 %	4,0 %	3,5 %
• Nein	75,7 %	68,3 %	73,8 %	67,4 %
• Fehlende Angabe	22,1 %	28,6 %	22,2 %	29,2 %
<b>Schwere psychische Störungen (%)</b>				
• A: Nur Diagnostikkriterium <sup>2</sup>	11,1 %	9,6 %	11,8 %	10,6 %
• B: Diagnostikkriterium <sup>2</sup> und Dauerkriterium <sup>3</sup>	0,4 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
• Weder A noch B	88,6 %	89,8 %	87,6 %	88,8 %
<b>Versicherungsstatus (%)</b>				
• Mitglied	6,0 %	9,1 %	6,0 %	9,3 %
• Familienversicherter	90,7 %	86,9 %	90,8 %	86,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,3 %	3,9 %	3,2 %	3,8 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %

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

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

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

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

## 8.2 Ergebnisse Outcomeparameter

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.011</b>	<b>1.011</b>	<b>942</b>	<b>917</b>	<b>1.002</b>	<b>1.002</b>	<b>956</b>	<b>931</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	7,3 %	24,0 %	11,1 %	11,5 %	8,1 %	28,9 %	12,6 %	11,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,7 %	2,4 %	1,5 %	1,3 %	1,0 %	1,8 %	1,4 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,5 %	15,0 %	8,7 %	8,8 %	12,5 %	14,3 %	10,5 %	8,8 %
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)	2,1	16,4	4,0	3,4	2,1	20,3	3,8	4,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,4	5,4	1,2	1,4	0,2	6,7	1,1	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	2,5	21,9	5,2	4,8	2,3	27,0	4,9	5,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,6	0,4	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,2	0,5	0,4	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	1,9	1,2	0,9	1,5	1,6	1,3	1,0

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

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

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



**Erwachsene, Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>2.533</b>	<b>2.533</b>	<b>2.455</b>	<b>2.388</b>	<b>2.539</b>	<b>2.539</b>	<b>2.441</b>	<b>2.351</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	17,3 %	14,8 %	12,6 %	10,9 %	17,3 %	16,1 %	14,8 %	14,1 %
	2,4 %	2,2 %	1,6 %	1,4 %	3,0 %	2,2 %	1,8 %	1,7 %
	9,5 %	11,0 %	10,1 %	10,2 %	13,1 %	13,4 %	12,9 %	12,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	6,7	6,3	4,6	3,9	6,3	8,2	6,3	6,4
	1,6	2,6	1,6	1,3	1,4	1,9	0,8	0,8
	8,3	8,9	6,2	5,3	7,7	10,0	7,1	7,2
	0,8	0,6	0,4	0,4	0,8	0,7	0,5	0,4
	0,7	0,6	0,3	0,4	0,8	0,7	0,5	0,4
	1,1	1,5	1,2	1,1	1,5	1,6	1,6	1,7

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

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

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

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

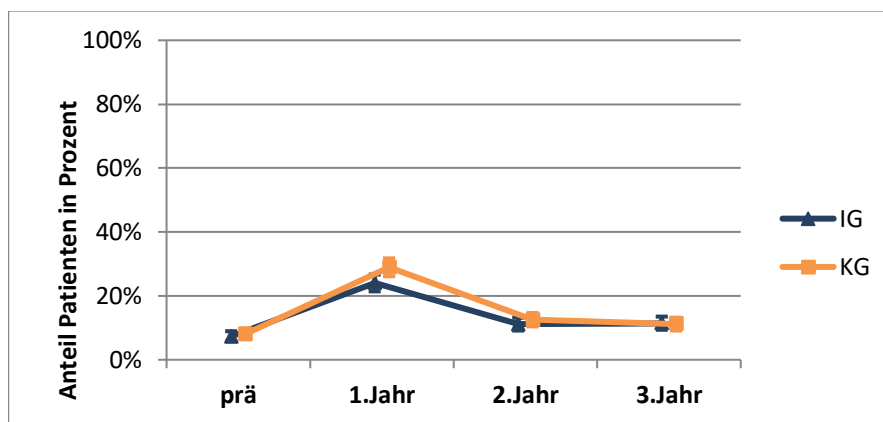
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

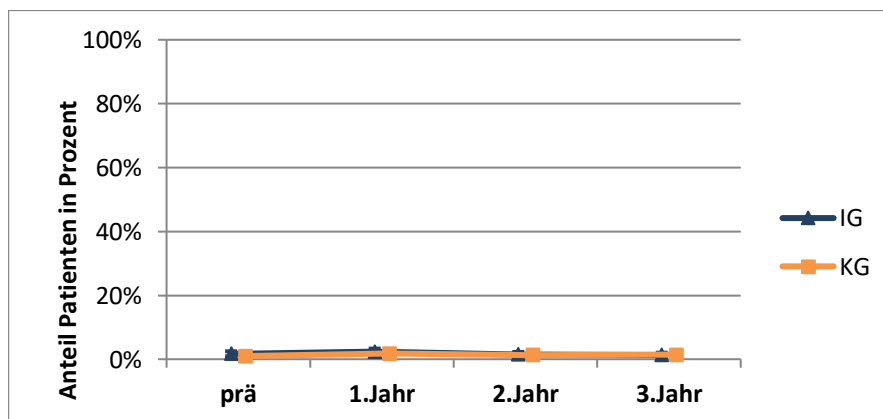
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

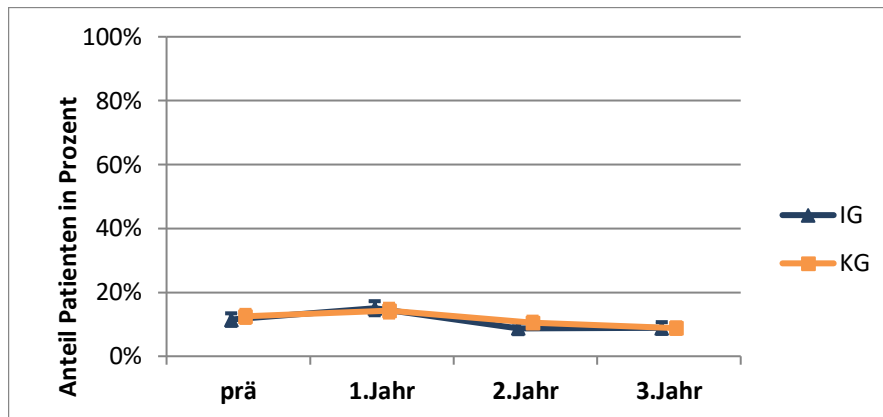
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

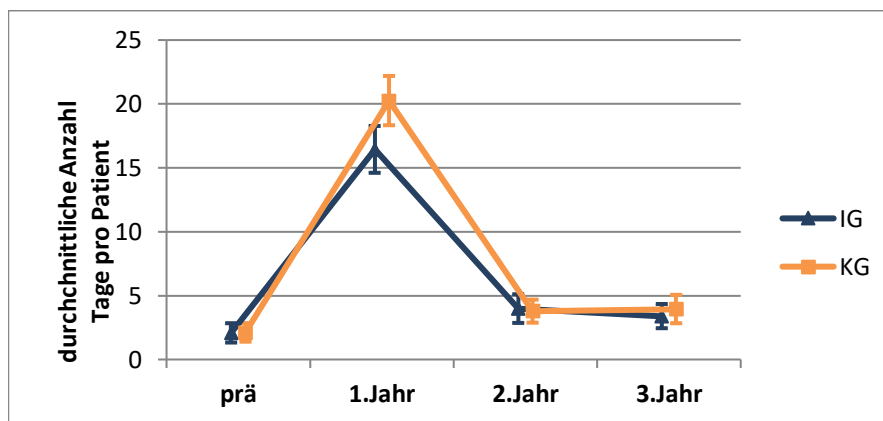


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

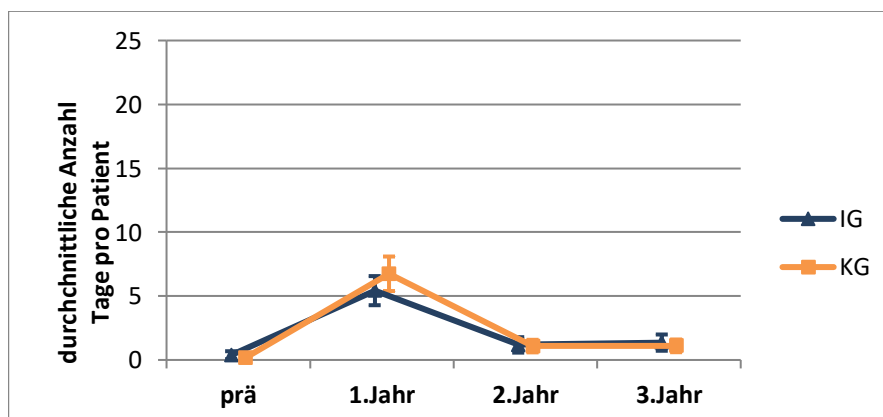


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

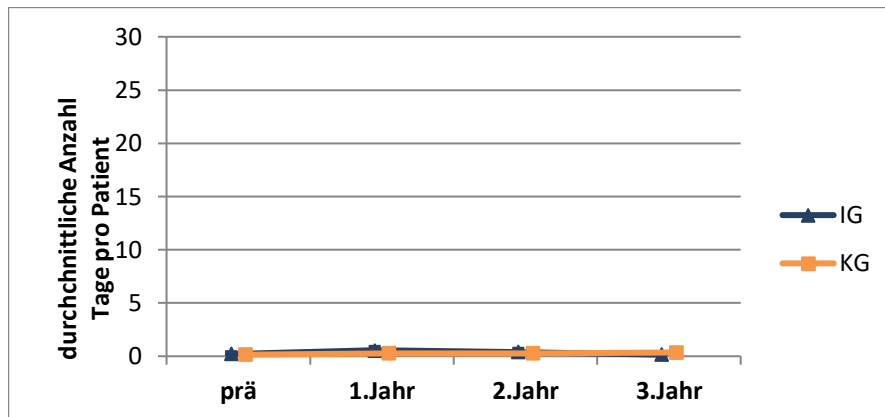
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



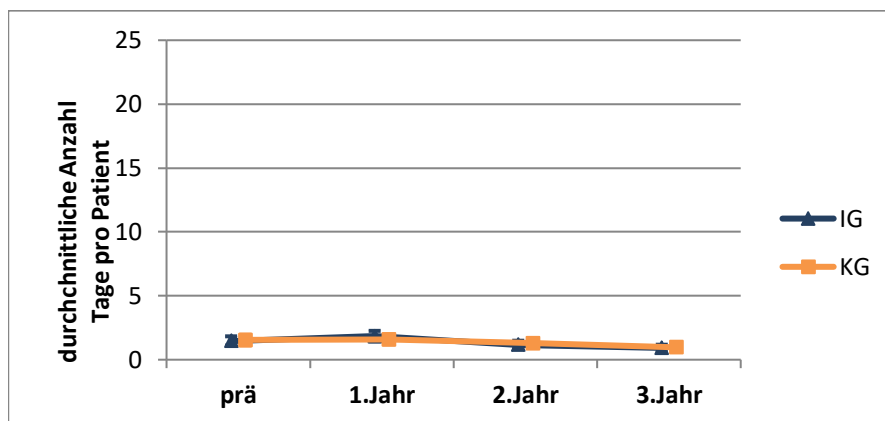
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



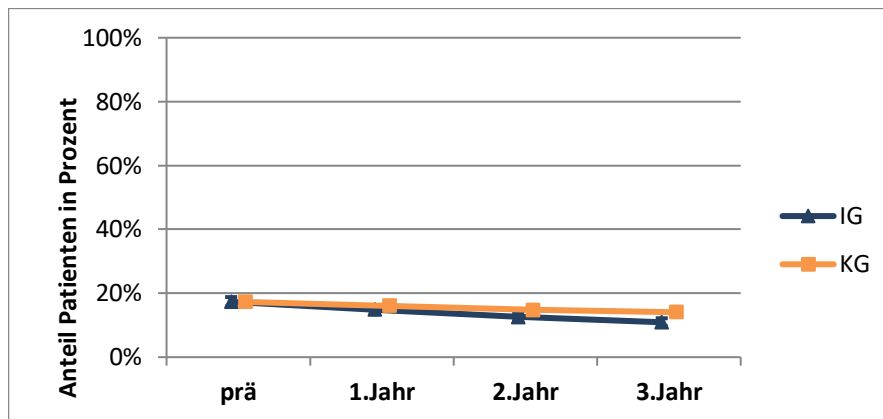
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

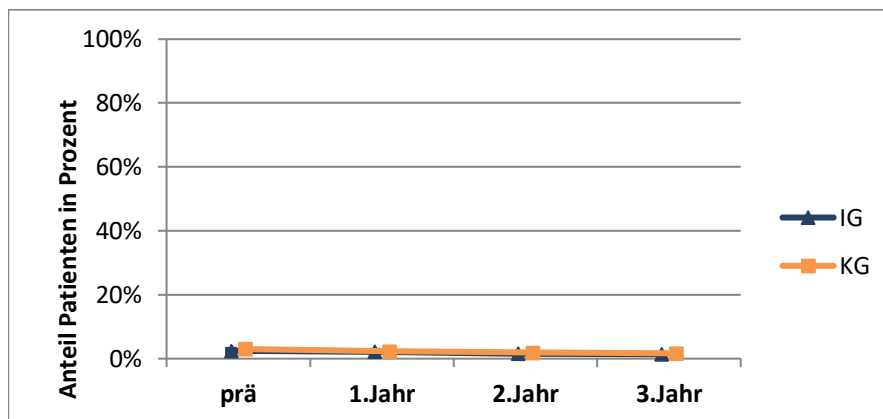
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

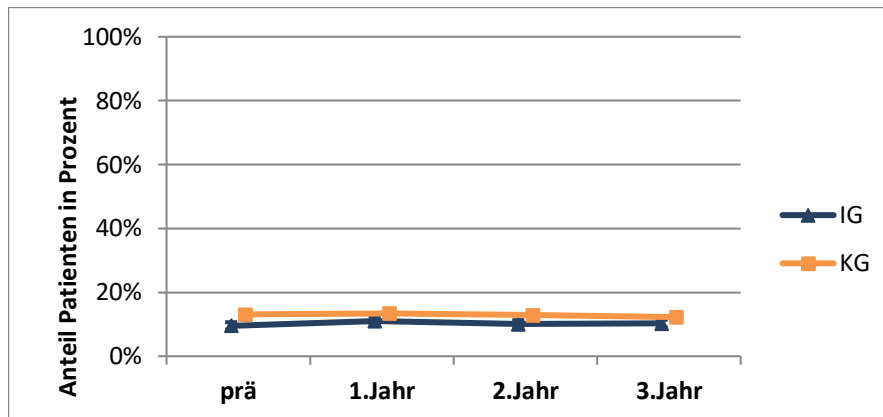
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

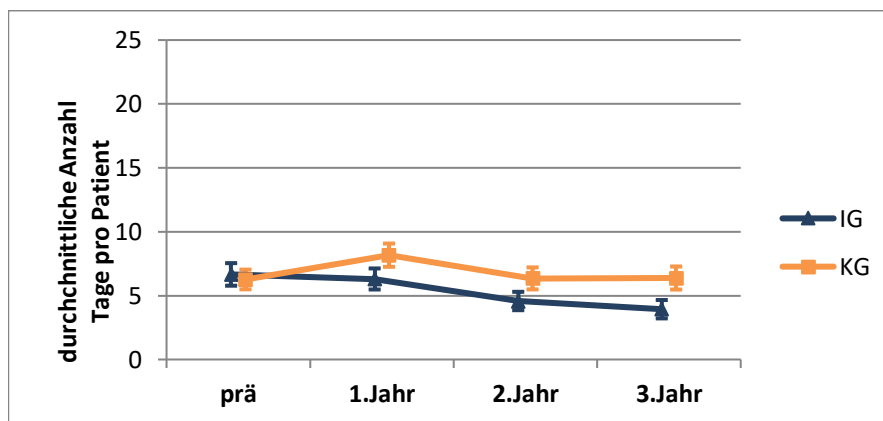


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

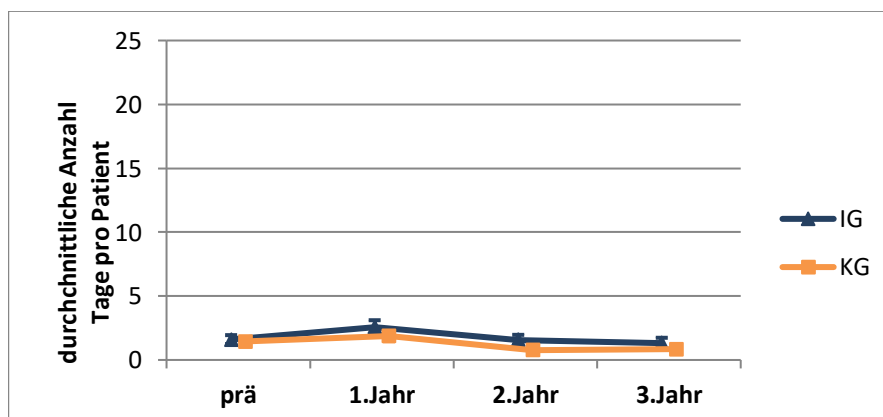


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

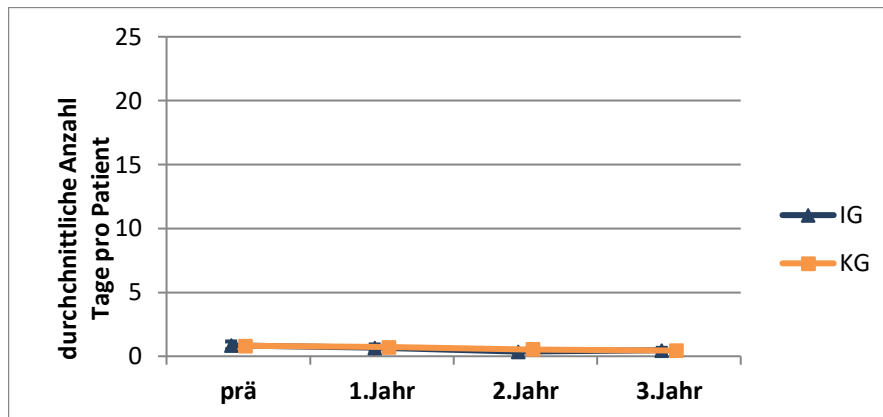
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



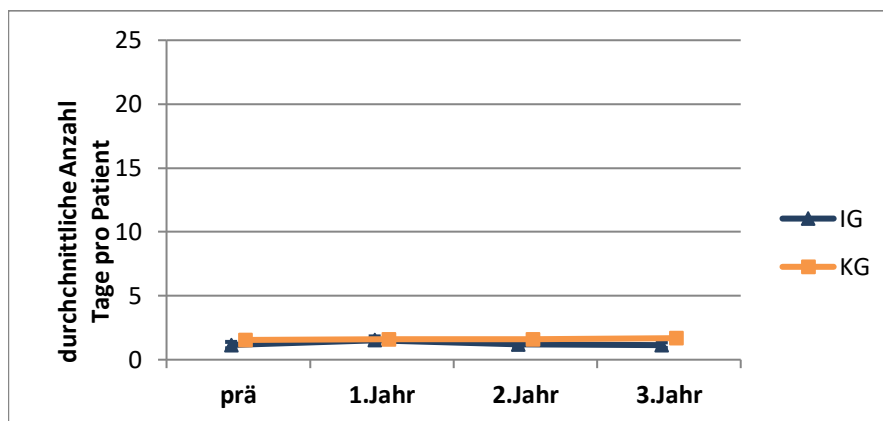
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 1.011, KG = 1.002;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 2.533, KG = 2.539).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den Klinikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 2,1; KG: 2,1 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (IG: 16,4; KG: 20,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (IG: 4,0 und 3,4 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,8 und 4,0 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall war dabei in der IG um 3,8 vollstationäre Tage geringer als in der KG. Ansonsten war das Niveau der vollstationären Behandlungstage zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Auch hier war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG niedriger als in der KG (IG: 5,4 teilstationäre Tage; KG: 6,7 teilstationäre Tage) und in den restlichen Jahren vergleichbar (prä: +0,2; 1. Jahr: -1,3; 2. Jahr: +0,1; 3. Jahr: +0,3 teilstationäre Tage).

Bei den Klinikbekannten Patienten war eine kontinuierliche Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in der IG ersichtlich. In der KG war hingegen im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst ein leichter Anstieg und in den folgenden Jahren ein Absinken auf das Niveau des Jahres vor Referenzfalls erkennbar. Daher waren ab dem Jahr nach Referenzfall die Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG stets geringer (prä: +0,4; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -1,8; 3. Jahr: -2,4 vollstationäre Tage). Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte im teilstationären Bereich war hier zwischen IG und KG vergleichbar, wobei Patienten der IG stets etwas mehr teilstationäre Behandlungstage aufwiesen (prä: +0,1, 1. Jahr: +0,7; 2. Jahr: +0,8; 3. Jahr: +0,5). Größere Veränderungen über die Zeit waren zwischen IG und KG nicht ersichtlich.

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

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt war bei den Klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall noch geringer und glich sich im dritten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG an (prä: -0,8; 1. Jahr: -4,9; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: +0,3 %-Punkte). Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG (IG: +16,7; KG: +20,9 %-Punkte). Bei den Klinikbekannten Patienten war dieser Anteil im Jahr vor Referenzfall vergleichbar, sank aber in der IG stärker als in der KG (prä: +0,0; 1. Jahr: -1,3; 2. Jahr: -2,2; 3. Jahr: -3,1 %-Punkte).



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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	5,5 %	29,7 %	6,9 %	29,8 %
	2,2 %	2,7 %	3,9 %	3,3 %
	12,0 %	14,6 %	15,5 %	15,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3,4</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	1,3	16,8	2,2	21,6
	0,1	8,1	0,1	7,1
	1,4	24,9	2,2	28,6
	0,7	0,5	1,0	1,0
	0,6	0,4	0,9	1,0
	1,6	2,0	1,7	2,0

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

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

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

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

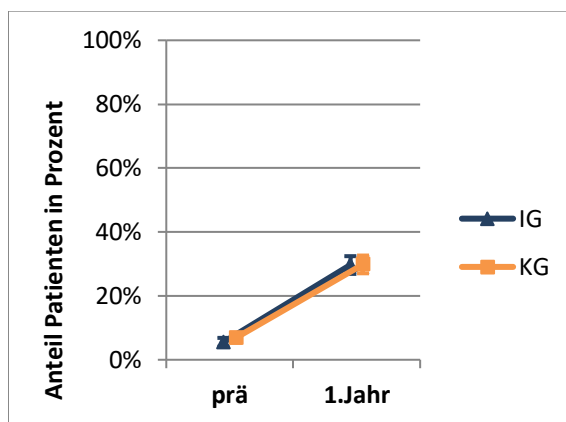
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

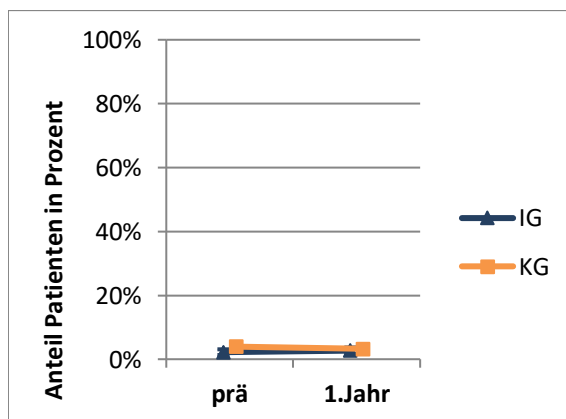
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

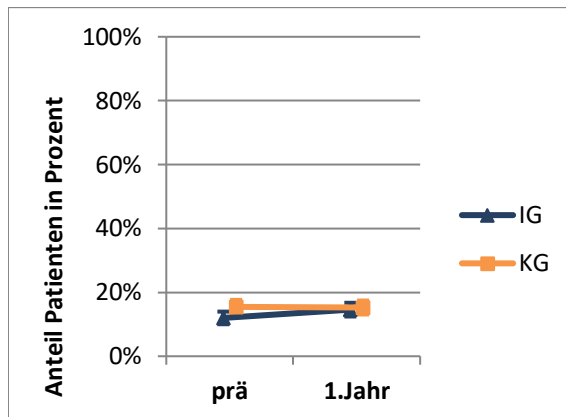
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

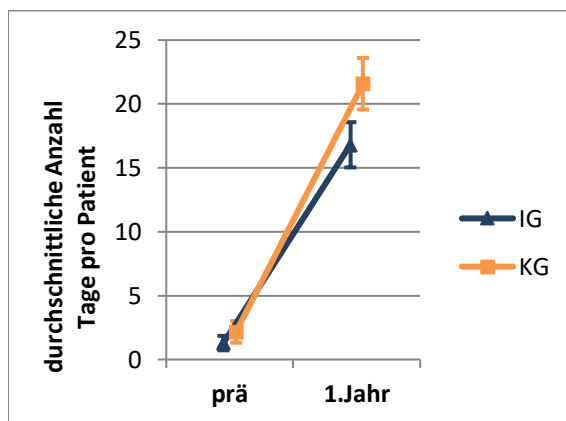


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

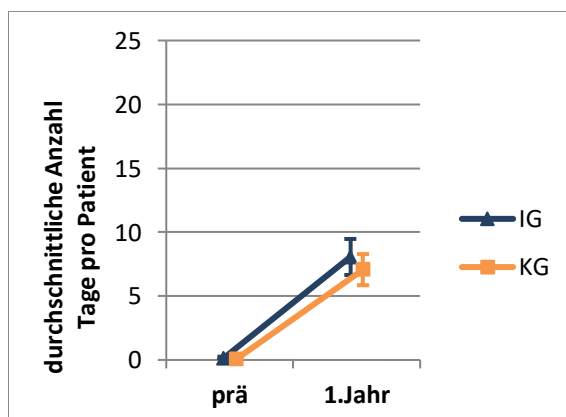


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

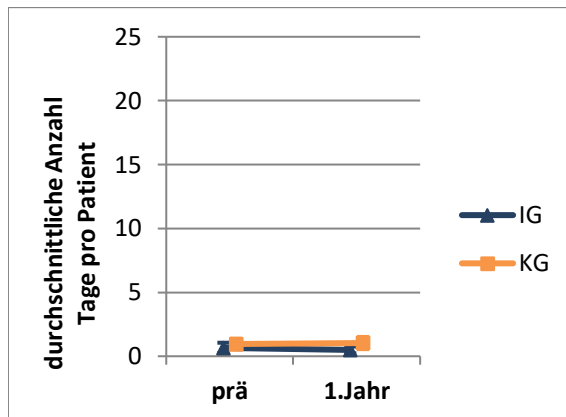
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



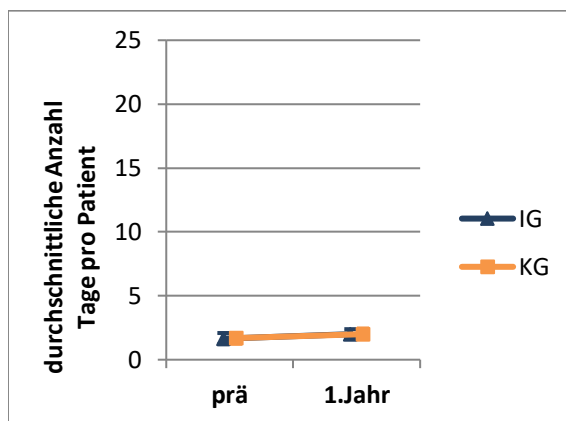
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 1.042 pro Gruppe) zeigten sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen ein statistisch signifikant geringerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG im Vergleich zur KG (DiD = -3,9 vollstationäre Tage) (IG: +15,5; KG: +19,4 vollstationäre Tage). Der Anstieg teilstationärer Behandlungsdauer war in der IG nur leicht höher als in der KG (IG: +7,9; KG: +7,0 teilstationäre Tage). Auch der Anstieg von vollstationären Aufenthalten aufgrund anderer F-Diagnosen war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG, auch wenn dieser Unterschied numerisch geringer ausfiel (DiD = -0,2 vollstationäre Tage).

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt aufgrund von Indexdiagnose als Hauptdiagnose stieg in diesem Zeitraum in der IG etwas höher an als in der KG (IG: +24,2; KG: +22,9 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>607</b>	<b>607</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	2,9 %	18,5 %	8,6 %	6,5 %	3,5 %	22,7 %	10,0 %	8,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,2 %	0,6 %	0,8 %	0,6 %	1,2 %	1,5 %	1,3 %	1,6 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,6 %	2,6 %	1,1 %	1,8 %	1,6 %	2,3 %	1,8 %	1,3 %
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)	0,8	11,1	2,6	2,0	1,2	12,2	3,6	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,1	5,5	1,8	1,0	0,2	7,9	1,8	2,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	0,9	16,6	4,4	3,0	1,3	20,1	5,4	5,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,3	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	0,3	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)

**Kinder, Klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>1.358</b>	<b>1.358</b>	<b>1.357</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	10,8 %	10,8 %	6,9 %	5,9 %	11,6 %	14,5 %	9,1 %	6,3 %
	0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,9 %	0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,5 %
	1,6 %	1,4 %	1,9 %	1,4 %	1,8 %	1,8 %	1,7 %	1,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	4,1	6,3	2,6	1,9	5,4	8,3	3,7	1,8
	2,7	5,9	1,5	0,9	2,8	5,7	1,8	1,1
	6,9	12,2	4,1	2,8	8,2	14,1	5,5	2,9
	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	0,1	0,2	0,1	0,1	0,4	0,4	0,5	0,2

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

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

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

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

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

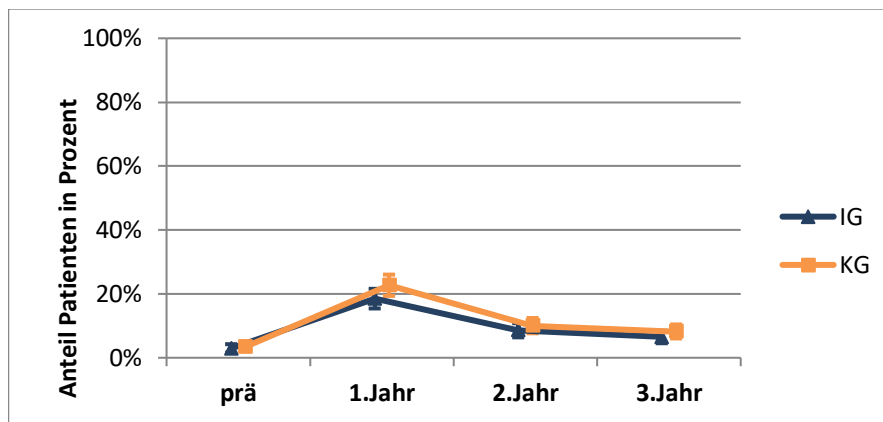
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

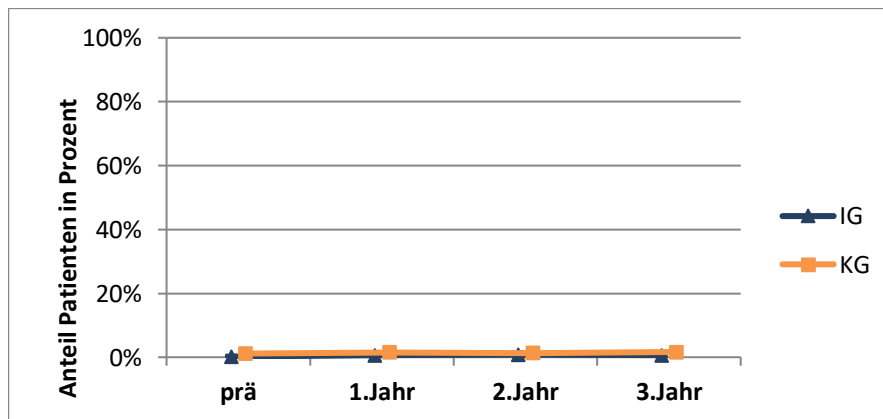
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**

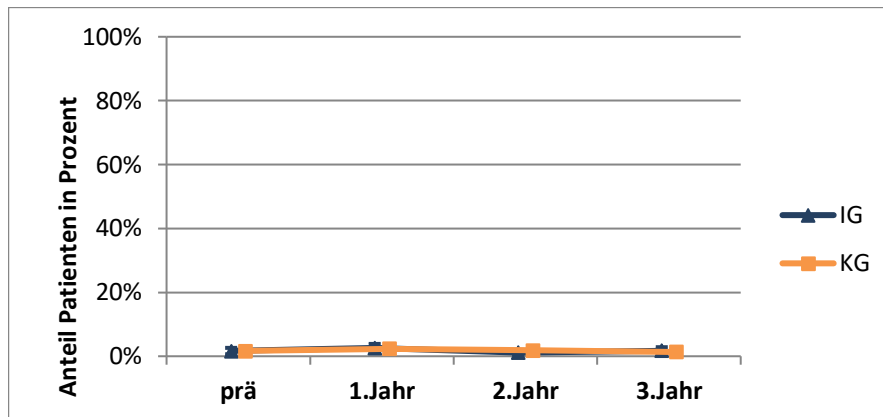


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**



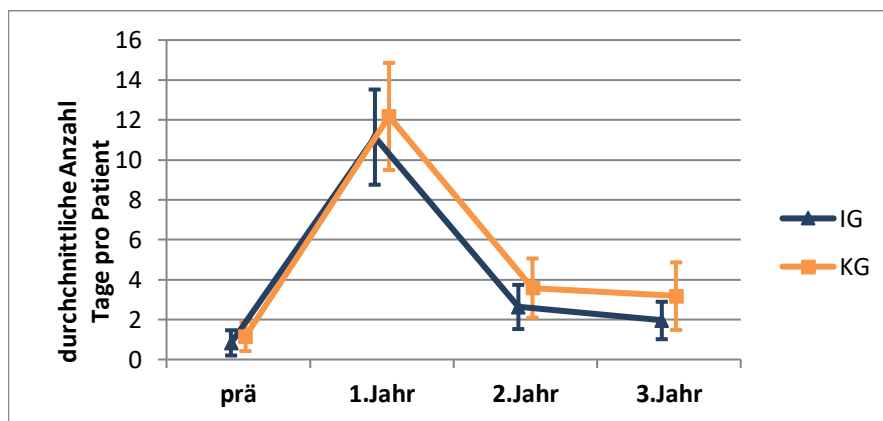


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

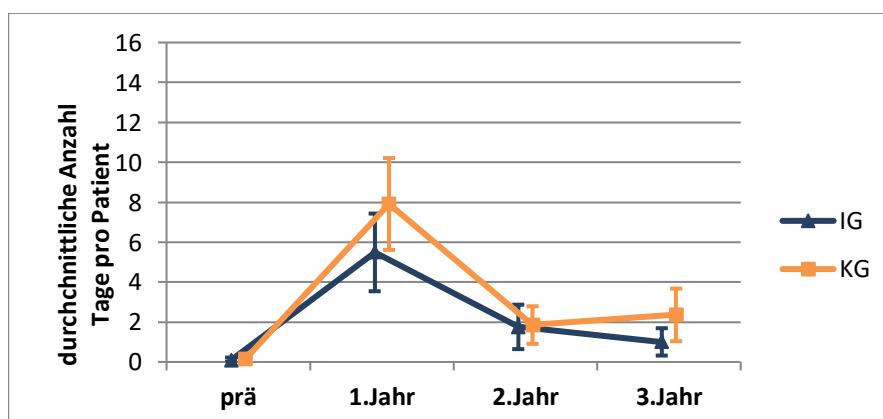


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

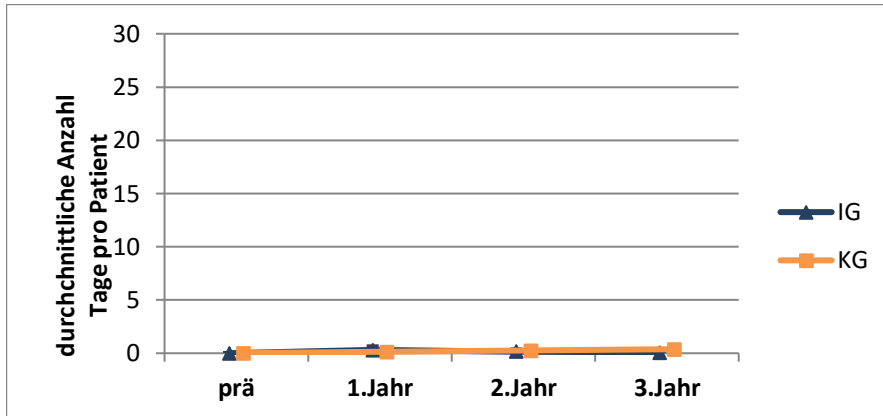
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



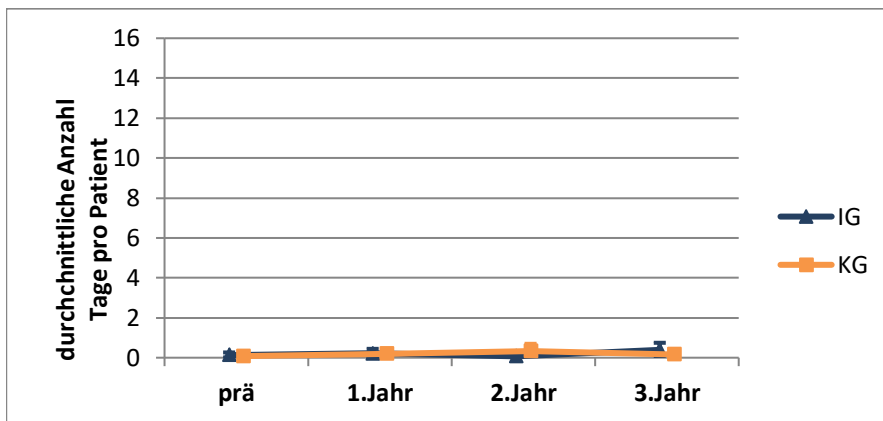
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



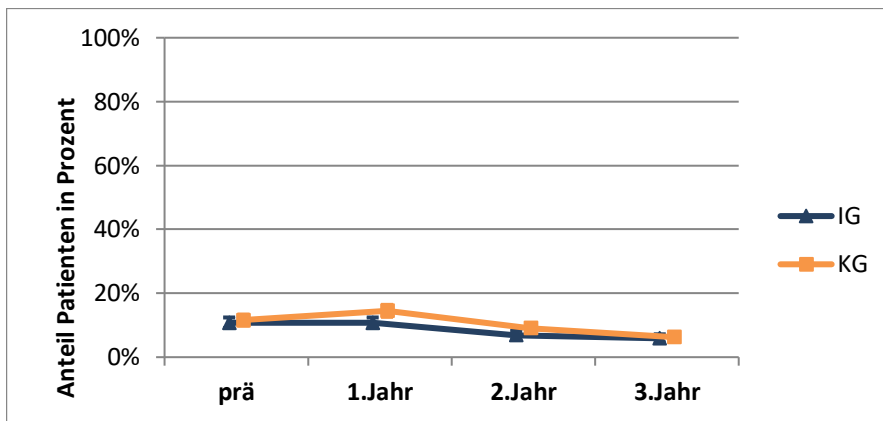
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

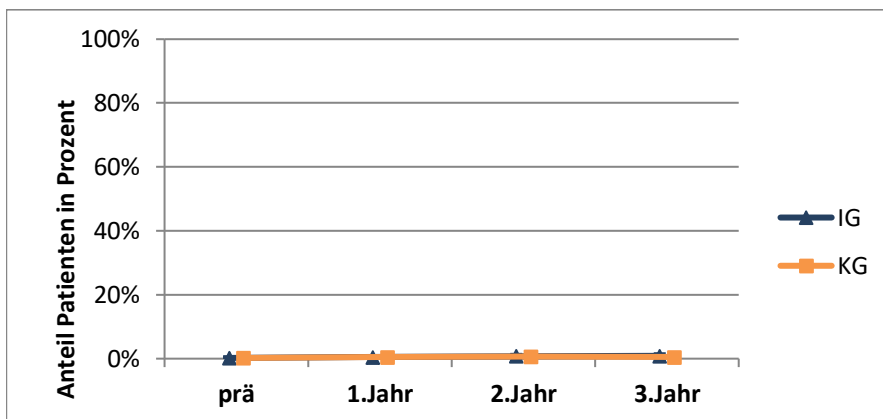
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

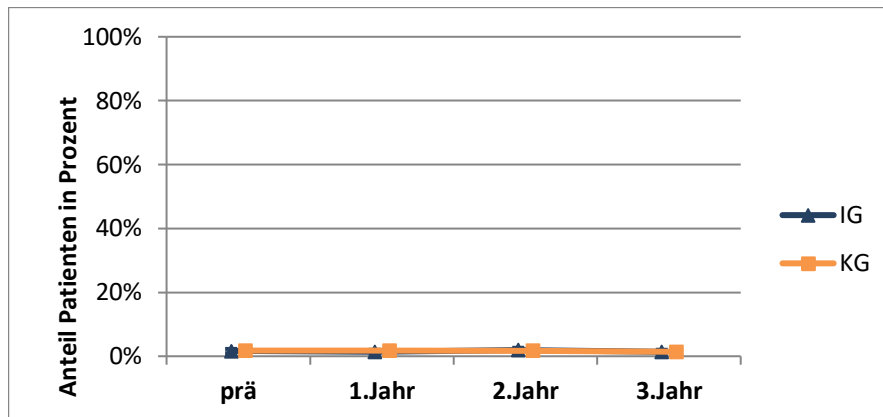
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

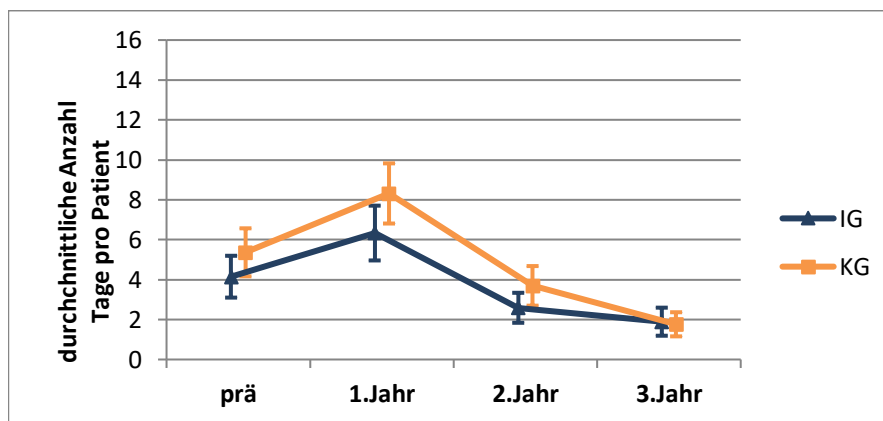


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

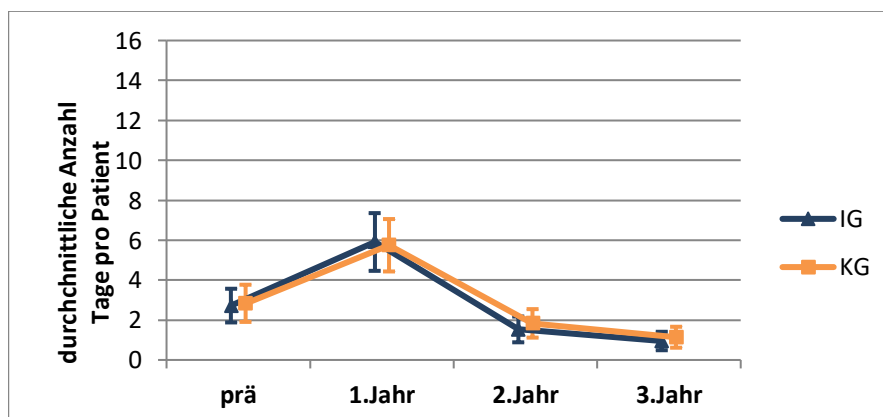


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

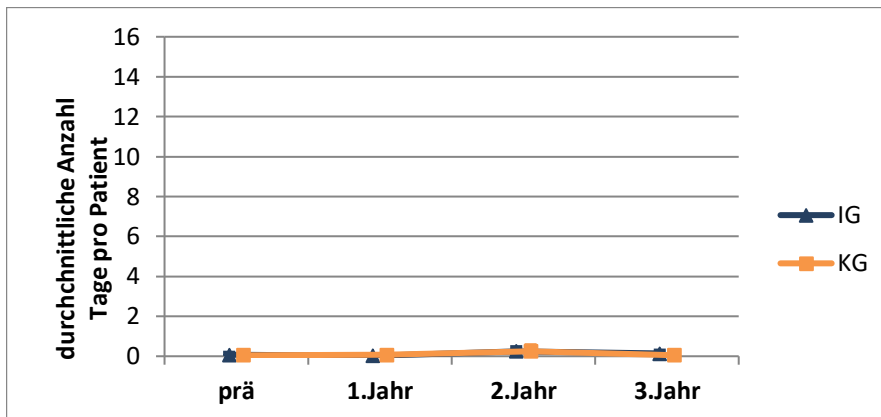
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



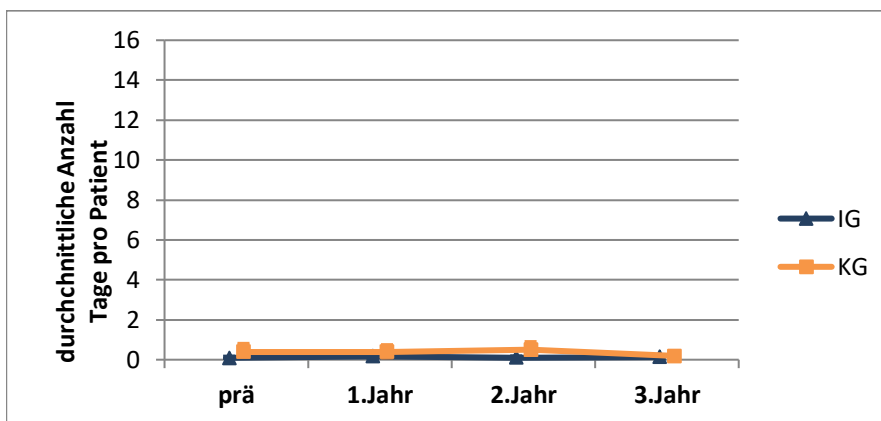
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 616, KG = 608;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 1.355, KG = 1.358).

Sowohl in der Modellklinik (IG) als auch in der Kontrollgruppe (KG) zeigte sich bei den klirikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau im patientenindividuellen Prä-Wert (IG: 0,8; KG: 1,2 vollstationäre Tage), Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (IG: 11,1; KG: 12,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall (IG: 2,6 und 2,0 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr; KG: 3,6 und 3,2 vollstationäre Tage im 2. und 3. Jahr). Dabei lag die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG stets etwas unter der KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -1,0; 2. Jahr: -0,9; 3. Jahr: -1,2). Das Muster im Verlauf der durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (wenn auch geringerer Peak) und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier waren die teilstationären Tage in der IG stets etwas geringer als in der KG, besonders im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall (prä: -0,1; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: -1,4).

Auch bei den klirikbekannten Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und einem kleinen Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch hier wies die IG meist geringere Anzahlen an vollstationären Tagen im Vergleich zur KG auf. Die Unterschiede erhöhten sich leicht zum ersten Jahr nach Referenzfall und verringerten sich dann über die patientenindividuelle Zeit (prä: -1,2; 1. Jahr: -2,0; 2. Jahr: -1,1; 3. Jahr: +0,1 vollstationäre Tage). Das Muster und Niveau der Dauer teilstationärer Aufenthalte war zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -0,1; 1. Jahr: +0,2; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,2 teilstationäre Tage).

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

Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt war sowohl bei den klirikneuen als auch bei den klirikbekannten Patienten in der IG stets geringer als in der KG (Klinikneu: prä: -0,5; 1. Jahr: -4,2; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: -1,7 %-Punkte; Klinikbekannt: prä: -0,9; 1. Jahr: -3,7; 2. Jahr: -2,3; 3. Jahr: -0,4 %-Punkte).

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>956</b>	<b>956</b>	<b>956</b>	<b>956</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)	4,2 %	21,9 %	2,8 %	19,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	0,5 %	0,3 %	0,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,0 %	1,4 %	1,3 %	2,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär <sup>3,4</sup> (B1)	1,5	13,4	1,1	13,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär <sup>3</sup> (B2)	0,3	9,8	0,2	8,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär <sup>3</sup> (B3)	1,8	23,2	1,4	21,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,0	0,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)	0,0	0,1	0,0	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,0	0,1	0,2	0,2

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

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

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

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

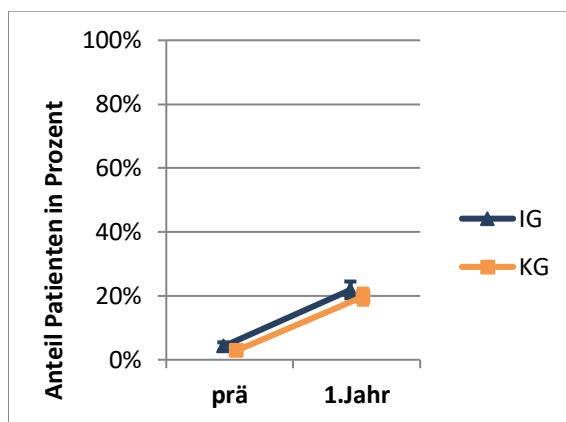
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

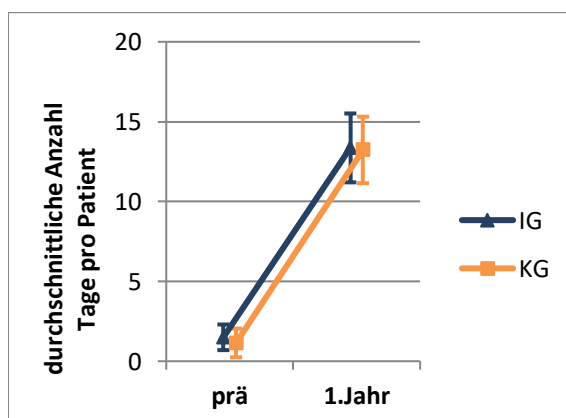
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

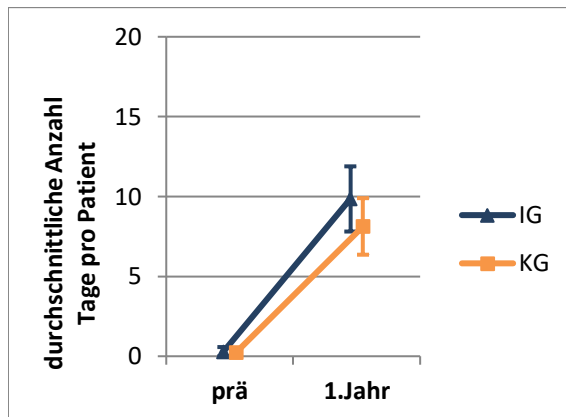
**Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund**

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





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



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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (n = 956 pro Gruppe) zeigte sich bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer aufgrund von Indexdiagnosen ein zwischen IG und KG vergleichbarer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +11,9; KG: +12,1 vollstationäre Tage). Der Anstieg teilstationärer Behandlungstage war in diesem Zeitraum in der IG größer als in der KG (IG: +9,6; KG: +7,9 teilstationäre Tage). Der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (DiD = 0,5; IG: +20,6; KG: +23,5 %-Punkte).

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

Generell zeigte sich in der Gesamtadjustierung eine signifikant erhöhte stationäre Inanspruchnahme in beiden Gruppen bei Patienten mit affektiven Störungen und eine verringerte Inanspruchnahme für Patienten mit Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend verglichen mit den anderen Indexdiagnosen.

Abbildung 1 und Abbildung 3 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei stationärer Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 2 und Abbildung 4 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei stationärer Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 526 ff.).

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

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

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

**Tabelle 15: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>999</b>	<b>999</b>	<b>930</b>	<b>905</b>	<b>991</b>	<b>991</b>	<b>946</b>	<b>922</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>976</b>	<b>976</b>	<b>898</b>	<b>878</b>	<b>970</b>	<b>976</b>	<b>916</b>	<b>888</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,0	3,9	2,2	0,3	4,3	2,3	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,7	4,5	3,7	3,1	2,6	4,9	4,4	3,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,3	11,1	10,1	9,2	10,1	12,7	11,5	10,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,5	0,4	0,4	0,6	1,0	1,4	0,8	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	8,2	7,0	6,7	7,5	11,9	14,5	14,0	12,1

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Erwachsene, Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>2.511</b>	<b>2.511</b>	<b>2.433</b>	<b>2.366</b>	<b>2.516</b>	<b>2.516</b>	<b>2.418</b>	<b>2.328</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>2.477</b>	<b>2.492</b>	<b>2.393</b>	<b>2.314</b>	<b>2.479</b>	<b>2.489</b>	<b>2.374</b>	<b>2.275</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,3	10,9	8,1	6,8	11,2	12,8	10,8	9,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,3	2,6	2,2	2,1	2,2	2,1	2,2	2,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	13,0	12,6	12,3	11,9	14,5	14,6	14,0	13,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,6	0,5	0,4	2,5	2,8	2,1	1,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,1

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

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

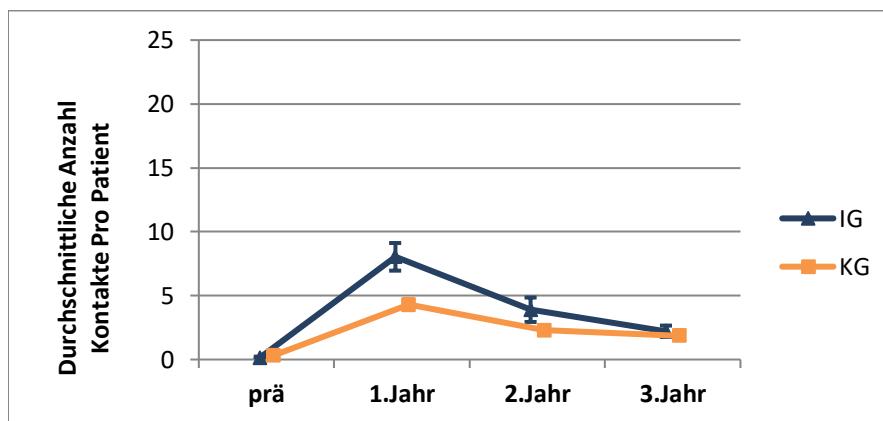
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

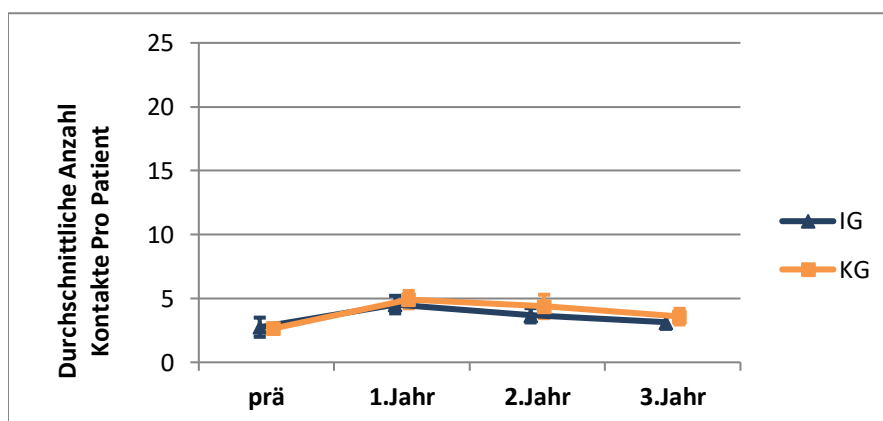
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

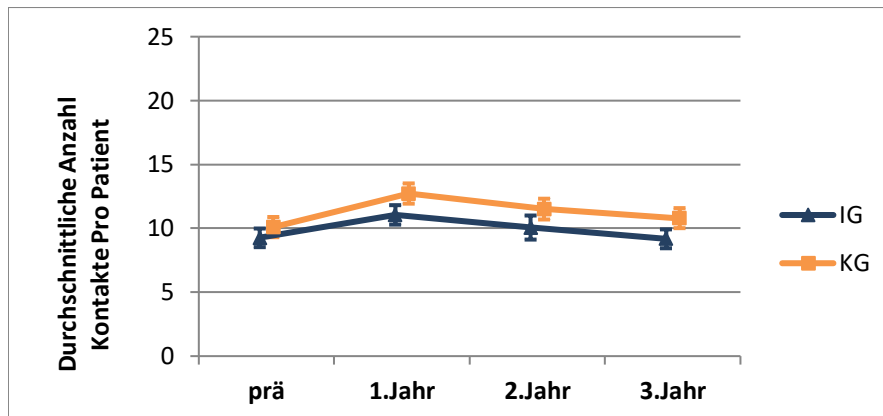
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

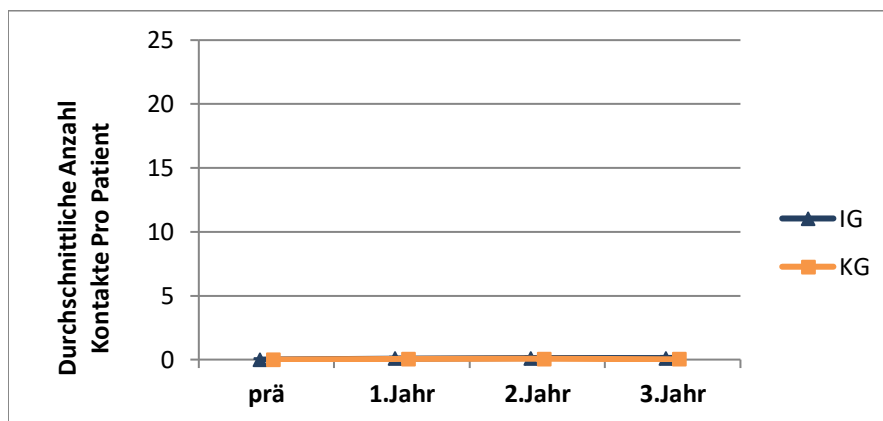


- bei anderen Vertragsärzten (E)

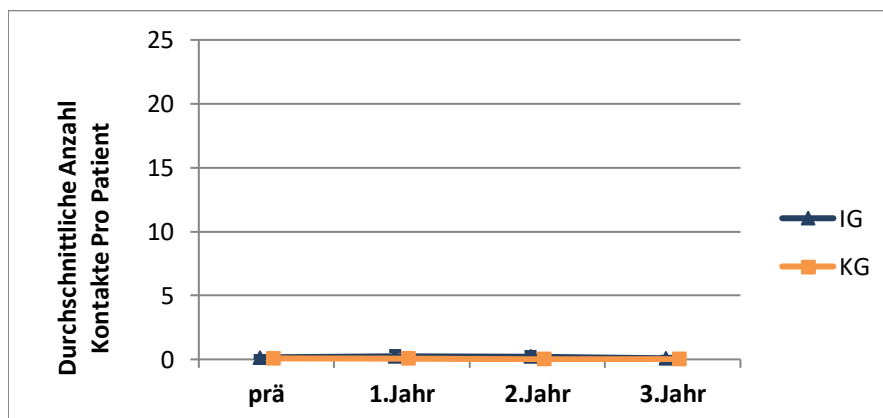


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

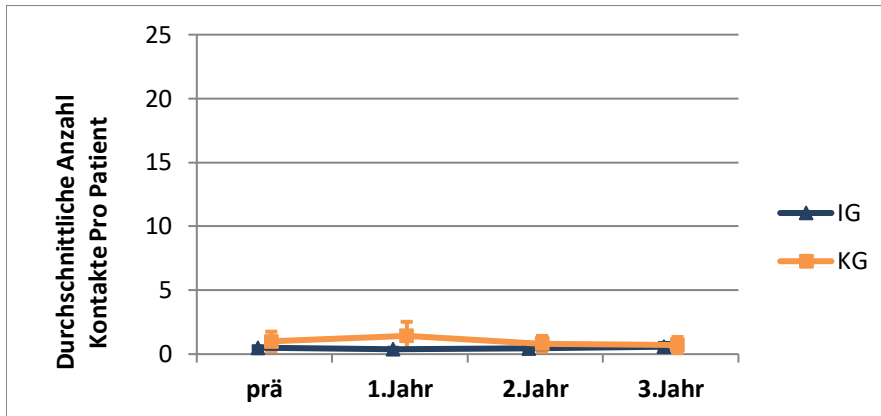


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)



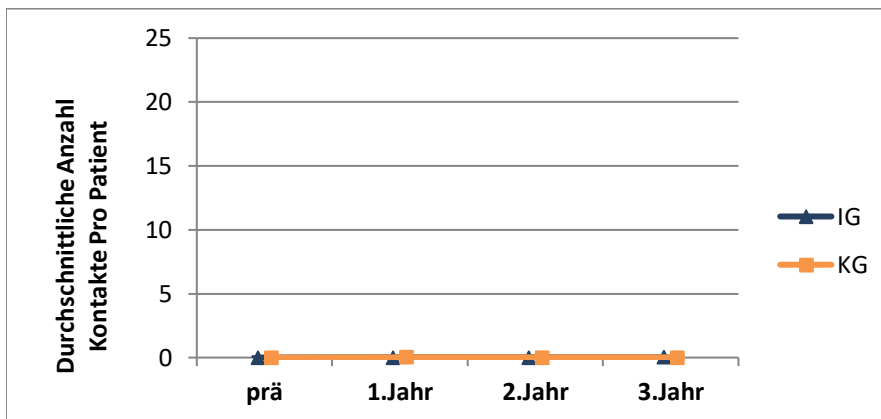


- bei anderen Vertragsärzten (F)

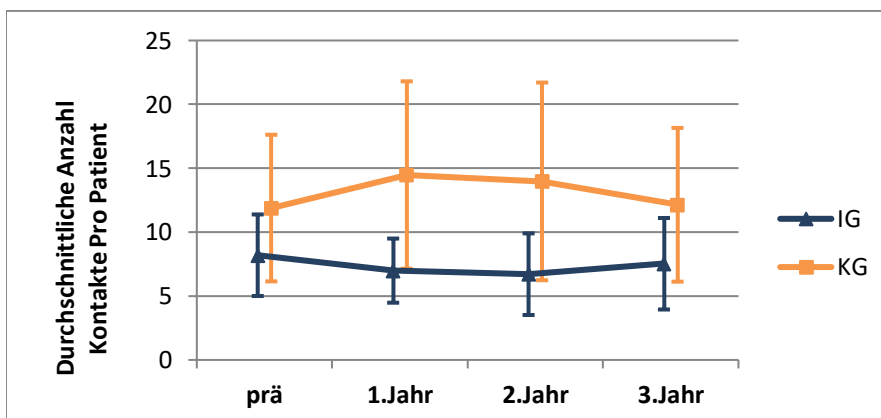


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



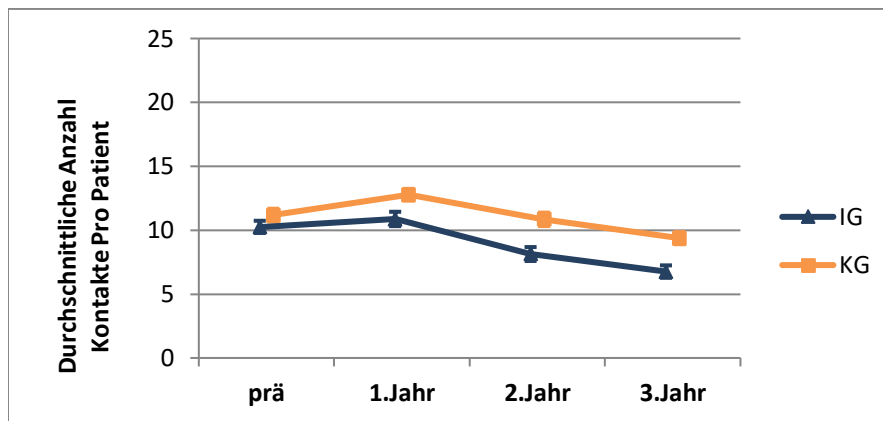
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

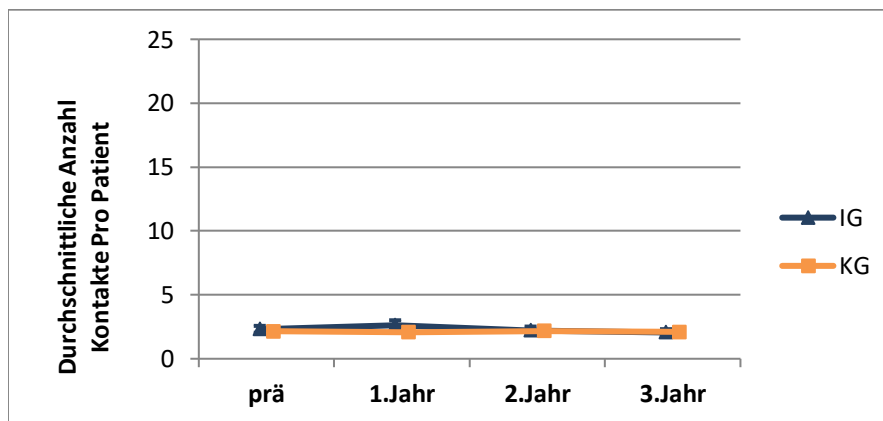
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

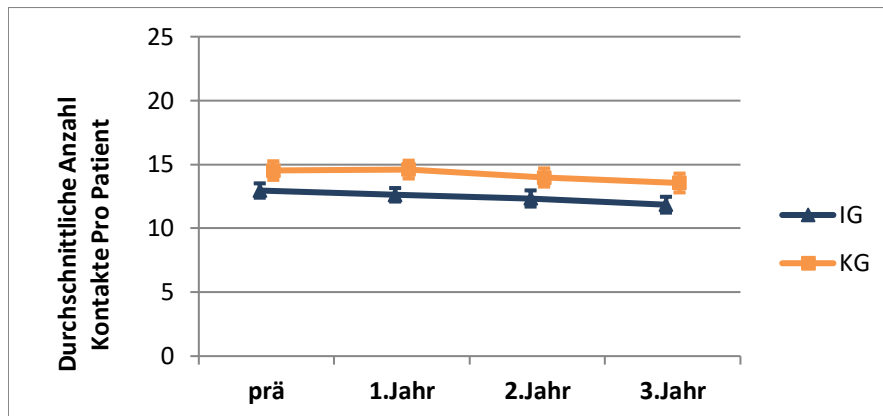
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

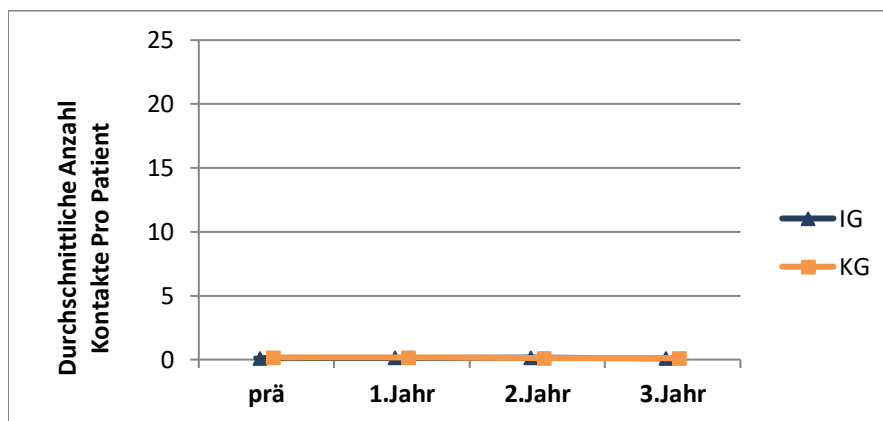


- bei anderen Vertragsärzten (E)

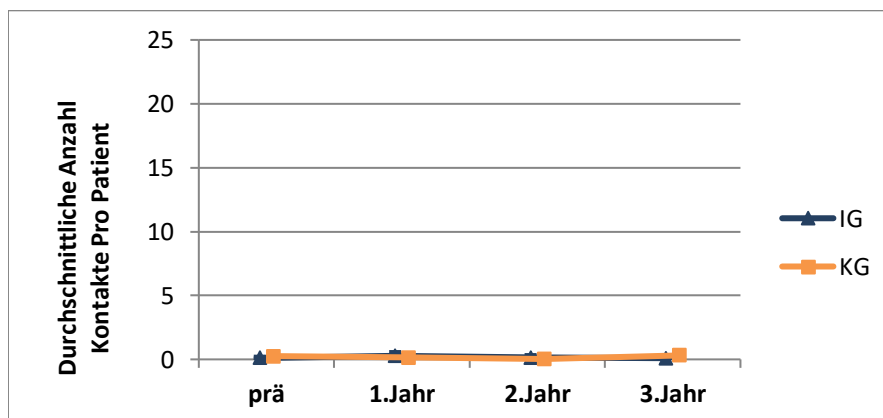


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

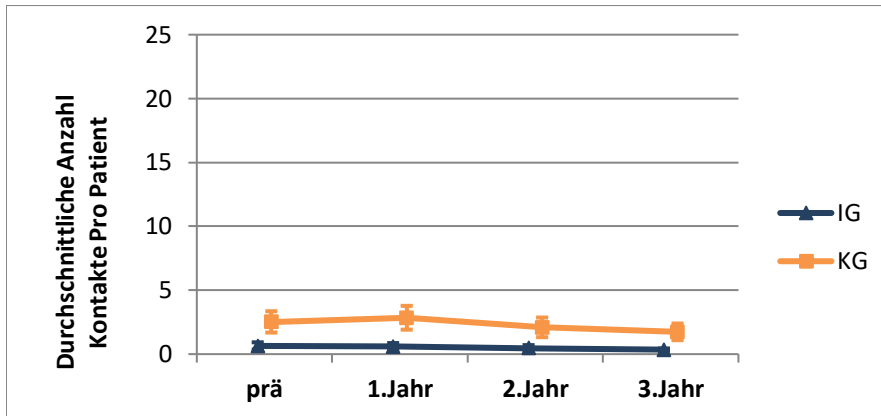
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

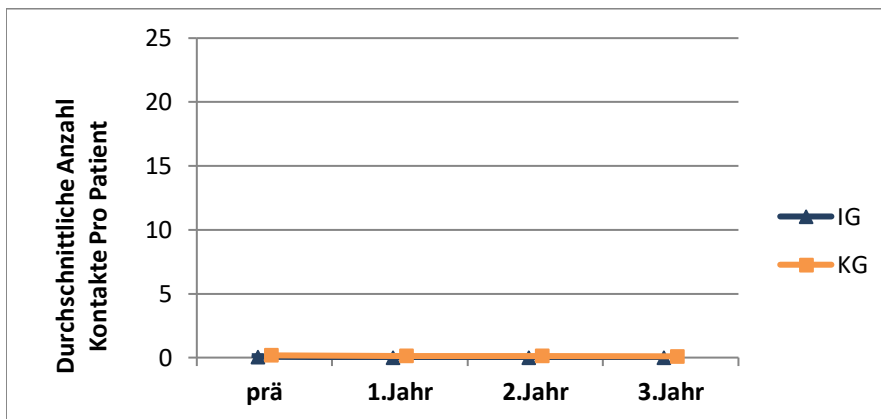


- bei anderen Vertragsärzten (F)

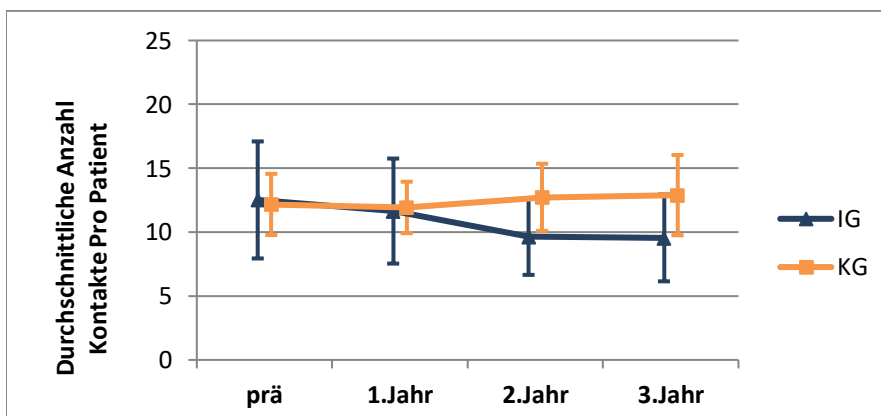


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 976, KG = 976;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 2.492, KG = 2.489). Hauptaugenmerk liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei klินิกneuen Patienten zeigten sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen vergleichbare Muster der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch war dieser Peak, also der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zu Jahr danach, in der IG größer als in der KG (IG: +7,9; KG: +4,0 PIA-Kontakte). Auch war die Inanspruchnahme in den kommenden beiden Jahren in der IG (leicht) höher als in der KG (prä: -0,2; 1. Jahr: + 3,7; 2. Jahr: +1,6; 3. Jahr: +0,3 PIA-Kontakte).

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas unter den Kontakten der KG. Diese Unterschiede waren jedoch gering (prä: +0,1; 1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: -0,7; 3. Jahr: -0,4 Kontakte).

Bei den klinikbekannten Patienten wiesen jedoch die Patienten der IG stets geringere durchschnittliche PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf (prä: -0,9; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -2,6 PIA-Kontakte). Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG (IG: +0,6; KG: +1,6 PIA-Kontakte).

Auch hier zeigte sich bei der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein vergleichbares Muster über die Zeit zwischen IG und KG. Dabei war jedoch ein etwas größerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar.

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.006</b>	<b>1.013</b>	<b>1.018</b>	<b>1.023</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,2	0,2	4,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,3	4,4	2,5	4,6
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	8,7	10,7	10,6	12,7

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> <li>• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie<sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten<sup>4</sup> (D)</li> <li>• bei anderen Vertragsärzten<sup>5</sup> (F)</li> </ul>	0,0	0,1	0,1	0,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <ul style="list-style-type: none"> <li>• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor<sup>6</sup> (G1)</li> <li>• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor<sup>7</sup> (G2)</li> </ul>	0,2	0,1	0,0	0,1
	8,5	9,7	8,8	10,1

<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 für Effekte bei ambulanter Leistung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

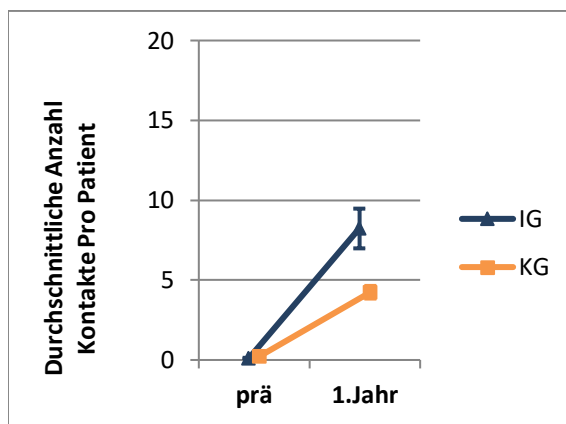
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

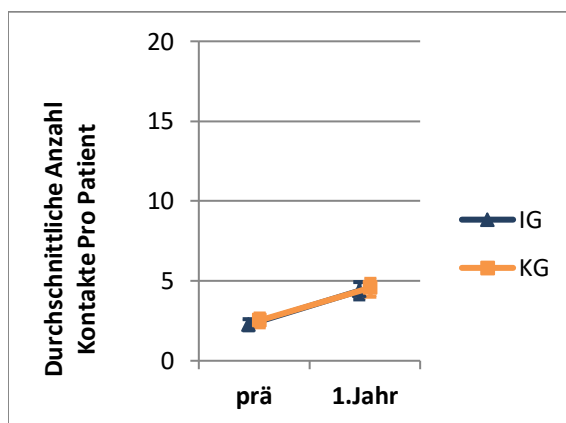
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

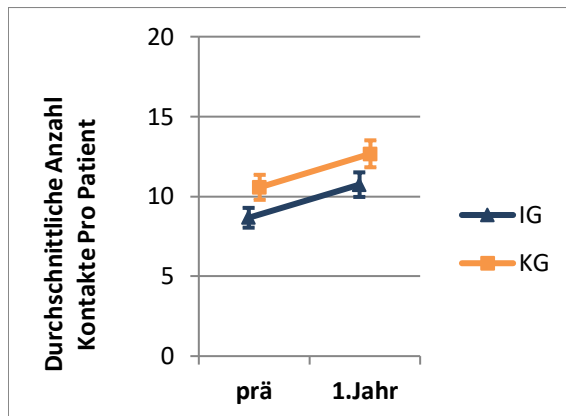
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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



- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

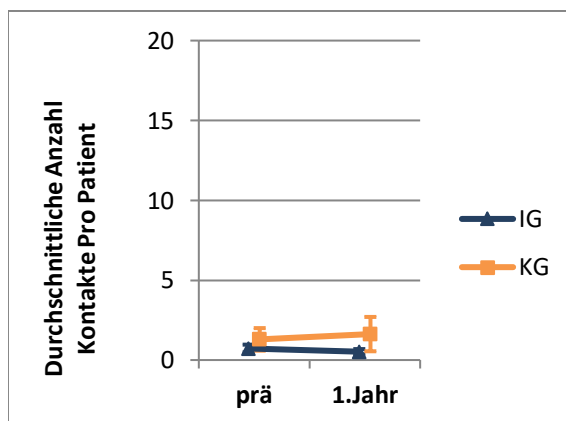
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



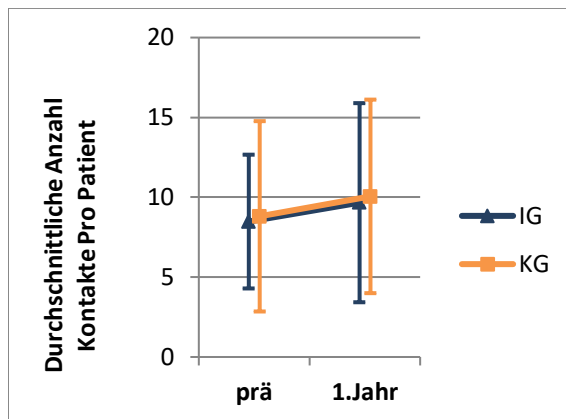
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

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





Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 1.013 und 1.023) zeigte sich eine stärkere Zunahme der Inanspruchnahme der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +8,1; KG: +4,0 PIA-Kontakte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 4,1 Kontakte). Die Zunahme weiterer ambulanter Kontakte war zwischen IG und KG vergleichbar, wobei Patienten der IG stets durchschnittlich knapp zwei Kontakte bei einem anderen Vertragsarzt weniger als Patienten der KG aufwiesen.

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>601</b>	<b>601</b>	<b>600</b>	<b>600</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>596</b>	<b>601</b>	<b>593</b>	<b>574</b>	<b>592</b>	<b>595</b>	<b>583</b>	<b>566</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,0	2,3	1,6	0,3	7,0	2,6	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,1	4,3	4,5	3,7	1,9	4,0	4,5	4,3
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,8	4,1	3,3	3,0	2,8	4,9	4,1	3,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	0,5	0,5	0,9	0,9	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,7	5,3	4,2	2,9	5,4	6,1	4,6	4,0

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

### Kinder, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.330</b>	<b>1.330</b>	<b>1.330</b>	<b>1.329</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.293</b>	<b>1.308</b>	<b>1.286</b>	<b>1.265</b>	<b>1.295</b>	<b>1.319</b>	<b>1.286</b>	<b>1.271</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,9	6,4	2,9	2,4	5,1	8,1	4,3	3,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,1	3,3	3,6	3,4	1,9	3,4	3,5	3,5
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,9	4,5	3,9	3,6	4,1	5,0	4,8	4,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,8	0,6	0,5	1,0	0,8	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1

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

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

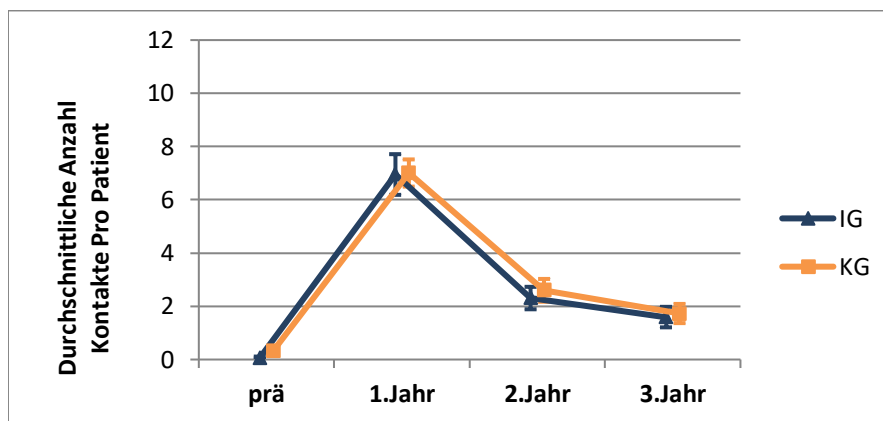
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

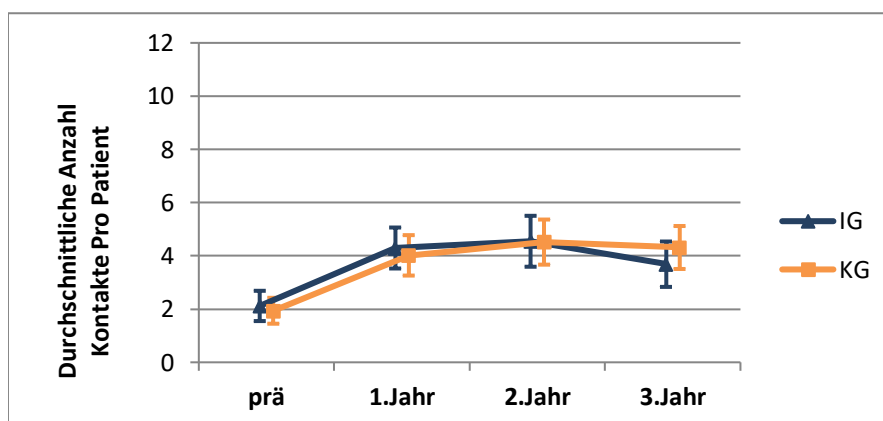
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

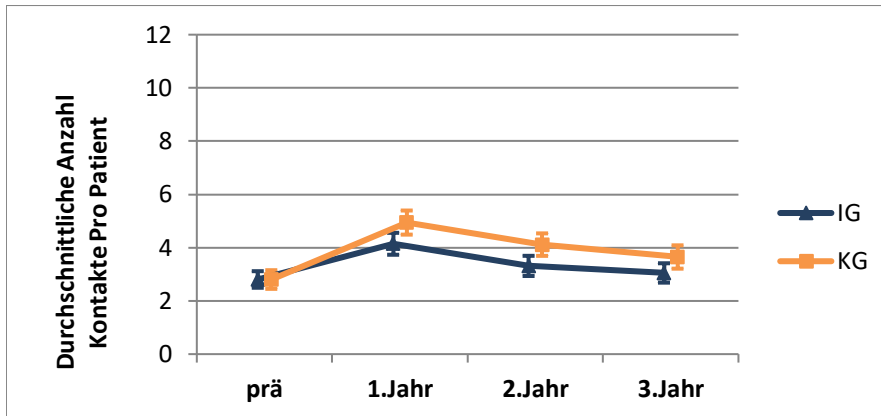
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

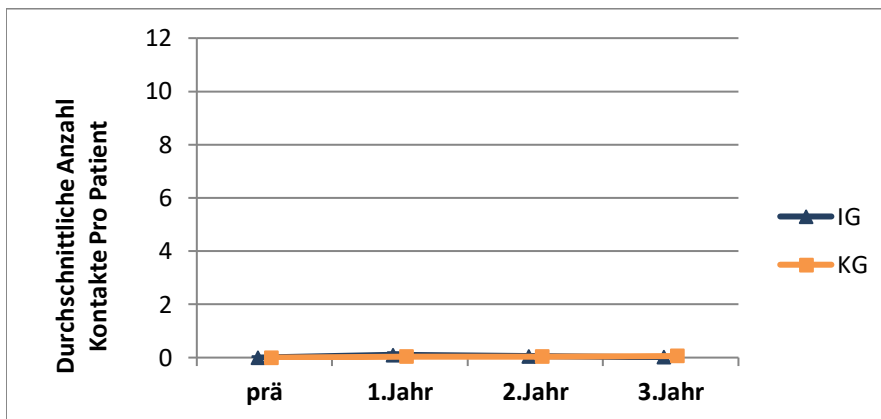


- bei anderen Vertragsärzten (E)

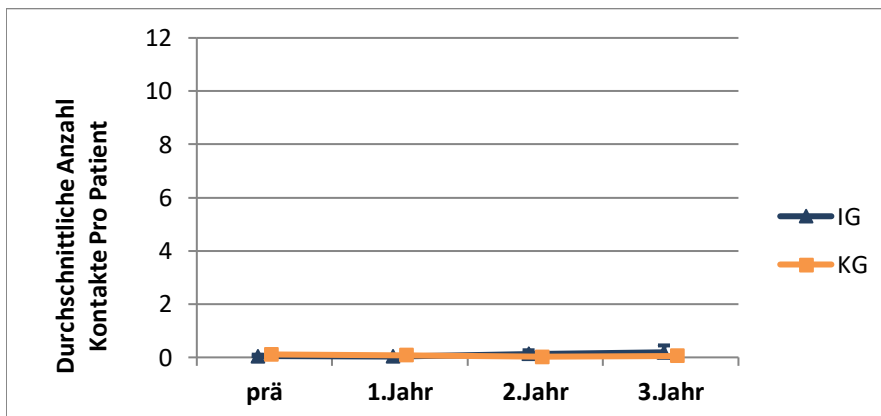


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

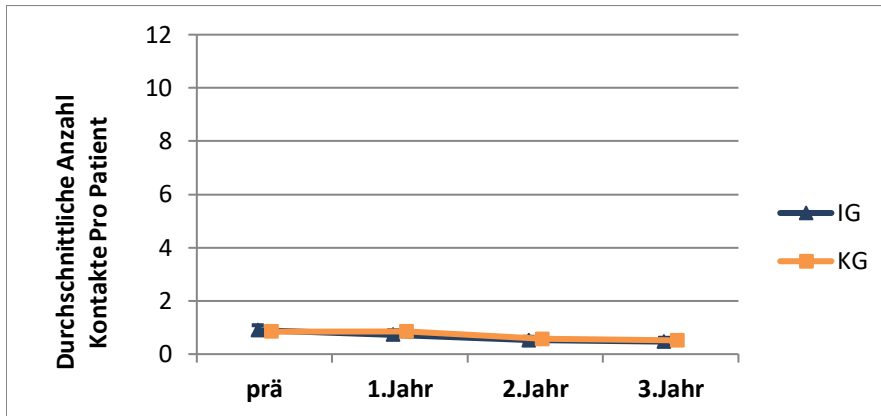
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

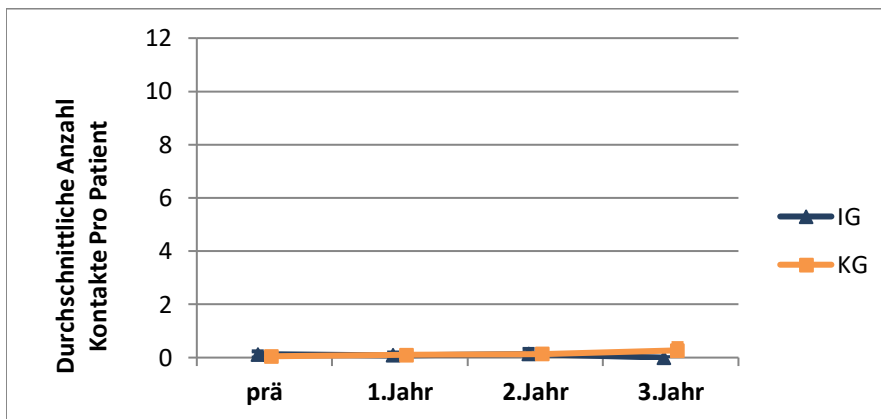


- bei anderen Vertragsärzten (F)

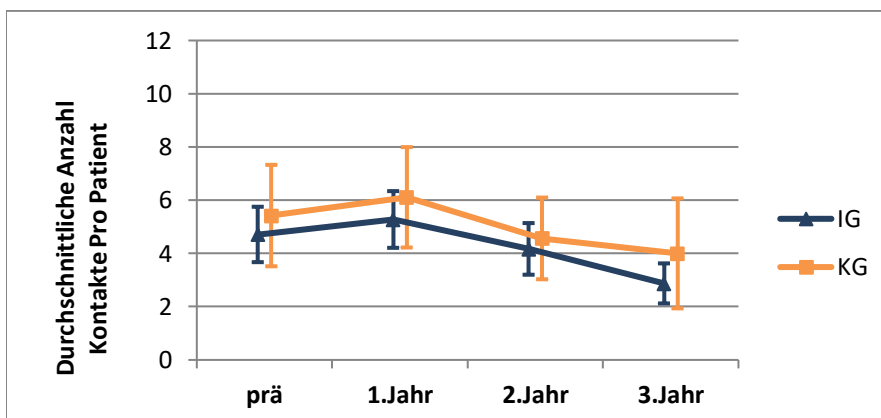


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



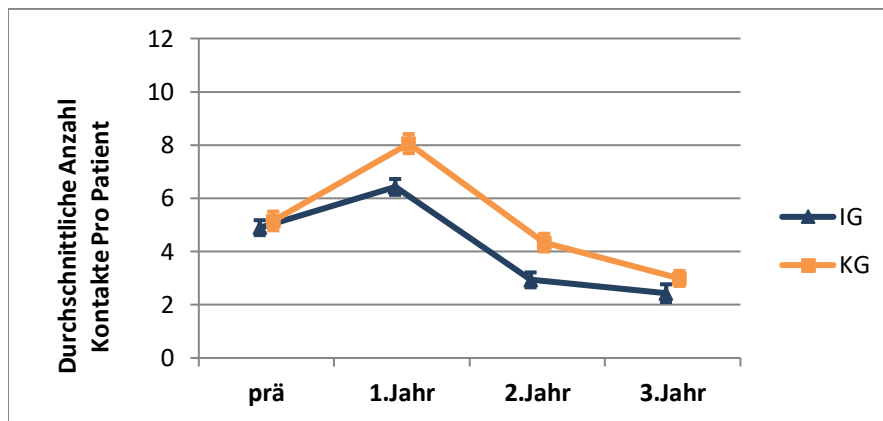
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

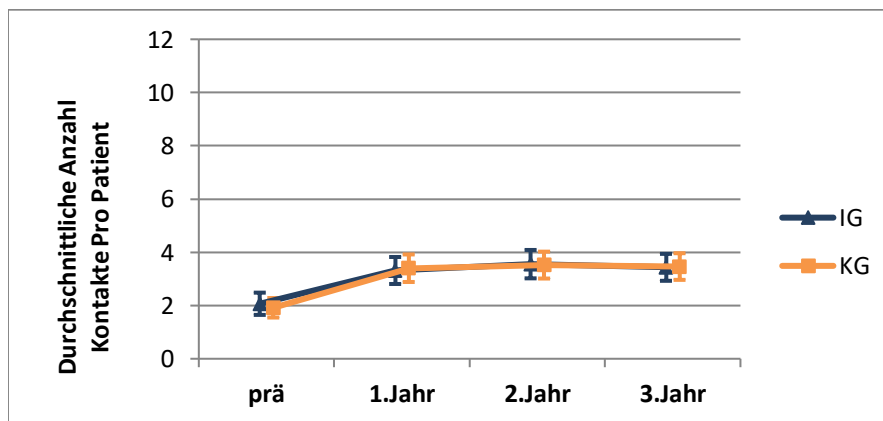
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

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

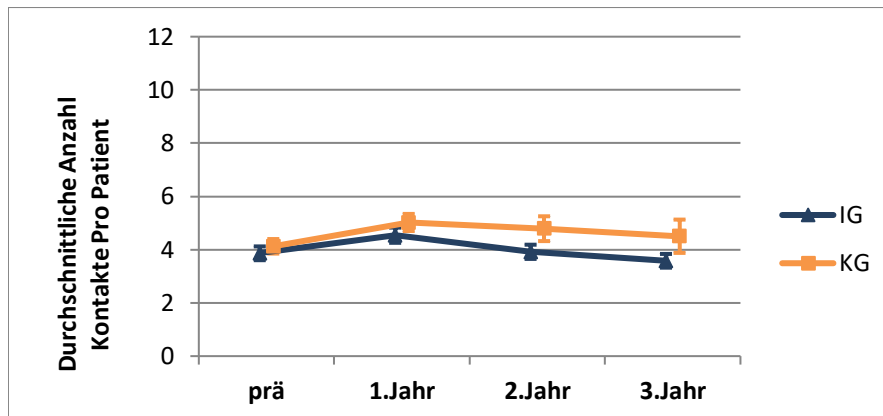


- **bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (C)**



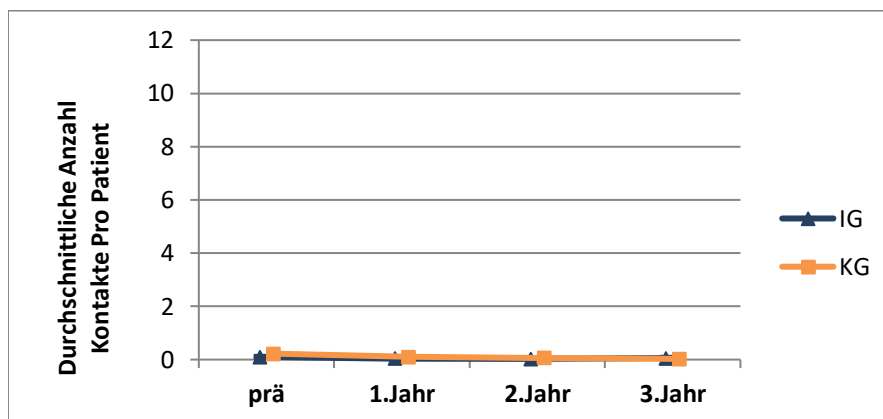


- bei anderen Vertragsärzten (E)

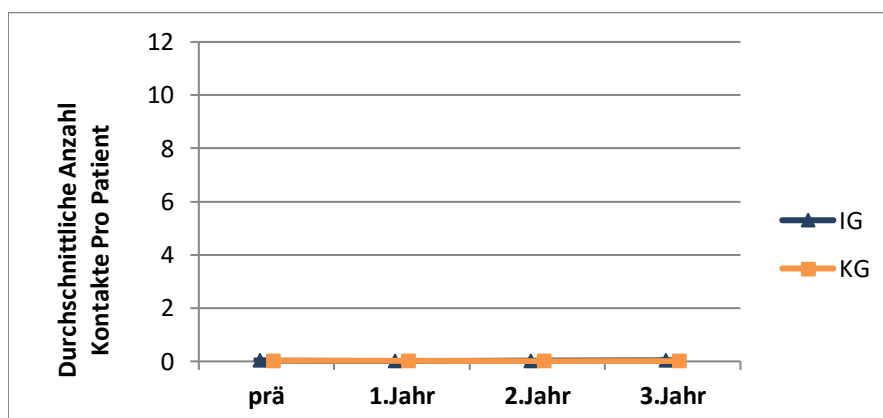


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

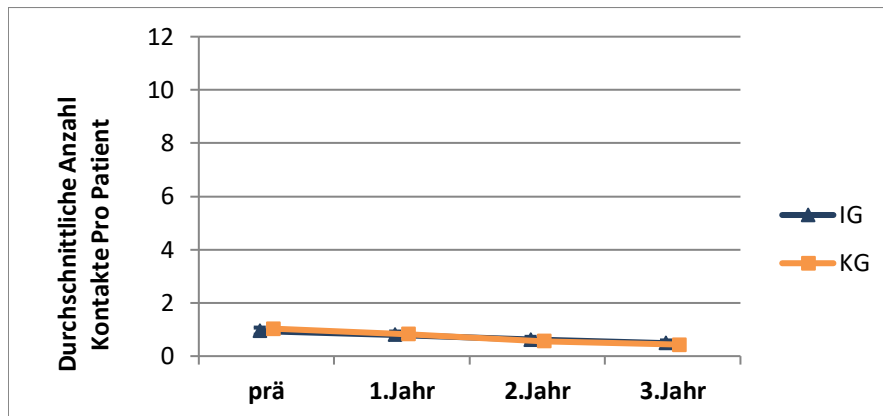
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

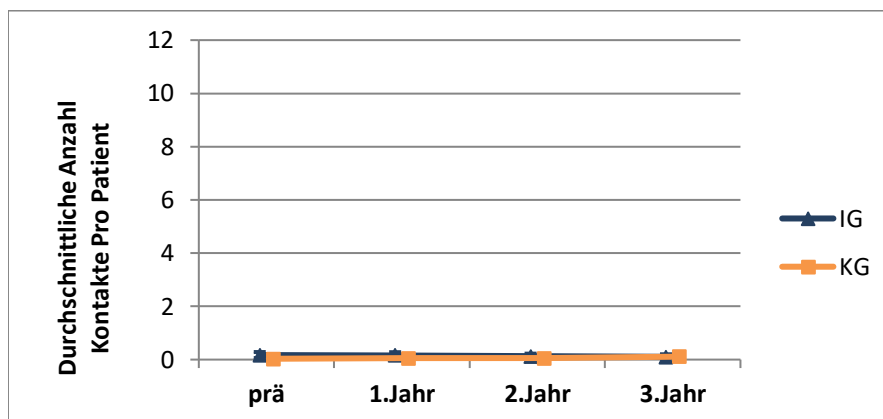


- bei anderen Vertragsärzten (F)

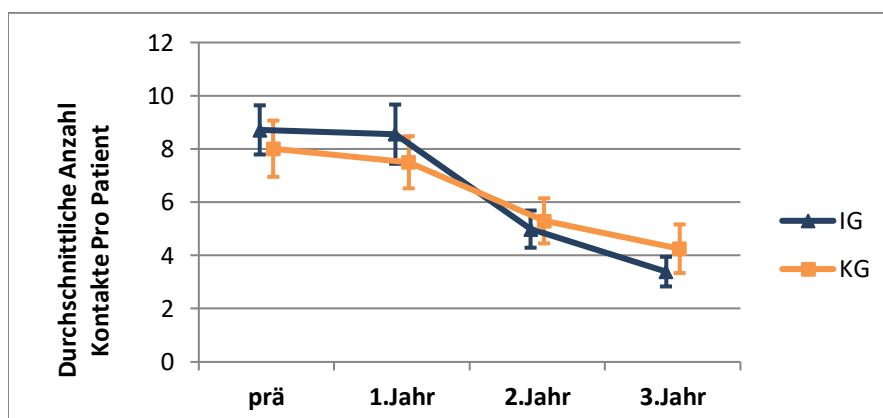


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{klinikkneu}}$ : IG = 601, KG = 595;  $n_{\text{klinikkbekannt}}$ : IG = 1.308, KG = 1.319). Hauptaugenmerk

liegt auf der Untersuchung der Anzahl in Anspruch genommener ambulanter Kontakte bei Indexdiagnosen in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) sowie bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten.

Bei linikneuen jungen Patienten zeigte sich über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen ein vergleichbares Muster bezüglich PIA-Inanspruchnahme mit geringer Inanspruchnahme im Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Absinken auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Dabei war das Niveau zwischen IG und KG stets vergleichbar.

Auch das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war zwischen IG und KG vergleichbar mit vergleichbarem Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zu den Jahren danach.

Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch wies hier die IG stets geringere PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf (prä: -0,3; 1. Jahr: -1,6; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: -0,6 PIA-Kontakte). Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG (IG: +1,5; KG: +2,9).

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war, analog zu den klinikneuen Patienten, zwischen IG und KG vergleichbar mit jedoch etwas geringerem Anstieg in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>936</b>	<b>936</b>	<b>936</b>	<b>936</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>921</b>	<b>916</b>	<b>927</b>	<b>927</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,3	0,2	6,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,9	4,7	2,4	5,4
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,9	3,9	3,1	4,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,0	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	1,0	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,2	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,3	5,9	5,5	5,6

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

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

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

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

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

<sup>7</sup> APN: alle

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

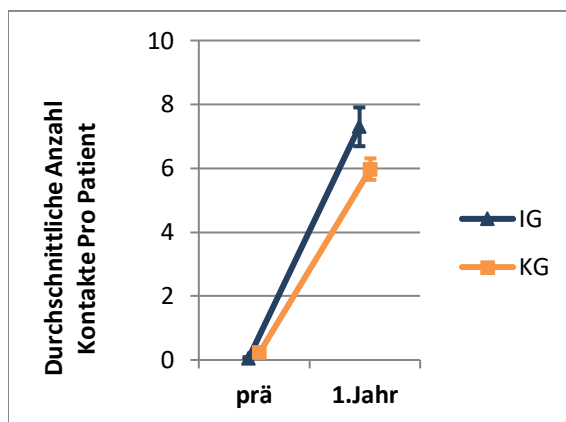
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

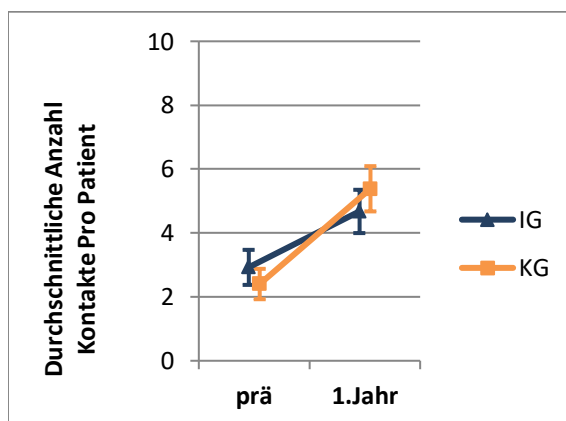
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

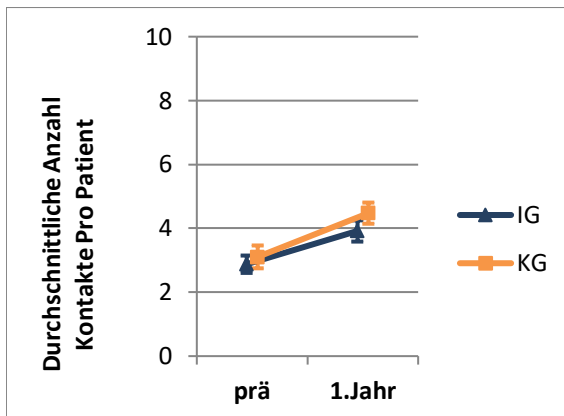
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

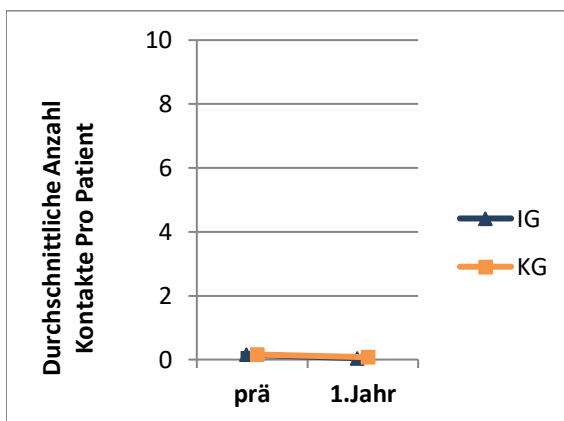


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**



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

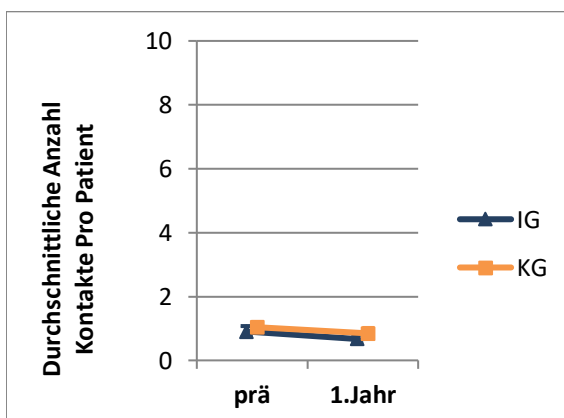
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

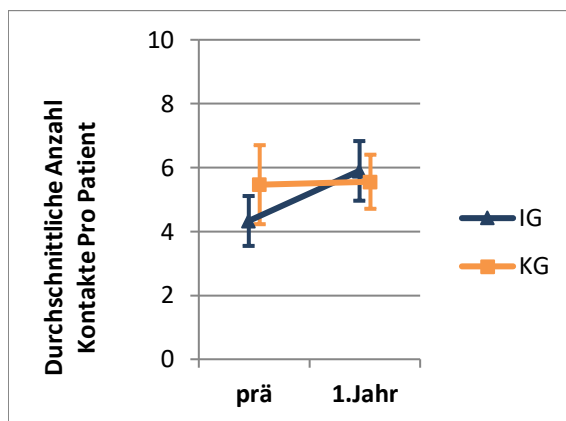
Fallzahl zu klein

- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



**Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte**- **bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)**

Fallzahl zu klein

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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 916 und 927) zeigte sich ein stärkerer Anstieg der Inanspruchnahme der PIA bei Indexdiagnosen in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach (IG: +7,2; KG: +5,7 PIA-Kontakte). Dieser stärkere Anstieg war statistisch signifikant (DiD = +1,5 PIA-Kontakte). Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten stieg in diesem Zeitraum hingegen in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG (IG: +1,8; KG: +3,0 Kontakte; DiD = -1,2 Kontakte). Auch die Inanspruchnahme bei einem anderen Vertragsarzt stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas, jedoch statistisch signifikant, weniger stark als in der KG (IG: +1,0; KG: +1,4; DiD: -0,3 Kontakte).

Abbildung 5 und Abbildung 7 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Effekte bei ambulanter Leistung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Abbildung 6 und Abbildung 8 die Graphischen Darstellungen für die Effekte bei ambulanter Leistung für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten

mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).



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

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

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

**Tabelle 19: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**
**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>81</b>	<b>636</b>	<b>142</b>	<b>134</b>	<b>80</b>	<b>755</b>	<b>168</b>	<b>149</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	8,6 %	23,3 %	15,5 %	12,7 %	7,5 %	8,9 %	12,5 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,8 %	8,8 %	4,9 %	5,2 %	10,0 %	12,3 %	11,3 %	7,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	53,1 %	44,7 %	33,1 %	31,3 %	48,8 %	49,8 %	44,0 %	37,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,3 %	9,1 %	7,7 %	5,2 %	7,5 %	11,8 %	11,3 %	8,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,6 %	5,5 %	4,2 %	3,0 %	8,8 %	5,4 %	7,1 %	3,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,2 %	6,3 %	3,7 %	2,5 %	0,9 %	1,8 %	0,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	34,4 %	23,2 %	18,7 %	22,5 %	25,7 %	29,2 %	15,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,9 %	32,2 %	43,0 %	52,2 %	38,8 %	33,6 %	36,3 %	47,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>62</b>	<b>305</b>	<b>80</b>	<b>67</b>	<b>64</b>	<b>387</b>	<b>82</b>	<b>69</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,7 %	28,2 %	16,3 %	14,9 %	6,3 %	8,5 %	15,9 %	8,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	16,1 %	14,4 %	3,8 %	6,0 %	12,5 %	17,6 %	17,1 %	11,6 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	54,8 %	46,9 %	40,0 %	32,8 %	50,0 %	51,4 %	47,6 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,9 %	10,2 %	12,5 %	6,0 %	9,4 %	15,8 %	12,2 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,1 %	7,2 %	3,8 %	6,0 %	9,4 %	9,0 %	4,9 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	2,6 %	2,5 %	1,5 %	1,6 %	0,8 %	2,4 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,1 %	43,9 %	22,5 %	22,4 %	23,4 %	33,6 %	35,4 %	18,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,0 %	24,6 %	41,3 %	46,3 %	37,5 %	27,9 %	31,7 %	47,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>21</b>	<b>125</b>	<b>36</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>165</b>	<b>35</b>	<b>37</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,0 %	24,0 %	8,3 %	17,2 %	11,8 %	9,7 %	11,4 %	8,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	19,0 %	20,0 %	2,8 %	3,4 %	35,3 %	18,2 %	25,7 %	16,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,9 %	44,8 %	41,7 %	34,5 %	47,1 %	50,9 %	45,7 %	32,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	12,0 %	11,1 %	13,8 %	17,6 %	20,0 %	14,3 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,0 %	4,8 %	2,8 %	6,9 %	17,6 %	10,3 %	2,9 %	2,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	1,6 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,6 %	45,6 %	13,9 %	24,1 %	47,1 %	35,8 %	37,1 %	18,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	23,2 %	47,2 %	44,8 %	29,4 %	24,8 %	28,6 %	45,9 %

<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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>67</b>	<b>594</b>	<b>121</b>	<b>121</b>	<b>63</b>	<b>718</b>	<b>144</b>	<b>131</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,9 %	32,2 %	31,4 %	25,6 %	15,9 %	18,1 %	22,9 %	21,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,9 %	14,8 %	12,4 %	10,7 %	22,2 %	21,7 %	18,8 %	14,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	70,1 %	67,8 %	62,8 %	52,9 %	69,8 %	70,9 %	70,1 %	70,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,9 %	25,9 %	18,2 %	19,8 %	30,2 %	27,7 %	18,1 %	19,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,9 %	10,1 %	10,7 %	5,8 %	19,0 %	12,4 %	9,0 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	4,4 %	9,1 %	9,1 %	6,3 %	4,3 %	4,2 %	8,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,3 %	48,3 %	49,6 %	35,5 %	44,4 %	45,0 %	45,8 %	41,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,9 %	14,0 %	14,9 %	23,1 %	17,5 %	13,1 %	18,1 %	8,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>52</b>	<b>278</b>	<b>74</b>	<b>62</b>	<b>52</b>	<b>366</b>	<b>77</b>	<b>62</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	25,0 %	36,7 %	35,1 %	27,4 %	15,4 %	18,3 %	26,0 %	24,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,0 %	22,7 %	12,2 %	12,9 %	26,9 %	30,1 %	24,7 %	24,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,2 %	70,1 %	64,9 %	54,8 %	71,2 %	73,2 %	77,9 %	67,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,8 %	28,8 %	25,7 %	21,0 %	32,7 %	30,9 %	20,8 %	24,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,2 %	13,7 %	13,5 %	8,1 %	19,2 %	17,8 %	9,1 %	14,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	4,3 %	5,4 %	6,5 %	3,8 %	3,0 %	5,2 %	8,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,6 %	57,2 %	52,7 %	40,3 %	48,1 %	55,2 %	53,2 %	50,0 %

- kein Kontakt in 30 Tagen	7,7 %	9,0 %	16,2 %	16,1 %	15,4 %	8,2 %	10,4 %	6,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>17</b>	<b>116</b>	<b>32</b>	<b>27</b>	<b>13</b>	<b>152</b>	<b>31</b>	<b>35</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	47,1 %	36,2 %	31,3 %	33,3 %	38,5 %	18,4 %	32,3 %	25,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,5 %	26,7 %	9,4 %	14,8 %	30,8 %	33,6 %	38,7 %	22,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	58,8 %	71,6 %	62,5 %	51,9 %	76,9 %	75,0 %	87,1 %	62,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,5 %	32,8 %	28,1 %	11,1 %	53,8 %	36,2 %	25,8 %	25,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,8 %	12,9 %	6,3 %	7,4 %	23,1 %	17,8 %	9,7 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	2,6 %	0,0 %	3,7 %	7,7 %	2,6 %	6,5 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,6 %	61,2 %	43,8 %	48,1 %	61,5 %	56,6 %	67,7 %	48,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,9 %	6,9 %	25,0 %	22,2 %	15,4 %	6,6 %	3,2 %	5,7 %

<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				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								

<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>48</b>	<b>533</b>	<b>107</b>	<b>103</b>	<b>46</b>	<b>652</b>	<b>122</b>	<b>110</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	39,6 %	37,9 %	39,3 %	35,9 %	30,4 %	22,7 %	35,2 %	26,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	31,3 %	20,8 %	21,5 %	14,6 %	30,4 %	29,8 %	29,5 %	21,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	93,8 %	85,6 %	80,4 %	73,8 %	82,6 %	88,0 %	86,9 %	82,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,2 %	48,4 %	42,1 %	38,8 %	54,3 %	49,1 %	39,3 %	41,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,8 %	14,8 %	15,0 %	9,7 %	26,1 %	16,1 %	11,5 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,1 %	10,9 %	14,0 %	13,6 %	13,0 %	10,6 %	12,3 %	17,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	58,9 %	62,6 %	48,5 %	60,9 %	55,8 %	63,9 %	53,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,1 %	5,6 %	5,6 %	12,6 %	8,7 %	5,2 %	4,9 %	4,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>249</b>	<b>66</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>340</b>	<b>68</b>	<b>54</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,5 %	43,4 %	42,4 %	43,4 %	31,6 %	23,5 %	42,6 %	27,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,5 %	30,5 %	22,7 %	17,0 %	36,8 %	39,7 %	32,4 %	31,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,5 %	88,8 %	83,3 %	75,5 %	84,2 %	90,6 %	88,2 %	85,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,5 %	52,6 %	47,0 %	39,6 %	52,6 %	54,4 %	44,1 %	51,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	25,0 %	20,1 %	18,2 %	11,3 %	28,9 %	22,4 %	11,8 %	24,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	32,5 %	11,2 %	13,6 %	13,2 %	10,5 %	10,3 %	11,8 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,5 %	68,7 %	66,7 %	58,5 %	65,8 %	66,2 %	73,5 %	64,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	2,4 %	4,5 %	7,5 %	7,9 %	2,4 %	1,5 %	3,7 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	13	104	27	25	<10	142	30	31
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	53,8 %	44,2 %	33,3 %	48,0 %	50,0 %	22,5 %	40,0 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,1 %	33,7 %	29,6 %	20,0 %	37,5 %	49,3 %	40,0 %	32,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,3 %	88,5 %	77,8 %	80,0 %	87,5 %	92,3 %	93,3 %	87,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	53,8 %	56,7 %	37,0 %	36,0 %	75,0 %	64,1 %	50,0 %	54,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,4 %	20,2 %	11,1 %	8,0 %	25,0 %	21,8 %	10,0 %	22,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	7,7 %	3,7 %	24,0 %	25,0 %	9,9 %	13,3 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,9 %	74,0 %	63,0 %	64,0 %	75,0 %	71,1 %	73,3 %	61,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,0 %	3,7 %	4,0 %	12,5 %	0,7 %	0,0 %	3,2 %

<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

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

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>623</b>	<b>647</b>	<b>416</b>	<b>356</b>	<b>650</b>	<b>788</b>	<b>540</b>	<b>497</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,1 %	41,9 %	34,1 %	40,4 %	29,7 %	25,8 %	26,9 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,5 %	4,9 %	2,2 %	2,5 %	4,0 %	5,8 %	4,6 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,4 %	36,9 %	37,0 %	37,6 %	40,8 %	40,5 %	39,1 %	39,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,8 %	9,0 %	7,2 %	8,1 %	10,2 %	8,8 %	8,1 %	6,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,5 %	3,9 %	2,4 %	3,4 %	5,7 %	3,7 %	4,4 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,0 %	2,2 %	2,2 %	3,7 %	2,7 %	3,1 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,2 %	48,5 %	37,7 %	44,1 %	36,3 %	32,9 %	33,7 %	36,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,0 %	28,6 %	35,6 %	33,7 %	34,6 %	35,2 %	36,5 %	39,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>549</b>	<b>514</b>	<b>351</b>	<b>301</b>	<b>541</b>	<b>620</b>	<b>433</b>	<b>400</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	35,2 %	43,0 %	35,9 %	41,5 %	32,3 %	29,4 %	28,6 %	32,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,8 %	5,8 %	1,7 %	2,0 %	4,4 %	6,5 %	4,8 %	6,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,6 %	36,8 %	39,6 %	39,5 %	41,2 %	40,6 %	40,0 %	41,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,7 %	9,1 %	7,1 %	8,0 %	10,5 %	9,0 %	9,5 %	6,8 %



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	3,8 %	4,5 %	2,8 %	3,7 %	6,8 %	4,2 %	4,6 %	6,3 %
	1,6 %	2,1 %	2,3 %	2,3 %	4,1 %	2,7 %	3,0 %	5,0 %
	40,6 %	50,8 %	39,3 %	44,9 %	39,9 %	37,1 %	35,6 %	40,0 %
	30,6 %	27,6 %	33,6 %	31,9 %	32,5 %	32,6 %	33,9 %	35,5 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>357</b>	<b>342</b>	<b>255</b>	<b>225</b>	<b>381</b>	<b>413</b>	<b>336</b>	<b>322</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,1 %	44,7 %	35,7 %	47,6 %	33,6 %	35,8 %	30,7 %	32,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,9 %	6,1 %	1,6 %	2,7 %	4,5 %	7,7 %	4,8 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	38,9 %	38,9 %	38,0 %	37,3 %	40,2 %	38,5 %	39,3 %	39,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	9,8 %	9,6 %	7,8 %	9,3 %	12,1 %	9,2 %	9,8 %	6,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,9 %	3,5 %	2,7 %	4,0 %	7,1 %	4,4 %	4,8 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,0 %	2,6 %	2,0 %	2,2 %	2,9 %	2,7 %	2,7 %	5,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,1 %	52,0 %	39,2 %	52,0 %	41,2 %	45,0 %	37,5 %	41,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,7 %	25,4 %	34,5 %	29,8 %	33,3 %	29,8 %	33,9 %	35,4 %

<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			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>551</b>	<b>605</b>	<b>380</b>	<b>312</b>	<b>570</b>	<b>711</b>	<b>478</b>	<b>432</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	55,7 %	60,0 %	57,1 %	60,3 %	51,8 %	44,4 %	51,3 %	51,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,9 %	9,1 %	5,5 %	7,1 %	8,6 %	11,4 %	10,9 %	10,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,2 %	65,0 %	65,5 %	62,2 %	66,8 %	68,9 %	65,3 %	66,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,3 %	25,5 %	21,3 %	20,8 %	24,4 %	25,3 %	24,5 %	21,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,3 %	7,3 %	8,7 %	5,4 %	8,9 %	8,2 %	8,6 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	5,8 %	5,0 %	6,1 %	7,7 %	7,9 %	9,0 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,8 %	68,1 %	65,0 %	66,3 %	61,1 %	56,1 %	63,2 %	61,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	9,1 %	11,6 %	13,1 %	13,5 %	11,7 %	11,9 %	13,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>483</b>	<b>480</b>	<b>320</b>	<b>260</b>	<b>475</b>	<b>557</b>	<b>389</b>	<b>345</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	59,0 %	62,5 %	60,3 %	62,3 %	56,6 %	49,9 %	55,5 %	56,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,7 %	10,2 %	5,3 %	7,3 %	9,9 %	12,6 %	11,8 %	10,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	67,5 %	64,2 %	66,9 %	65,0 %	68,4 %	68,9 %	66,6 %	67,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,1 %	27,3 %	22,2 %	21,2 %	25,3 %	27,8 %	26,7 %	22,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,1 %	8,5 %	10,0 %	5,8 %	10,5 %	8,6 %	9,5 %	10,4 %

<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>	6,0 %	5,2 %	5,0 %	5,0 %	8,0 %	9,0 %	8,5 %	14,5 %
	66,7 %	71,5 %	68,4 %	68,8 %	67,4 %	62,1 %	68,1 %	67,2 %
	9,1 %	8,5 %	10,6 %	10,4 %	11,2 %	9,7 %	10,0 %	11,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>311</b>	<b>322</b>	<b>234</b>	<b>196</b>	<b>324</b>	<b>373</b>	<b>305</b>	<b>277</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>	63,3 %	66,1 %	64,1 %	70,9 %	60,8 %	58,2 %	59,3 %	59,6 %
	7,4 %	9,6 %	5,6 %	8,2 %	9,6 %	13,4 %	12,5 %	11,9 %
	64,3 %	67,4 %	66,7 %	65,3 %	67,3 %	71,0 %	66,9 %	67,9 %
	27,3 %	28,0 %	24,4 %	23,0 %	24,7 %	29,0 %	29,2 %	21,7 %
	9,0 %	8,1 %	9,8 %	6,1 %	11,4 %	10,5 %	10,2 %	10,8 %
	6,8 %	6,8 %	6,0 %	5,1 %	6,5 %	9,4 %	7,9 %	14,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,4 %	73,6 %	72,6 %	78,6 %	70,1 %	71,0 %	72,5 %	70,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,7 %	6,5 %	9,0 %	7,7 %	9,9 %	7,0 %	9,2 %	9,7 %

<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
---------	----	----

Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>437</b>	<b>483</b>	<b>317</b>	<b>255</b>	<b>445</b>	<b>565</b>	<b>371</b>	<b>337</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	71,2 %	67,7 %	68,8 %	72,2 %	65,4 %	55,9 %	68,7 %	65,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,6 %	13,7 %	11,0 %	9,8 %	12,4 %	17,2 %	13,5 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,8 %	83,9 %	82,6 %	86,3 %	86,3 %	87,3 %	84,9 %	88,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,9 %	47,4 %	44,5 %	46,3 %	47,9 %	49,7 %	46,6 %	43,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,9 %	11,4 %	10,4 %	8,6 %	14,8 %	12,4 %	14,6 %	15,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,7 %	8,9 %	12,3 %	16,9 %	13,7 %	17,0 %	17,3 %	31,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,9 %	77,6 %	78,9 %	78,8 %	74,4 %	70,3 %	79,8 %	79,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	3,1 %	3,5 %	2,7 %	3,4 %	3,7 %	4,3 %	2,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>381</b>	<b>378</b>	<b>269</b>	<b>213</b>	<b>372</b>	<b>441</b>	<b>304</b>	<b>275</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	75,6 %	71,2 %	72,1 %	75,6 %	70,4 %	63,5 %	72,7 %	69,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,4 %	15,9 %	11,5 %	10,3 %	13,7 %	18,6 %	13,8 %	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,2 %	82,8 %	83,6 %	86,4 %	87,9 %	88,7 %	85,5 %	88,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,5 %	48,4 %	45,4 %	46,5 %	51,3 %	52,6 %	47,7 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,0 %	13,8 %	11,9 %	9,4 %	16,9 %	13,4 %	16,8 %	17,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,0 %	7,9 %	13,0 %	15,0 %	14,2 %	17,7 %	17,1 %	31,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,4 %	82,5 %	82,5 %	82,6 %	80,6 %	78,2 %	83,9 %	84,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,9 %	3,2 %	2,6 %	2,3 %	1,9 %	2,5 %	3,9 %	1,8 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>238</b>	<b>253</b>	<b>193</b>	<b>163</b>	<b>248</b>	<b>302</b>	<b>244</b>	<b>216</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	77,7 %	76,3 %	78,2 %	84,0 %	75,8 %	71,9 %	77,5 %	72,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,1 %	15,8 %	11,9 %	11,0 %	12,9 %	19,2 %	13,9 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	87,8 %	85,0 %	85,0 %	87,7 %	87,9 %	90,1 %	85,7 %	88,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,8 %	47,4 %	48,2 %	51,5 %	48,4 %	54,3 %	50,4 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,9 %	12,3 %	11,4 %	8,6 %	17,7 %	13,9 %	17,6 %	18,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,2 %	9,5 %	15,0 %	16,0 %	11,3 %	19,2 %	16,8 %	30,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,6 %	85,8 %	87,6 %	90,2 %	84,3 %	86,1 %	88,1 %	88,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	1,6 %	1,6 %	1,2 %	1,6 %	2,3 %	4,1 %	1,9 %

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

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

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

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

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

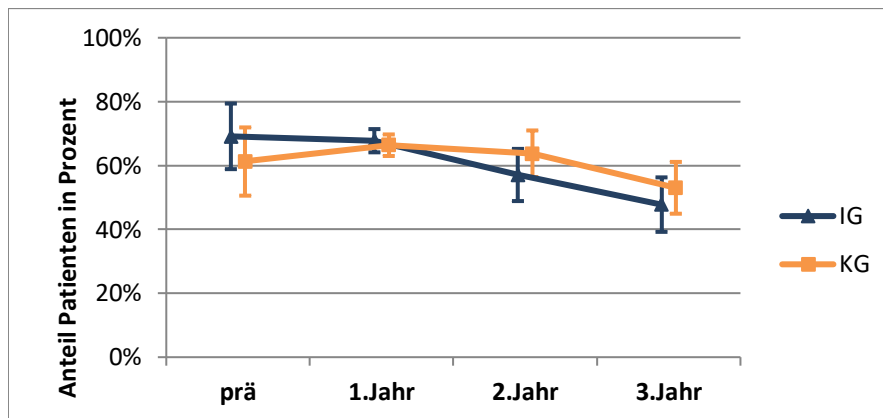
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

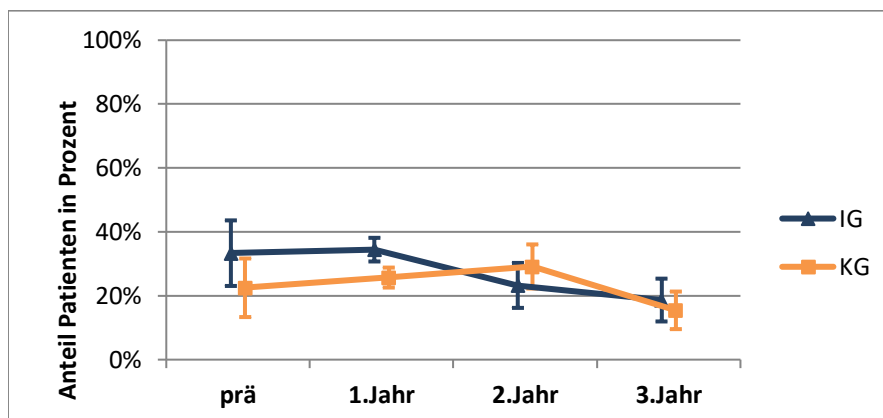
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



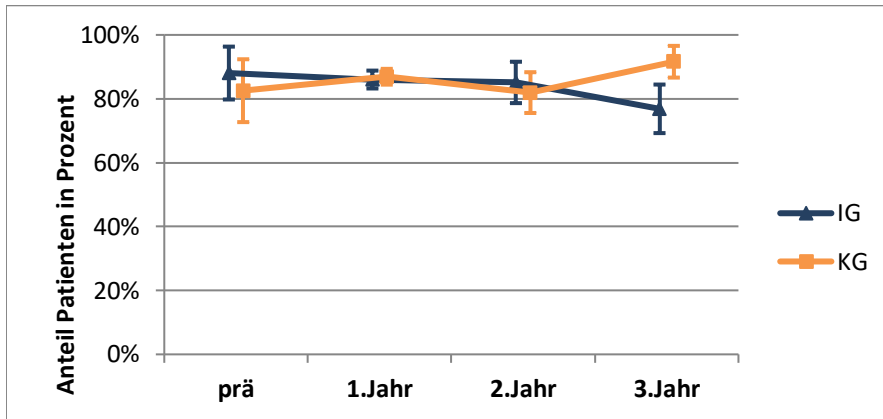
- Alle (psychiatrischer Sektor)



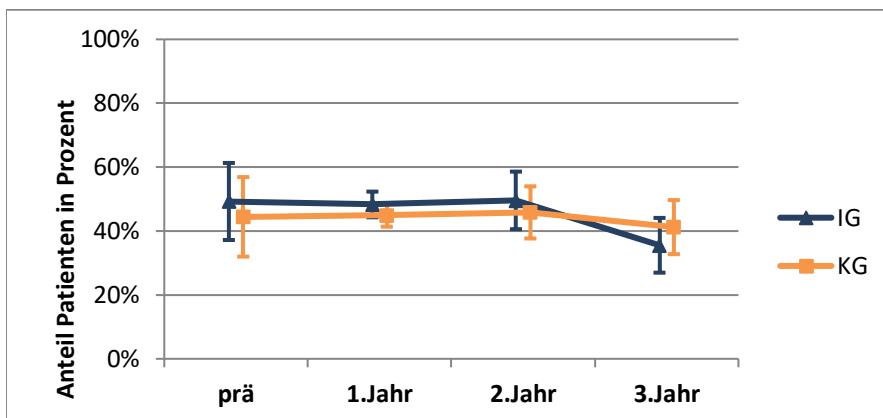
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



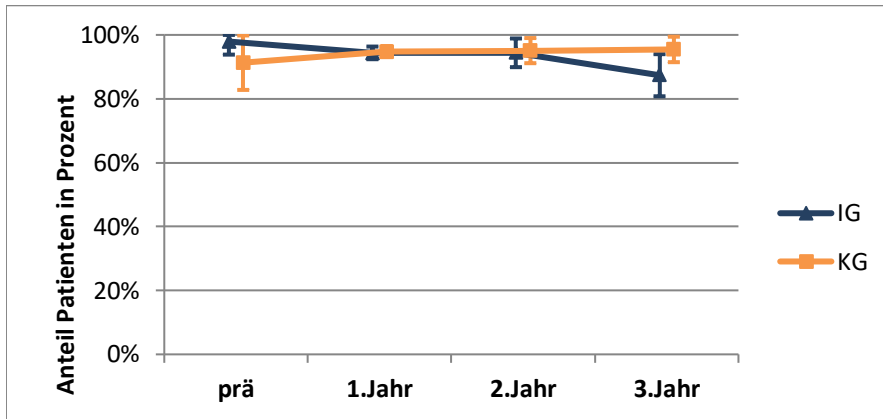
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



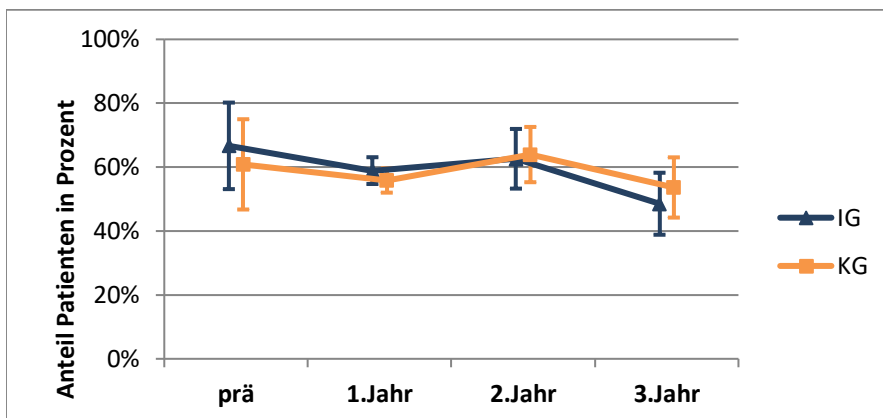
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)





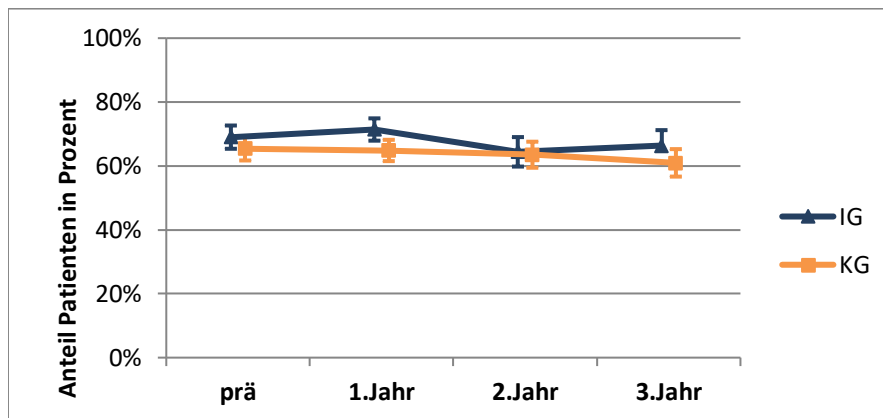
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

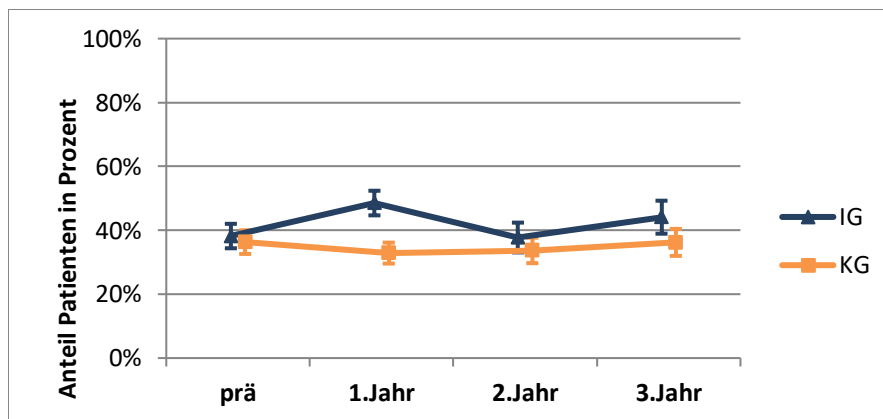
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

- Alle



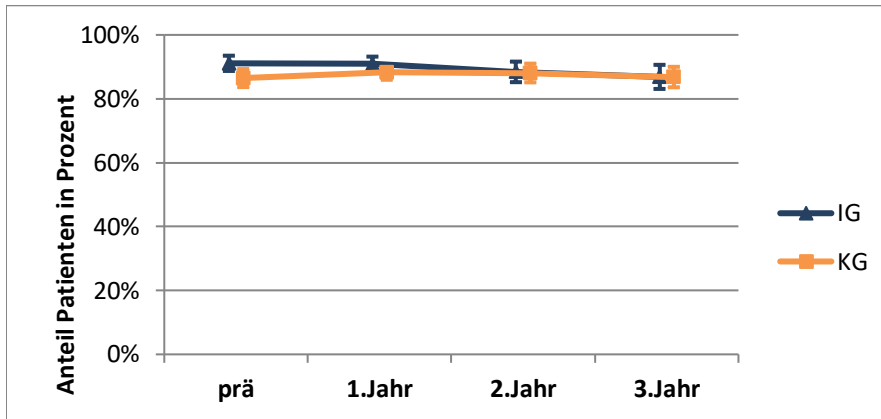
- Alle (psychiatrischer Sektor)



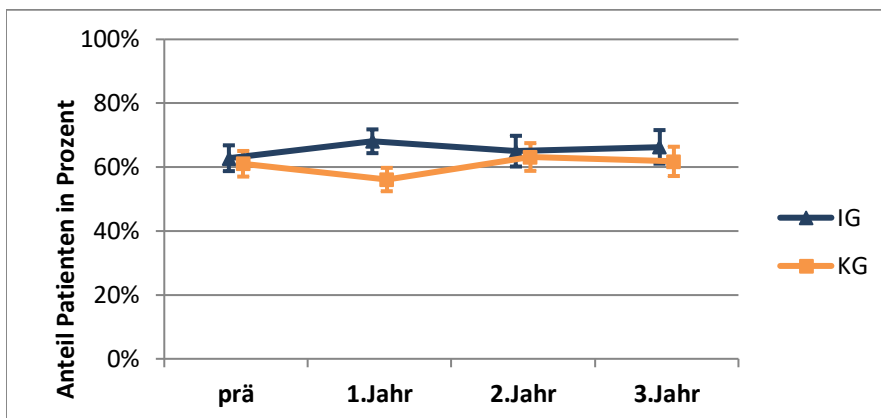
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



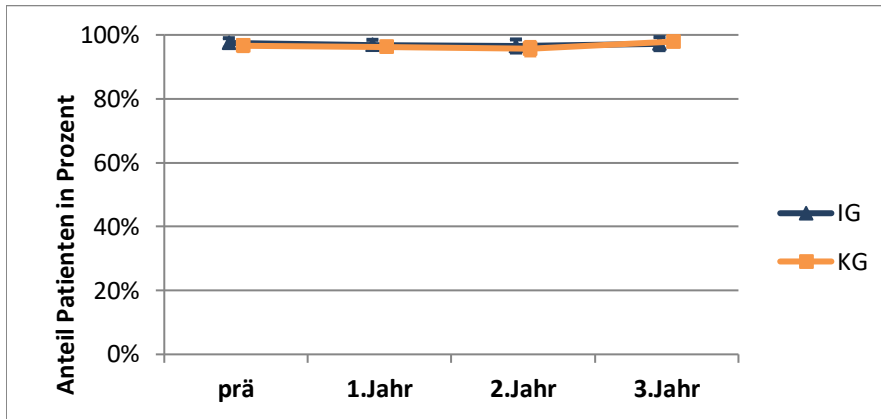
- Alle (psychiatrischer Sektor)



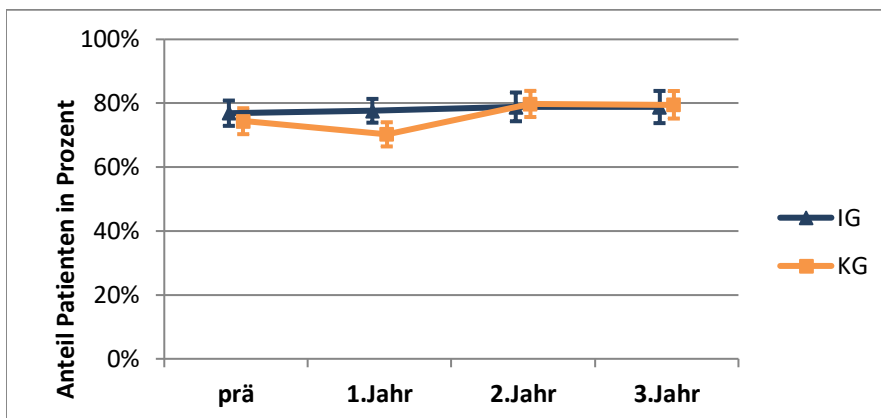
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 636, KG = 755;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 647, KG = 788). Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Bei den klirikneuen erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Jahr vor Referenzfall (prä) und im Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum (7 Tage: prä: +10,8; 1. Jahr: +8,7; 30 Tage: prä: +4,8; 1. Jahr: +3,3; 90 Tage: prä: -5,8; 1. Jahr: +3,1 %-Punkte). Dieser Anteil verringerte sich stets leicht vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, blieb aber in der IG stets größer als in der KG. Im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall ist über alle Nachbeobachtungszeiträume keine einheitliche Tendenz ersichtlich. Teils war die Behandlungskontinuität in der IG und teils in der KG größer.

Bei den klirikbekannten erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG stets größer als in der KG, außer für das zweite und dritte Jahr nach Referenzfall für eine Nachbeobachtungszeit von 90 Tagen. Dort waren die Anteile zwischen IG und KG vergleichbar.

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>45</b>	<b>749</b>	<b>72</b>	<b>842</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,9 %	21,5 %	18,1 %	9,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	6,8 %	2,8 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,2 %	41,5 %	58,3 %	50,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	2,2 %	9,3 %	9,7 %	9,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	4,4 %	5,6 %	2,8 %	7,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,4 %	1,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,3 %	31,6 %	22,2 %	21,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	51,1 %	33,2 %	27,8 %	34,2 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>37</b>	<b>336</b>	<b>45</b>	<b>441</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,1 %	19,3 %	26,7 %	10,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	10,4 %	2,2 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,5 %	39,6 %	51,1 %	51,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	2,7 %	11,0 %	13,3 %	11,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	5,4 %	7,7 %	4,4 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	3,3 %	2,2 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,5 %	34,2 %	31,1 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	51,4 %	29,8 %	28,9 %	30,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>19</b>	<b>153</b>	<b>19</b>	<b>181</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,3 %	20,3 %	42,1 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,0 %	13,7 %	0,0 %	15,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	47,4 %	34,6 %	42,1 %	57,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	5,3 %	11,1 %	15,8 %	17,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	0,0 %	7,8 %	10,5 %	7,2 %

• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	2,0 %	0,0 %	4,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	5,3 %	37,3 %	47,4 %	28,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,6 %	29,4 %	36,8 %	23,2 %

<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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>38</b>	<b>678</b>	<b>56</b>	<b>770</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	15,8 %	30,7 %	30,4 %	18,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,9 %	12,7 %	5,4 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,1 %	68,3 %	80,4 %	71,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,3 %	26,7 %	30,4 %	28,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,8 %	13,0 %	8,9 %	16,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,5 %	6,8 %	8,9 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,2 %	49,4 %	37,5 %	41,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,4 %	12,4 %	8,9 %	13,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>31</b>	<b>300</b>	<b>35</b>	<b>398</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	16,1 %	27,3 %	34,3 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	9,7 %	20,3 %	8,6 %	20,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	71,0 %	66,7 %	74,3 %	74,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	32,3 %	31,0 %	34,3 %	32,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,4 %	16,7 %	14,3 %	20,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,9 %	8,3 %	8,6 %	9,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,7 %	54,7 %	45,7 %	47,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	16,1 %	10,0 %	11,4 %	9,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>13</b>	<b>132</b>	<b>15</b>	<b>163</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	23,1 %	27,3 %	53,3 %	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,4 %	28,8 %	6,7 %	27,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,3 %	65,2 %	66,7 %	79,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,1 %	29,5 %	40,0 %	37,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,1 %	19,7 %	20,0 %	19,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,3 %	13,3 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,2 %	60,6 %	66,7 %	54,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	0,0 %	6,1 %	6,7 %	6,1 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>28</b>	<b>612</b>	<b>38</b>	<b>692</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	32,1 %	35,6 %	42,1 %	24,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,3 %	19,1 %	15,8 %	21,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,1 %	87,9 %	92,1 %	85,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	60,7 %	50,2 %	55,3 %	49,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	21,4 %	19,0 %	10,5 %	22,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	17,9 %	15,4 %	23,7 %	19,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	59,2 %	57,9 %	52,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	4,4 %	2,6 %	5,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>26</b>	<b>275</b>	<b>25</b>	<b>358</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,6 %	33,1 %	40,0 %	22,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	15,4 %	27,3 %	16,0 %	29,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	84,6 %	90,5 %	92,0 %	89,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	65,4 %	57,1 %	60,0 %	53,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	23,1 %	24,0 %	16,0 %	28,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	19,2 %	19,6 %	20,0 %	20,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,8 %	64,0 %	60,0 %	59,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,8 %	2,2 %	0,0 %	2,5 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>117</b>	<b>12</b>	<b>149</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,0 %	32,5 %	50,0 %	21,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	30,0 %	36,8 %	8,3 %	35,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	90,0 %	89,7 %	100,0 %	90,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	70,0 %	58,1 %	75,0 %	57,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	30,0 %	23,1 %	25,0 %	27,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	20,0 %	14,5 %	33,3 %	22,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,0 %	68,4 %	66,7 %	67,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,6 %	0,0 %	2,0 %

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

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

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

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



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

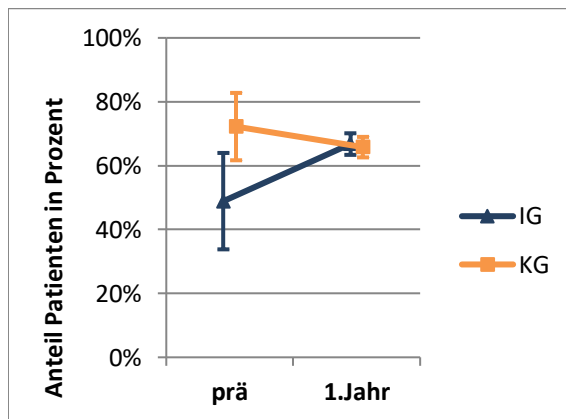
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

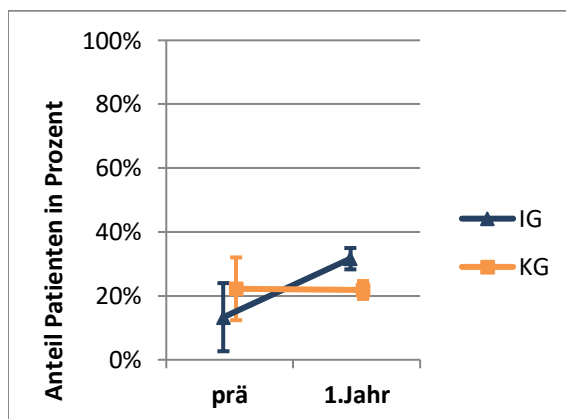
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

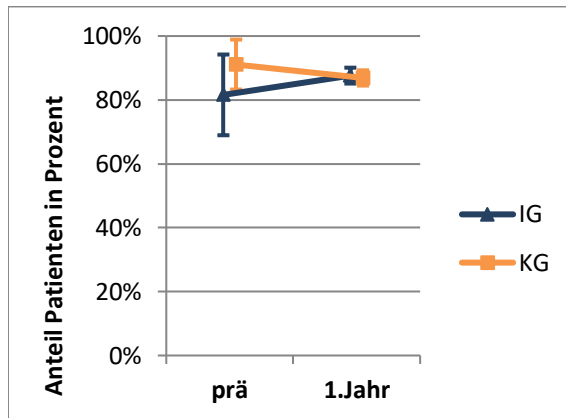


- Alle (psychiatrischer Sektor)

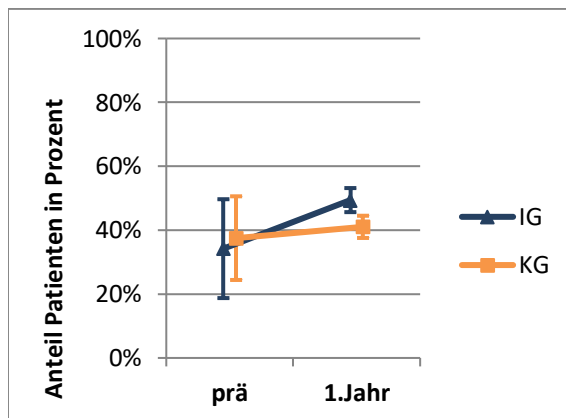


Kontakt innerhalb von 30 Tagen

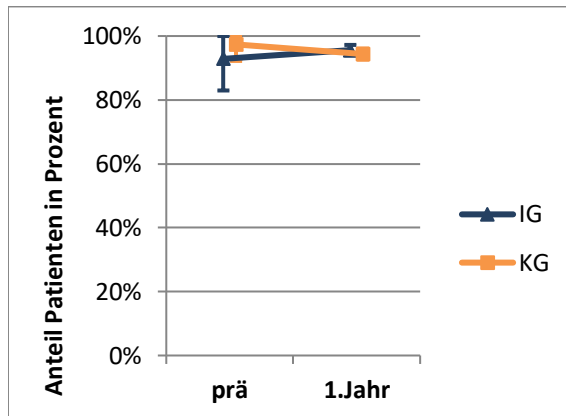
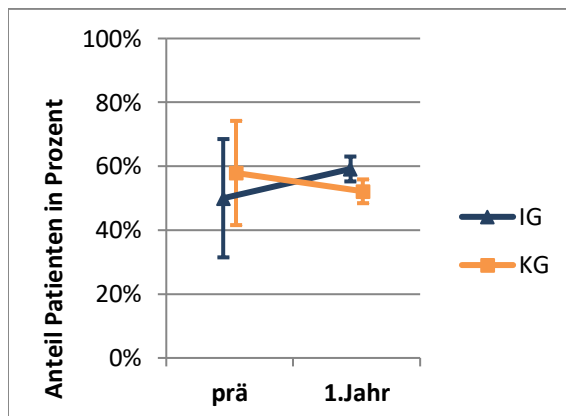
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



## Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle- Alle (psychiatrischer Sektor)

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich für alle Nachbeobachtungszeiträume in der IG stets eine größere Zunahme der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG (7 Tage: IG: +18,4; KG: -0,4; 30 Tage: IG: +15,2; KG: +3,5; 90 Tage: IG: +9,2; KG: -5,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war für die Betrachtung von 7 Tagen statistisch signifikant (DiD = 0,4).

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>18</b>	<b>204</b>	<b>62</b>	<b>46</b>	<b>21</b>	<b>255</b>	<b>79</b>	<b>61</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	11,1 %	17,6 %	16,1 %	26,1 %	38,1 %	20,8 %	25,3 %	19,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,6 %	4,4 %	4,8 %	4,3 %	4,8 %	5,9 %	5,1 %	13,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	38,9 %	18,6 %	16,1 %	23,9 %	38,1 %	24,3 %	27,8 %	27,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	16,7 %	6,9 %	6,5 %	10,9 %	14,3 %	4,7 %	5,1 %	13,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	22,2 %	7,8 %	9,7 %	23,9 %	0,0 %	9,8 %	5,1 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	2,2 %	4,8 %	2,4 %	7,6 %	4,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	27,9 %	30,6 %	47,8 %	42,9 %	33,3 %	31,6 %	34,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,9 %	55,4 %	58,1 %	37,0 %	28,6 %	48,2 %	45,6 %	47,5 %

<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 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>								
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>2. Jahr</b>	<b>3. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>15</b>	<b>193</b>	<b>57</b>	<b>39</b>	<b>17</b>	<b>230</b>	<b>72</b>	<b>58</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	33,3 %	34,7 %	35,1 %	41,0 %	58,8 %	37,4 %	41,7 %	37,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,0 %	6,7 %	7,0 %	15,4 %	11,8 %	15,2 %	9,7 %	20,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	66,7 %	44,6 %	40,4 %	59,0 %	58,8 %	50,4 %	55,6 %	67,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	33,3 %	18,7 %	21,1 %	25,6 %	29,4 %	18,3 %	18,1 %	32,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	40,0 %	18,1 %	19,3 %	28,2 %	11,8 %	16,1 %	8,3 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	5,2 %	5,3 %	2,6 %	11,8 %	5,7 %	22,2 %	19,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,3 %	51,3 %	50,9 %	74,4 %	76,5 %	57,8 %	54,2 %	63,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,3 %	22,8 %	26,3 %	10,3 %	5,9 %	20,4 %	20,8 %	12,1 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
---------	----	----

Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>10</b>	<b>175</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>210</b>	<b>57</b>	<b>50</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	40,0 %	49,1 %	48,1 %	45,5 %	53,8 %	50,0 %	49,1 %	44,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	40,0 %	13,1 %	11,5 %	27,3 %	23,1 %	21,9 %	15,8 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	70,0 %	78,3 %	76,9 %	78,8 %	76,9 %	80,5 %	82,5 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	60,0 %	45,7 %	46,2 %	54,5 %	53,8 %	34,8 %	38,6 %	46,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	60,0 %	29,7 %	21,2 %	39,4 %	7,7 %	23,3 %	8,8 %	22,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	11,4 %	11,5 %	9,1 %	15,4 %	11,4 %	24,6 %	32,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	90,0 %	72,0 %	65,4 %	87,9 %	76,9 %	72,9 %	64,9 %	76,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,0 %	4,6 %	7,7 %	0,0 %	0,0 %	5,2 %	7,0 %	2,0 %

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

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

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

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**
**A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>157</b>	<b>223</b>	<b>117</b>	<b>92</b>	<b>185</b>	<b>309</b>	<b>149</b>	<b>100</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,0 %	18,4 %	22,2 %	23,9 %	27,0 %	24,3 %	27,5 %	37,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,6 %	2,2 %	12,0 %	3,3 %	1,6 %	1,9 %	2,0 %	4,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	20,4 %	24,7 %	30,8 %	23,9 %	21,6 %	23,6 %	30,9 %	35,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	5,1 %	7,2 %	5,1 %	4,3 %	6,5 %	4,5 %	4,0 %	6,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,0 %	4,9 %	9,4 %	9,8 %	5,4 %	7,1 %	6,7 %	5,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,2 %	1,7 %	2,2 %	1,6 %	1,3 %	0,7 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,7 %	24,7 %	39,3 %	31,5 %	32,4 %	31,7 %	34,9 %	42,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	66,2 %	55,2 %	38,5 %	51,1 %	49,7 %	50,5 %	43,6 %	33,0 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>								
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>123</b>	<b>211</b>	<b>104</b>	<b>82</b>	<b>163</b>	<b>284</b>	<b>142</b>	<b>90</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,1 %	37,4 %	37,5 %	43,9 %	58,3 %	44,0 %	52,1 %	55,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	2,4 %	7,1 %	20,2 %	9,8 %	3,1 %	5,3 %	5,6 %	5,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	52,8 %	49,3 %	55,8 %	57,3 %	52,1 %	52,8 %	59,9 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	13,0 %	16,6 %	19,2 %	20,7 %	20,9 %	18,7 %	16,2 %	16,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	17,1 %	9,5 %	17,3 %	19,5 %	10,4 %	13,0 %	12,0 %	13,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	4,7 %	6,7 %	8,5 %	2,5 %	7,0 %	12,0 %	7,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,9 %	48,8 %	61,5 %	63,4 %	66,3 %	56,3 %	62,0 %	62,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,8 %	26,5 %	18,3 %	14,6 %	15,3 %	18,0 %	16,9 %	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

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



Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>102</b>	<b>193</b>	<b>87</b>	<b>72</b>	<b>138</b>	<b>254</b>	<b>122</b>	<b>80</b>
<b>Alle</b>								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	72,5 %	57,5 %	49,4 %	54,2 %	79,0 %	57,9 %	62,3 %	62,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,9 %	14,5 %	27,6 %	25,0 %	5,1 %	11,4 %	9,8 %	10,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,4 %	81,3 %	86,2 %	75,0 %	73,9 %	81,5 %	80,3 %	78,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,4 %	36,8 %	41,4 %	43,1 %	38,4 %	39,4 %	36,1 %	36,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	21,6 %	15,5 %	27,6 %	25,0 %	15,2 %	17,7 %	18,9 %	17,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	11,4 %	14,9 %	9,7 %	7,2 %	13,4 %	16,4 %	15,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	79,4 %	70,5 %	79,3 %	77,8 %	87,0 %	71,3 %	75,4 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,9 %	6,7 %	5,7 %	5,6 %	5,1 %	5,5 %	7,4 %	10,0 %

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

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

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

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

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

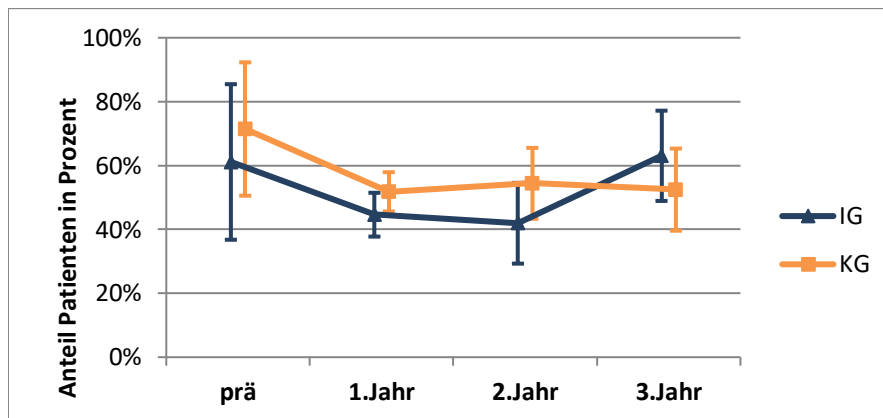
**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

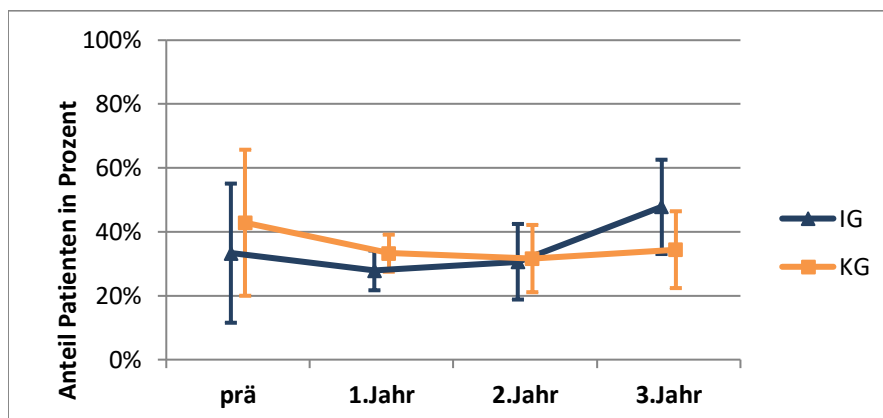
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



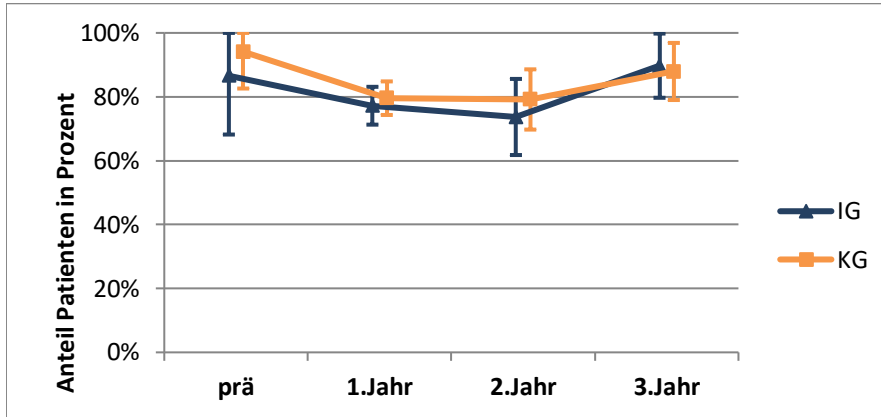
- Alle (psychiatrischer Sektor)



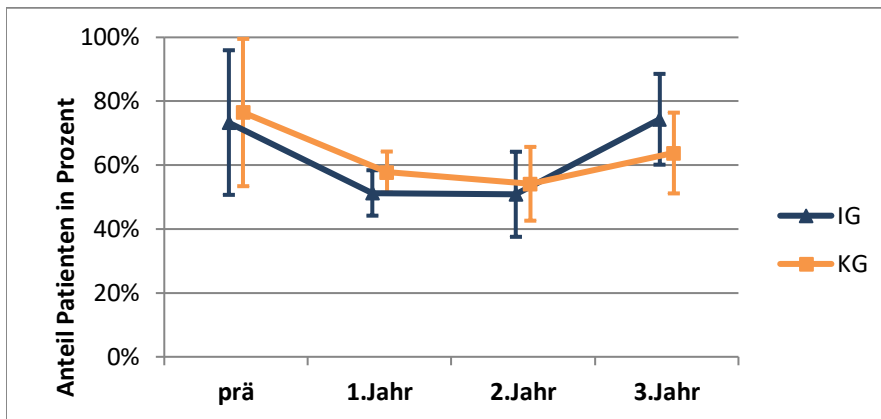
**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



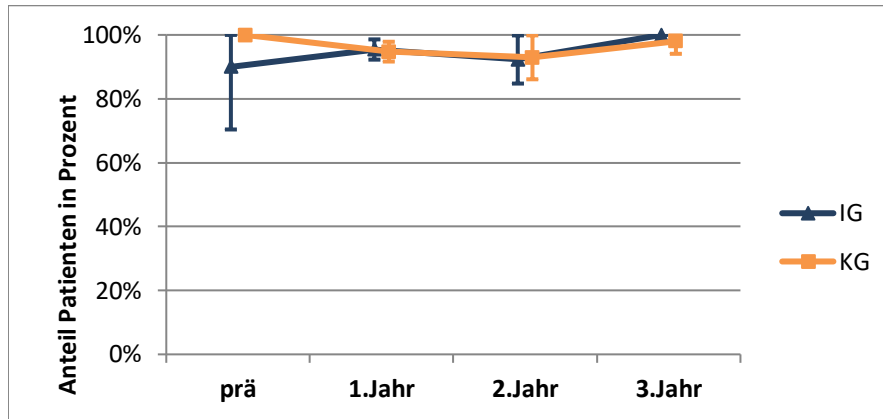
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



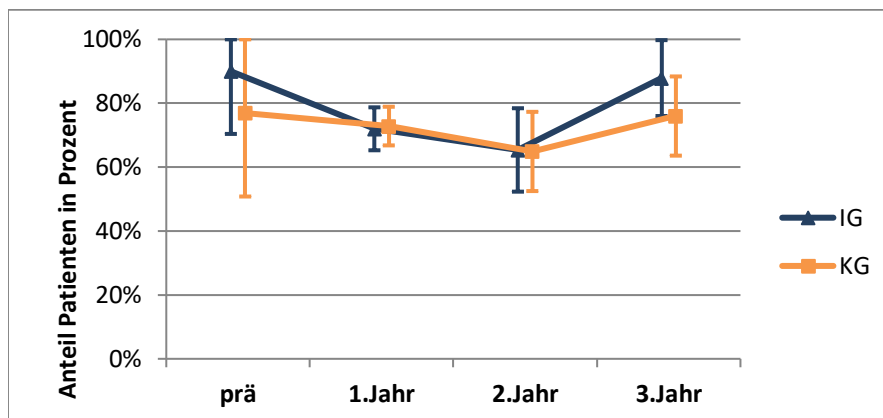
**Kinder, klinikneue Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



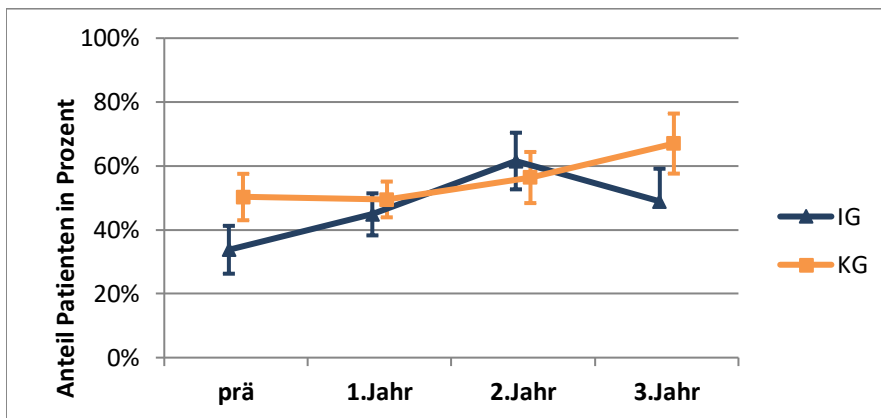
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

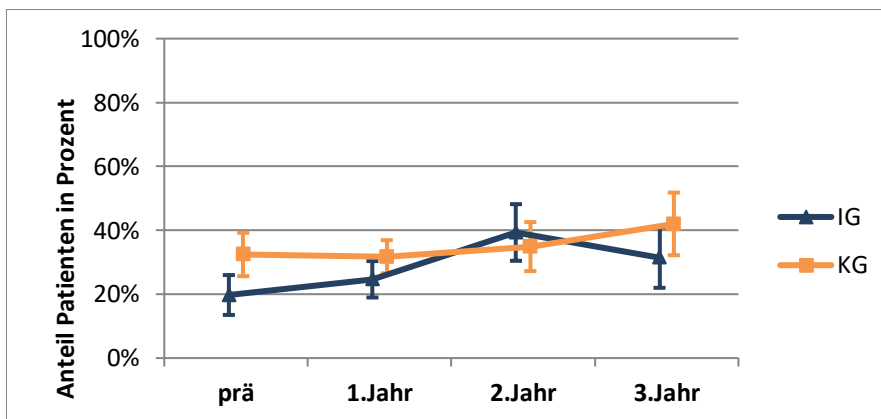
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



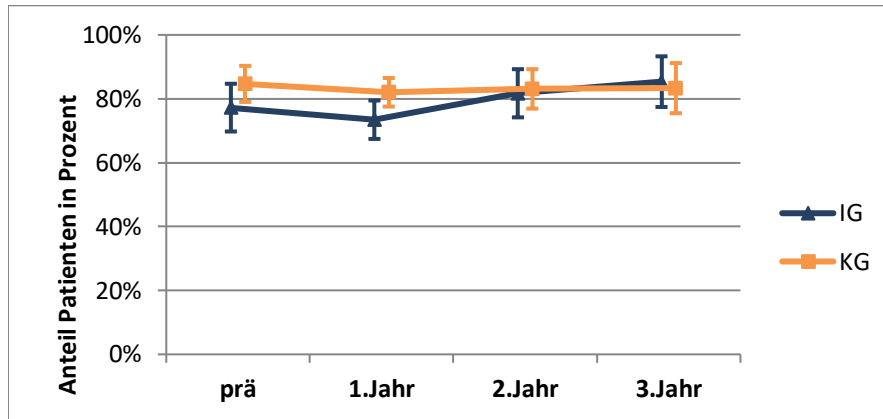
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



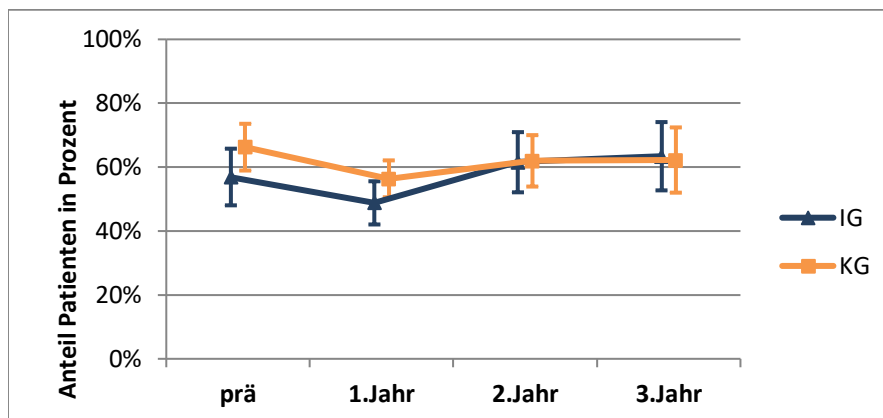
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- **Alle**



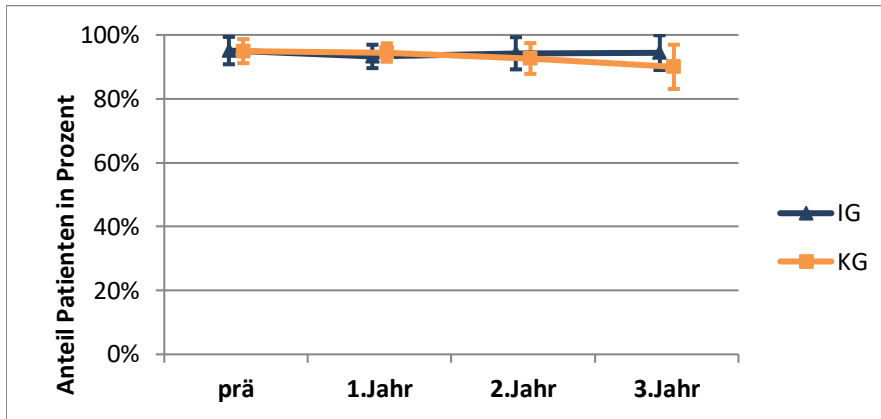
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



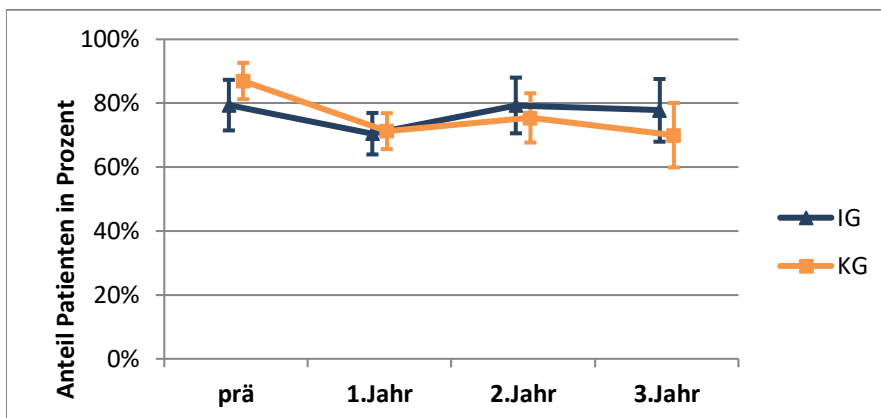
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet. Hauptaugenmerk liegt bei der Kontinuität der Behandlung auf ambulante Kontakte im „psychiatrischen Sektor“ (PIA, Arzt für Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapeut) nach einem stationären Aufenthalt.

Hier war bei den linikneuen jungen Patienten der IG in allen drei Nachbeobachtungszeiträume eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Jahr vor Referenzfall im Vergleich zu den Patienten der KG ersichtlich (7 Tage: -12,7; 30 Tage: -9,3; 90 Tage: -7,5 %-Punkte). Im Jahr nach Referenzfall, d.h. nach Start der Modellversorgung, verringerte sich dieser Unterschied zwischen IG und KG (7 Tage: -7,1; 30 Tage: -7,5; 90 Tage: -0,8 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall verringerte sich dieser Unterschied erneut bzw. lag die Behandlungskontinuität in der IG über der der KG (7 Tage: +4,4; 30 Tage: -0,4; 90 Tage: +3,9 %-Punkte). Dieser Trend der Zunahme der Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG zeichnete sich weitestgehend auch im dritten Jahr nach Referenzfall ab, mit der Ausnahme für die Betrachtung von 7 Tagen (7 Tage: -10,5; 30 Tage: +1,2; 90 Tage: +7,8 %-Punkte).

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>42</b>	<b>341</b>	<b>28</b>	<b>371</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,5 %	26,4 %	14,3 %	14,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	19,0 %	3,8 %	3,6 %	5,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	33,3 %	20,2 %	32,1 %	21,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,8 %	5,6 %	3,6 %	3,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	7,1 %	7,9 %	3,6 %	8,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	35,5 %	17,9 %	27,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,9 %	50,1 %	57,1 %	57,4 %



<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	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>34</b>	<b>312</b>	<b>27</b>	<b>353</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	26,5 %	42,3 %	29,6 %	33,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,5 %	12,8 %	22,2 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	61,8 %	42,6 %	55,6 %	57,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	5,9 %	21,5 %	7,4 %	14,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,8 %	16,7 %	11,1 %	20,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	5,4 %	0,0 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,0 %	61,2 %	48,1 %	56,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	14,7 %	20,2 %	25,9 %	20,4 %

<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	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>29</b>	<b>284</b>	<b>23</b>	<b>312</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,9 %	55,6 %	47,8 %	45,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	31,0 %	21,5 %	30,4 %	21,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	82,8 %	72,5 %	95,7 %	83,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	41,4 %	41,2 %	30,4 %	33,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	24,1 %	29,2 %	17,4 %	31,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	15,1 %	4,3 %	10,6 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,4 %	76,1 %	69,6 %	74,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,4 %	8,5 %	0,0 %	5,1 %

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

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

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

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

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

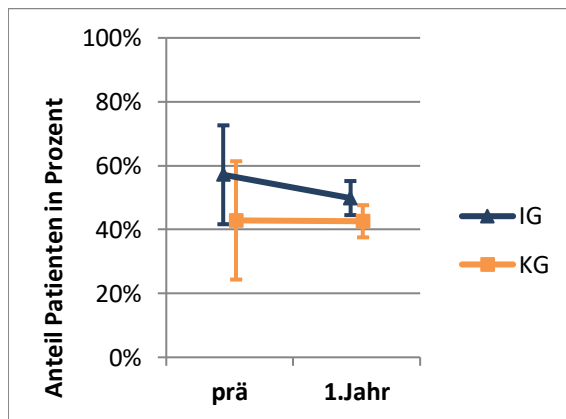
**Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

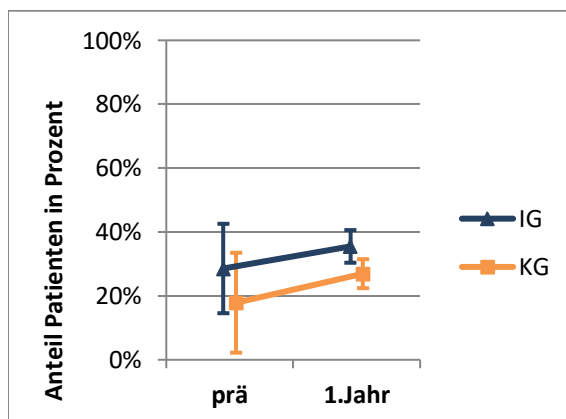
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle

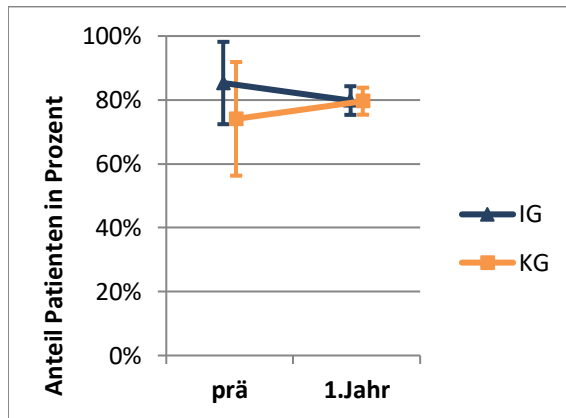


- Alle (psychiatrischer Sektor)

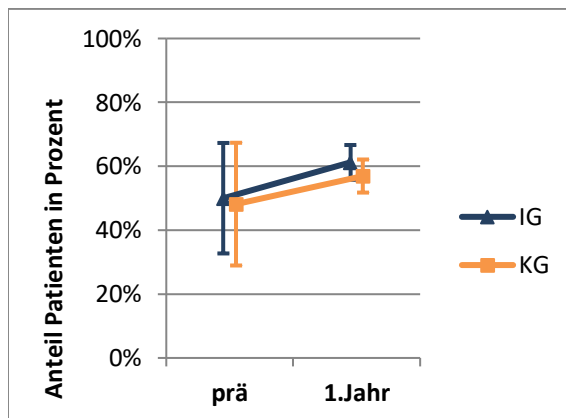


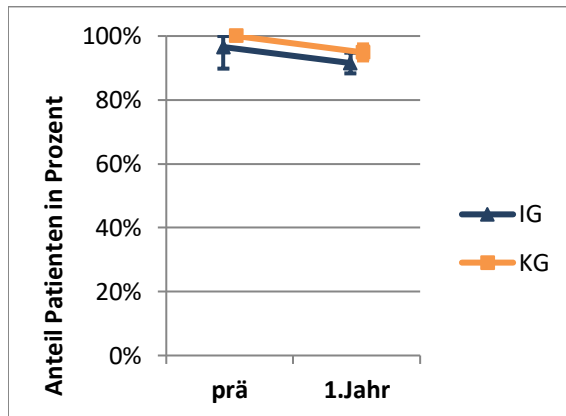
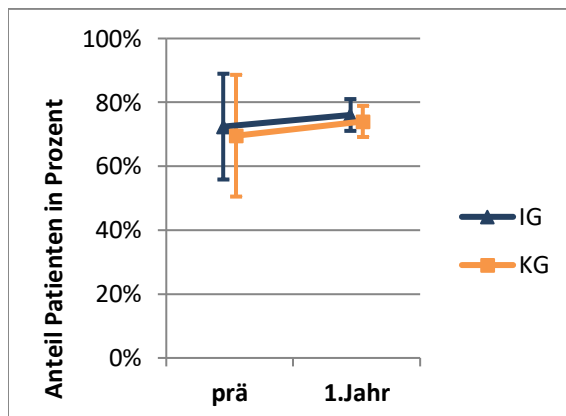
**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr war sowohl in der IG als auch in der KG stets ein Anstieg der Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall gab es nicht. Jedoch war die Behandlungskontinuität in der IG stets numerisch, also sowohl in Jahr vor Referenzfall als auch im Jahr danach, größer als in der KG.

Abbildung 9 und Abbildung 11 zeigen die Zeitreihendiagramme für die Kontinuität der Behandlung gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 10 und Abbildung 12 die Graphischen Darstellungen für die Kontinuität der Behandlung für alle Patienten mit Referenzfall im

dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

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



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

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

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

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>999</b>	<b>999</b>	<b>999</b>	<b>999</b>	<b>991</b>	<b>991</b>	<b>991</b>	<b>991</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>976</b>	<b>976</b>	<b>898</b>	<b>878</b>	<b>970</b>	<b>976</b>	<b>916</b>	<b>888</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	1,2%	1,4%	0,7%	0,5%	0,9%	1,6%	1,2%	0,7%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%

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

**Erwachsen, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>2.511</b>	<b>2.511</b>	<b>2.511</b>	<b>2.511</b>	<b>2.516</b>	<b>2.516</b>	<b>2.516</b>	<b>2.516</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>2.477</b>	<b>2.492</b>	<b>2.393</b>	<b>2.314</b>	<b>2.479</b>	<b>2.489</b>	<b>2.374</b>	<b>2.276</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,3%	0,6%	0,6%	0,3%	0,3%	0,5%	0,6%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%

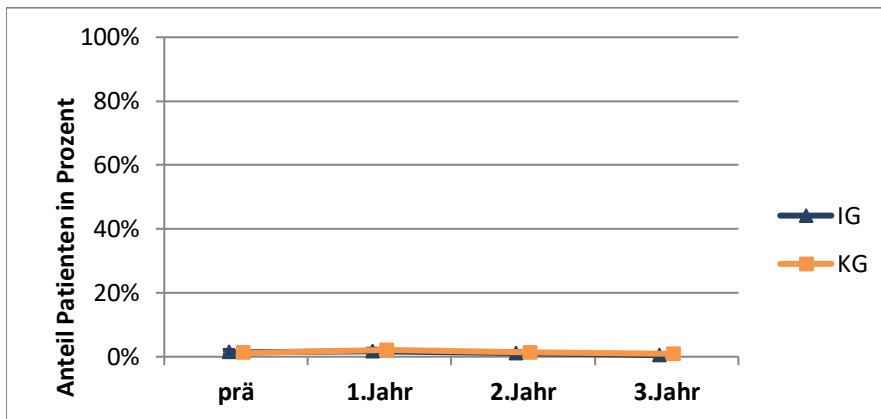
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

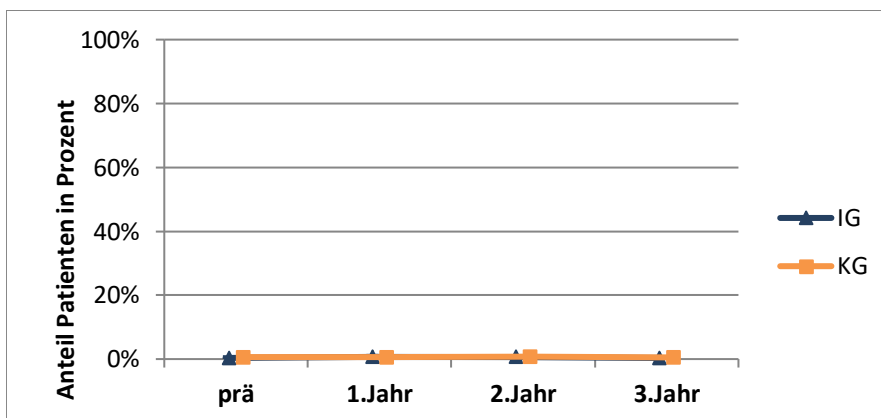
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus hopping ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG = 976, KG = 976;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 2.492, KG = 2.489) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster zwischen IG und KG sehr vergleichbar verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.

**Tabelle 26: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>	<b>1.033</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.006</b>	<b>1.013</b>	<b>1.018</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)	1,2%	1,4%	0,6%	1,7%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,2%	0,6%	0,1%	0,0%

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

**Abbildung 16: Graphische Darstellungen für Effekte bei Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr- Erwachsene**
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Fallzahl zu klein

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

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>601</b>	<b>601</b>	<b>601</b>	<b>601</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>596</b>	<b>601</b>	<b>593</b>	<b>574</b>	<b>592</b>	<b>595</b>	<b>583</b>	<b>566</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,2%	0,7%	0,2%	1,3%	1,5%	0,2%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.323</b>	<b>1.330</b>	<b>1.330</b>	<b>1.330</b>	<b>1.330</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.293</b>	<b>1.308</b>	<b>1.286</b>	<b>1.265</b>	<b>1.295</b>	<b>1.319</b>	<b>1.286</b>	<b>1.271</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei								
• Drei (A)	0,5%	0,5%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,7%	0,2%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

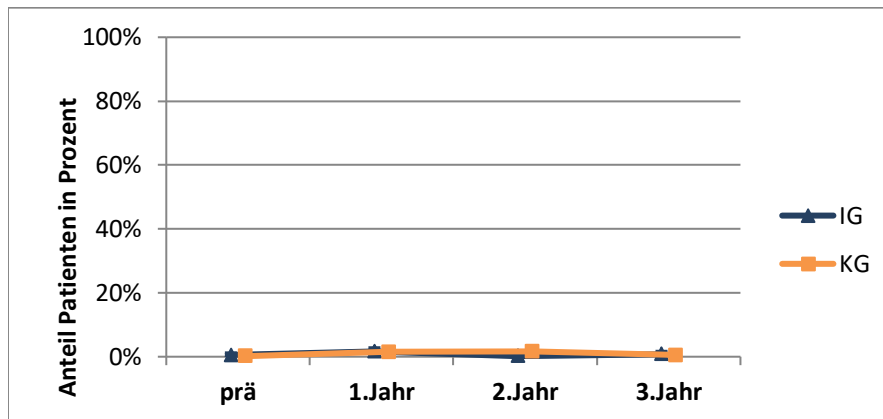
<sup>1</sup> stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

### Kinder, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

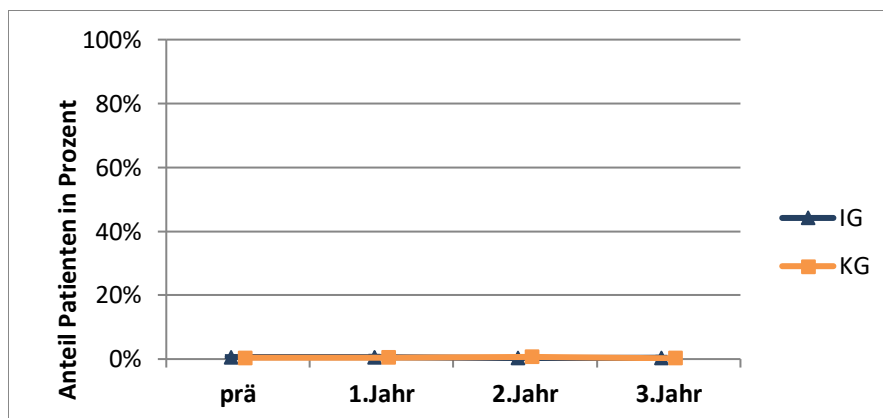
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



### Kinder, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Bei dem Parameter Arzt- und Krankenhaus hopping ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG = 601, KG = 595;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 1.308, KG = 1.319) kann ausgesagt werden, dass dies nur sehr wenige Patienten betraf und die Muster zwischen IG und KG verliefen mit wenig Veränderung über den Beobachtungszeitraum.



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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>936</b>	<b>936</b>	<b>936</b>	<b>936</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>921</b>	<b>916</b>	<b>927</b>	<b>927</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)	0,4%	1,0%	0,3%	1,4%
• Vier (B)	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	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)

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Fallzahl zu klein

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

Abbildung 15 und Abbildung 17 zeigen die Zeitreihendiagramme für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 16 und Abbildung 18 die Graphischen Darstellungen für Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten

Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

### 8.2.6 Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit von erwerbstätigen Versicherten

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

Da eine geringe Anzahl an Personen den Versichertenstatus Mitglied in der Modellklinik (IG) im Vergleich zur Kontrollgruppe (KG) aufwies, hat die IG auch eine geringe Anzahl an Personen, die in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeit eingehen im Vergleich zur KG (Tabelle 29).

**Tabelle 29: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>543</b>	<b>543</b>	<b>537</b>	<b>532</b>	<b>563</b>	<b>563</b>	<b>559</b>	<b>555</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	232	369	173	144	261	441	188	141
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4	1,5	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,9	74,7	26,1	15,3	27,4	85,9	24,1	16,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,9%	13,3%	8,0%	4,9%	25,2%	15,6%	8,1%	4,5%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	14	10	10	10	<10	10	11	<10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,1	1,0	1,3	1,3	1,1	1,2	1,2
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,6	0,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>1.094</b>	<b>1.094</b>	<b>1.091</b>	<b>1.084</b>	<b>1.115</b>	<b>1.115</b>	<b>1.109</b>	<b>1.097</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	457	440	338	308	399	406	325	298
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,9
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	38,3	34,9	20,8	19,8	27,6	28,8	19,7	17,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,9%	8,7%	6,2%	5,6%	10,6%	6,8%	5,3%	4,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>								
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	31	30	31	20	32	27	32	20
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,5	1,4	1,3	1,7	1,8	1,8	1,5	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,0	1,1	0,6	0,5	1,0	1,2	0,9	0,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%

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

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

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

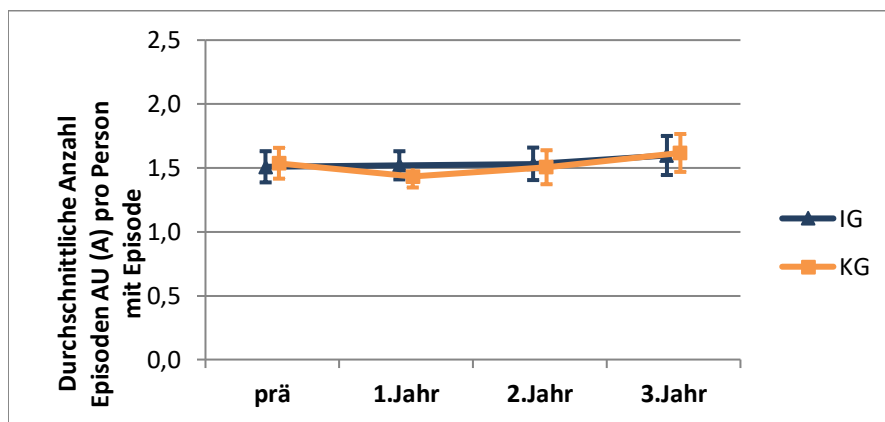
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

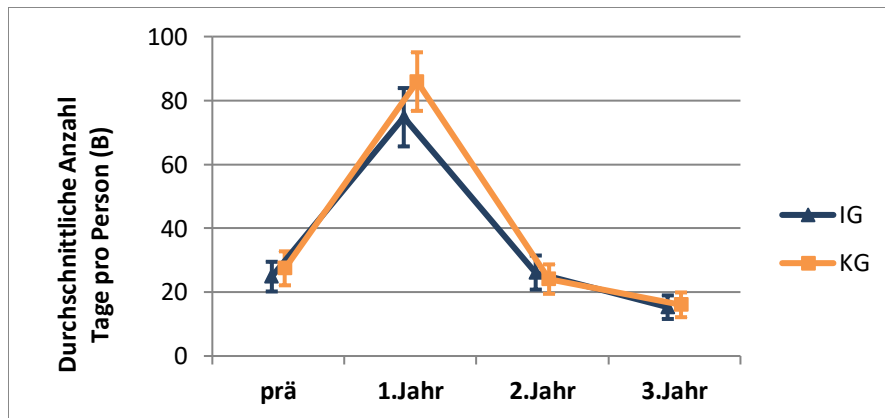
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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

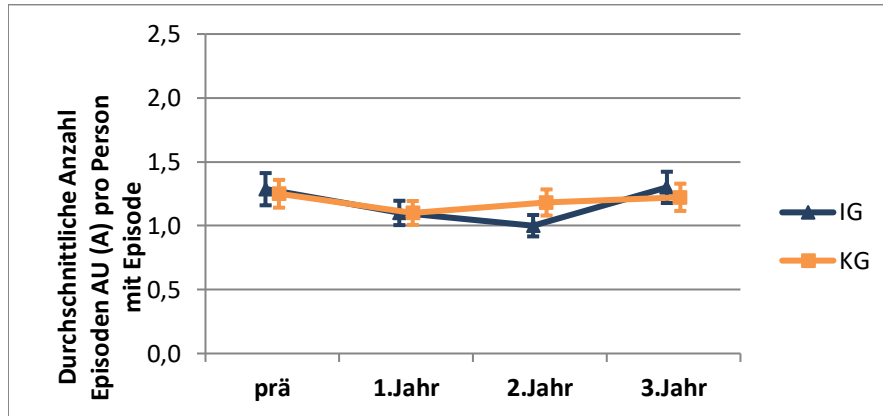


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

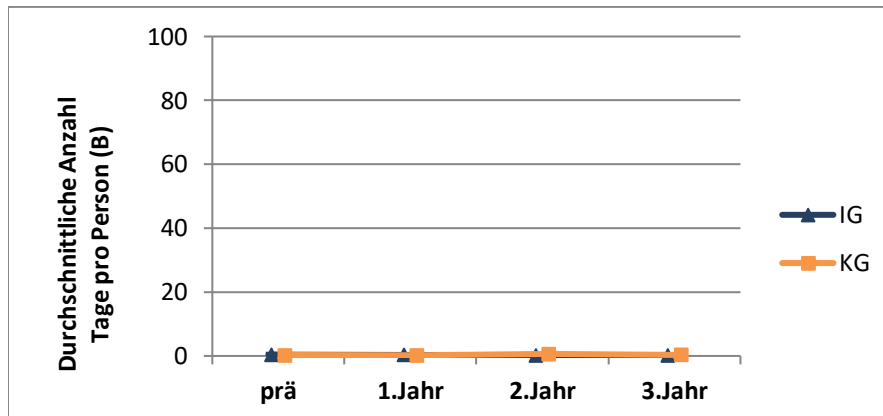


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



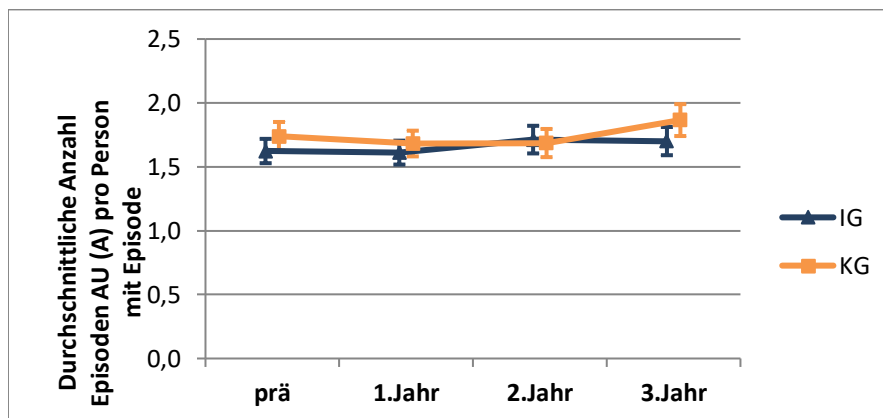
### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

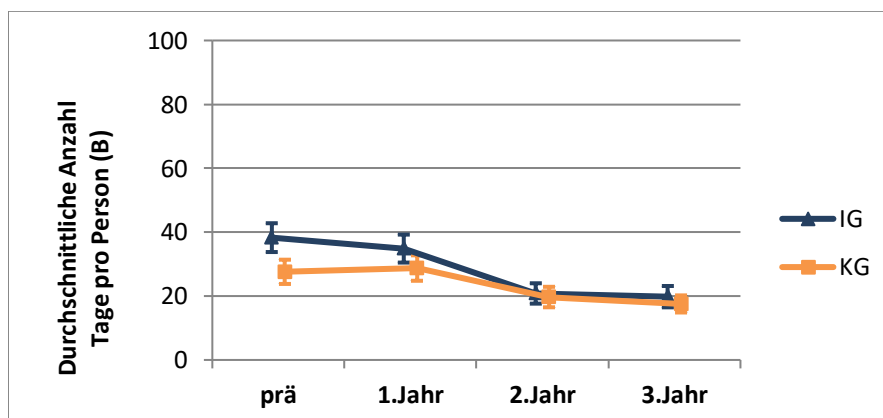
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



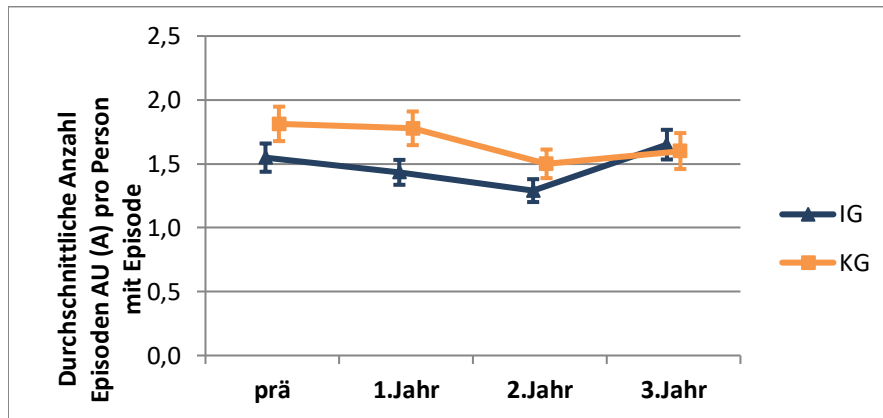
- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



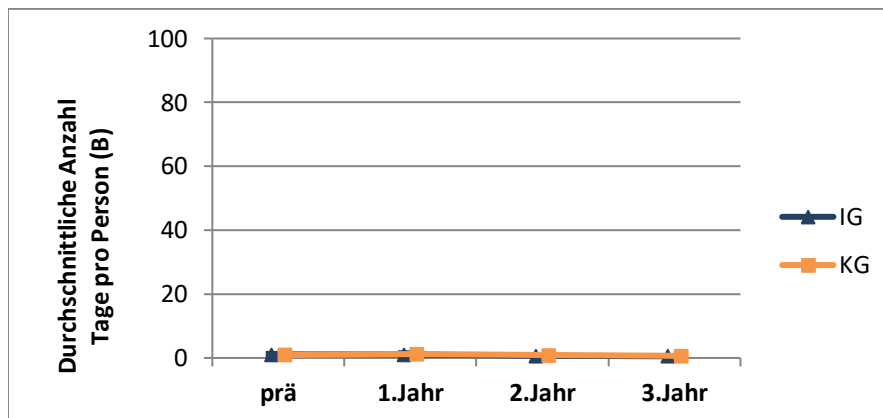


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



Im Längsschnittverlauf über die ersten drei Jahre werden alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr betrachtet ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 543, KG = 563;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 1.094, KG = 1.115). Hauptaugenmerk liegt hier auf der Untersuchung der durchschnittlichen Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (AU) aufgrund von Indexdiagnosen pro Person mit Episode und der durchschnittlichen Anzahl der Tage aufgrund von Indexdiagnosen pro Person.

In beiden Gruppen zeigten sich hier fast identische Muster bzgl. der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen den klinikneuen Patienten. Sowohl der Verlauf als auch das Niveau war zwischen IG und KG sehr vergleichbar mit wenigen Veränderungen über die Zeit. Auch das Muster der durchschnittlichen *Anzahl an AU-Tagen* aufgrund Indexdiagnosen war mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in beiden Gruppen vergleichbar. Hier war jedoch der Peak im ersten Jahr in der IG geringer als in der KG. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG um 8,6 AU-Tage geringer als in der KG.

Auch bei den klinikbekannten Patienten waren die Verläufe der Anzahl an *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen nahezu identisch. Und auch bei der Anzahl an AU-Tagen nahmen diese vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker ab als in der KG bzw. nahmen diese in der KG zu (IG: -3,5; KG: +1,2 AU-Tage). Zu beachten ist hier jedoch, dass die Anzahl an AU-Tagen in der IG numerisch stets über denen der KG lagen (prä: +10,7; 1. Jahr: +6,1; 2. Jahr: +1,1; 3. Jahr: +2,3 AU-Tage). Diese glichen sich im Zeitverlauf an.

**Tabelle 30: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>579</b>	<b>579</b>	<b>609</b>	<b>609</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	250	413	279	476
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	27,5	76,5	32,7	89,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,3%	15,4%	26,1%	14,4%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	13	11	19	19
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,1	1,0	1,3	1,6
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,3	1,0	0,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

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

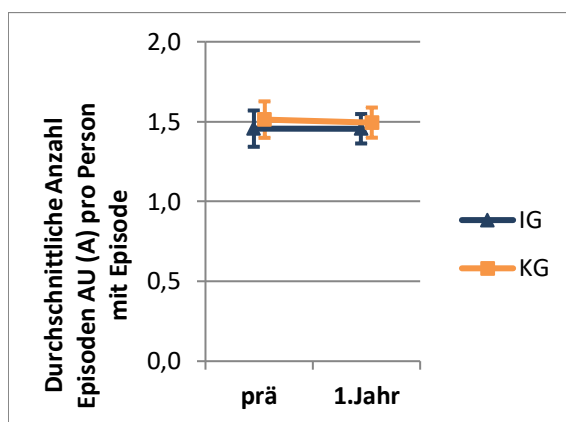
### Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Legende für die folgenden Abbildungen:

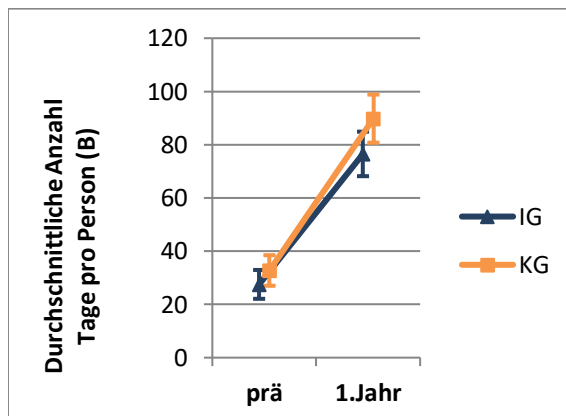
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



#### Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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

Fallzahl zu klein

- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

Fallzahl zu klein

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 579 und 609) verliefen die Kurven bezüglich der Anzahl *AU-Episoden* aufgrund von Indexdiagnosen identisch. Jedoch stieg die durchschnittliche Anzahl von *AU-Tagen* aufgrund von Indexdiagnosen in der IG weniger stark an als in der KG (IG: +49,0; KG: +57,0 AU-Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -8,0 AU-Tage).

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

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

Abbildung 19 und zeigt die Zeitreihendiagramme für Arbeitsunfähigkeit gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 20 die Graphischen Darstellungen für Arbeitsunfähigkeit für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff.).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

Eine tabellarische Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive) ist im Anhang zu finden (Seite 526 ff.).

### 8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

**Tabelle 31: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

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

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

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

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

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>475</b>	<b>542</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	30,5% 98,4	31,9% 111,9
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>218</b>	<b>275</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	15,4% 107,6	16,8% 103,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>94</b>	<b>117</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	8,0% 111,9	6,5% 111,7

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

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

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

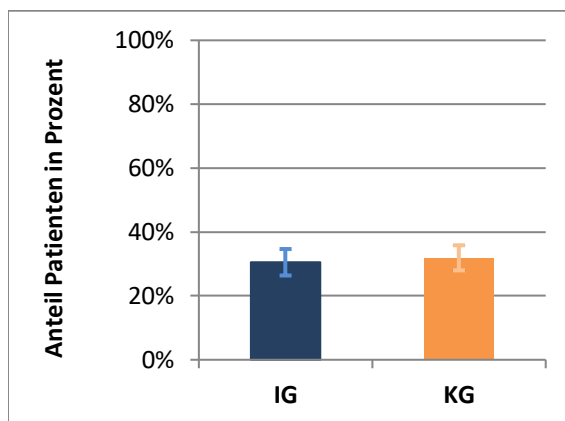
**Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

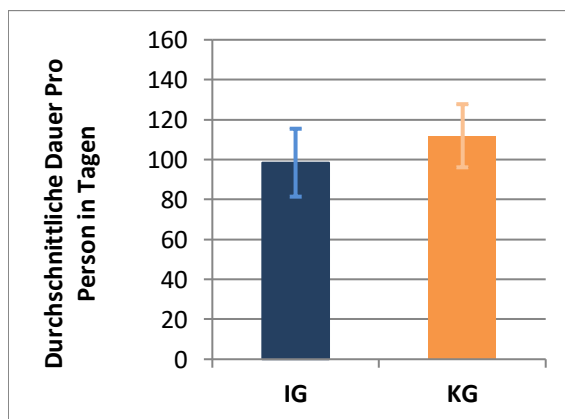
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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





*Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n = 475 und 542) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt zwischen IG und KG im patientenindividuellen ersten Jahr vergleichbar (IG: 30,5 %; KG: 31,9 %). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 98,4 Tage; KG: 111,9 Tage). Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = 0,8).*

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

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

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

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>196</b>	<b>219</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	42,3%	33,8%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	62,3	121,5
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>35</b>	<b>38</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	7,1%	10,0%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	50,9	114,6
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>&lt;10</b>	<b>&lt;10</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> </ul>	0,0%	0,5%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	0,0	199,0

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

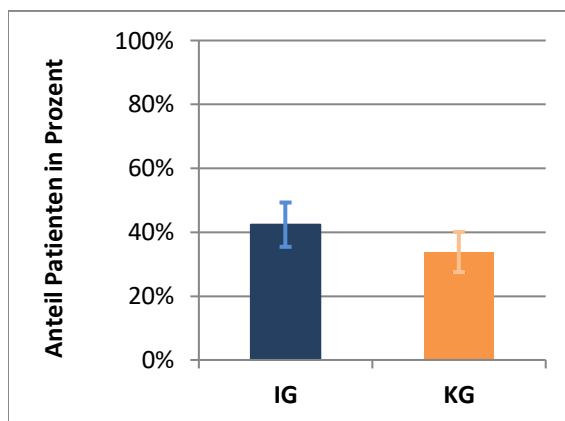
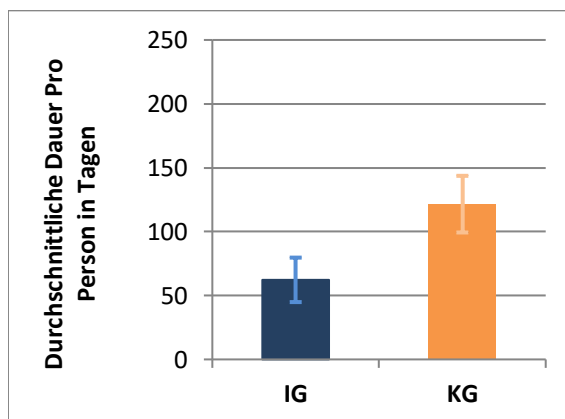
<sup>2</sup> beide Aufenthalte mit Hauptdiagnose aus dem F-Bereich (ICD-10) (unabhängig vom Krankenhaus und exakter Diagnose)

**Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche****Kinder, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) (alle)****Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B) (alle)**

*Für die jungen Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr nach Modellbeginn (n=349 und 273) war der Anteil Personen mit Wiederaufnahme innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenaufenthalt im patientenindividuellen ersten Jahr in der IG größer als in der KG (IG: 42,3 %; KG: 33,8 %). Die Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG niedriger als in der KG (IG: 62,3 Tage; KG: 121,5 Tage). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden.*

Abbildung 22 und Abbildung 23 zeigen die Graphischen Darstellungen für Wiederaufnahmeraten für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

### 8.2.8 Komorbidität

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

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

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

#### Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.011</b>	<b>1.011</b>	<b>942</b>	<b>917</b>	<b>1.002</b>	<b>1.002</b>	<b>956</b>	<b>931</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,5	3,0	3,1	3,0	3,6	3,1	3,1

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>2.533</b>	<b>2.533</b>	<b>2.455</b>	<b>2.388</b>	<b>2.539</b>	<b>2.539</b>	<b>2.441</b>	<b>2.351</b>
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7

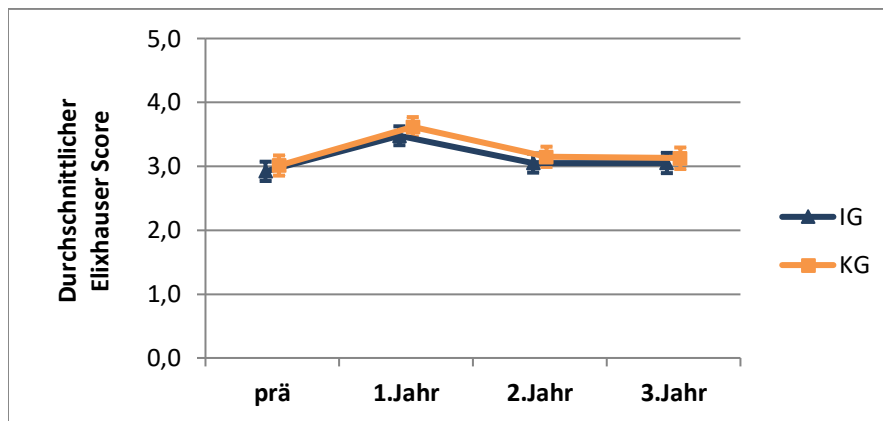
**Abbildung 24: Zeitreihendiagramme, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**

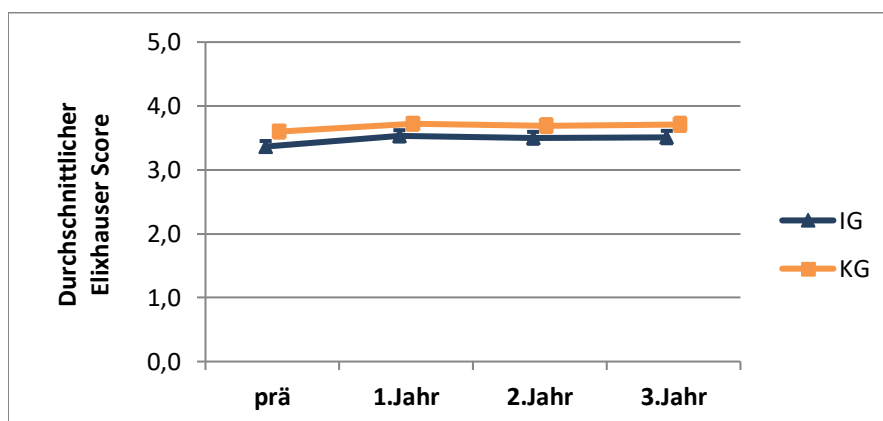


**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Mittlerer Elixhauser Score**



Für die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 1.011, KG = 1002;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 2.533, KG = 2.539) war der durchschnittliche Elixhauser Score über den Zeitverlauf zwischen IG und KG sowohl für klinikneue als auch für klinikbekannte Patienten nahezu identisch, wobei die IG stets einen minimal geringeren Score als die KG aufwies (Klinikneu: -0,1; Klinikbekannt: -0,2). Über die Zeit gab es in beiden Gruppen kaum relevante Veränderungen.

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

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

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,7 3 2 - 5	3,8 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,4 2 1 - 4	2,6 2 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	1,3 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

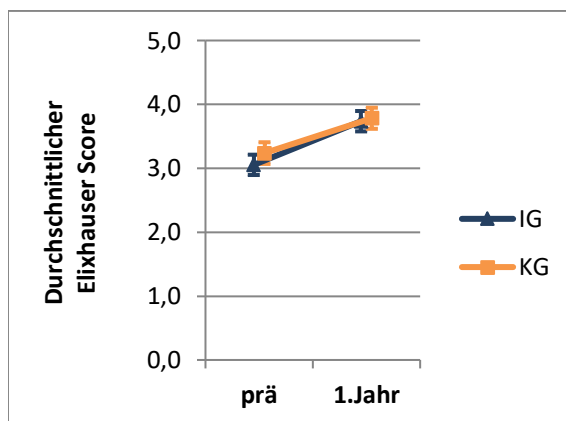
### Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

#### Mittlerer Elixhauser Score



Auch für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es keine relevante Unterscheidung zwischen IG und KG. Beide Verläufe waren nahezu identisch, wobei auch hier die IG einen minimal geringeren Score aufwies als die KG (-0,1).

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

Abbildung 24 zeigt die Zeitreihendiagramme für Komorbidität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 25 die Graphischen Darstellungen für Komorbidität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die Graphischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren inklusive des DiD-Schätzers für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).



### 8.2.9 Mortalität

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

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

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

#### Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.011</b>	<b>1.011</b>	<b>1.011</b>	<b>1.002</b>	<b>1.002</b>	<b>1.002</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,8 %	9,3 %	12,8 %	4,6 %	7,1 %	10,0 %

#### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>2.533</b>	<b>2.533</b>	<b>2.533</b>	<b>2.539</b>	<b>2.539</b>	<b>2.539</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	3,0 %	5,7 %	8,0 %	3,8 %	7,4 %	10,5 %

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

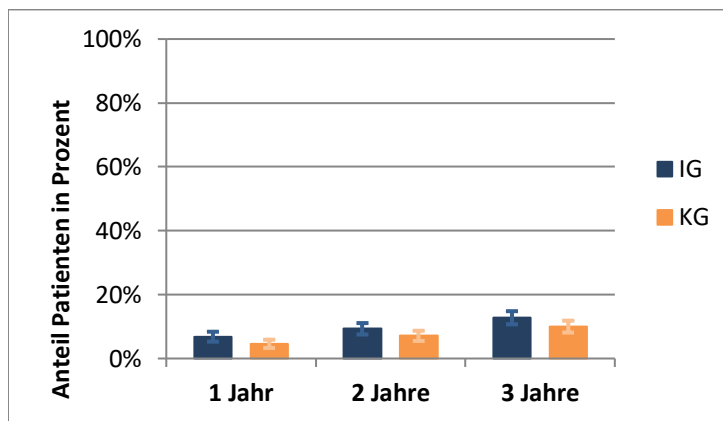
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

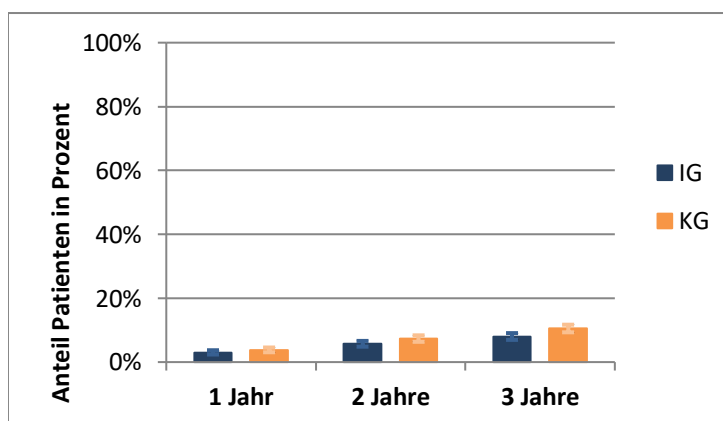
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{klinikneu}}$ : IG = 1.011, KG = 1.002;  $n_{\text{klinikbekannt}}$ : IG = 2.533, KG = 2.539) zeigten sich bei klinikneuen Patienten leicht höhere Anteile an Verstorbenen

in der IG im Vergleich zur KG (1. Jahr: +2,2; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +2,8 %-Punkte). Bei den linikbekannt Patienten zeigten sich auf der anderen Seite leicht geringere Anteil an Verstorbenen in der IG im Vergleich zu KG (1. Jahr: -0,8; 2. Jahr: -1,6; 3. Jahr: -2,5 %-Punkte). Die absoluten Werte sowie die Unterschiede waren jedoch jeweils gering.

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

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.042	1.042
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	7,9 %	6,4 %

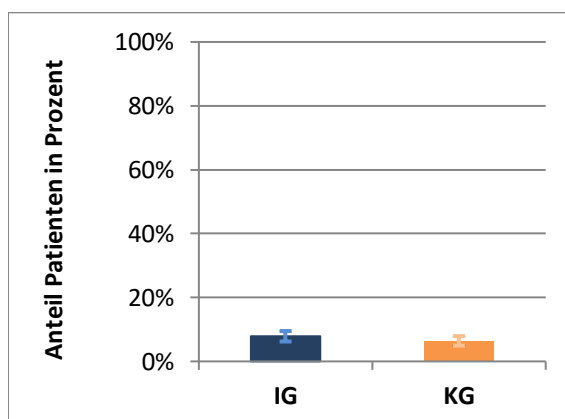
**Abbildung 27: Grafische Darstellung, Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Anzahl Tode**



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

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen, die innerhalb von einem Jahr nach Referenzdatum verstorben waren, in der IG etwas größer als in der KG (IG: 7,9 %; KG: 6,4 %). Dieser Unterschied war nicht statistisch signifikant.

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

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>608</b>	<b>608</b>	<b>608</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>1.358</b>	<b>1.358</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von n Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (n-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %

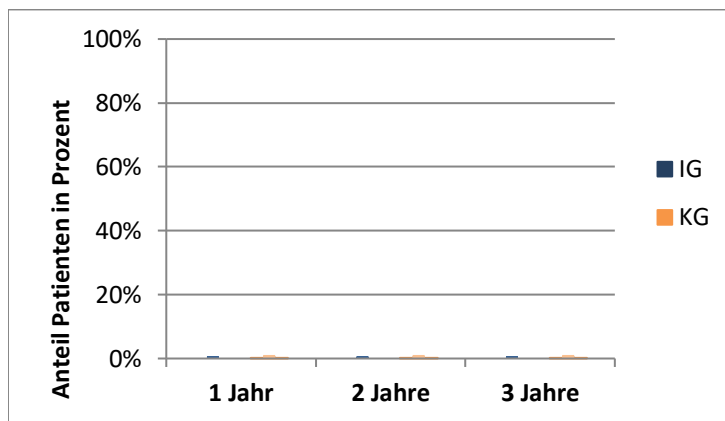
**Abbildung 28: Mortalität, kumuliert, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr –Kinder und Jugendliche**

**Kinder, klinikneue Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
 1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**

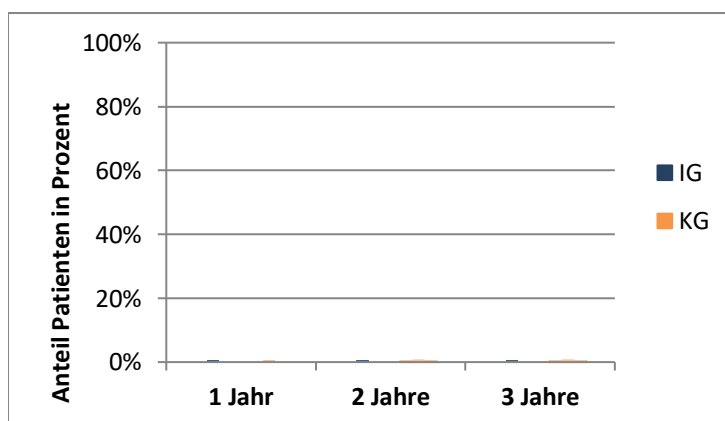


**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,  
 1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Anzahl Tode**



Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr waren die Anteile an Verstorbenen sowohl in der IG als auch in der KG und sowohl in bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten sehr gering. Unterschied zwischen IG und KG gab es hier nicht.

**Tabelle 39: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

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

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>956</b>	<b>956</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Anzahl Tode**

Fallzahl zu klein

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

Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr verstarb sowohl in der IG als auch in der KG niemand.

Abbildung 26 und Abbildung 28 zeigen den zeitlichen Verlauf der Mortalität gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 27 und Abbildung 29 die grafischen Darstellungen für Mortalität für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).



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

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

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

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>942</b>	<b>917</b>	<b>882</b>	<b>956</b>	<b>931</b>	<b>902</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	387	401	404	355	366	368
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	609	612	607	589	587	576
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	696	679	652	709	691	670
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	15,2 %	17,2 %	19,3 %	19,2 %	20,5 %	21,7 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	4,3 %	6,4 %	8,2 %	5,3 %	7,5 %	9,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	17,0 %	20,2 %	24,1 %	18,5 %	21,4 %	24,3 %

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

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

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

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>2.456</b>	<b>2.388</b>	<b>2.330</b>	<b>2.442</b>	<b>2.352</b>	<b>2.272</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	791	808	821	604	643	649
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	1.249	1.232	1.214	1.156	1.141	1.122
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	1.713	1.663	1.623	1.671	1.601	1.544
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	5,4 %	7,8 %	9,5 %	5,1 %	7,8 %	9,1 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,2 %	3,7 %	5,2 %	2,8 %	5,3 %	7,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	4,7 %	9,0 %	12,1 %	5,0 %	8,1 %	10,7 %

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

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

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

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

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

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

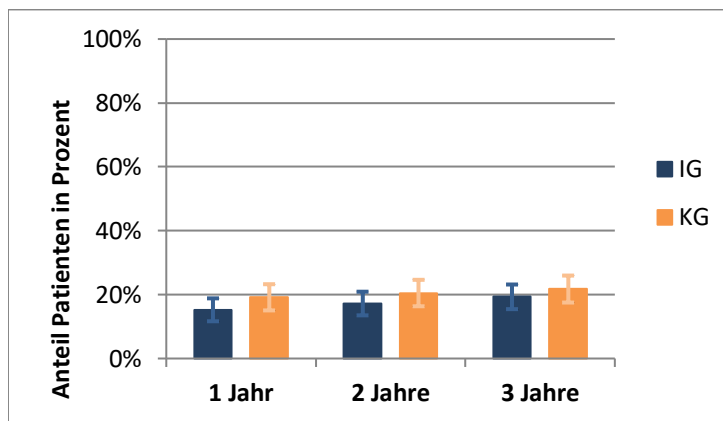
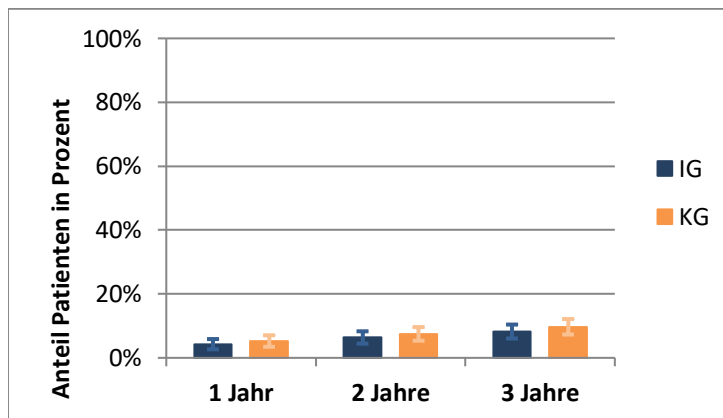
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

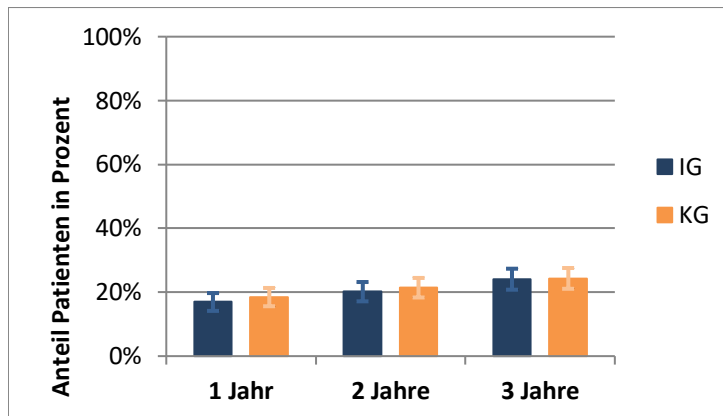
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

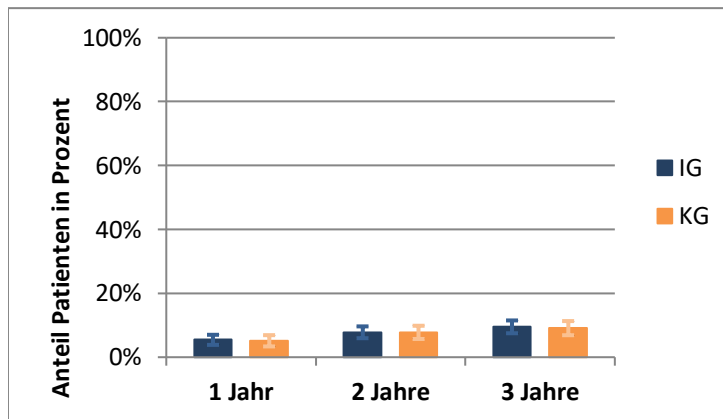
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

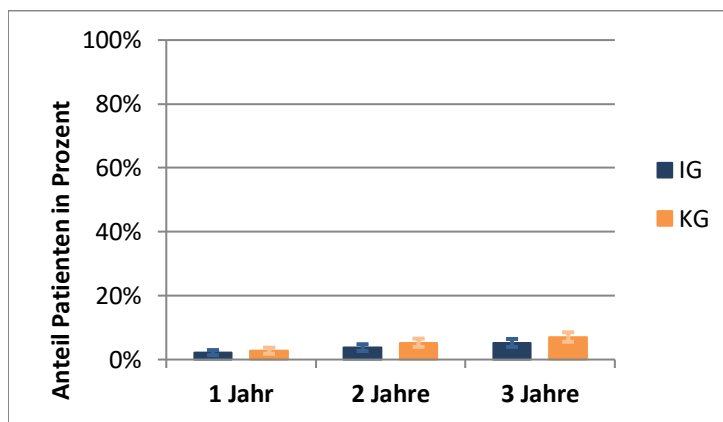
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

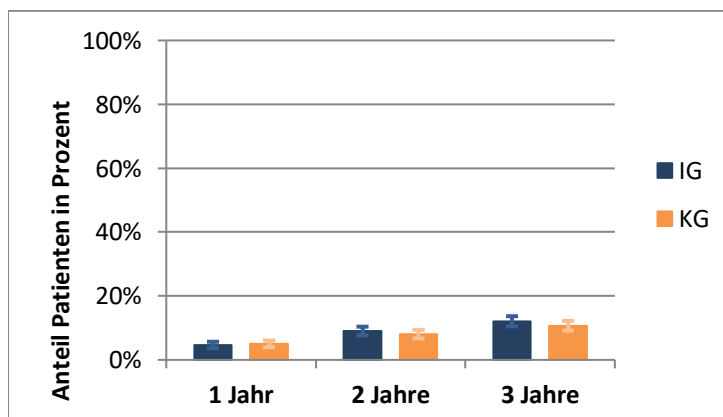
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**





Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 942, KG = 956;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 2.456, KG = 2.442) zeigten sich in allen Untersuchungen klินิกneuer Patienten zur Progression psychischer Erkrankung ein leicht geringerer Anteil in der IG im Vergleich zur KG. Patienten der IG entwickelten zu geringeren Anteilen in allen untersuchten Jahren eine schwere depressive Störung (Progression A), eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) oder eine Suchterkrankung (Progression C). Diese Unterschiede waren jedoch stets (sehr) gering (A: -3,9; -3,3; -2,4; B: -1,0; -1,1; -1,5; C: -1,5; -1,2; -0,2 %-Punkte). Bei den kllinikbekannten Patienten waren die Anteile in Progression A vergleichbar, in Progression B in der IG stets etwas geringer als in der KG (1. Jahr: -0,6; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -1,9 %-Punkte) und in Progression C über den zeitlichen Verlauf etwas größer in der IG als in der KG (1. Jahr: -0,4; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +1,4 %-Punkte).

**Tabelle 41: Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>960</b>	<b>975</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	369	350
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	607	604
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	704	680
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	14,6 %	24,3 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,8 %	3,6 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	17,3 %	17,9 %

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

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

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

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

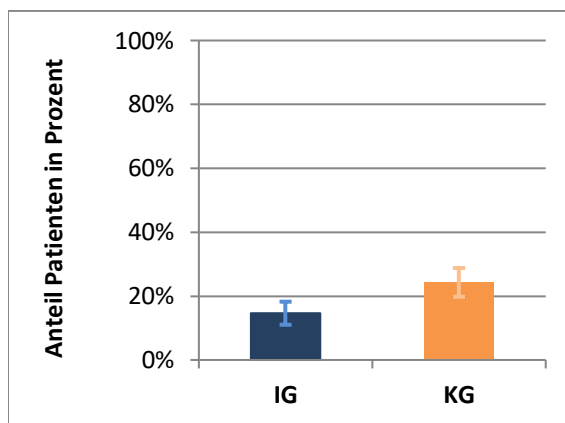
<sup>5</sup> Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19



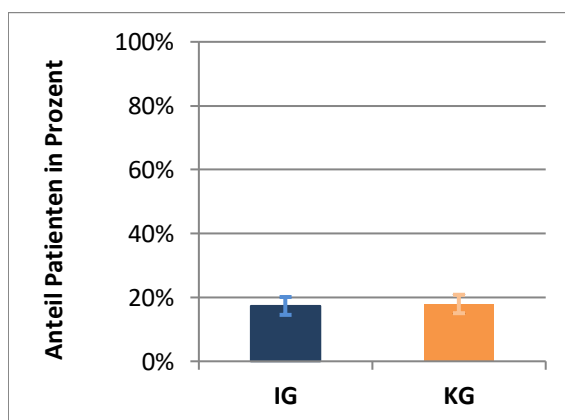
**Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene****Erwachsenen, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der IG geringer als in der KG (IG: 14,6 %; KG: 24,3 %). Dieser Unterschied war statistisch signifikant

(DiD : 0,7). Aus einer jeglichen depressiven Episode entwickelten zu vergleichbar geringen Anteilen Patienten der IG und KG eine rezidivierende depressive Störung (*Progression B*) (IG: 3,8 %; KG: 3,6 %). Auch der Anteil an Patienten, die eine Suchterkrankung entwickelten (*Progression C*) war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 17,3 %; KG: 17,9 %).

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

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>616</b>	<b>607</b>	<b>607</b>	<b>607</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	120	137	146	119	124	133
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	146	165	182	160	164	176
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	600	600	600	591	591	591
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	7,5 %	8,0 %	9,6 %	9,2 %	11,3 %	12,8 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,4 %	5,5 %	6,0 %	2,5 %	4,3 %	6,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	4,2 %	5,8 %	9,5 %	5,2 %	8,3 %	11,3 %

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

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

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

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

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG			KG		
	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre	1 Jahr	2 Jahre	3 Jahre
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens n Jahre Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>1.357</b>	<b>1.357</b>
Anzahlen mit						
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	159	174	188	146	165	184
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	198	218	235	219	244	267
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	1.332	1.332	1.332	1.315	1.314	1.314
Anteil Personen mit Progression:						
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	3,1 %	6,3 %	8,0 %	4,1 %	7,3 %	7,6 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	2,0 %	2,8 %	3,0 %	2,3 %	3,7 %	4,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	1,1 %	2,5 %	4,5 %	1,8 %	4,0 %	5,7 %

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

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

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

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

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

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

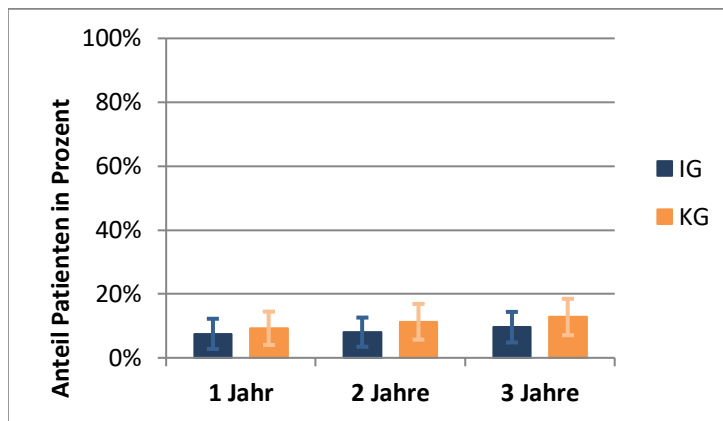
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

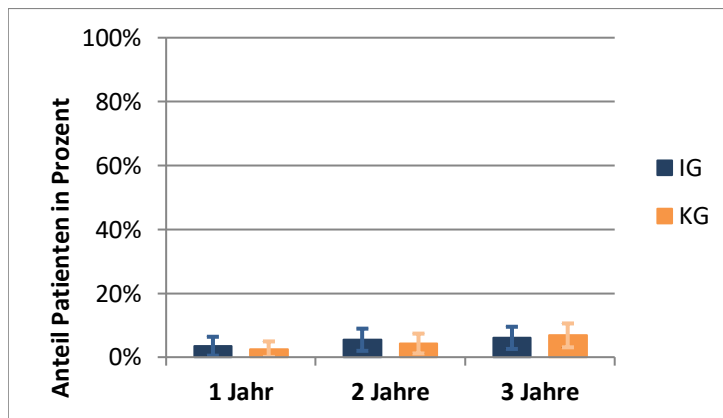
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

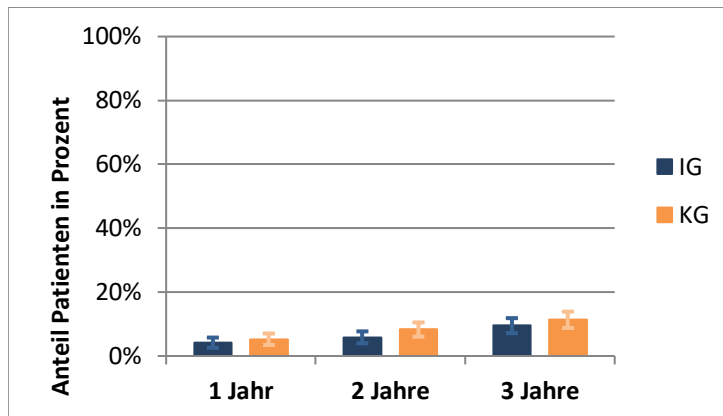
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

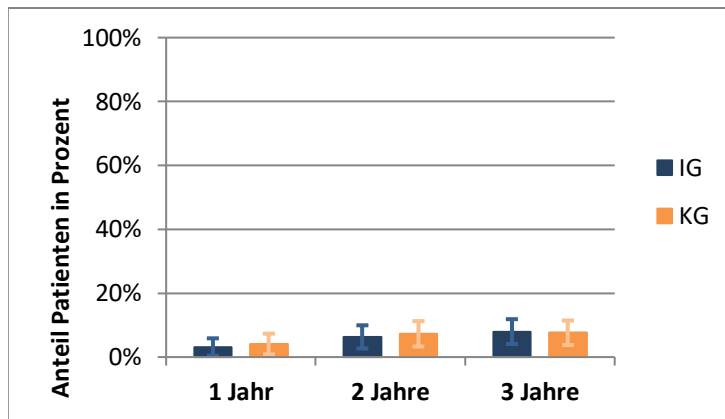
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

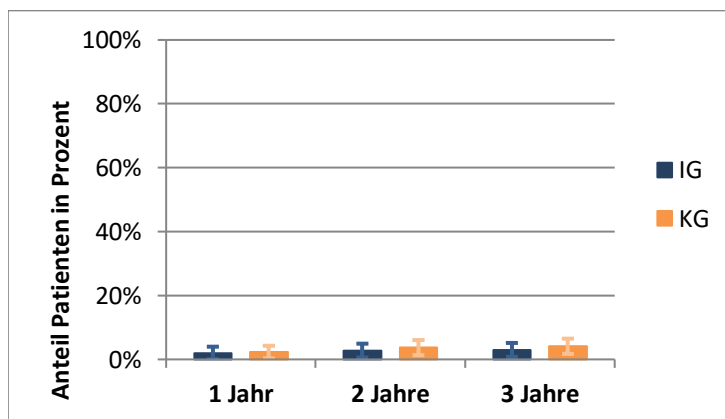
1/2/3 Jahre = Beobachtungszeitraum

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

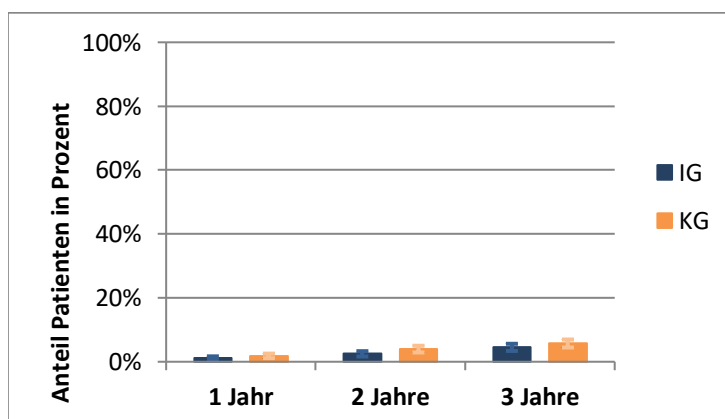
**Progression A (→ schwere depressive Störung)**



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



**Progression C (→ Suchterkrankung)**



Bei den jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ( $n_{\text{Klinikneu}}$ : IG = 616, KG = 607;  $n_{\text{Klinikbekannt}}$ : IG = 1.355, KG = 1.358) wiesen in der IG stets etwas weniger Klinikneue Patienten eine Entwicklung zu einer schweren depressiven Störung (Progression A) als in der KG auf (1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -3,3; 3. Jahr: -3,2 %-Punkte). Auch bezüglich der Entwicklung einer Suchterkrankung (Progression C) wiesen die Klinikneuen Patienten der IG stets etwas geringere Anteile als in der KG auf (1. Jahr: -1,1; 2. Jahr: -2,5; 3. Jahr: -1,8 %-Punkte). Bei den Klinikbekannten Patienten waren die Progression B (rezidivierende depressive Störung) als auch die Progression C (Suchterkrankung) in der IG stets etwas geringer als in der KG. Die numerischen Unterschiede waren jedoch meist sehr gering.



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

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>956</b>	<b>956</b>
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode <sup>1</sup>	223	211
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup>	261	263
• ohne Suchterkrankung <sup>5</sup>	936	924
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode <sup>1</sup> zu schwere depr. Epi. <sup>2</sup> (A)	7,6 %	6,2 %
• Jegliche depr. Episode <sup>3</sup> zu rezidivierende depr. Störung <sup>4</sup> (B)	3,1 %	3,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung <sup>5</sup> (C)	2,6 %	3,5 %

<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

**Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Fallzahl zu klein

Für die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Entwicklung von einer leichten/mittleren depressiven Episode zu einer schweren depressiven Episode (*Progression A*) in der IG etwas größer und der Anteil an Patienten mit Entwicklung einer Suchterkrankung (*Progression C*) in der IG etwas geringer als in der KG. Die Fallzahlen waren jedoch für inferenzstatistische Testungen zu gering. Die Entwicklung von jeglicher depressiver Episode zu einer rezidivierenden depressiven Störung (*Progression B*) war zwischen IG und KG vergleichbar.

Abbildung 30 und Abbildung 32 zeigen den zeitlichen Verlauf der Progression gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten und Abbildung 31 und Abbildung 33 die grafischen Darstellungen für Progression für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

### 8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

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

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

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

### Alkoholabhängigkeit

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

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

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

#### Erwachsene, alle Patienten

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>58</b></p> <p>6,9 %</p>	<p><b>67</b></p> <p>3,0 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>74</b></p> <p>0,0 %</p>	<p><b>78</b></p> <p>0,0 %</p>

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

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

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

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

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

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

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

## Demenz

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

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

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

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

### Erwachsene, alle Patienten

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>128</b> 5,5 %</p>	<p><b>120</b> 2,5 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p><b>31</b> 22,6 %</p>	<p><b>21</b> 42,9 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p><b>49</b> 28,6 %</p>	<p><b>60</b> 38,3 %</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

## Depression

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

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

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

### Erwachsene, alle Patienten

<b>Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<p><b>426</b></p> <p>47,2 %</p>	<p><b>433</b></p> <p>49,9 %</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>330</b></p> <p>0,6 %</p>	<p><b>364</b></p> <p>0,0 %</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> ACT Code: N06A

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

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

Der Anteil von Patienten (Referenzfall im dritten Modelljahr) mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 47,2 %; KG: 49,9 %). Für die weitere Untersuchung war die Fallzahl für valide Vergleiche zu gering.

## Schizophrenie

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

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

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

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



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

<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>52</b></p> 88,5 %	<p style="text-align: center;"><b>47</b></p> 87,2 %
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>24</b></p> 91,7 %	<p style="text-align: center;"><b>21</b></p> 90,5 %
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>10</b></p> 20,0 %	<p style="text-align: center;"><b>&lt;10</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> ACT-Codes: N05A

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

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

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

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

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

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

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

**Demenz D**

Fallzahl zu klein

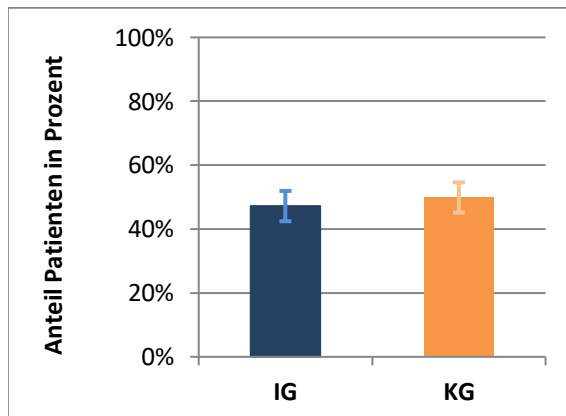
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

**Demenz F**

Fallzahl zu klein

**Depression G**



**Depression I**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie J**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie K**

Fallzahl zu klein

**Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

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

Abbildung 35 zeigt die grafischen Darstellungen für Leitlinienadhärenz für alle Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Die grafischen Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr gegliedert nach klinikneuen und klinikbekannten Patienten finden sich im Anhang (Seite 421 ff).

Eine tabellarische Darstellung der Einflussfaktoren für verschiedene Modellrechnungen ist im Anhang zu finden (Seite 445 ff.).

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

### **9.1 Patientenmix**

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

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

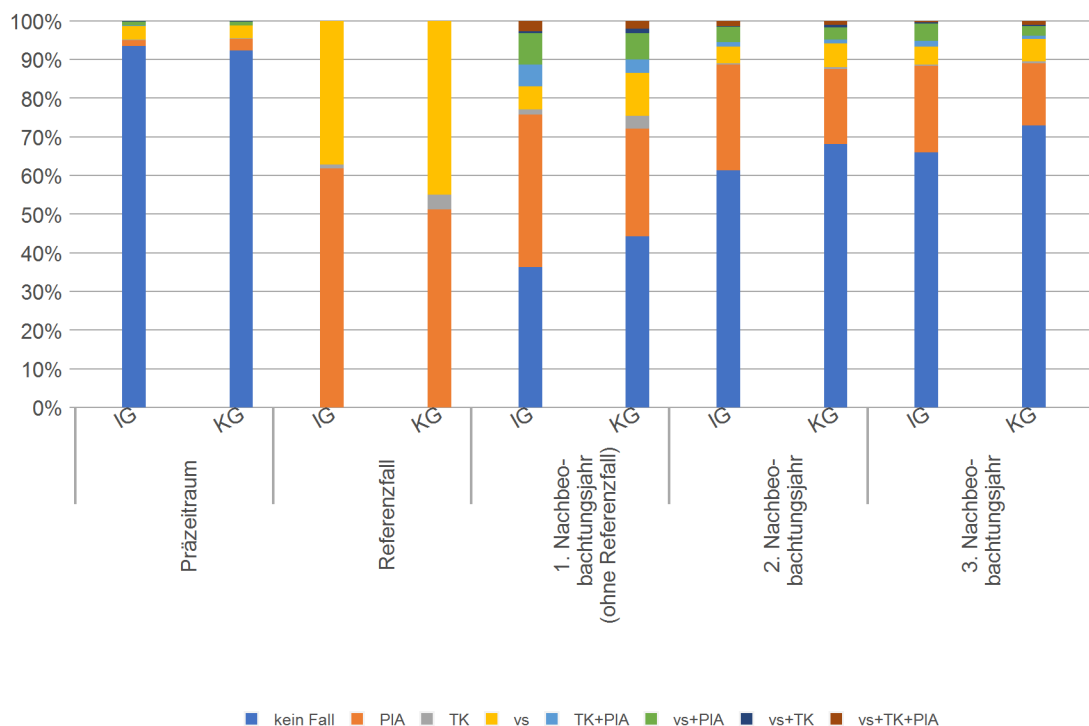
#### **Erwachsene**

#### **Klinikneue Patienten**

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10		1				28	20	0,643	13	11	1	<10	10	0,946
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1				<10	12	0,417	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+PIA	<10	10	1				81	68	0,643	38	31	1	41	23	0,157
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	1				57	36	0,150	10	<10	1	14	<10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	34	32	1	376	451	<0,001	61	110	<0,001	41	59	0,568	42	54	1
TK	<10	<10	1	10	38	<0,001	14	33	0,036	<10	<10	1	<10	<10	1
PIA	16	29	0,593	625	513	<0,001	399	279	<0,001	257	186	<0,001	205	150	0,007
HT															
kein Fall	944	925	1				366	444	0,001	578	651	0,020	605	678	0,012
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.011</b>	<b>1.002</b>	<b>1</b>	<b>1.011</b>	<b>1.002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1.011</b>	<b>1.002</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>942</b>	<b>956</b>	<b>0,024</b>	<b>917</b>	<b>931</b>	<b>0,010</b>

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

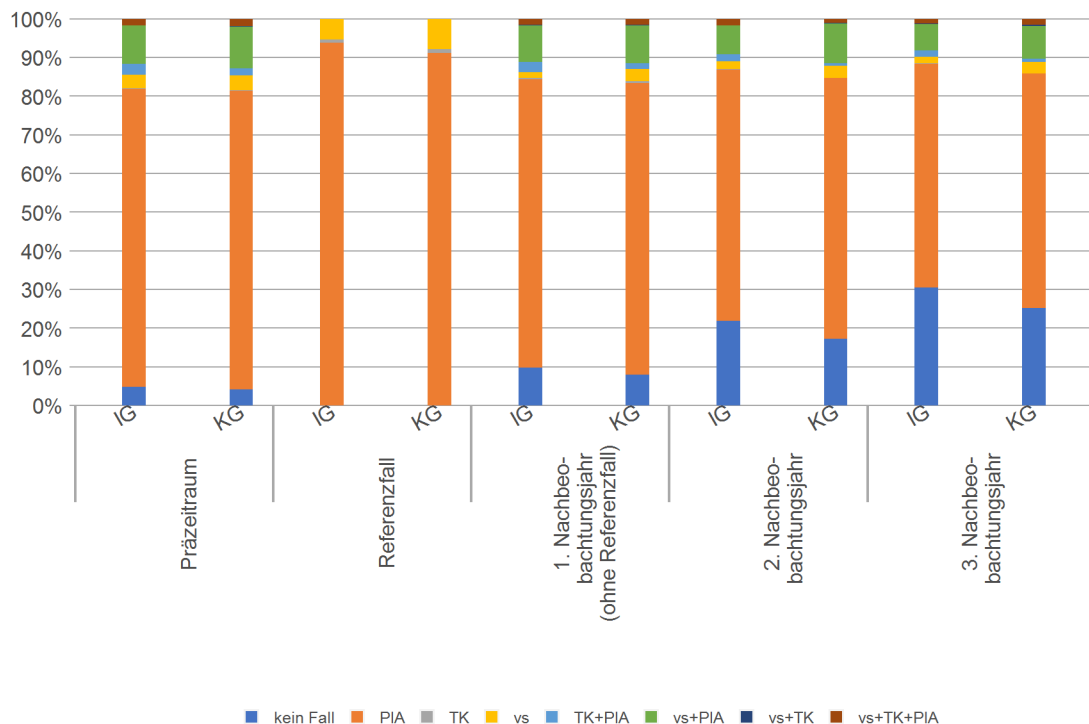


**Klinikbekannte Patienten**

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	42	47	1				38	38	1	41	28	0,457	31	38	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1				<10	<10	1	<10	<10	1	<10	<10	1
vs+PIA	250	272	1				242	249	1	181	252	0,002	161	202	0,097
vs+HT															
TK+PIA	70	47	0,345				65	38	0,065	47	16	0,001	40	19	0,063
TK+HT															
HT+PIA															
vs	90	96	1	138	198	0,003	38	82	<0,001	49	74	0,131	40	68	0,047
TK	<10	<10	1	19	26	0,373	<10	12	1	<10	<10	1	<10	<10	1
PIA	1.955	1.959	1	2.376	2.315	0,002	1.890	1.914	1	1.598	1.646	0,356	1.383	1.423	0,287
HT															
kein Fall	120	107	1				248	201	0,129	535	419	<0,001	728	593	<0,001
Gesamtergebnis	2.533	2.539	1	2.533	2.539	0,004	2.533	2.539	0,001	2.455	2.441	<0,001	2.388	2.351	<0,001

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



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Prä-zeitraum kein signifikanter Unterschied ( $p = 1$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 48 und Abbildung 36). Im Referenzfall zeigte sich jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich der IG und KG ( $p < 0,001$ ). Dies ist insbesondere auf die Behandlungssettings des vollstationären, Tagesklinik- und PIA-Bereich zurückzuführen. Dabei zeigt sich im Bereich der PIA im Referenzfall sowie allen Nachbeobachtungsjahren statistisch signifikant höhere Behandlungszahlen der IG im Vergleich zur KG ( $p < 0,001$  bzw.  $0,007$ ). Auch im vollstationären sowie Tagesklinikbereich zeigen sich statistisch signifikant höhere Behandlungszahlen, jedoch der KG (im Vergleich zur IG) ( $p < 0,001$ ). Diese ist jedoch nur für das erste Nachbeobachtungsjahr zu vermerken und verschwindet in den darauffolgenden Jahren.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Prä-zeitraum kein signifikanter Unterschied ( $p = 1$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 49 und Abbildung 37). Im Referenzfall zeigte sich jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich der IG und KG ( $p = 0,004$ ). Diese sind insbesondere auf die Bereiche der vollstationären Versorgung sowie PIA zurückzuführen. Dabei zeigen sich für die vollstationäre Behandlung im Referenzfall sowie im ersten und dritten Nachbeobachtungsjahr statistisch signifikant höhere Behandlungsfälle der KG (im Vergleich zur IG). Für die PIA sind statistisch signifikant höhere Behandlungsfälle der IG (im Vergleich zur KG) im Referenzfall zu vermerken, jedoch keine Unterschiede in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren.

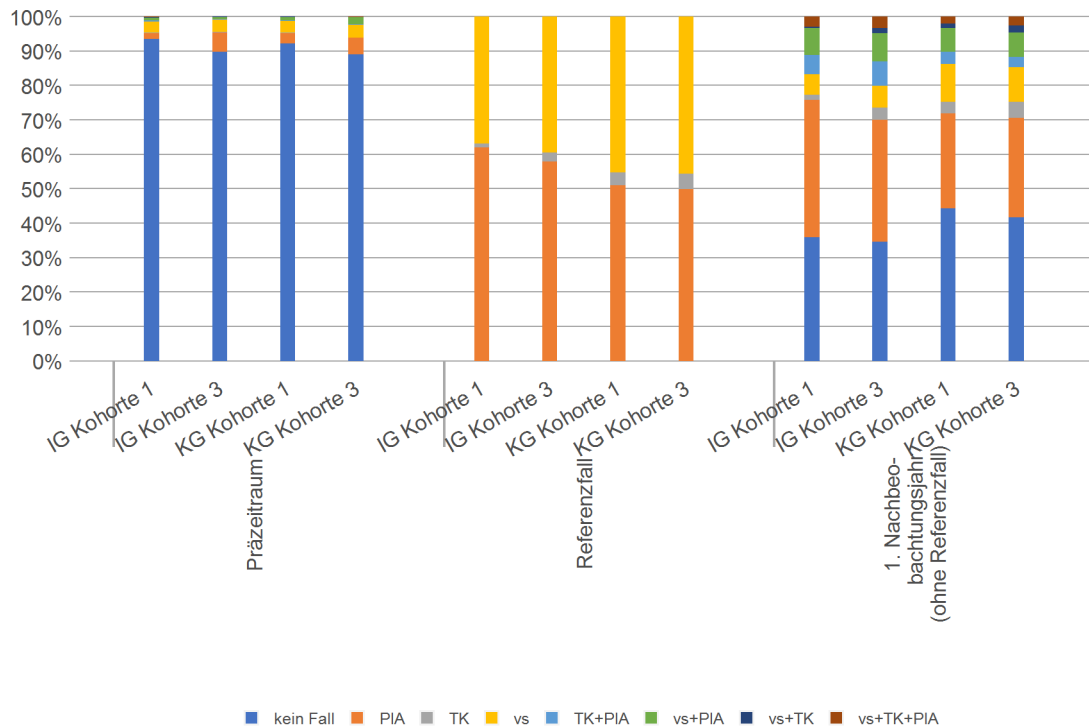
### **Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3**

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

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

	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Prä-Zeit- raum	Refe- renzfall	Refe- renzfall	Refe- renzfall	Refe- renzfall	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr	1. Jahr
	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG	IG	IG	KG	KG
Behandlungs- setting	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10			<10					30	34	21	26
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	<10						<10	16	14	22
vs+PIA	<10	<10	10	22					82	85	71	74
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	<10	<10					57	74	37	32
TK+HT												
HT+PIA												
vs	34	37	34	39	384	411	471	475	63	66	114	104
TK	<10	<10	<10		11	28	40	47	15	38	36	48
PIA	17	58	30	52	647	603	531	520	416	368	288	302
HT												
kein Fall	974	935	961	927					374	361	461	434
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>

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



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



Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigten sich im Prä-Zeitraum der Kohorten 1 und Kohorte 3 nur geringe Unterschiede zwischen der IG und KG für den vollstationären Bereich. Im Bereich der PIA ergaben sich für die Kohorte 1 höhere Fallzahlen in der KG (im Vergleich zur IG) und in Kohorte 3 höhere Fallzahlen der IG (im Vergleich zur KG) (vgl. Tabelle 50 und Abbildung 38).

Im Referenzfall der IG in Kohorte 1 im Behandlungssetting vollstationäre Versorgung sowie Tageskliniken waren im Vergleich zur KG derselben Kohorte weniger Fälle zu vermerken. Umgekehrt war es für den Bereich der PIA mit höheren Fallzahlen der IG im Vergleich zur KG. Ein ähnliches Muster zeigte sich für die Kohorte 3 im Referenzfall. Auch dort waren geringere Behandlungszahlen für die Bereiche der vollstationären Versorgung sowie Tageskliniken in der IG im Vergleich zur KG zu vermerken. Weiterhin sind dort auch höhere Fallzahlen der IG für das PIA-Setting im Vergleich zur KG festzustellen.

Im ersten Nachbeobachtungsjahr zeigte sich ein ähnliches Muster. Für die Kohorte 1 ließen sich geringere Behandlungszahlen der IG im Vergleich zur KG für die Bereiche der vollstationären Versorgung sowie Tageskliniken feststellen. Allerdings waren höhere Zahlen in der PIA für die IG derselben Kohorte zu vernehmen. Gleiches gilt für die Kohorte 3 mit geringeren Fallzahlen der IG in den Bereichen vollstationäre Versorgung und Tagesklinik in der IG (im Vergleich zur KG) und etwas höheren Fallzahlen der IG für die PIA Behandlungen.

Die im Feinkonzept skizzierte Vertragsperspektive, bei der alle in den Daten enthaltenen und in einer definierten Klinik behandelten Patienten über Kalenderjahre betrachtet werden, befindet sich im Anhang (Tabelle 300 und Abbildung 110).

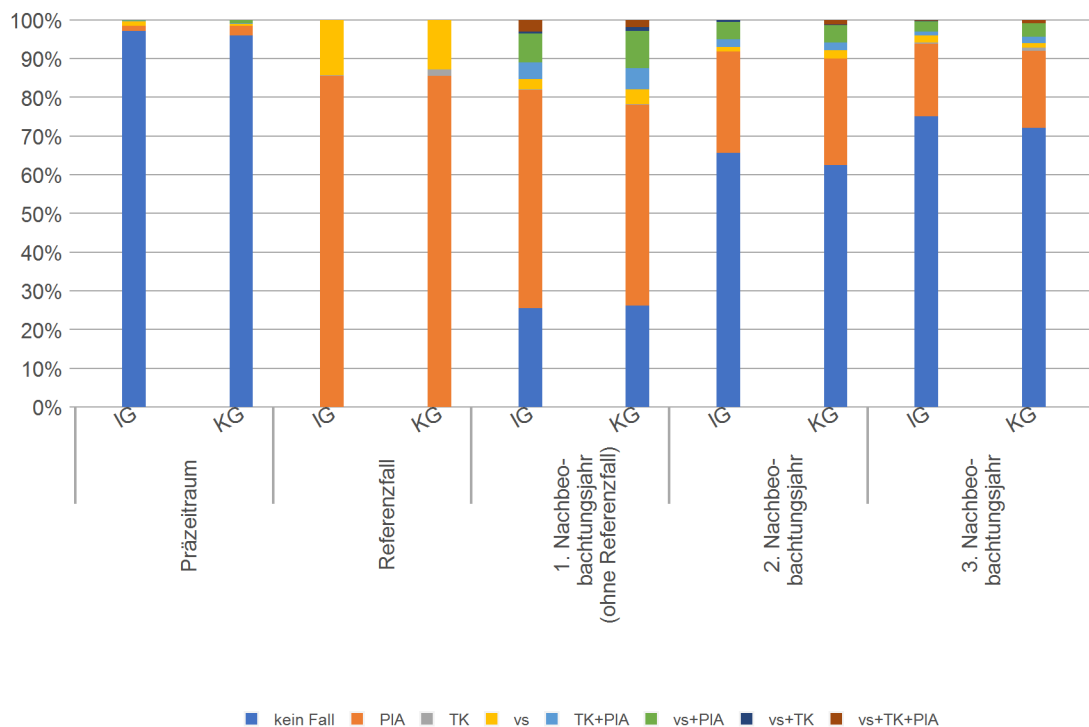
**Kinder und Jugendliche**

**Klinikneue Patienten**

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA		<10	1				19	12	1	<10	<10	0,339	<10	<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK							<10	<10	1	<10	<10	1	<10		1
vs+PIA	<10	<10	1				46	58	1	27	27	1	16	21	1
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	1				26	33	1	12	12	1	<10	10	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	1	88	78	1	17	23	1	<10	13	1	11	<10	1
TK				<10	10	0,058	<10	<10	1				<10	<10	1
PIA	<10	15	1	527	520	1	347	316	1	161	167	1	116	120	1
HT															
kein Fall	598	583	1				157	159	1	404	379	1	462	438	1
Gesamtergebnis	616	608	1	616	608	0,058	616	608	1	616	607	1	616	607	1

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

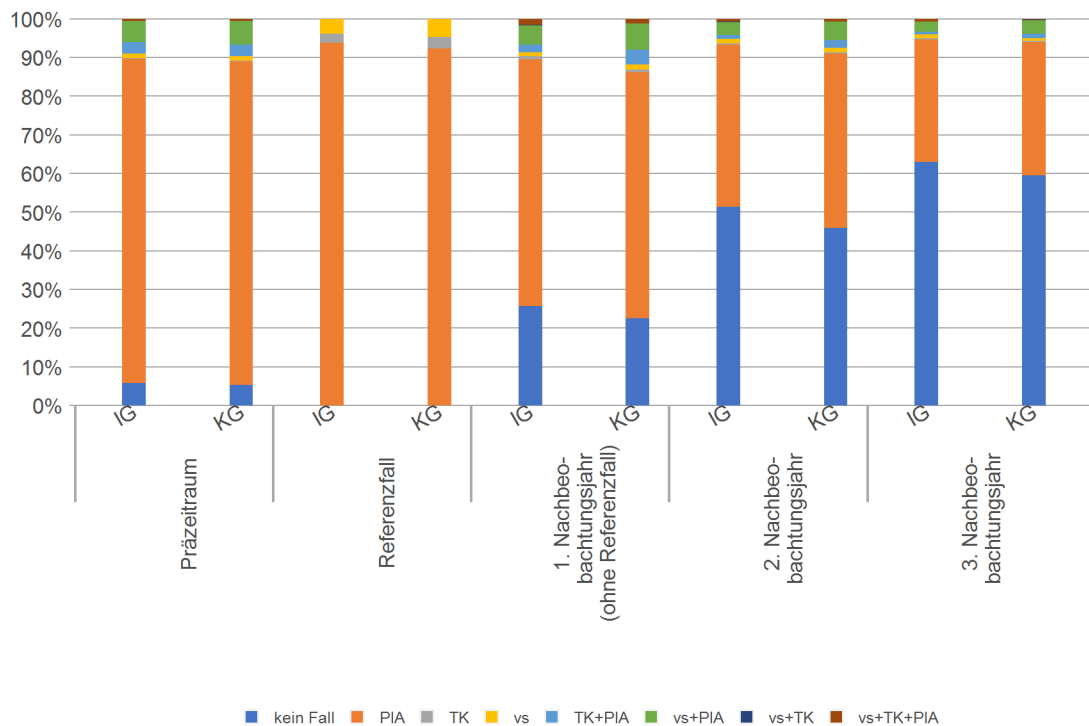


**Klinikbekannte Patienten**

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

Behandlungssetting	Prä-Zeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10	<10	1				22	17	1	11	10	1	<10	<10	1
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		1				<10		1	<10		1	<10		1
vs+PIA	73	84	1				67	93	0,302	44	65	0,312	37	47	1
vs+HT															
TK+PIA	42	39	1				26	51	0,051	13	28	0,197	<10	15	1
TK+HT															
HT+PIA															
vs	16	16	1	52	64	0,907	15	18	1	16	16	1	14	10	1
TK	<10	<10	1	32	40	0,907	10	<10	1	<10	<10	1	<10	<10	1
PIA	1.136	1.137	1	1.271	1.254	0,622	866	865	1	567	613	0,453	429	469	0,942
HT															
kein Fall	78	71	1				347	306	0,405	697	623	0,038	854	807	0,564
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>1</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>0,907</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>0,094</b>	<b>1.355</b>	<b>1.358</b>	<b>0,095</b>	<b>1.355</b>	<b>1.357</b>	<b>0,942</b>

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



Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich im Prä-zeitraum kein signifikanter Unterschied ( $p = 1$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 51 und Abbildung 39). Auch im Referenzfall zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der IG und KG für die Behandlungssettings ( $p = 0,058$ ). Gleiches gilt für die gesamten Nachbeobachtungsjahre. In keinem dieser sind statistisch signifikante Unterschiede der Behandlungssettings zwischen IG und KG festzustellen.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich weder im Prä-Zeitraum noch im Referenzfall ein statistisch signifikanter Unterschied ( $p = 1$  bzw.  $0,907$ ) zwischen der Verteilung der Behandlungssettings zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 52 und Abbildung 40). Auch in den Nachbeobachtungsjahren konnte kein statistisch signifikanter Unterschied der Behandlungssettings zwischen der IG und KG ermittelt werden.

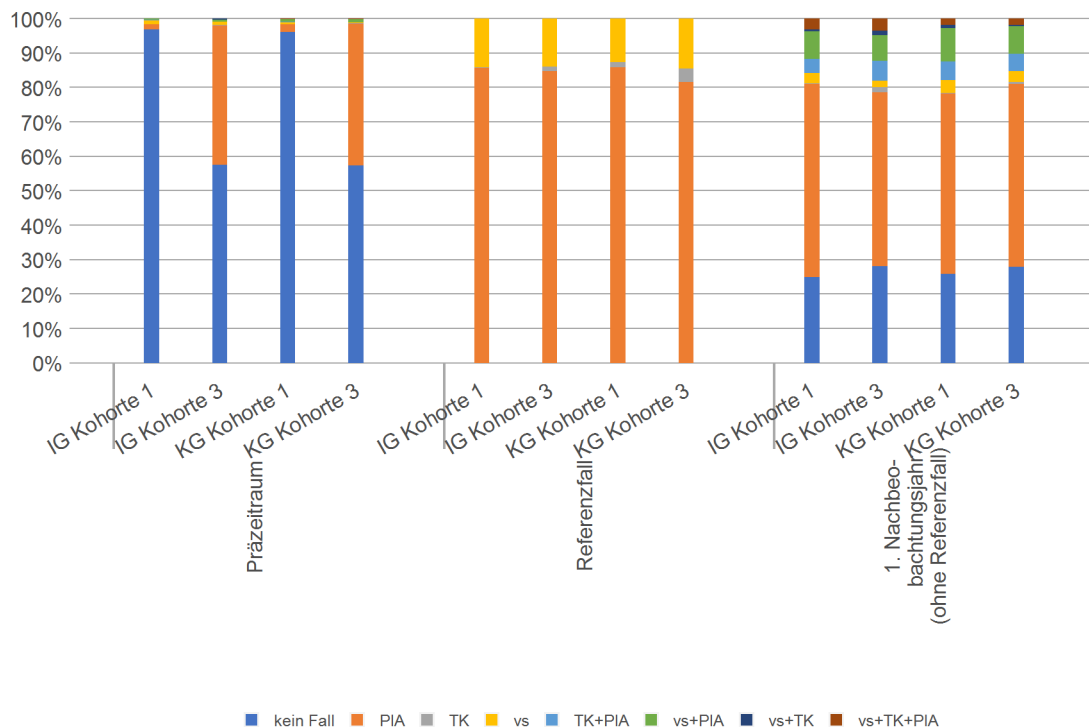
### **Vergleich Kohorte Jahr 1 mit Kohorte Jahr 3**

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

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

	Prä-Zeit- raum IG	Prä-Zeit- raum IG	Prä-Zeit- raum KG	Prä-Zeit- raum KG	Refe- renzfall IG	Referenz- fall IG	Refe- renzfall KG	Refe- renzfall KG	1. Jahr IG	1. Jahr IG	1. Jahr KG	1. Jahr KG
Behandlungs- setting	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3	Kohorte Jahr 1	Kohorte Jahr 3
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA			<10	<10					20	34	12	18
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK		<10							<10	12	<10	<10
vs+PIA	<10	<10	<10	<10					51	71	61	77
vs+HT												
TK+PIA	<10		<10	<10					26	56	34	47
TK+HT												
HT+PIA												
vs	<10	<10	<10	<10	90	134	80	138	19	18	24	31
TK		<10		<10	<10	11	10	38	<10	14	<10	<10
PIA	<10	387	15	394	545	811	546	780	356	483	333	508
HT												
kein Fall	616	550	611	548					159	268	165	267
Gesamtergebnis	636	956	636	956	636	956	636	956	636	956	636	956

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



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

Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigten sich im Prä-Zeitraum der Kohorten 1 und Kohorte 3 nur geringe Unterschiede zwischen der IG und KG der jeweiligen Kohorten (vgl. Tabelle 53 und Abbildung 41). Im Referenzfall der Kohorte 1 zeigten sich in der IG etwas höhere Behandlungszahlen für den vollstationären Bereich und leicht geringere Zahlen für die Tageskliniken sowie PIA Versorgung im Vergleich zur KG. Im Referenzfall der Kohorte 3 zeigten sich in der IG und KG für den Bereich der vollstationären Versorgung vergleichbare hohe Fallzahlen. Im Bereich der Tageskliniken ergeben sich höhere Fallzahlen für die KG (im Vergleich zur IG) und im Bereich der PIA höhere Fallzahlen in der IG (im Vergleich zur KG).

Im ersten Nachbeobachtungsjahr der Kohorte 1 waren etwas geringere Fallzahlen der IG für den vollstationären Bereich und leicht höhere im PIA Bereich im Vergleich zur KG festzustellen. In der Kohorte 3 zeigte sich ein ähnliches Muster mit leicht geringeren Fallzahlen in der IG (im Vergleich zur KG) für den vollstationären Bereich sowie im PIA Bereich und höheren Fallzahlen der IG im Bereich der Tageskliniken.

Die im Feinkonzept skizzierte Vertragsperspektive, bei der alle in den Daten enthaltenen und in einer definierten Klinik behandelten Patienten über Kalenderjahre betrachtet werden, befindet sich im Anhang (Tabelle 301 und Abbildung 111).

## **9.2 Leistungserbringung**

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

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

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

**Erwachsene**

**Klinikneue Patienten**

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	942	956	942	956	917	931	917	931
N mit Fall	46	44	8	6	376	451	10	38	175	210	104	101	94	106	28	29	90	90	24	26
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,1	0,0	0,6	1,6	0,1	0,4	0,9	1,3	0,7	1,0	0,6	0,6	0,2	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,4	0,1	0,1	3,8	4,0	0,4	0,9	2,8	2,7	3,7	1,8	1,7	1,8	1,0	0,6	0,7	0,8	0,9	0,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,1	0,5			0,1	0,3			0,0	0,1			0,0	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,3		0,0	0,4	1,1			0,2	0,7			0,3	0,4			0,4	0,3		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1				0,2	0,1		0,0	0,1	0,1		0,0	0,0	0,0	0,0	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0				0,1	0,1		0,0	0,1	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	0,0	0,1																
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0	0,0																
<b>Gesamt</b>	<b>1,7</b>	<b>1,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>4,8</b>	<b>7,4</b>	<b>0,5</b>	<b>1,2</b>	<b>4,3</b>	<b>5,0</b>	<b>4,5</b>	<b>2,8</b>	<b>2,8</b>	<b>3,0</b>	<b>1,3</b>	<b>0,9</b>	<b>1,3</b>	<b>1,5</b>	<b>1,1</b>	<b>0,5</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)



**Tabelle 55: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
N	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	1011	1002	942	956	942	956	917	931	917	931
N mit Fall	46	44	8	6	376	451	10	38	175	210	104	101	94	106	28	29	90	90	24	26
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,3	5,7	6,9	4,5	1,5	3,5	9,4	9,5	5,0	6,1	7,2	10,3	5,8	5,4	7,8	7,7	2,1	2,6	6,2	5,5
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	16,0	9,2	8,8	11,0	10,1	9,0	44,7	22,9	16,3	12,8	36,3	17,5	17,2	16,1	34,4	19,5	7,4	8,2	34,8	11,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	1,0			0,1	1,2			0,4	1,4			0,2	1,0			0,3	0,7		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	6,0	7,3		0,0	1,2	2,5			1,4	3,2			3,1	3,9			3,6	3,5		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,5	0,4	0,4	3,3		0,1			0,9	0,4		0,1	0,8	0,5		0,9	0,1	0,5	0,8	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	0,2	0,1	6,0		0,1			0,8	0,3		0,1	0,7	0,4		0,9	0,0	0,3	1,0	
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	3,9	5,6	9,3																
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,3	3,0	4,8	8,2																
<b>Gesamt</b>	<b>37,4</b>	<b>30,6</b>	<b>26,6</b>	<b>42,3</b>	<b>13,0</b>	<b>16,5</b>	<b>54,1</b>	<b>32,4</b>	<b>24,7</b>	<b>24,0</b>	<b>43,5</b>	<b>27,9</b>	<b>27,7</b>	<b>27,4</b>	<b>42,3</b>	<b>29,0</b>	<b>13,6</b>	<b>15,8</b>	<b>42,8</b>	<b>16,9</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 56: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1011	1002	1011	1002	1011	1002	942	956	917	931
N mit Fall	28	36	620	506	560	398	314	232	261	190
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	2,4	0,4	1,1	0,3	0,5	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	1,4	1,0	4,3	2,5	2,4	1,7	1,7	1,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4	0,2	0,4	0,1	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,5	0,3	0,4	0,1	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	1,5	1,0	6,6	3,0	3,6	1,9	2,2	1,7
<b>Gesamt</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>1,6</b>	<b>1,1</b>	<b>7,0</b>	<b>3,5</b>	<b>3,8</b>	<b>2,3</b>	<b>2,3</b>	<b>1,9</b>

**Tabelle 57: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1011	1002	1011	1002	1011	1002	942	956	917	931
N mit Fall	28	36	620	506	560	398	314	232	261	190
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	1,3	0,2	0,1	4,2	1,1	3,4	1,1	1,7	1,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,6	5,5	2,2	1,9	7,6	6,3	7,2	6,8	6,0	7,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,2	0,1	0,2	0,5	1,1	0,6	1,5	0,3	0,8
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,1	0,7	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,6	0,9	0,2	0,2	0,6	1,2	0,8	1,7	0,4	0,9
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	4,3	6,8	2,4	2,0	11,9	7,4	10,5	7,8	7,7	8,5
<b>Gesamt</b>	<b>5,9</b>	<b>7,7</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>	<b>12,4</b>	<b>8,6</b>	<b>11,3</b>	<b>9,6</b>	<b>8,1</b>	<b>9,4</b>

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2455	2441	2455	2441	2388	2351	2388	2351
N mit Fall	386	421	118	105	138	198	19	26	322	374	115	93	274	357	92	50	236	313	76	65
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,1	1,0	0,6	0,3	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	1,1	0,4	0,3	0,4	1,0	0,3	0,2	0,3	0,7	0,2	0,2
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	3,8	2,7	2,6	1,0	0,4	0,7	0,3	0,1	1,9	2,4	2,3	0,7	1,5	2,3	1,4	0,4	1,1	2,0	1,3	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,2			0,0	0,1			0,0	0,2	0,0		0,0	0,2			0,0	0,2		0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,5			0,1	0,2			0,4	0,6	0,0		0,3	0,6			0,5	0,4		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1		0,0		0,0			0,1	0,1			0,0	0,1			0,0	0,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0		0,0		0,0			0,0	0,0			0,0	0,1			0,0	0,1		
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	0,0	0,1					0,0											
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	0,0	0,1					0,0											
<b>Gesamt</b>	<b>5,6</b>	<b>4,9</b>	<b>3,3</b>	<b>1,4</b>	<b>0,6</b>	<b>1,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>2,8</b>	<b>4,4</b>	<b>2,6</b>	<b>1,0</b>	<b>2,3</b>	<b>4,3</b>	<b>1,7</b>	<b>0,6</b>	<b>1,9</b>	<b>3,4</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>

**Tabelle 59: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2455	2441	2455	2441	2388	2351	2388	2351
N mit Fall	386	421	118	105	138	198	19	26	322	374	115	93	274	357	92	50	236	313	76	65
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,1	6,3	12,5	8,4	1,4	4,3	8,3	6,2	2,9	7,2	8,1	8,7	3,8	7,0	6,9	9,3	3,2	5,3	7,3	6,7
Regelbehandlung; Thera- peut/Pflege	25,2	16,1	56,9	23,3	7,7	9,1	43,3	11,7	14,9	16,5	50,1	19,1	13,2	15,8	37,8	17,8	10,9	14,8	40,2	13,2
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	1,4			0,1	1,1			0,2	1,2	0,0		0,2	1,4			0,4	1,3		0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,0	2,8			1,1	2,0			2,9	4,1	0,0		2,9	4,3			4,8	2,8		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,4	0,1		0,1				0,5	0,5			0,2	0,7			0,2	0,7		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,3	0,2		0,1				0,2	0,3			0,2	0,5			0,1	0,8		
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	1,0	0,7	1,4					0,1											
psychosomatisch-psy- chotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	1,2	0,4	1,2					0,0											
<b>Gesamt</b>	<b>36,8</b>	<b>29,4</b>	<b>70,5</b>	<b>34,7</b>	<b>10,2</b>	<b>16,7</b>	<b>51,6</b>	<b>17,8</b>	<b>21,6</b>	<b>29,9</b>	<b>58,2</b>	<b>27,7</b>	<b>20,5</b>	<b>29,7</b>	<b>44,7</b>	<b>27,1</b>	<b>19,7</b>	<b>25,8</b>	<b>47,5</b>	<b>19,9</b>

**Tabelle 60: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2455	2441	2388	2351
N mit Fall	2294	2300	2354	2296	2217	2219	1851	1927	1601	1668
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	1,2	0,3	0,3	1,9	1,0	1,5	1,1	1,3	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	8,7	8,7	1,9	2,4	6,2	8,2	5,5	8,0	4,7	7,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	1,2	0,2	0,4	0,6	1,3	0,4	1,1	0,2	0,9
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	0,6	0,2	0,2	0,7	0,5	0,7	0,5	0,6	0,5
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,2	1,9	0,4	0,5	1,4	1,8	1,1	1,6	0,8	1,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,6	9,9	2,3	2,7	8,1	9,3	7,0	9,1	6,0	8,0
<b>Gesamt</b>	<b>10,8</b>	<b>11,8</b>	<b>2,7</b>	<b>3,2</b>	<b>9,4</b>	<b>11,0</b>	<b>8,1</b>	<b>10,8</b>	<b>6,8</b>	<b>9,3</b>

**Tabelle 61: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2533	2539	2533	2539	2533	2539	2455	2441	2388	2351
N mit Fall	2294	2300	2354	2296	2217	2219	1851	1927	1601	1668
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	1,3	0,4	0,3	2,1	1,2	1,9	1,4	1,9	1,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	9,5	9,5	2,0	2,7	7,0	9,3	7,2	10,0	7,0	9,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	1,4	0,2	0,4	0,7	1,4	0,5	1,4	0,3	1,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	0,7	0,2	0,2	0,8	0,6	0,9	0,7	0,9	0,6
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,4	2,0	0,4	0,6	1,5	2,0	1,5	2,1	1,2	1,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	10,5	10,8	2,4	2,9	9,2	10,5	9,2	11,4	8,8	11,2
<b>Gesamt</b>	<b>11,9</b>	<b>12,9</b>	<b>2,8</b>	<b>3,5</b>	<b>10,7</b>	<b>12,5</b>	<b>10,6</b>	<b>13,5</b>	<b>10,0</b>	<b>13,0</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich hinsichtlich der Höhe erbrachter Therapieeinheiten (TE) zwischen klinikneuen Patienten der IG und KG für die Tagesklinik keine Unterschiede. Für den vollstationären Bereich wurden jedoch in der IG mit 1,7 TE mehr Leistungen als in der KG mit 1,3 TE erbracht (vgl. Tabelle 54).

Ähnliche Muster lassen sich im Referenzfall erkennen. Dort sind mit 4,8 TE in der IG weniger Leistungen als in der KG mit 7,4 TE erbracht worden. Für die Tageskliniken sind mit 0,5 TE in der IG ebenfalls weniger Leistungen als mit 1,2 TE in der KG erbracht worden. Dies lässt sich insbesondere auf den Bereich der Regelbehandlung sowie Intensivbehandlung zurückführen. Im vollstationären Bereich lässt sich dieser Trend in allen Nachbeobachtungsjahren mit geringeren TE in der IG im Vergleich zur KG feststellen. Für den Bereich der Tageskliniken dreht sich der Trend jedoch im ersten Nachbeobachtungsjahr um, mit höheren TE in der IG (4,5) im Vergleich zur KG (2,8). Dies lässt sich auch für die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre feststellen.

Die durchschnittliche Anzahl an PIA-Kontakten unterscheidet sich im Prä-Zeitraum nicht jedoch leicht im Referenzfall mit 1,6 Kontakten in der IG im Vergleich zu 1,1 Kontakten in der KG (vgl. Tabelle 56). Dieser Trend bleibt für die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre erhalten mit höheren Anzahlen an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG für alle Jahre.

Bei den klinikbekannten Patienten ergaben sich sowohl für den vollstationären Bereich als auch für Tageskliniken höhere TE in der IG im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 58). Dabei war der Unterschied im vollstationären Bereich mit 5,6 TE in der IG und 4,9 TE in der KG kleiner als in der Tagesklinik mit 3,3 TE in der IG und 1,4 TE in der KG.

Im Referenzfall bleibt der Trend der höheren TE in der IG im Bereich der Tageskliniken erhalten. Im vollstationären Bereich ergeben sich jedoch geringere TE in der IG (0,6 TE) im Vergleich zur KG (1,3 TE). Diese Trends bleiben über die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre erhalten. In allen Jahren sind für den vollstationären Bereich geringere TE in der IG (im Vergleich zur KG) und für Tageskliniken höhere IG (im Vergleich zur KG) festzustellen.

Bei den durchschnittlichen Anzahlen an PIA-Kontakten ergaben sich im Prä-Zeitraum mit 10,8 Kontakten in der IG geringe Unterschiede im Vergleich zu 11,8 Kontakten in der KG (vgl. Tabelle 60). Dieser Trend der geringeren Kontakte in der IG (im Vergleich zur KG) bleibt sowohl für den Referenzfall als auch die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre erhalten.

## Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	616	608	616	608	616	608	616	608	616	608	616	608	616	607	616	607	616	607	616	607
N mit Fall	9	9	1	2	88	78	1	10	85	99	49	52	39	49	16	21	30	34	11	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,8	0,0	0,4	3,6	1,8	0,1	0,7	4,7	6,5	3,6	5,4	2,6	2,2	1,5	1,8	1,0	1,6	0,3	1,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	1,8	0,0	0,5	2,7	0,9	0,0	0,9	3,5	5,2	2,3	4,4	2,2	1,7	0,7	2,1	0,9	1,3	0,3	1,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,4	0,6			0,4	1,2		0,1	0,1	0,8		0,1	0,1	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0			0,1	0,1			0,1	0,6		0,1	0,1	0,7		0,1	0,0	0,3		
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>0,7</b>	<b>2,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,9</b>	<b>6,9</b>	<b>3,5</b>	<b>0,1</b>	<b>1,6</b>	<b>8,7</b>	<b>13,5</b>	<b>5,9</b>	<b>10,0</b>	<b>4,9</b>	<b>5,4</b>	<b>2,1</b>	<b>4,1</b>	<b>2,0</b>	<b>3,4</b>	<b>0,6</b>	<b>2,2</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)

**Tabelle 63: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	616	608	616	608	616	608	616	608	616	608	616	608	616	607	616	607	616	607	616	607
N mit Fall	9	9	1	2	88	78	1	10	85	99	49	52	39	49	16	21	30	34	11	21
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	18,0	51,0	25,0	130,5	25,4	14,3	32,4	42,2	33,9	40,0	45,5	63,7	40,4	27,7	56,5	52,9	21,0	28,8	19,3	33,7
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	26,1	121,1	12,1	140,5	19,1	7,4	12,2	56,2	25,0	32,0	28,9	51,0	35,0	21,1	25,8	59,3	17,7	22,5	17,1	30,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	1,7			2,9	4,9			3,1	7,6		0,8	1,2	9,5		2,0	1,3	5,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,2			0,9	1,1			0,7	3,5		1,2	1,1	8,4		3,0	0,8	5,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,1											
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege									0,1											
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																				
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																				
<b>Gesamt</b>	<b>46,2</b>	<b>174,0</b>	<b>37,1</b>	<b>271,0</b>	<b>48,2</b>	<b>27,6</b>	<b>44,6</b>	<b>98,4</b>	<b>62,9</b>	<b>83,0</b>	<b>74,4</b>	<b>116,7</b>	<b>77,7</b>	<b>66,5</b>	<b>82,3</b>	<b>117,2</b>	<b>40,8</b>	<b>61,5</b>	<b>36,4</b>	<b>64,4</b>

(vs = vollstationär; TK = Tagesklinik)



**Tabelle 64: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod)**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	616	608	616	608	616	608	616	607	616	607
N mit Fall	10	20	521	514	433	413	200	214	137	157
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,4	0,1	1,5	0,5	0,5	0,2	0,4	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,9	2,3	3,4	4,7	1,7	2,5	1,3	1,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0			0,0	0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	2,3	2,4	5,0	5,1	2,2	2,7	1,6	1,8
<b>Gesamt</b>	<b>0,1</b>	<b>0,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,2</b>	<b>2,3</b>	<b>2,8</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>

**Tabelle 65: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikneue Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	616	608	616	608	616	608	616	607	616	607
N mit Fall	10	20	521	514	433	413	200	214	137	157
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,8	0,4	0,5	0,2	2,1	0,7	1,6	0,6	1,6	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,0	4,2	2,2	2,7	4,8	6,8	5,2	7,0	5,6	6,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0			0,0	0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung		0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	3,8	4,6	2,7	2,8	7,0	7,4	6,8	7,6	7,2	7,0
<b>Gesamt</b>	<b>3,8</b>	<b>5,0</b>	<b>2,7</b>	<b>2,9</b>	<b>7,0</b>	<b>7,6</b>	<b>7,0</b>	<b>7,8</b>	<b>7,3</b>	<b>7,1</b>

**Klinikbekannte Patienten**

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

	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
Art	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1357	1355	1357
N mit Fall	97	108	52	50	52	64	32	40	106	128	60	76	73	91	31	41	60	63	21	24
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,7	3,2	2,4	2,2	1,2	1,5	1,2	1,0	3,3	4,1	2,2	3,4	2,4	2,6	1,2	2,1	0,7	0,8	0,7	0,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,5	11,8	8,1	6,1	1,1	1,4	0,7	1,3	2,8	4,0	1,5	2,5	2,3	2,6	1,1	1,5	0,8	0,8	0,3	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0		0,3	0,7	0,0		0,1	0,2		0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0			0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0		0,3	0,6	0,0		0,2	0,1		0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe										0,0			0,0	0,0			0,0		0,0	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege										0,0			0,0	0,0			0,0		0,0	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0																			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0																			
<b>Gesamt</b>	<b>14,2</b>	<b>15,0</b>	<b>10,4</b>	<b>8,2</b>	<b>2,7</b>	<b>3,1</b>	<b>2,0</b>	<b>2,3</b>	<b>6,8</b>	<b>9,2</b>	<b>3,7</b>	<b>5,9</b>	<b>5,4</b>	<b>6,4</b>	<b>2,3</b>	<b>3,6</b>	<b>1,9</b>	<b>1,9</b>	<b>1,1</b>	<b>1,3</b>

**Tabelle 67: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk	vs	vs	tk	tk
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1357	1355	1357
N mit Fall	97	108	52	50	52	64	32	40	106	128	60	76	73	91	31	41	60	63	21	24
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	37,1	39,9	61,3	59,0	31,8	32,8	52,3	33,9	42,7	43,3	50,0	60,0	45,2	39,1	52,7	70,2	16,5	18,2	45,6	43,8
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	160,5	148,9	209,9	164,8	28,0	29,1	30,7	43,8	36,3	42,6	33,0	45,4	43,2	38,7	47,4	48,5	18,8	16,2	21,5	29,3
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2			5,5	2,3	1,3	1,0	5,3	6,4	0,4		5,9	9,7	0,2		2,6	4,1		0,8
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0			4,8	0,9	0,0	0,3	2,9	5,5	0,2		5,5	8,3	0,1		4,1	2,5		0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe										0,2			0,3	0,2			0,2		0,9	
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege										0,1			0,1	0,1			0,1		1,3	
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3																			
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4																			
<b>Gesamt</b>	<b>198,7</b>	<b>188,9</b>	<b>271,1</b>	<b>223,8</b>	<b>70,2</b>	<b>65,0</b>	<b>84,2</b>	<b>78,9</b>	<b>87,2</b>	<b>98,0</b>	<b>83,6</b>	<b>105,4</b>	<b>100,1</b>	<b>96,2</b>	<b>100,4</b>	<b>118,7</b>	<b>42,4</b>	<b>41,0</b>	<b>69,3</b>	<b>74,0</b>

**Tabelle 68: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1357
N mit Fall	1225	1222	1240	1229	964	1006	622	703	472	526
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	1,1	0,6	0,5	1,0	0,9	0,5	0,5	0,5	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,4	5,5	1,8	2,3	3,2	4,9	2,4	3,9	2,0	2,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0		0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,1	6,6	2,5	2,8	4,2	5,8	2,9	4,4	2,4	2,9
<b>Gesamt</b>	<b>6,1</b>	<b>6,9</b>	<b>2,5</b>	<b>2,9</b>	<b>4,3</b>	<b>6,0</b>	<b>2,9</b>	<b>4,6</b>	<b>2,5</b>	<b>3,0</b>

**Tabelle 69: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting; klinikbekannte Patienten Kohorte Jahr 1 (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Art	Prä-Zeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1358	1355	1357
N mit Fall	1225	1222	1240	1229	964	1006	622	703	472	526
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	1,2	0,7	0,5	1,3	1,2	1,1	1,0	1,3	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,9	6,0	2,0	2,5	4,4	6,5	5,1	7,3	5,6	6,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0		0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,1	0,3	0,0	0,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,6	7,2	2,6	3,0	5,8	7,7	6,2	8,3	6,8	7,4
<b>Gesamt</b>	<b>6,6</b>	<b>7,5</b>	<b>2,7</b>	<b>3,1</b>	<b>5,8</b>	<b>8,0</b>	<b>6,3</b>	<b>8,6</b>	<b>6,9</b>	<b>7,6</b>

Im Prä-Zeitraum ergaben sich hinsichtlich der Höhe der erbrachten Therapieeinheiten (TE) zwischen klinikneuen Patienten im vollstationären Bereich in der IG mit 0,7 TE geringere Zahlen als in der KG mit 2,6 TE. Für die Tageskliniken sind ebenfalls geringere TE in der IG (0,1 TE) im Vergleich zur KG (0,9) festzustellen (vgl. Tabelle 62).

Ähnliche Muster lassen sich für die Referenzfälle erkennen. Dort wurden geringere TE in der Tagesklinik der IG (im Vergleich zur KG) ermittelt. Jedoch wurden im vollstationären Bereich mit 6,9 TE höhere Werte als in der KG mit 3,5 TE festgestellt. Dies geht insbesondere auf Unterschiede in den Bereichen der Regelbehandlung als auch Intensivbehandlung zurück. Dieser Trend kehrt sich im ersten Nachbeobachtungsjahr wieder um mit geringeren TE in der IG (im Vergleich zur KG) sowohl für den vollstationären Bereich als auch für Tageskliniken. Dies lässt sich auch für die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre feststellen.

Die durchschnittliche Anzahl von PIA-Kontakten war im Prä-Zeitraum in der IG mit 0,1 etwas geringer als in der KG mit 0,2. (vgl. Tabelle 64). Dieser Trend bleibt sowohl im Referenzfall als auch in den darauffolgenden Nachbeobachtungsjahren erhalten mit etwas geringeren Kontakten der IG (im Vergleich zur KG).

Für klinikbekannte Patienten im Prä-Zeitraum ergaben sich für den vollstationären Bereich in der IG mit 14,2 TE geringere Werte als in der KG mit 15,0 TE. Für die Tageskliniken waren in der IG mit 10,4 TE höhere Werte als in der KG mit 8,2 TE zu vermerken (vgl. Tabelle 66).

Im Referenzfall sind sowohl für den vollstationären Bereich als auch für die Tageskliniken geringere TE in der IG (im Vergleich zur KG) zu vermerken. Dieser Trend erhält sich auch für das erste und zweite Nachbeobachtungsjahr bis sich die IG und KG in beiden Bereichen im dritten Nachbeobachtungsjahr aneinander annähern.

Bei der durchschnittlichen Anzahl an PIA-Kontakten ergaben sich im Prä-Zeitraum mit 6,1 Kontakten geringere Werte in der IG im Vergleich zur KG mit 6,9 Kontakten (vgl. Tabelle 68 ). Dieser Trend der geringeren Kontakte in der IG (im Vergleich zur KG) lässt sich sowohl für die Referenzfälle als auch für die darauffolgenden Nachbeobachtungsjahre feststellen.

## **10. Ergebnisse: Kosten**

### **10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten**

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

#### **Erwachsene**

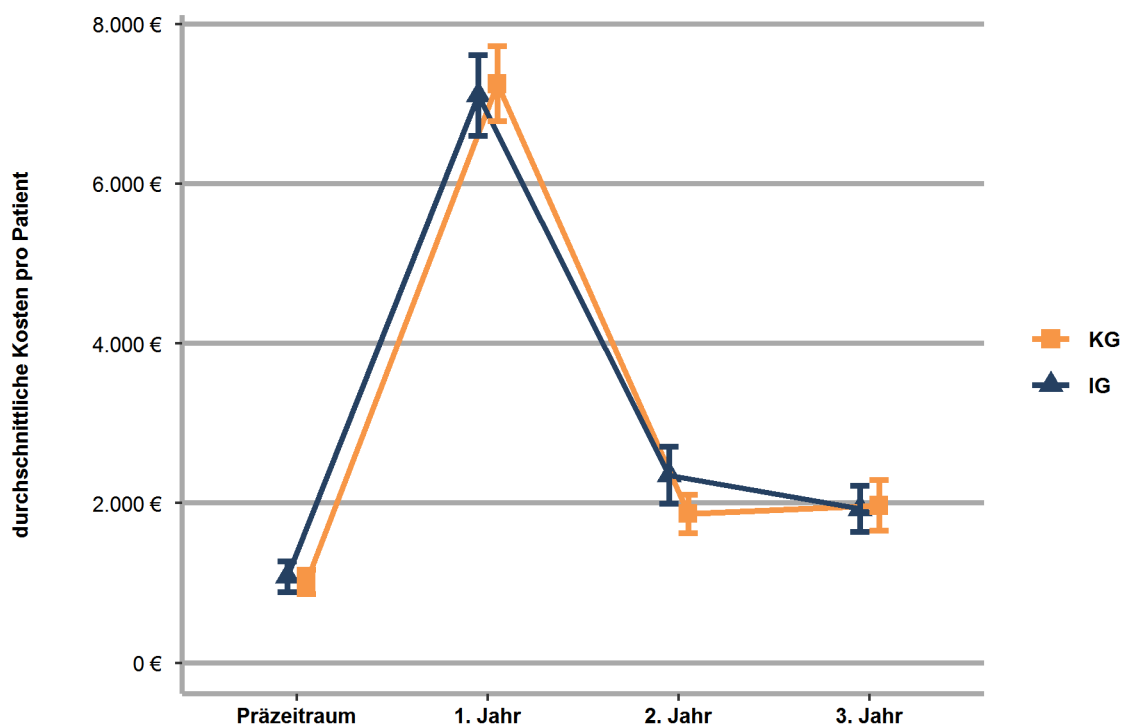
##### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

##### **Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	916	1.011	817	774	916	1.002	847	806
<b>Mittelwert</b>	<b>1.083,37 €</b>	<b>7.108,39 €</b>	<b>2.350,54 €</b>	<b>1.928,28 €</b>	<b>1.016,49 €</b>	<b>7.253,73 €</b>	<b>1.869,42 €</b>	<b>1.971,60 €</b>
Standard-abwei- chung	3.708,86 €	9.731,65 €	6.639,49 €	5.299,76 €	2.967,51 €	8.999,52 €	4.527,33 €	5.871,85 €
Minimum	0,00 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,67 €	905,12 €	42,62 €	26,47 €	38,93 €	1.073,96 €	58,25 €	36,34 €
Median	126,64 €	2.898,73 €	344,54 €	236,35 €	157,75 €	3.870,57 €	398,37 €	276,57 €
75%-Perzentil	536 €	9.763 €	1.254 €	1.056 €	584 €	10.636 €	1.250 €	1.031 €
Maximum	41.645 €	68.599 €	66.867 €	57.094 €	34.187 €	68.507 €	43.800 €	96.941 €

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



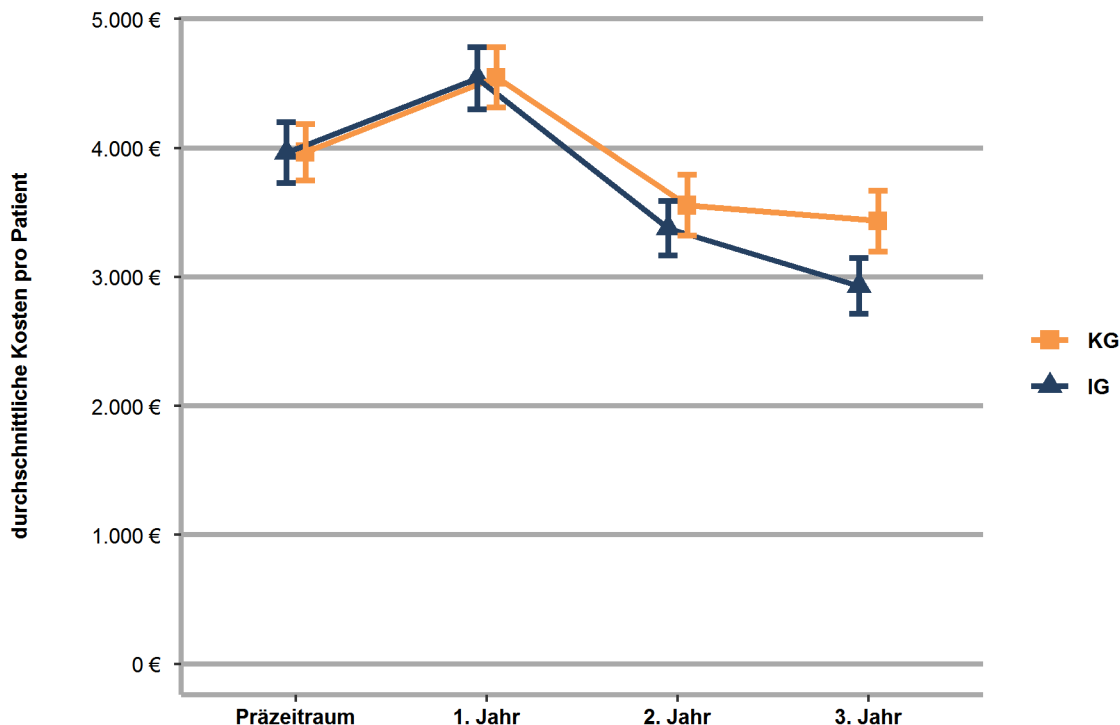
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 70)

## Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.518	2.533	2.369	2.262	2.526	2.538	2.380	2.266
<b>Mittelwert</b>	<b>3.964,95 €</b>	<b>4.542,05 €</b>	<b>3.378,73 €</b>	<b>2.930,81 €</b>	<b>3.968,75 €</b>	<b>4.547,98 €</b>	<b>3.556,54 €</b>	<b>3.434,55 €</b>
Standardabweichung	7.255,15 €	7.317,78 €	6.327,22 €	6.407,85 €	6.714,94 €	7.143,12 €	7.083,57 €	6.977,23 €
Minimum	0,00 €	38,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	959,67 €	916,22 €	474,55 €	323,47 €	951,94 €	1.229,93 €	755,56 €	526,41 €
Median	1.452,63 €	1.839,45 €	1.226,82 €	968,65 €	1.506,99 €	1.845,95 €	1.427,09 €	1.301,40 €
75%-Perzentil	3.172,47 €	4.305,28 €	2.808,37 €	2.150,63 €	3.342,82 €	3.882,39 €	2.521,92 €	2.381,67 €
Maximum	100.086 €	70.164 €	70.704 €	79.169 €	68.089 €	66.071 €	95.101 €	79.742 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 71)



Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 70 und Abbildung 42) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.083,37 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 1.016,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten auf ein ähnliches Niveau mit 7.108,39 € in der IG und 7.253,73 € in der KG. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 212,23 € nicht signifikant ( $p=0,616$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG gleichermaßen auf 1.928,28 € bzw. 1.971,60 €.

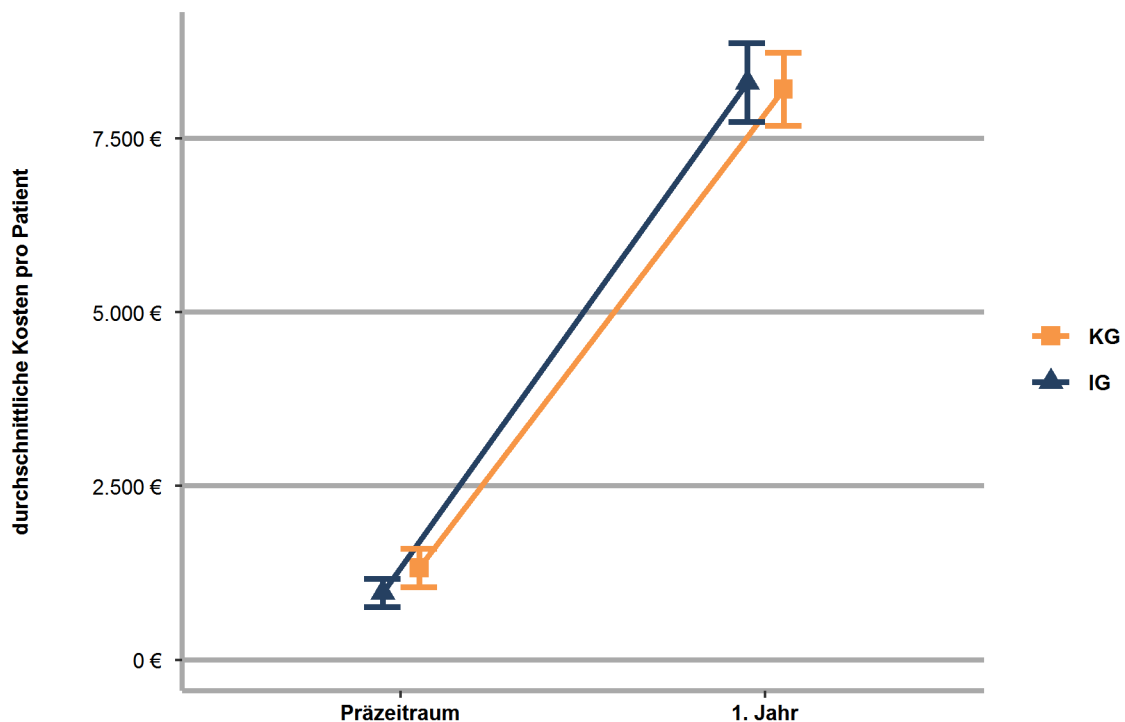
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 71 und Abbildung 43) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum gleich hohe durchschnittliche Kosten (IG: 3.964,95 €; KG: 3.968,75 €). Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 4.542,05 € bzw. 4.547,98 € auf ein gleiches Niveau. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.930,81 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.434,55 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	921	1.042	939	1.042						
Mittelwert	964,50 €	8.301,37 €	1.321,86 €	8.205,08 €	-357,36 €	0,086	96,29 €	0,837	453,64 €	0,376
Standardabweichung	3.917 €	11.101 €	5.456 €	10.269 €						
Minimum	0,00 €	49,01 €	0,00 €	77,36 €						
25%-Perzentil	29,41 €	900,22 €	38,09 €	1.183,21 €						
Median	123,58 €	3.605,72 €	164,86 €	4.427,73 €						
75%-Perzentil	473 €	11.258 €	531 €	11.927 €						
Maximum	55.449 €	76.938 €	91.063 €	77.840 €						

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



zahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 72)

(An-

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 72 und Abbildung 44) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 964,50 € geringere Kosten als die KG mit 1.321,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 8.301,37 €; KG: 8.205,08 €). Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 453,64 € nicht signifikant ( $p=0,376$ ) stärker als in der KG.

### **Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.321,86 €	<0,001	-1.715,93 €	<0,001
IG (vs. KG)	-357,36 €	0,086	-52,92 €	0,760
Post (vs. Prä)	6.883,22 €	<0,001		
IG x Post (DiD)	453,64 €	0,354		
1. Jahr (vs. Prä)			8.296,85 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			177,19 €	0,716
Alter (30-47 J. vs. U30)			-221,47 €	0,586
Alter (48-64 J. vs. U30)			225,92 €	0,609
Alter (Ü64 vs. U30)			-317,75 €	0,508
Geschlecht weiblich (vs. männl.)			-377,26 €	0,162
F 00 (Demenz)			3.047,62 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)			600,12 €	0,543
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)			4.488,51 €	0,115
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)			228,56 €	0,674
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)			-17,90 €	0,968
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)			846,87 €	0,047
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)			4.225,23 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)			1.938,84 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)			637,15 €	0,099
F 45 (Somatoforme Störungen)			-249,40 €	0,565
F 40-48 (ohne F43 und F45)			1.595,98 €	0,023
F 50 (Essstörungen)			3.882,27 €	0,011
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)			1.194,09 €	0,257
F 70-79 (Intelligenzstörung)			-1.018,10 €	0,140
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)			-988,78 €	0,154
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)			-494,91 €	0,381
Vollstat. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			8.731,53 €	<0,001
TK psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			5.813,63 €	0,040
PIA Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			1.415,99 €	0,024
Vertragsärztl. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			497,25 €	0,006
R <sup>2</sup>		0,156		0,230

**Kinder und Jugendliche**

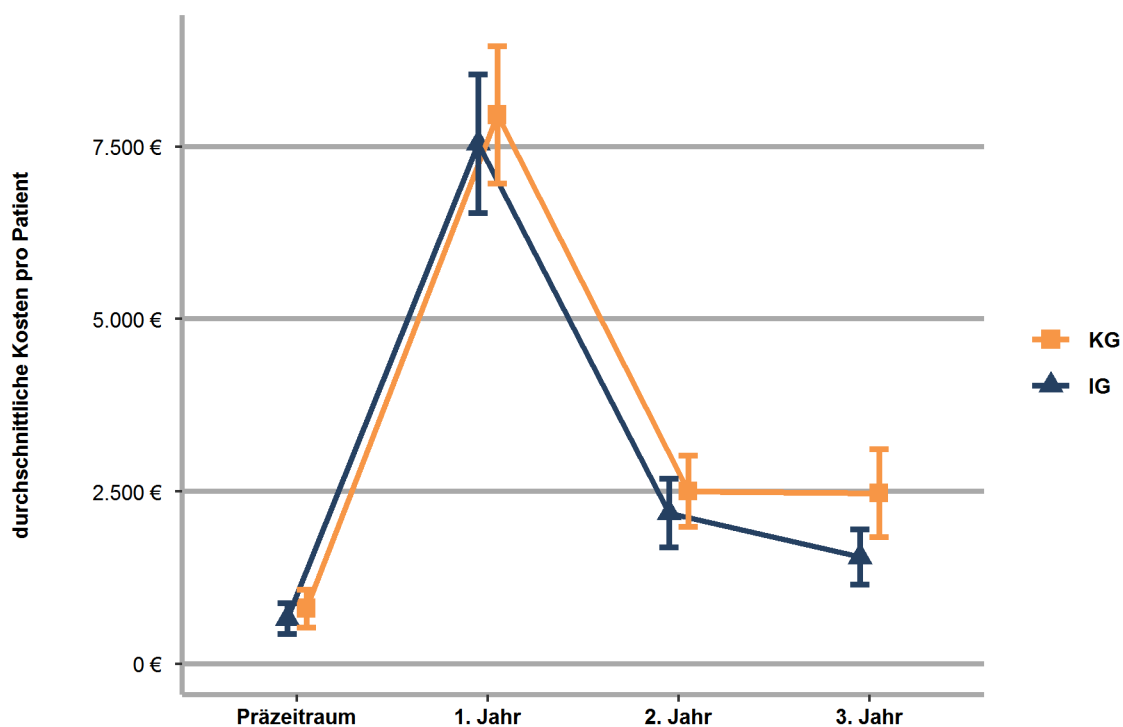
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	484	616	474	412	480	608	473	426
<b>Mittelwert</b>	<b>654,08 €</b>	<b>7.545,40 €</b>	<b>2.187,72 €</b>	<b>1.548,82 €</b>	<b>803,40 €</b>	<b>7.961,78 €</b>	<b>2.504,56 €</b>	<b>2.476,38 €</b>
Standardabweichung	3.364 €	15.171 €	7.561 €	6.017 €	4.097 €	14.899 €	7.798 €	9.598 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,93 €	714,75 €	10,21 €	0,00 €	8,02 €	815,21 €	13,98 €	0,00 €
Median	53,46 €	1.289,33 €	173,61 €	62,34 €	49,88 €	1.631,83 €	387,88 €	80,38 €
75%-Perzentil	196,34 €	3.537,97 €	1.022,37 €	646,21 €	284,74 €	5.150,13 €	1.459,54 €	898,47 €
Maximum	51.316 €	105.596 €	77.263 €	70.823 €	55.606 €	122.446 €	73.088 €	113.690 €

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



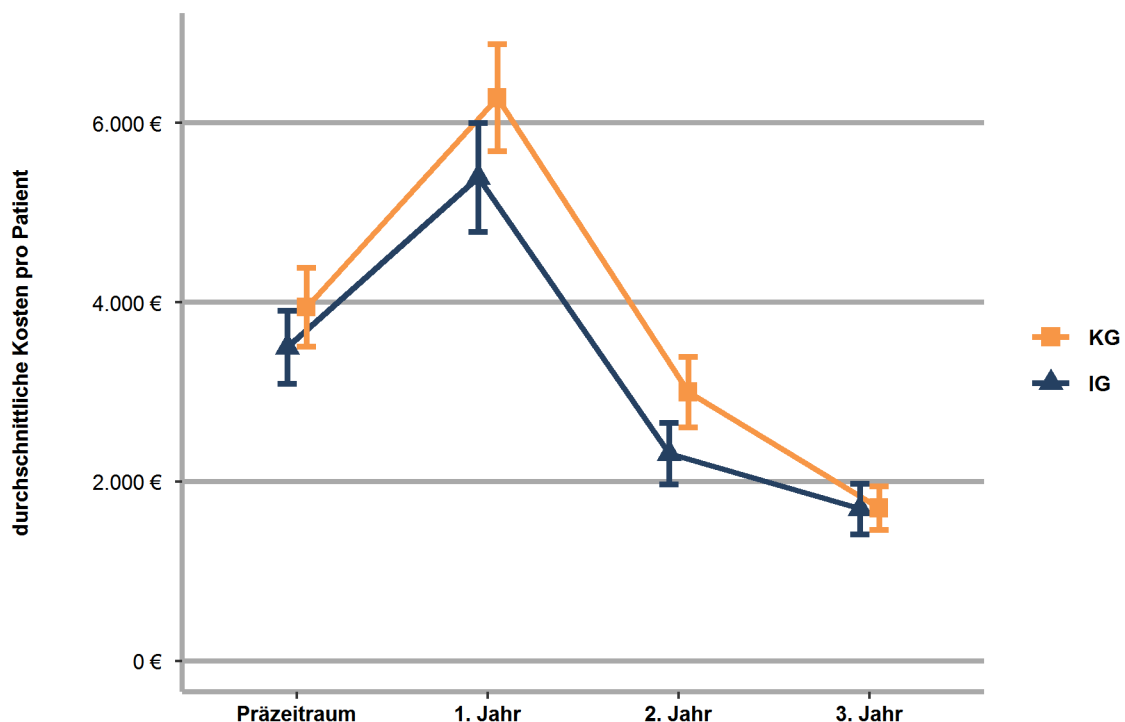
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 74)

**Klinikbekannte Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.328	1.355	1.097	980	1.337	1.358	1.128	1.043
<b>Mittelwert</b>	<b>3.499,20 €</b>	<b>5.392,10 €</b>	<b>2.312,72 €</b>	<b>1.694,97 €</b>	<b>3.946,37 €</b>	<b>6.281,42 €</b>	<b>2.999,68 €</b>	<b>1.706,02 €</b>
Standardabweichung	9.137 €	13.593 €	7.647 €	6.388 €	9.901 €	13.370 €	8.847 €	5.448 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	504,11 €	516,59 €	21,68 €	0,00 €	472,10 €	846,16 €	35,40 €	8,82 €
Median	1.107,57 €	1.009,38 €	360,34 €	167,68 €	1.143,19 €	1.661,26 €	827,41 €	303,05 €
75%-Perzentil	1.576,69 €	2.428,99 €	1.221,51 €	1.027,53 €	1.789,71 €	3.368,99 €	1.954,31 €	1.451,08 €
Maximum	96.685 €	144.088 €	82.635 €	98.230 €	77.160 €	200.686 €	116.807 €	64.660 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 75)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 74 und Abbildung 45) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 654,08 € geringere Kosten als die KG mit 803,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG mit 7.545,40 € auf ein ähnliches Niveau wie in der KG mit 7.961,78 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 267,06 € nicht signifikant ( $p=0,754$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.548,82 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.476,38 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 75 und Abbildung 46) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.499,20 € niedrigere Kosten als die KG mit 3.946,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.392,10 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.281,42 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 442,14 € nicht signifikant ( $p=0,450$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein vergleichbares Niveau (IG: 1.694,97 €; KG: 1.706,02 €).

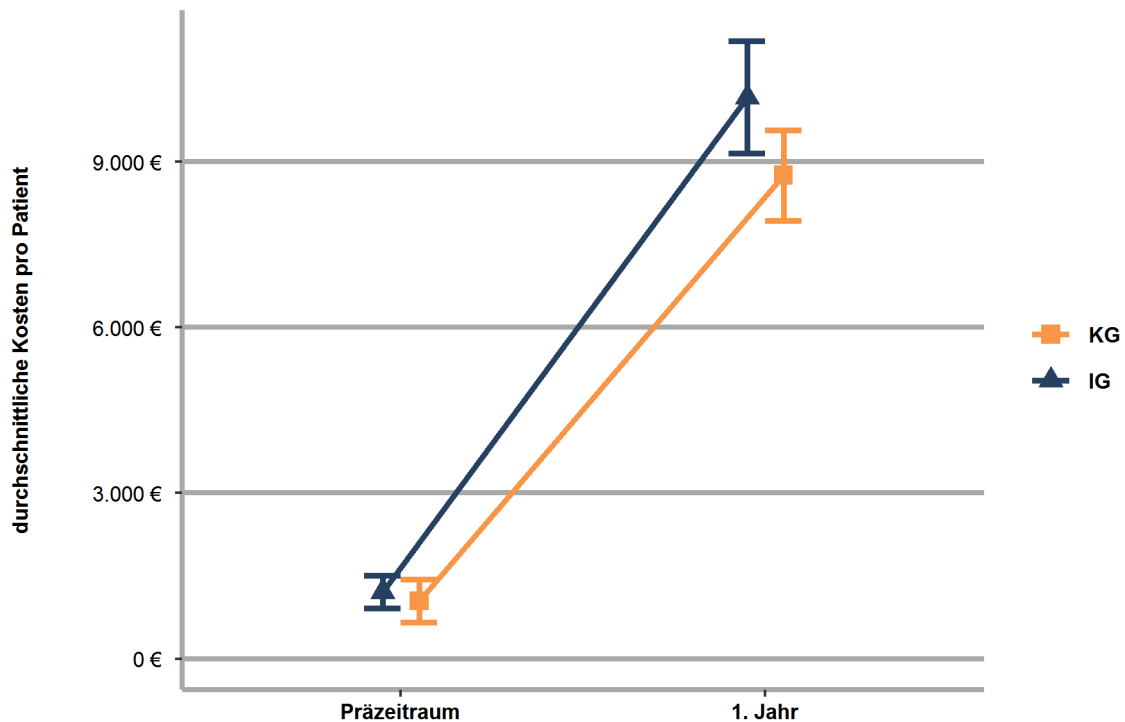


**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	810	956	847	956						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.210 €</b>	<b>10.166 €</b>	<b>1.046 €</b>	<b>8.755 €</b>	<b>163,03 €</b>	<b>0,586</b>	<b>1.411,77 €</b>	<b>0,075</b>	<b>1.248,73 €</b>	<b>0,141</b>
Standardabweichung	5.613 €	19.072 €	7.347 €	15.390 €						
Minimum	0,00 €	46,81 €	0,00 €	87,75 €						
25%-Perzentil	33,27 €	806,79 €	39,52 €	826,68 €						
Median	344,63 €	1.475,23 €	386,32 €	1.656,72 €						
75%-Perzentil	901,89 €	5.213,04 €	585,57 €	5.676,79 €						
Maximum	115.465 €	159.557 €	174.559 €	92.296 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 76)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 76 und Abbildung 47) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.210 € höhere Kosten als die KG mit 1.046 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.166 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.755 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.248,73 € nicht signifikant ( $p=0,141$ ) stärker als in der KG.

### **Modellrechnung für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

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

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.046,48 €	<0,001	-3.689,03 €	<0,001
IG (vs. KG)	163,03 €	0,586	-30,72 €	0,916
Post (vs. Prä)	7.708,23 €	<0,001		
IG x Post (DiD)	1.248,73 €	0,116		
1. Jahr (vs. Prä)			8.931,31 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.377,34 €	0,084
Geschlecht weiblich (vs. männl.)			191,29 €	0,665
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)			11.376,65 €	0,114
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)			8.739,46 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)			19.148,57 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)			5.851,19 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)			4.844,27 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)			1.635,18 €	0,143
F 40-48 (ohne F43 und F45)			3.189,40 €	0,183
F 50 (Essstörungen)			16.960,43 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)			28.492,64 €	0,036
F 70-79 (Intelligenzstörung)			-427,01 €	0,688
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)			67,11 €	0,953
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)			2.000,87 €	0,065
Vollstat. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			11.710,73 €	<0,001
TK psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			24.986,61 €	0,002
PIA Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			1.574,69 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Prä-Zeitraum (Dummy)			138,08 €	0,563
R <sup>2</sup>		0,093		0,209

## **10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen**

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

### **Erwachsene**

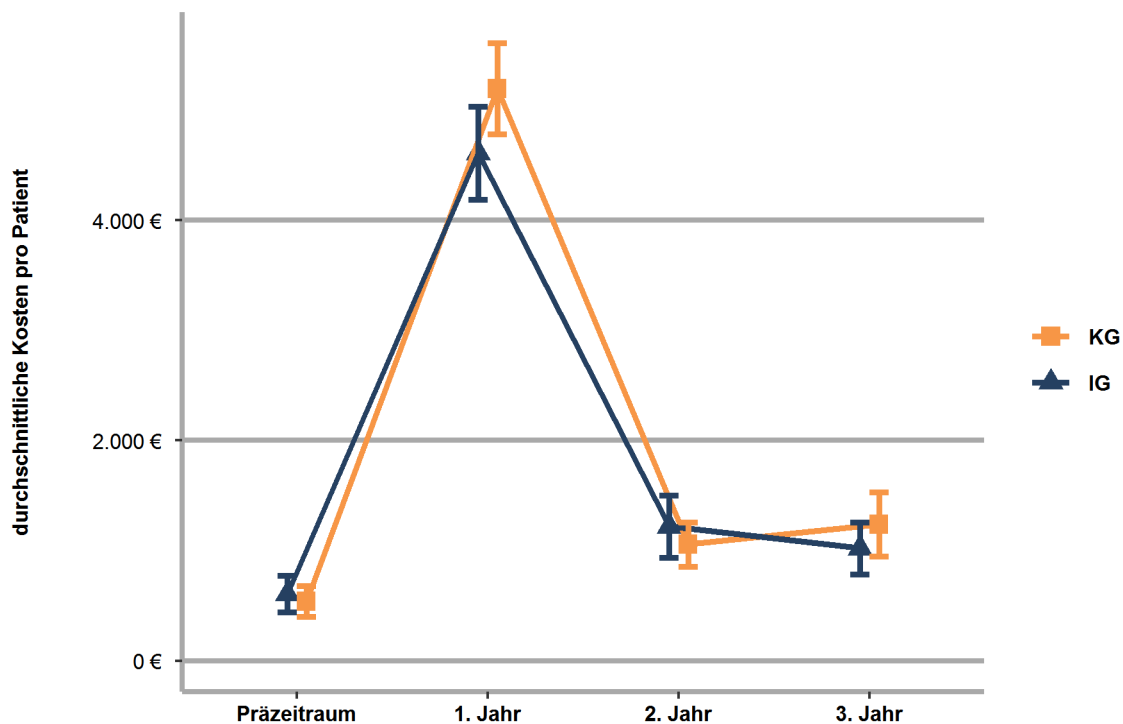
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	83	479	101	95	86	562	115	98
<b>Mittelwert</b>	<b>605,85 €</b>	<b>4.611,12 €</b>	<b>1.218,87 €</b>	<b>1.021,09 €</b>	<b>541,38 €</b>	<b>5.194,31 €</b>	<b>1.056,59 €</b>	<b>1.237,77 €</b>
Standardabweichung	3.219,05 €	8.172,38 €	5.291,91 €	4.367,23 €	2.676,97 €	7.944,77 €	3.785,37 €	5.433,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.295,64 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.100,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.267,20 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	38.982 €	67.545 €	66.359 €	55.677 €	32.791 €	60.083 €	36.810 €	94.324 €

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



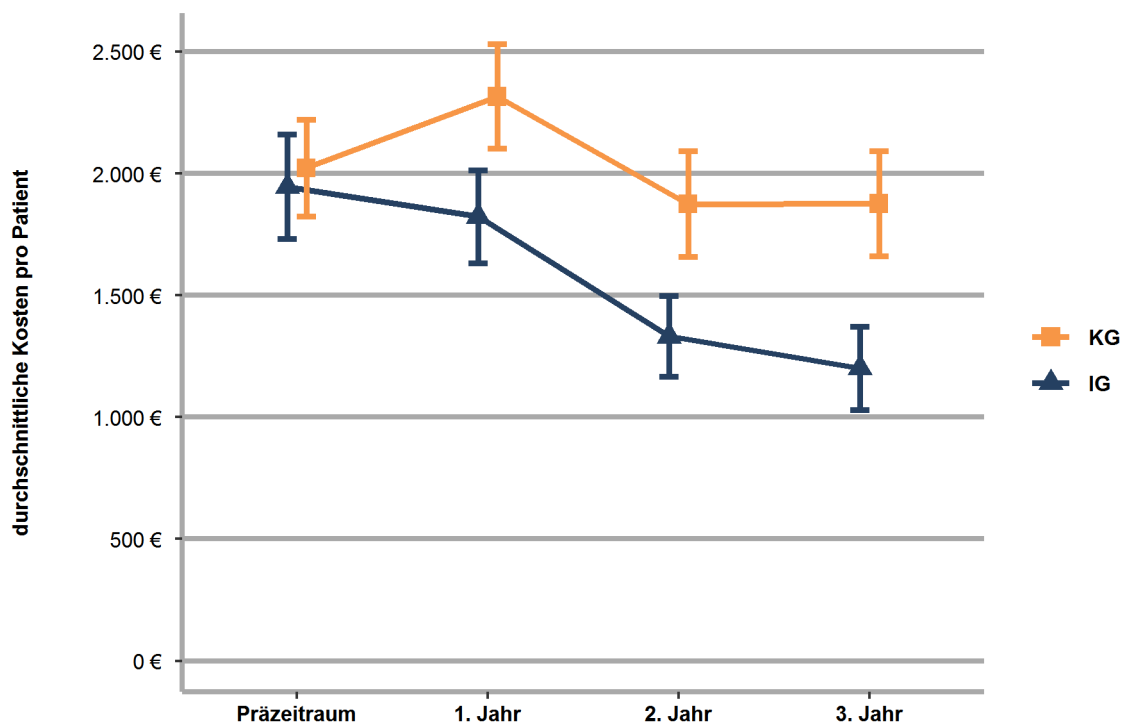
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 78)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 79: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	405	396	288	242	439	475	369	331
<b>Mittelwert</b>	<b>1.945,23 €</b>	<b>1.823,56 €</b>	<b>1.331,72 €</b>	<b>1.200,95 €</b>	<b>2.022,70 €</b>	<b>2.316,22 €</b>	<b>1.875,35 €</b>	<b>1.876,87 €</b>
Standardabweichung	6.559,53 €	5.833,82 €	4.981,29 €	5.064,67 €	6.120,46 €	6.560,43 €	6.487,21 €	6.386,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	100.083 €	65.551 €	70.631 €	66.709 €	66.370 €	60.000 €	92.557 €	79.002 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 79)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 78 und Abbildung 48) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 605,85 € etwas höhere Kosten als die KG mit 541,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.611,12 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.194,31 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 647,67 € nicht signifikant ( $p=0,080$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.021,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.237,77 €.

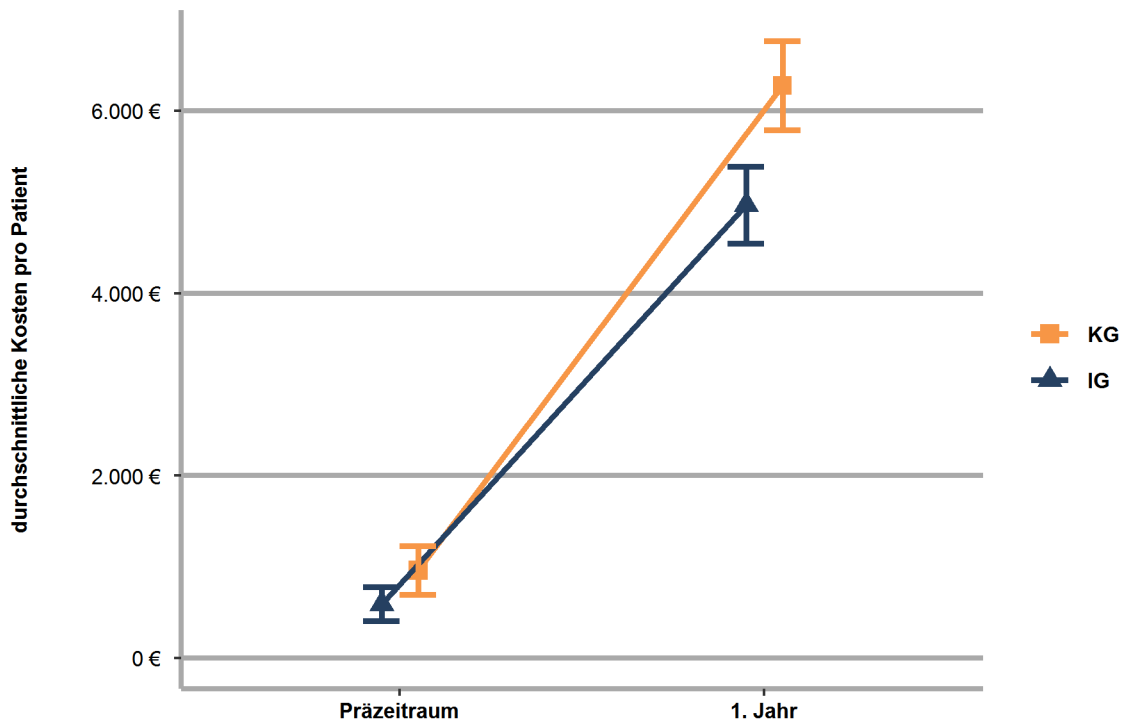
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 79 und Abbildung 49) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.945,23 bzw. 2.022,70 € ähnliche Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.823,56 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2.316,22 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 415,19 € signifikant ( $p=0,036$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.200,95 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.876,87 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	71	532	103	599						
Mittelwert	590,09 €	4.967,52 €	960,00 €	6.277,64 €	-369,91 €	0,063	-1.310,12 €	<0,001	-940,21 €	0,032
Standardabweichung	3.633,93 €	8.277,29 €	5.294,96 €	9.526,49 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	466,62 €	0,00 €	1.792,08 €						
75%-Perzentil	0,00 €	7.023,15 €	0,00 €	9.998,62 €						
Maximum	54.833 €	75.754 €	89.768 €	72.105 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 80)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 80 und Abbildung 50) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 590,09 € geringere Kosten wie die KG mit 960,00 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.967,52€. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.277,64 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 940,21 € signifikant ( $p=0,032$ ) schwächer als in der KG.

## Kinder und Jugendliche

### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

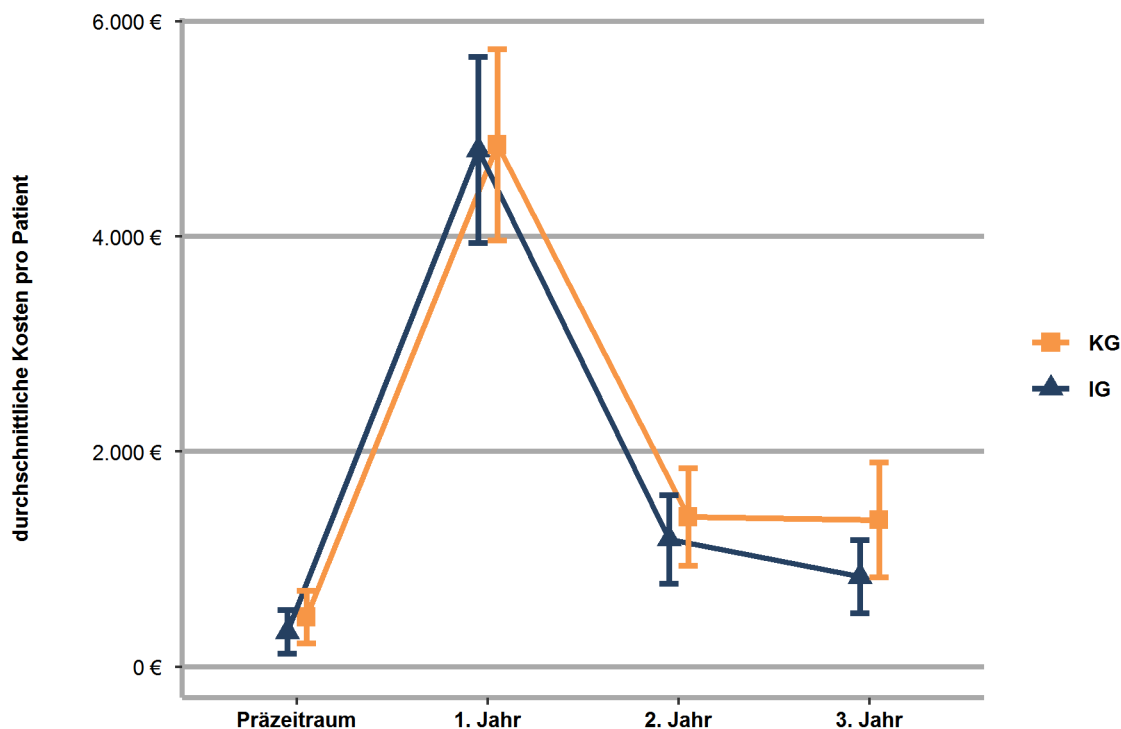
#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 81: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	18	152	45	35	23	160	54	43
<b>Mittelwert</b>	<b>325,36 €</b>	<b>4.804,39 €</b>	<b>1.185,80 €</b>	<b>838,26 €</b>	<b>463,06 €</b>	<b>4.852,22 €</b>	<b>1.392,89 €</b>	<b>1.366,64 €</b>
Standard-abwei- chung	3.045,62 €	13.062,89 €	6.219,29 €	5.095,20 €	3.632,59 €	13.309,23 €	6.764,56 €	7.995,64 €
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 €	603,93 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	49.192,40 €	104.248,63 €	63.996,15 €	57.327,67 €	43.635,01 €	121.965,83 €	71.155,35 €	113.597,19 €



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



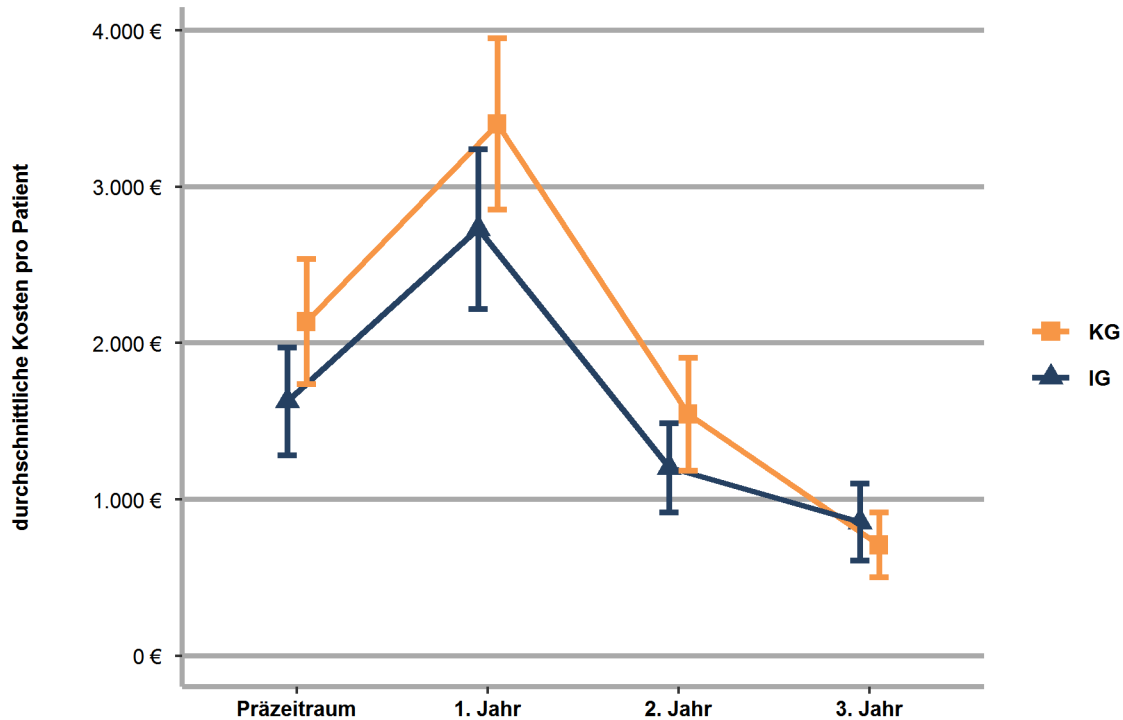
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 81)

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 82: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1355	1355	1355	1355	1358	1358	1358	1357
N mit Fall	104	144	83	76	119	178	101	70
<b>Mittelwert</b>	<b>1.628,68 €</b>	<b>2.731,93 €</b>	<b>1.204,93 €</b>	<b>855,68 €</b>	<b>2.138,44 €</b>	<b>3.402,48 €</b>	<b>1.546,75 €</b>	<b>709,49 €</b>
Standard-abwei- chung	7.732,67 €	11.429,59 €	6.383,63 €	5.524,57 €	8.984,05 €	12.266,41 €	8.079,96 €	4.636,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	94.214,78 €	142.797,31 €	74.603,78 €	97.795,73 €	76.720,88 €	197.619,54 €	115.403,77 €	62.339,33 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 82)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 81 und Abbildung 51) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 325,36 € geringere Kosten als die KG mit 463,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG auf ein gleich hohes Niveau (IG: 4.804,39 €, KG: 4.852,22 €). Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 89,86 € nicht signifikant ( $p=0,904$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 838,26 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.366,64 €.

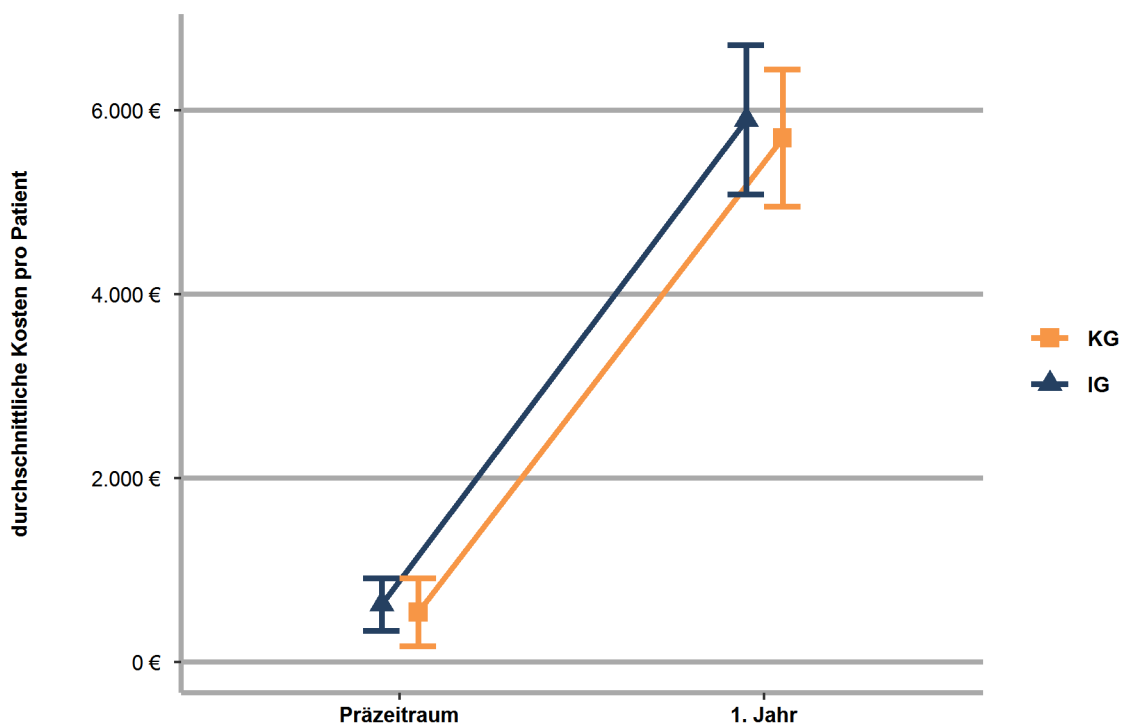
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 82 und Abbildung 52) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.628,68 € weniger Kosten als die KG mit 2.138,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2.731,93 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.402,48 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 160,79 € nicht signifikant ( $p=0,756$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 855,68 €. In der KG sanken die Kosten auf 709,49 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	38	223	28	238						
Mittelwert	626,89 €	5.894,69 €	540,72 €	5.698,97 €	86,17 €	0,762	195,73 €	0,770	109,55 €	0,880
Standardabweichung	5.370 €	15.219 €	6.958 €	14.003 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	114.964 €	157.797 €	173.252 €	90.744 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 83)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 83 und Abbildung 53) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 626,89 € höhere Kosten als die KG mit 540,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.894,69 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.698,97 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 109,55 nicht signifikant ( $p=0,880$ ) stärker als in der KG.

### **10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen**

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

#### **Erwachsene**

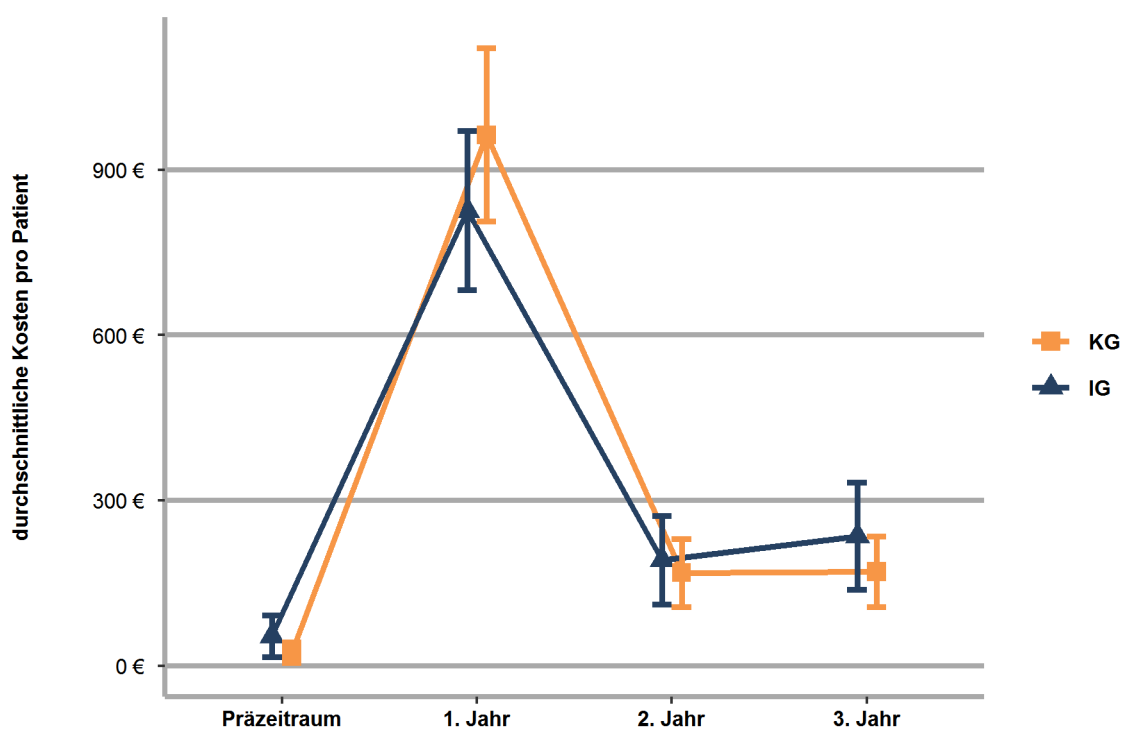
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	< 10	114	29	24	< 10	133	29	26
<b>Mittelwert</b>	<b>54,07 €</b>	<b>825,92 €</b>	<b>191,66 €</b>	<b>235,10 €</b>	<b>23,59 €</b>	<b>963,07 €</b>	<b>168,70 €</b>	<b>170,81 €</b>
Standardabweichung	729,94 €	2.783,26 €	1.499,03 €	1.788,35 €	356,11 €	3.022,54 €	1.160,60 €	1.180,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.791 €	21.974 €	27.416 €	27.822 €	7.608 €	26.177 €	14.340 €	14.089 €

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



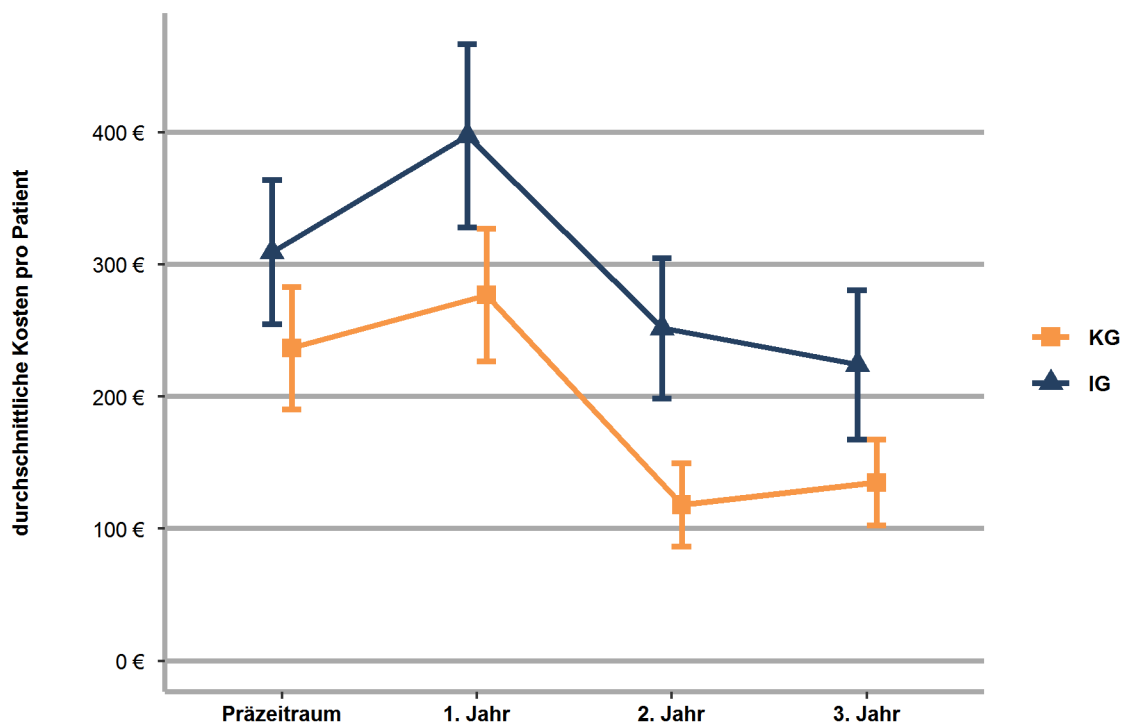
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 84)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 85: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	118	133	92	77	105	116	51	65
Mittelwert	309,23 €	397,18 €	251,76 €	224,06 €	236,66 €	276,88 €	118,08 €	134,91 €
Standardabweichung	1.667,87 €	2.120,82 €	1.595,60 €	1.672,93 €	1.424,91 €	1.542,56 €	948,48 €	957,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.830 €	31.236 €	34.881 €	27.353 €	18.073 €	19.215 €	15.144 €	17.613 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 85)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 84 und Abbildung 54) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 54,07 € höhere Kosten als die KG mit 23,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 825,92 €. In der KG stiegen die Kosten auf 963,07 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 167,63 € nicht signifikant ( $p=0,204$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 235,10 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 170,81 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 85 und Abbildung 55) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 309,23 € höhere Kosten als die KG mit 236,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 397,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 276,88 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 47,72 € nicht signifikant ( $p=0,469$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 224,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 134,91 €.

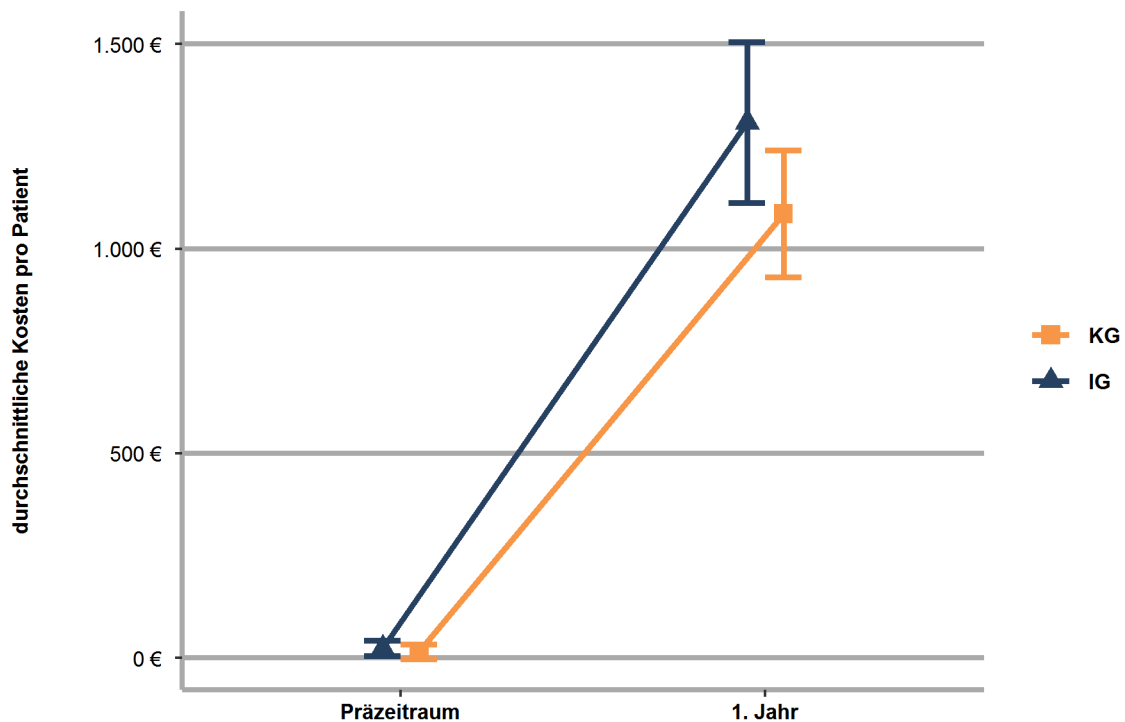


**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	187	< 10	173						
<b>Mittelwert</b>	<b>23,45 €</b>	<b>1.308,82 €</b>	<b>15,14 €</b>	<b>1.085,39 €</b>	<b>8,31 €</b>	<b>0,596</b>	<b>223,42 €</b>	<b>0,141</b>	<b>215,11 €</b>	<b>0,159</b>
Standardabweichung	374,54 €	3.843,65 €	341,26 €	3.041,01 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.545 €	41.445 €	8.316 €	24.157 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 86)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 86 und Abbildung 56) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 23,45 € vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 15,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.308,82 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.85,39 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 215,11 € nicht signifikant ( $p=0,159$ ) stärker als in der KG.

### Kinder und Jugendliche

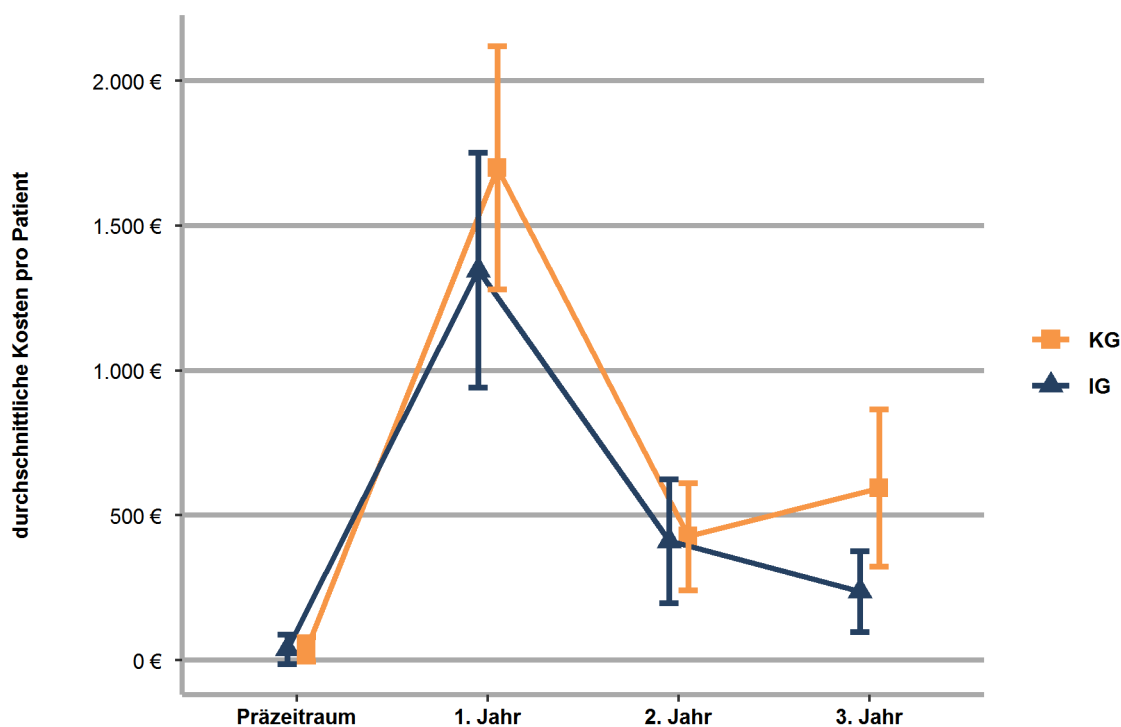
#### Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Klinikneue Patienten

**Tabelle 87: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	< 10	49	16	11	< 10	61	21	21
<b>Mittelwert</b>	<b>38,37 €</b>	<b>1.345,93 €</b>	<b>412,06 €</b>	<b>238,09 €</b>	<b>37,23 €</b>	<b>1.699,80 €</b>	<b>427,04 €</b>	<b>594,71 €</b>
Standardabweichung	762,45 €	6.117,97 €	3.223,83 €	2.108,38 €	635,84 €	6.282,61 €	2.766,18 €	4.055,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	18.106 €	56.656 €	40.294 €	29.561 €	12.581 €	41.052 €	30.834 €	60.411 €

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



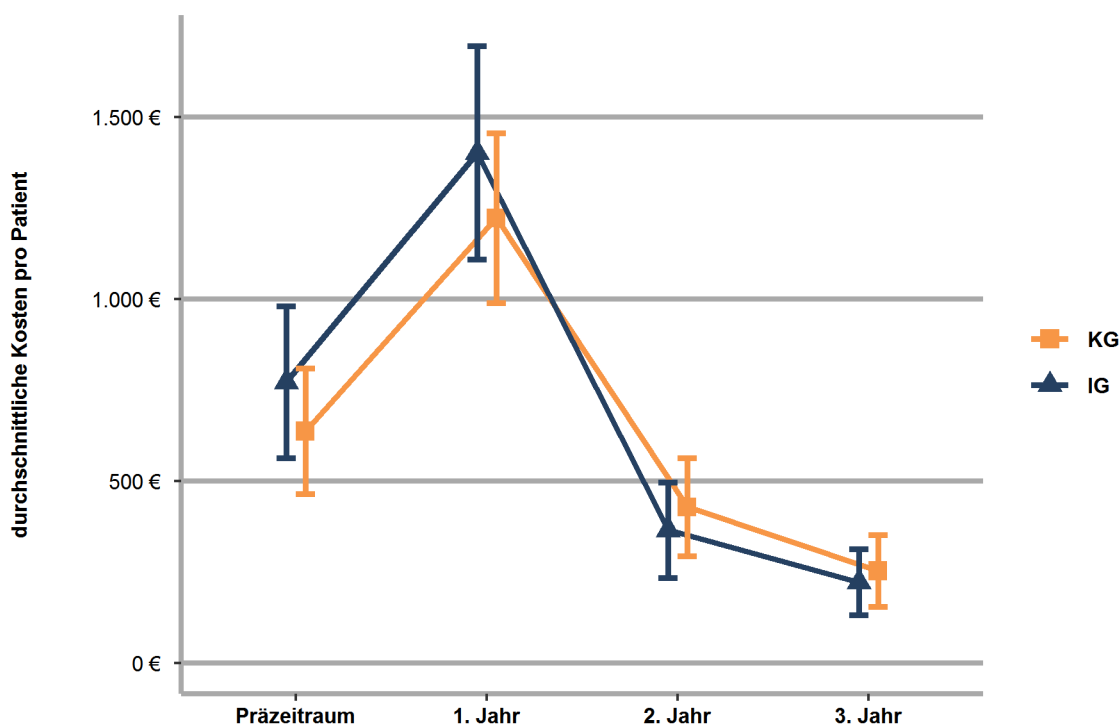
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 87)

**Klinikbekannte Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	52	91	31	22	50	114	41	25
Mittelwert	771,62 €	1.401,13 €	365,10 €	221,93 €	636,53 €	1.222,17 €	428,05 €	253,02 €
Standardabweichung	4.664,93 €	6.553,87 €	2.928,53 €	2.013,41 €	3.852,87 €	5.228,61 €	3.001,25 €	2.219,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	72.184 €	85.911 €	47.027 €	35.074 €	36.915 €	50.533 €	39.893 €	29.485 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 88)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 87 und Abbildung 57) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 38,37 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 37,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.345,93 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.699,80 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 355,02 € nicht signifikant ( $p=0,321$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 238,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 594,71 €.

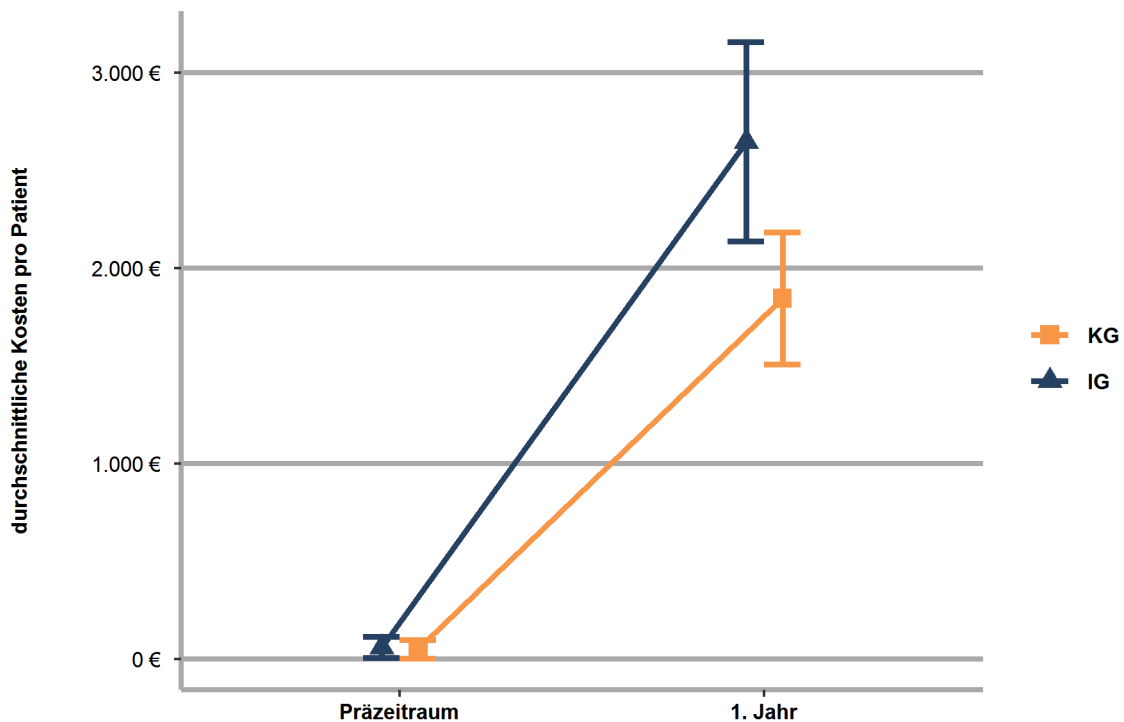
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (Tabelle 88 und Abbildung 58) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 771,62 € größere Kosten als die KG mit 636,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.401,13 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.222,17 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 43,88 € nicht signifikant ( $p=0,871$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG mit 221,93 € bzw. 253,02 € auf ein ähnliches Niveau.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	< 10	127	< 10	106						
<b>Mittelwert</b>	<b>59,03 €</b>	<b>2.645,77 €</b>	<b>50,01 €</b>	<b>1.844,35 €</b>	<b>9,03 €</b>	<b>0,835</b>	<b>801,42 €</b>	<b>0,031</b>	<b>792,39 €</b>	<b>0,034</b>
Standardabweichung	1.005,11 €	9.574,54 €	889,98 €	6.342,65 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	26.073 €	113.596 €	20.212 €	43.855 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 89)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 89 und Abbildung 59) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 59,03 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 50,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.645,77 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.844,35 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 792,39 € statistisch signifikant ( $p=0,034$ ) stärker als in der KG.

## **10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen**

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleiche und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

### **Erwachsene**

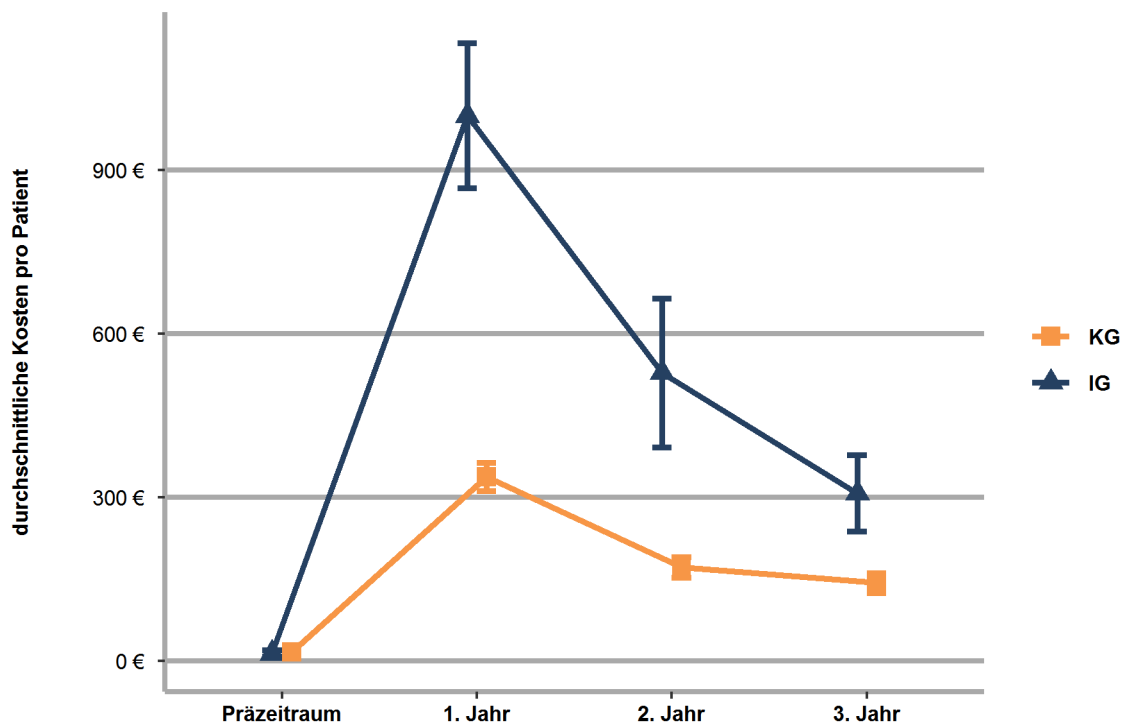
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**



**Tabelle 90: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	29	781	327	265	39	639	238	192
<b>Mittelwert</b>	<b>13,18 €</b>	<b>999,89 €</b>	<b>528,27 €</b>	<b>306,78 €</b>	<b>15,97 €</b>	<b>337,54 €</b>	<b>171,29 €</b>	<b>142,99 €</b>
Standardabweichung	112,34 €	2.563,49 €	2.550,53 €	1.290,19 €	114,55 €	502,08 €	357,81 €	338,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	337,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,46 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	898,50 €	346,66 €	137,89 €	0,00 €	541,24 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.294 €	33.374 €	37.702 €	17.489 €	1.608 €	8.843 €	1.700 €	1.968 €

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


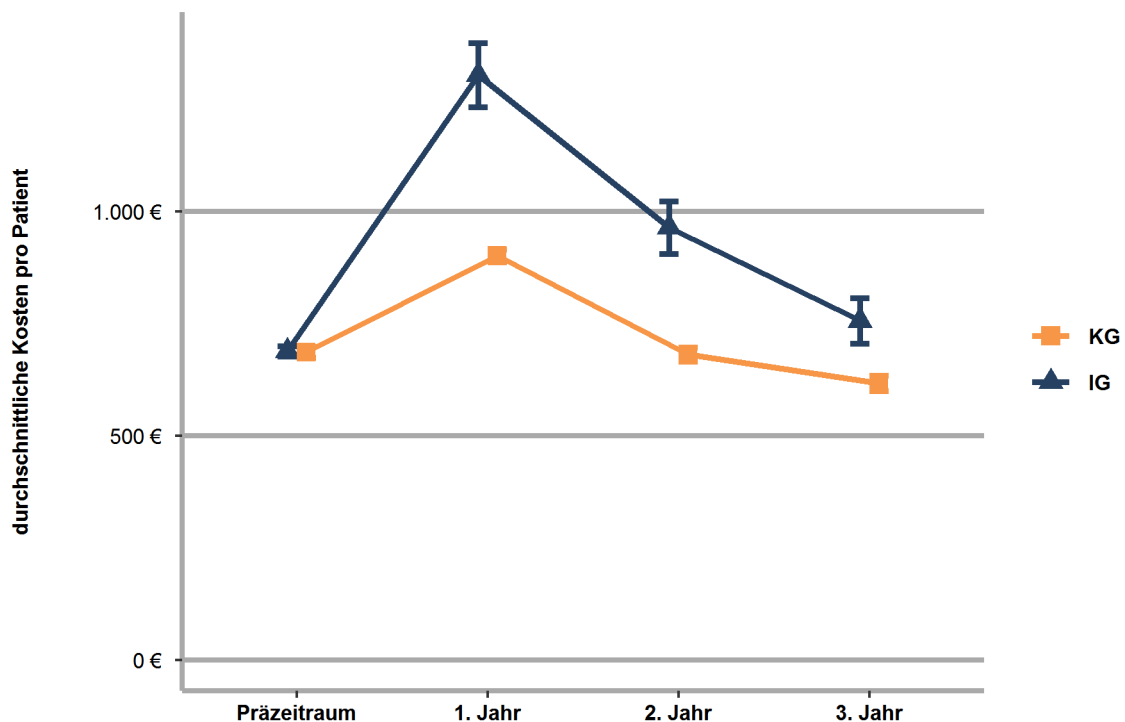
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 90)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 91: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.308	2.462	1.887	1.642	2.312	2.413	1.943	1.685
<b>Mittelwert</b>	<b>688,01 €</b>	<b>1.303,62 €</b>	<b>964,13 €</b>	<b>755,81 €</b>	<b>685,88 €</b>	<b>901,05 €</b>	<b>680,99 €</b>	<b>616,30 €</b>
Standardabweichung	348,93 €	2.165,16 €	1.760,14 €	1.507,71 €	360,12 €	437,79 €	466,73 €	510,65 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	528,04 €	397,56 €	99,39 €	0,00 €	426,86 €	608,90 €	255,90 €	0,00 €
Median	792,06 €	734,57 €	532,48 €	430,24 €	792,06 €	1.082,48 €	829,71 €	661,32 €
75%-Perzentil	1.056,08 €	1.321,75 €	1.066,02 €	889,57 €	1.056,08 €	1.171,89 €	1.106,28 €	1.133,40 €
Maximum	2.151 €	33.843 €	22.367 €	20.243 €	4.521 €	3.917 €	2.696 €	7.863 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 91)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 90 und Abbildung 60) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,18 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 15,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 999,89 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 337,54 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 665,13 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 306,78 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 142,99 €.

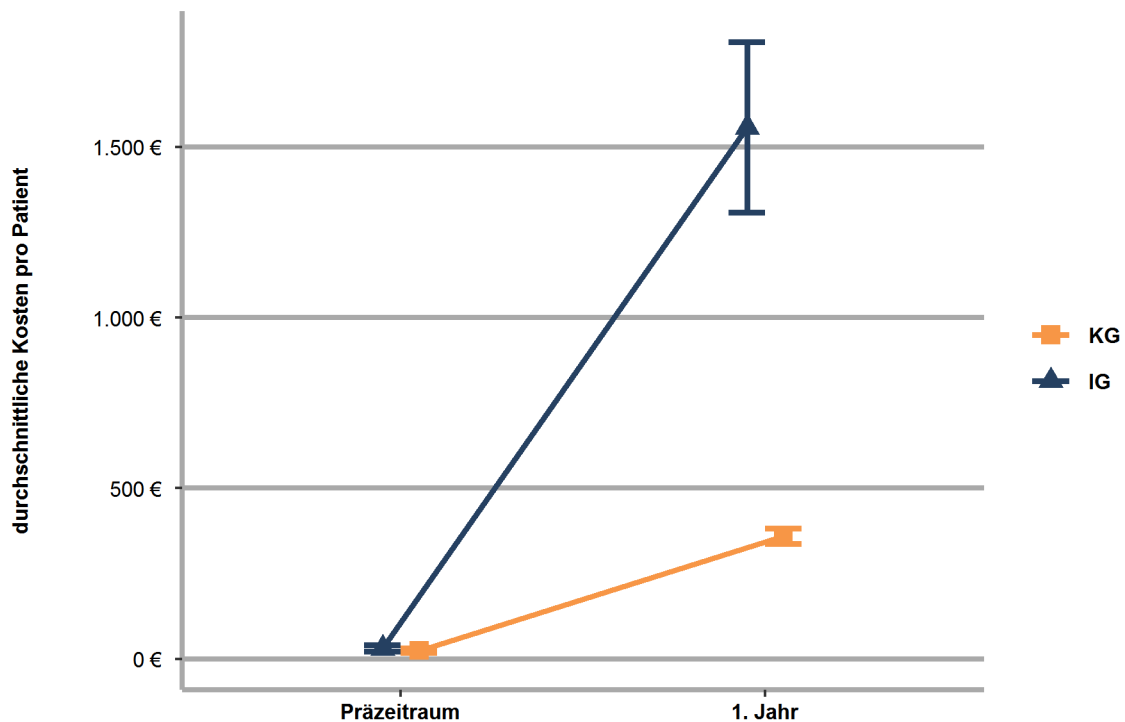
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 91 und Abbildung 61) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 688,01 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 685,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.303,62 €. In der KG stiegen die Kosten auf 901,05 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 400,44 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 755,81 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 616,30 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	67	798	75	646						
<b>Mittelwert</b>	<b>31,16 €</b>	<b>1.557,48 €</b>	<b>24,29 €</b>	<b>359,45 €</b>	<b>6,87 €</b>	<b>0,301</b>	<b>1.198,03 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>1.191,16 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	174,74 €	4.891,62 €	123,87 €	450,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	77,88 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	257,45 €	0,00 €	87,39 €						
75%-Perzentil	0,00 €	895,69 €	0,00 €	581,32 €						
Maximum	2.169 €	47.535 €	1.458 €	2.027 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 92)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 92 und Abbildung 62) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 31,16 € vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 24,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.557,48 €. In der KG stiegen die Kosten auf 359,45 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.191,16 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**

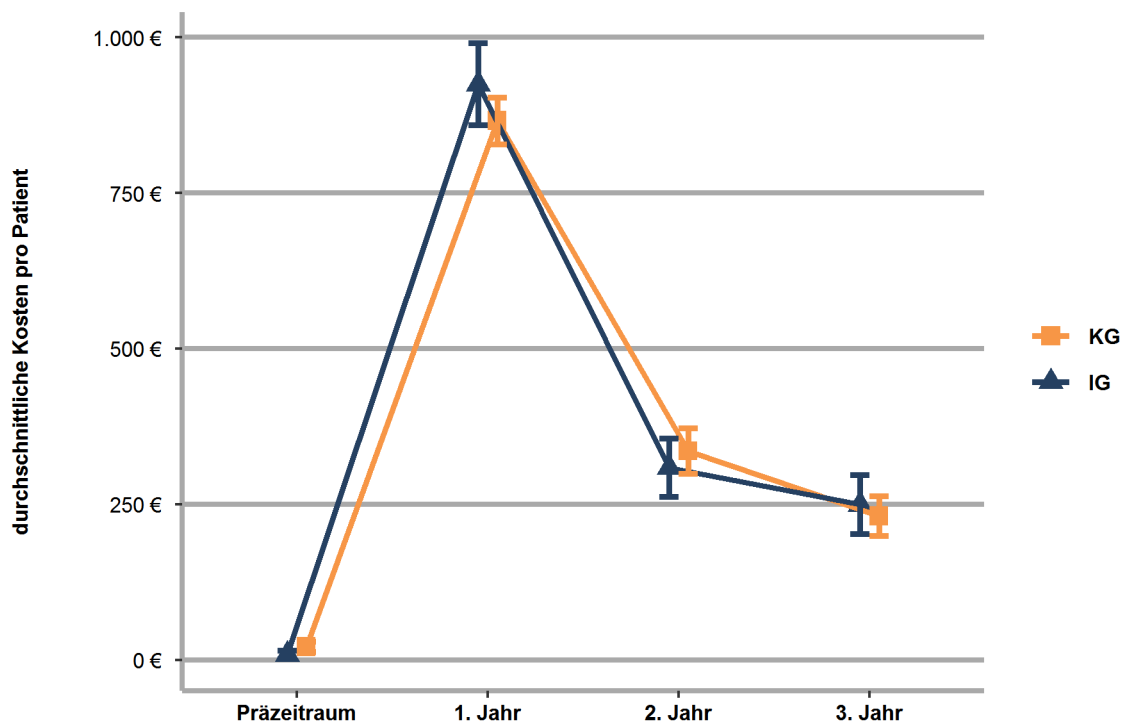
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 93: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	10	581	208	142	21	567	218	160
<b>Mittelwert</b>	<b>8,78 €</b>	<b>924,75 €</b>	<b>308,79 €</b>	<b>249,50 €</b>	<b>21,12 €</b>	<b>866,09 €</b>	<b>335,63 €</b>	<b>231,16 €</b>
Standardabweichung	100,81 €	991,94 €	706,46 €	713,32 €	124,40 €	566,26 €	546,27 €	484,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	320,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	378,42 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	686,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	756,84 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.130,23 €	320,94 €	0,00 €	0,00 €	1.154,18 €	516,36 €	133,93 €
Maximum	1.800,00 €	8.095,28 €	7.610,78 €	9.107,83 €	1.107,57 €	3.443,62 €	2.734,16 €	2.657,29 €

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



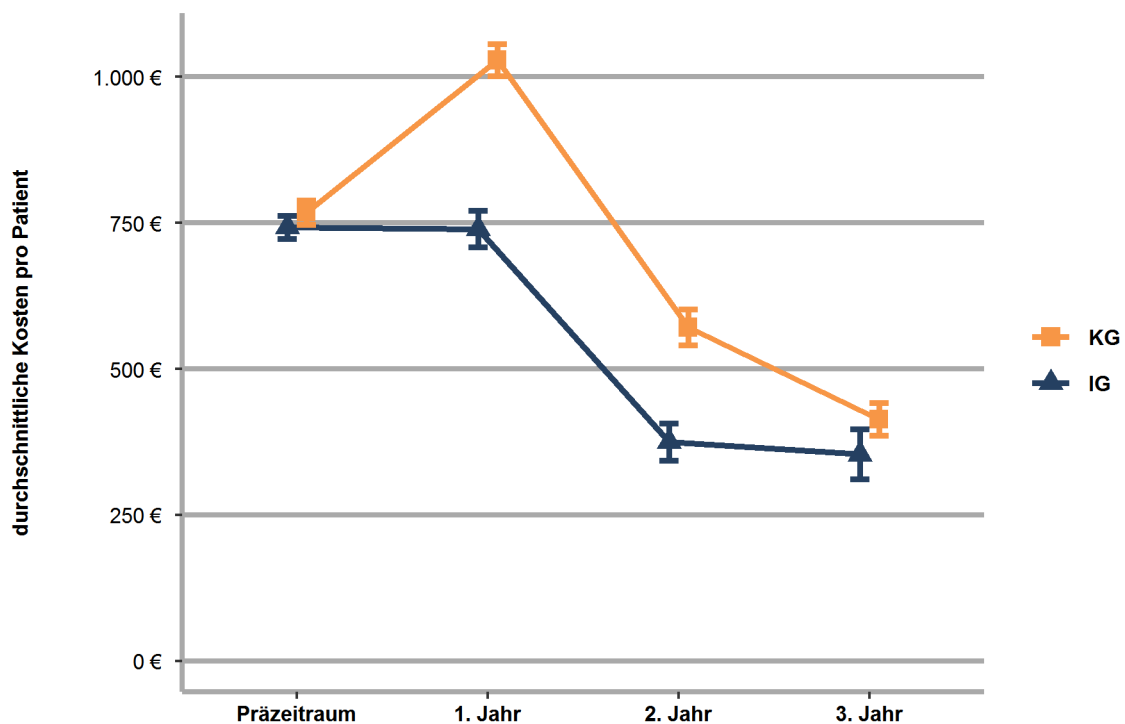
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 93)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 94: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.244	1.332	649	491	1.245	1.320	726	546
Mittelwert	742,95 €	739,64 €	375,24 €	353,79 €	768,25 €	1.028,98 €	571,39 €	413,81 €
Standardabweichung	446,55 €	704,75 €	709,21 €	954,29 €	467,03 €	605,99 €	679,92 €	624,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	369,19 €	286,45 €	0,00 €	0,00 €	369,19 €	378,42 €	0,00 €	0,00 €
Median	738,38 €	572,90 €	0,00 €	0,00 €	738,38 €	1.135,26 €	350,93 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.107,57 €	961,67 €	534,75 €	490,95 €	1.107,57 €	1.513,68 €	1.163,64 €	794,76 €
Maximum	2.870 €	6.682 €	9.050 €	24.502 €	2.111 €	6.242 €	5.626 €	6.636 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 94)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 93 und Abbildung 63) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,78 € niedrigere Kosten als die KG mit 21,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 924,75 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 866,09 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 70,99 € nicht signifikant ( $p=0,128$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG mit 249,50 bzw. 231,16 € auf ein ähnliches Niveau.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 94 und Abbildung 64) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 742,95 € vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 768,25 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 739,64 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.028,98 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 264,03 € signifikant ( $p<0,001$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 353,79 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 413,81 €.

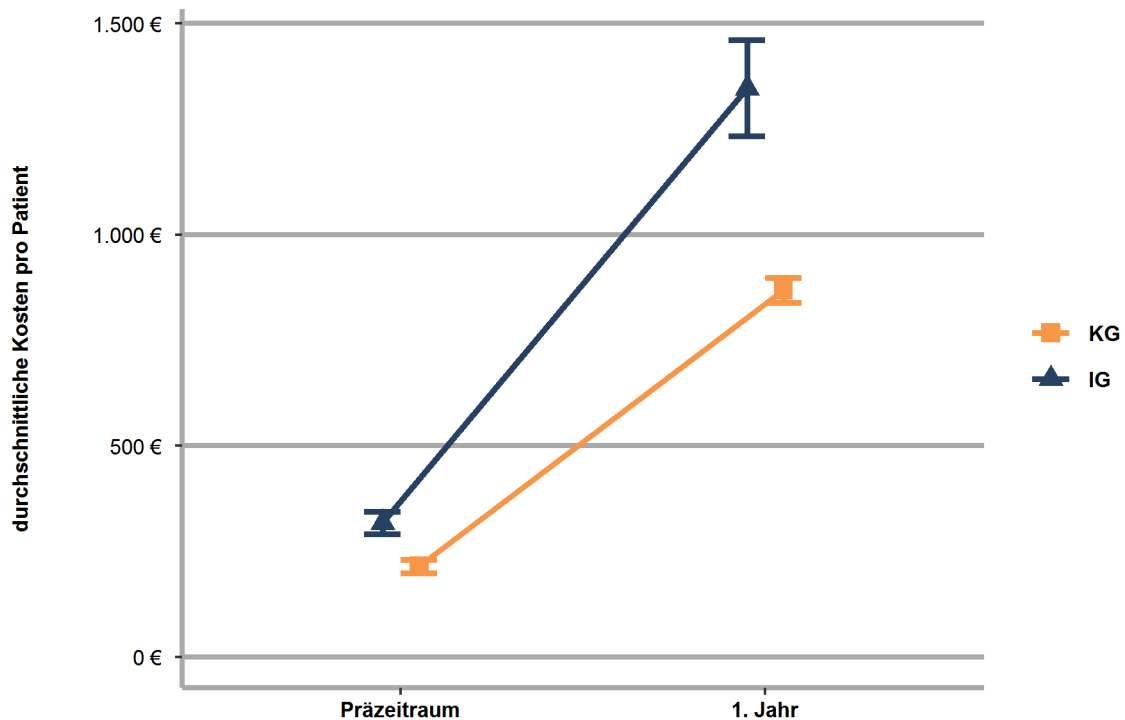


**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	393	902	402	876						
Mittelwert	317,95 €	1.346,58 €	214,74 €	868,21 €	103,21 €	<0,001	478,37 €	<0,001	375,16 €	<0,001
Standardabweichung	500,71 €	2.134,36 €	301,01 €	568,57 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	454,28 €	0,00 €	397,38 €						
Median	0,00 €	877,27 €	0,00 €	794,76 €						
75%-Perzentil	575,06 €	1.495,39 €	397,38 €	1.212,40 €						
Maximum	3.455 €	28.424 €	1.580 €	2.501 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 95)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 95 und Abbildung 65) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 317,95 € höhere Kosten wie die KG mit 214,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.346,58 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 868,21 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 375,16 € signifikant ( $p < 0,001$ ) stärker als in der KG.

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

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

### **Erwachsene**

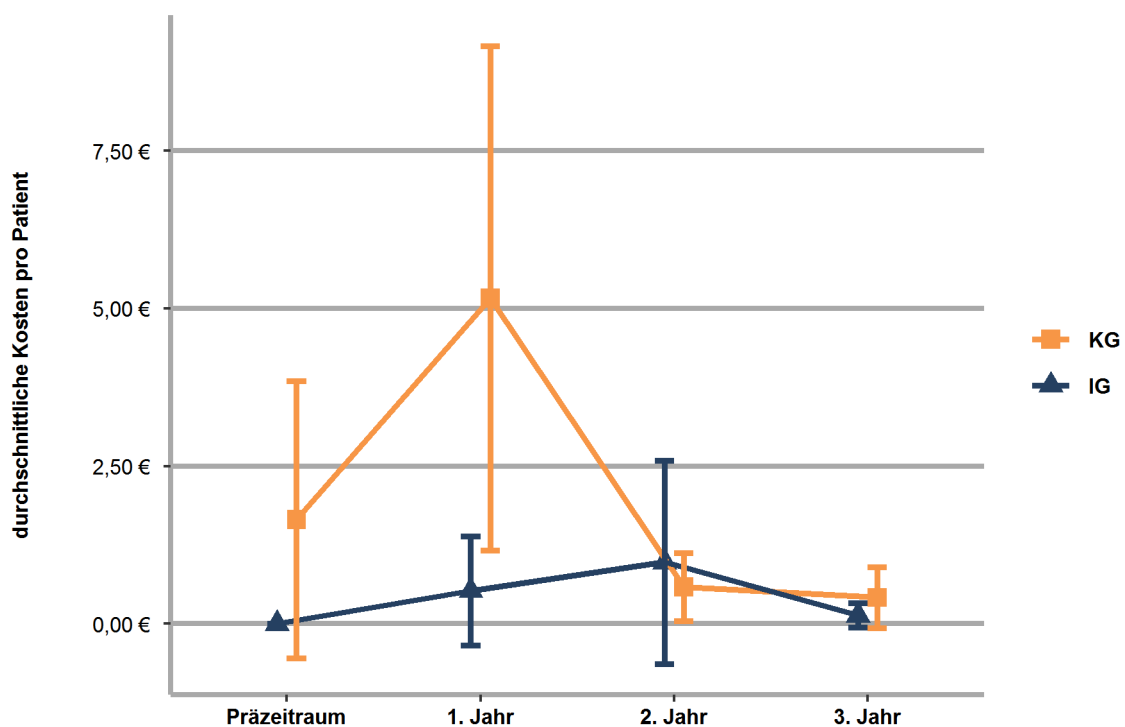
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 96: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,53 €</b>	<b>0,98 €</b>	<b>0,14 €</b>	<b>1,65 €</b>	<b>5,16 €</b>	<b>0,58 €</b>	<b>0,42 €</b>
Standardabweichung	0,00 €	16,74 €	30,07 €	3,52 €	42,23 €	76,90 €	10,11 €	9,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	532,38 €	922,92 €	104,73 €	1.283,85 €	1.690,38 €	266,19 €	197,64 €

**Abbildung 66: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



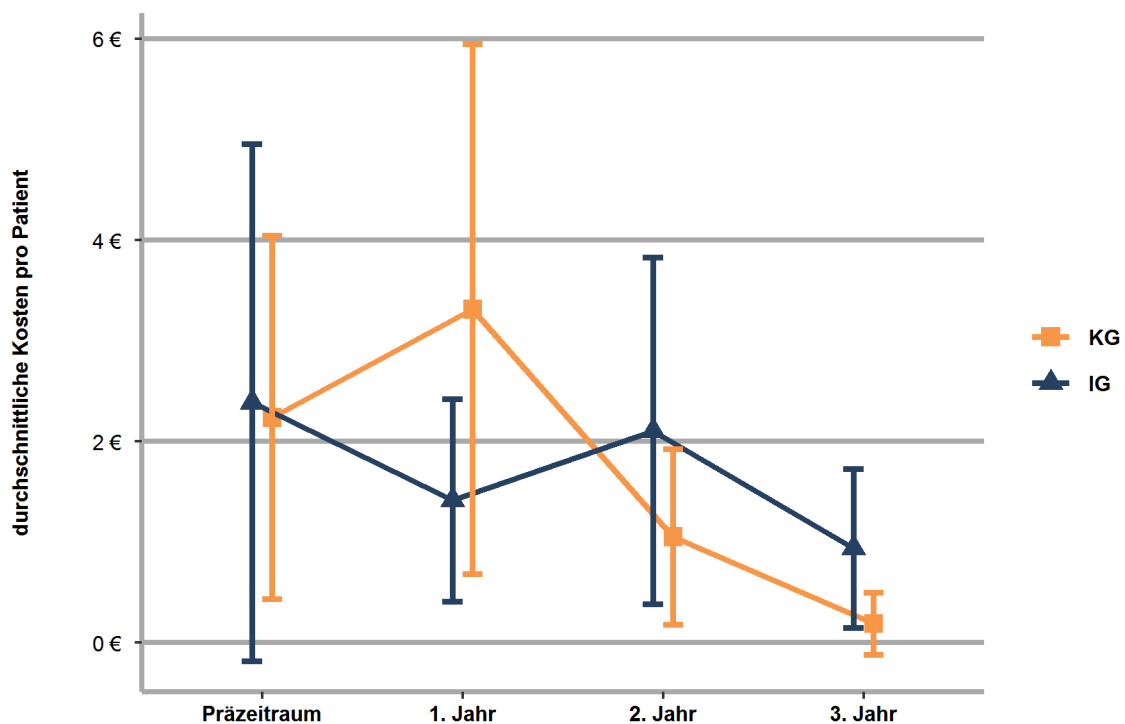
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 96)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 97: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>2,39 €</b>	<b>1,42 €</b>	<b>2,11 €</b>	<b>0,94 €</b>	<b>2,24 €</b>	<b>3,31 €</b>	<b>1,05 €</b>	<b>0,19 €</b>
Standardabweichung	78,58 €	30,83 €	51,84 €	23,45 €	55,30 €	80,66 €	26,20 €	9,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.416,82 €	887,07 €	1.597,14 €	940,00 €	2.068,48 €	2.958,70 €	1.131,18 €	445,26 €

**Abbildung 67: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 97)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 96 und Abbildung 66) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € bzw. 1,65 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 0,53 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,98 € nicht signifikant ( $p=0,292$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,42 €.

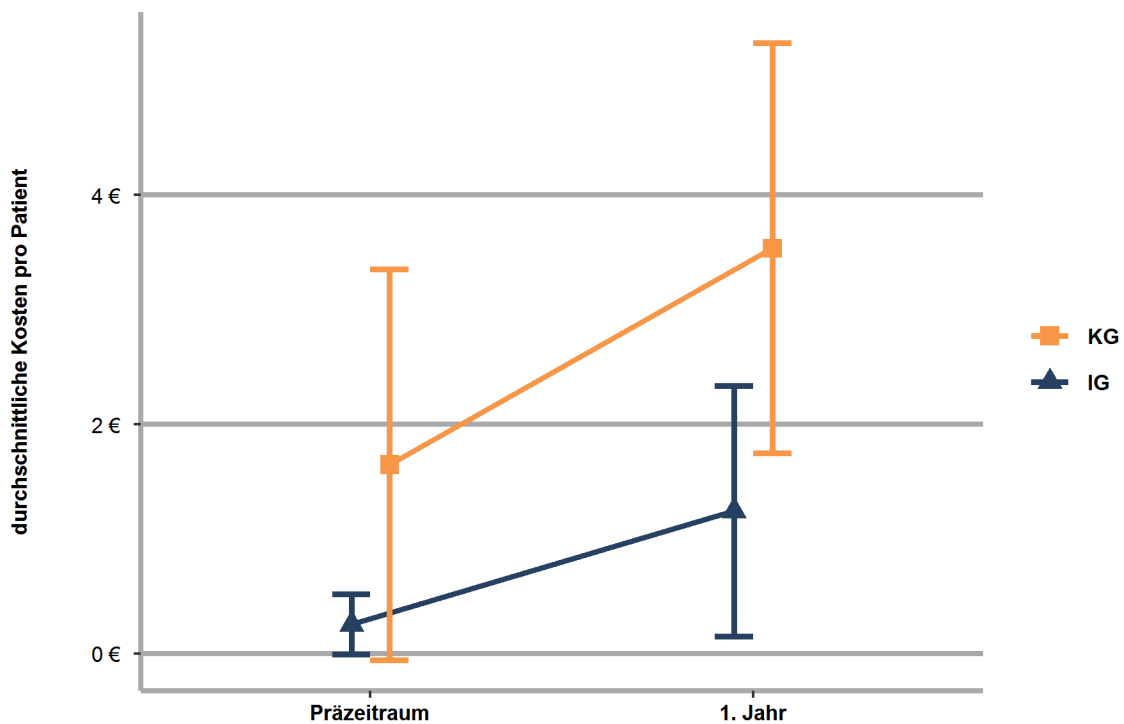
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 97 und Abbildung 67) hatte die IG und KG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,39 € bzw. 2,24 € gleich hohe Kosten. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,42 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,31 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,05 € nicht signifikant ( $p=0,291$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,94 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,19 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 98: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	13						
<b>Mittelwert</b>	<b>0,26 €</b>	<b>1,24 €</b>	<b>1,65 €</b>	<b>3,53 €</b>	<b>-1,39 €</b>	<b>0,184</b>	<b>-2,29 €</b>	<b>0,072</b>	<b>-0,90 €</b>	<b>0,587</b>
Standardabweichung	5,17 €	21,43 €	33,41 €	35,09 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	121,59 €	431,00 €	976,03 €	412,97 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 98)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 98 und Abbildung 68) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,26 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 1,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3,53 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 0,90 € nicht signifikant ( $p=0,587$ ) schwächer als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**



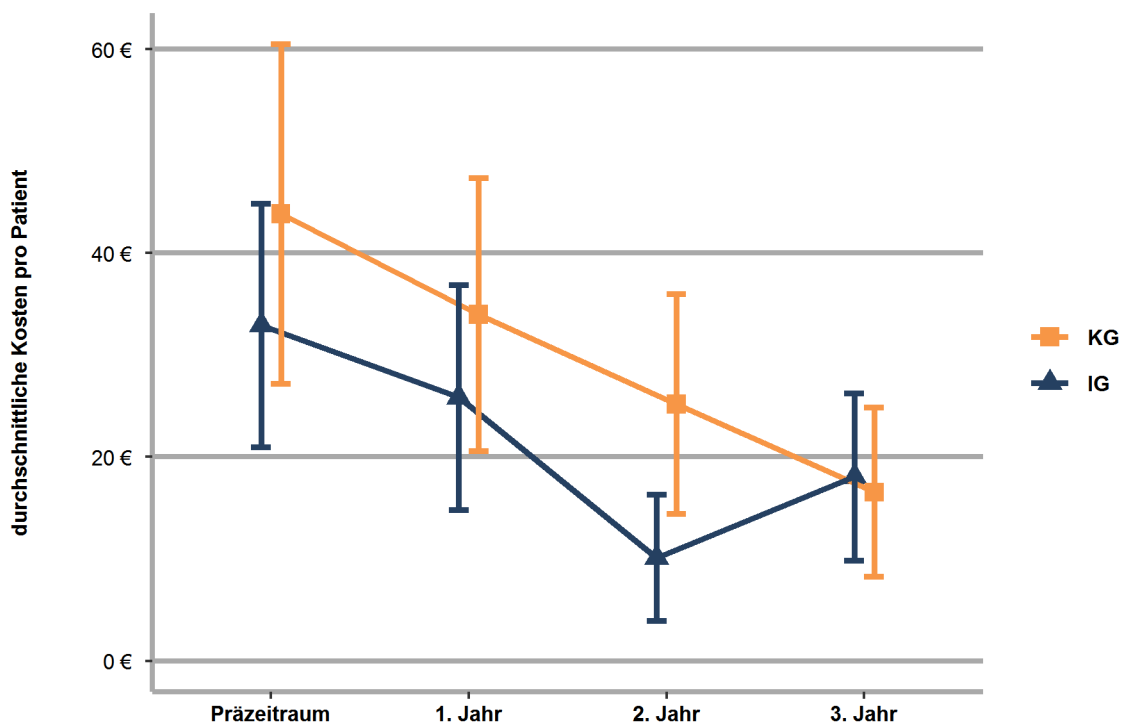
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 99: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	24	21	13	19	29	30	21	16
<b>Mittelwert</b>	<b>32,92 €</b>	<b>25,85 €</b>	<b>10,11 €</b>	<b>18,05 €</b>	<b>43,84 €</b>	<b>33,99 €</b>	<b>25,19 €</b>	<b>16,54 €</b>
Standardabweichung	180,22 €	166,28 €	93,18 €	123,70 €	249,39 €	200,63 €	161,47 €	124,32 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.548,20 €	2.297,17 €	1.548,20 €	1.689,18 €	3.706,27 €	2.829,69 €	2.487,82 €	1.598,67 €

**Abbildung 69: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



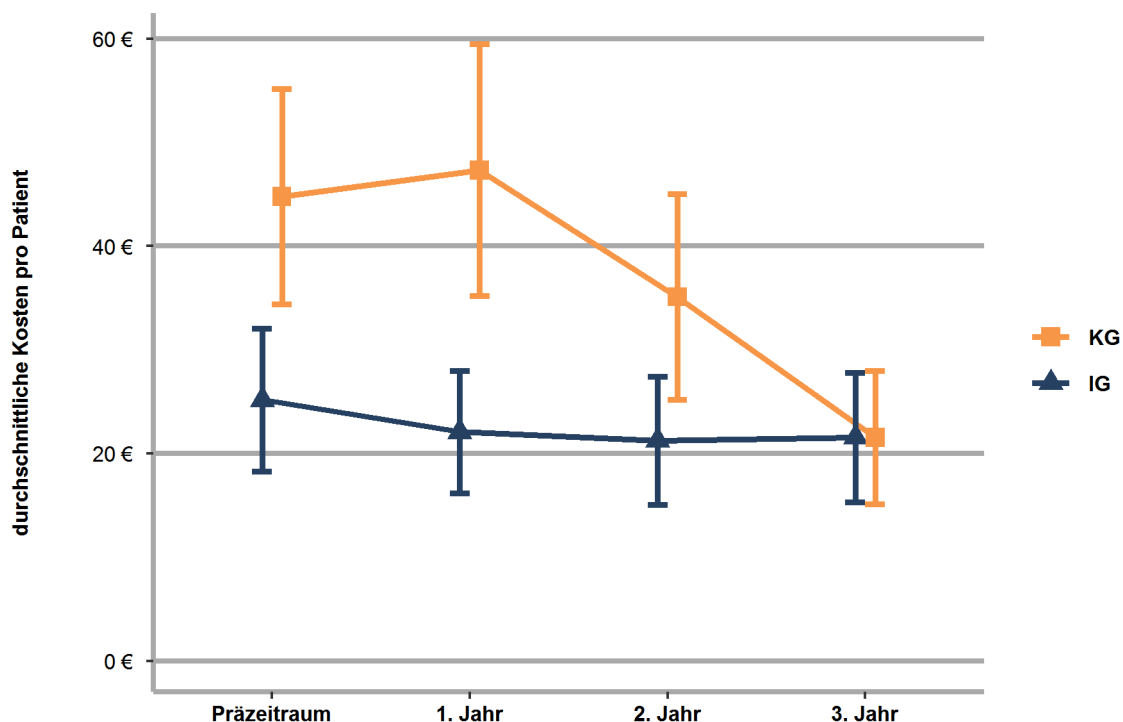
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 99)

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 100: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	48	48	41	43	76	67	56	44
Mittelwert	25,16 €	22,07 €	21,25 €	21,54 €	44,78 €	47,33 €	35,10 €	21,56 €
Standardabweichung	154,10 €	132,07 €	138,35 €	139,77 €	232,75 €	271,69 €	222,78 €	144,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.056,66 €	1.548,20 €	2.019,93 €	1.600,00 €	3.574,49 €	3.815,39 €	4.347,77 €	1.814,00 €

**Abbildung 70: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 100)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 99 und Abbildung 69) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,92 € niedrigere Kosten als die KG mit 43,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 25,85 €. In der KG sanken die Kosten auf 33,99 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,78 € nicht signifikant ( $p=0,844$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein ähnliches Niveau (IG: 18,05 €, KG: 16,54 €).

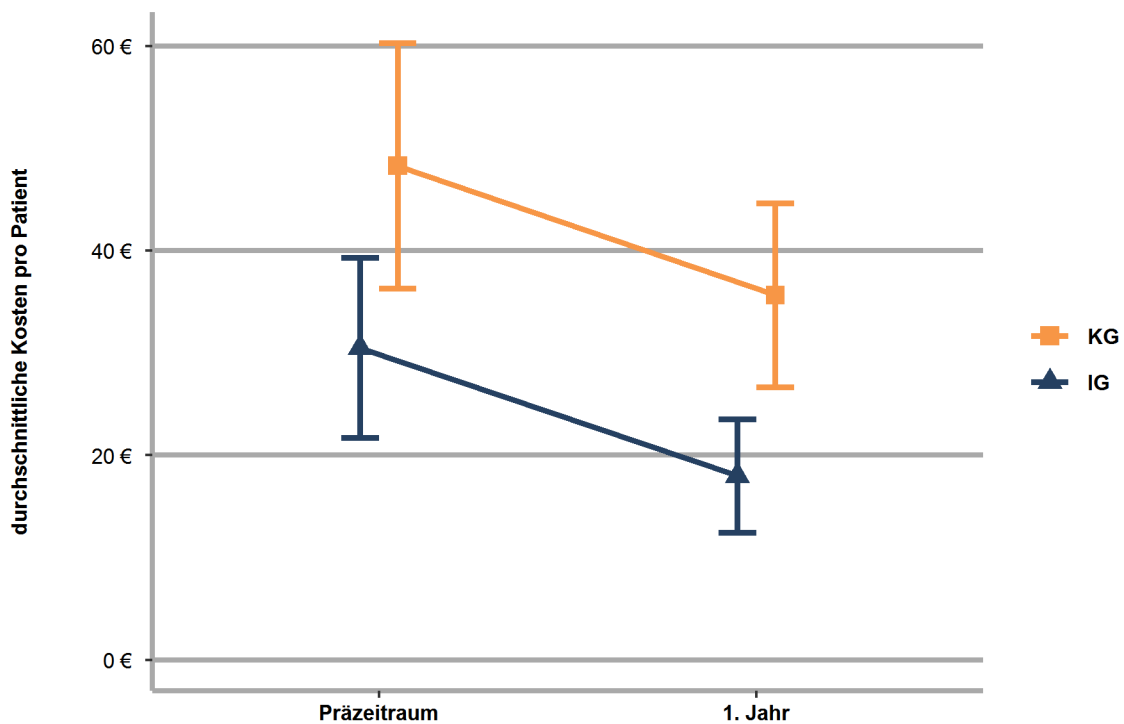
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 100 und Abbildung 70) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,16 € weniger Kosten als die KG mit 44,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 22,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 47,33 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 5,65 € nicht signifikant ( $p=0,467$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein gleiches Niveau (IG: 21,54 €, KG: 21,56 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 101: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	43	33	60	59						
Mittelwert	30,48 €	18,01 €	48,28 €	35,65 €	-17,80 €	0,049	-17,64 €	0,006	0,16 €	0,989
Standardabweichung	165,44 €	104,12 €	225,06 €	168,75 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.851,59 €	1.186,04 €	2.395,40 €	1.477,34 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 101)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 101 und Abbildung 71) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 30,48 € geringere Kosten als die KG mit 48,28 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 18,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 35,65 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 0,16 € nicht signifikant ( $p=0,989$ ) stärker als in der KG.

## **10.6 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung**

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

### **Erwachsene**

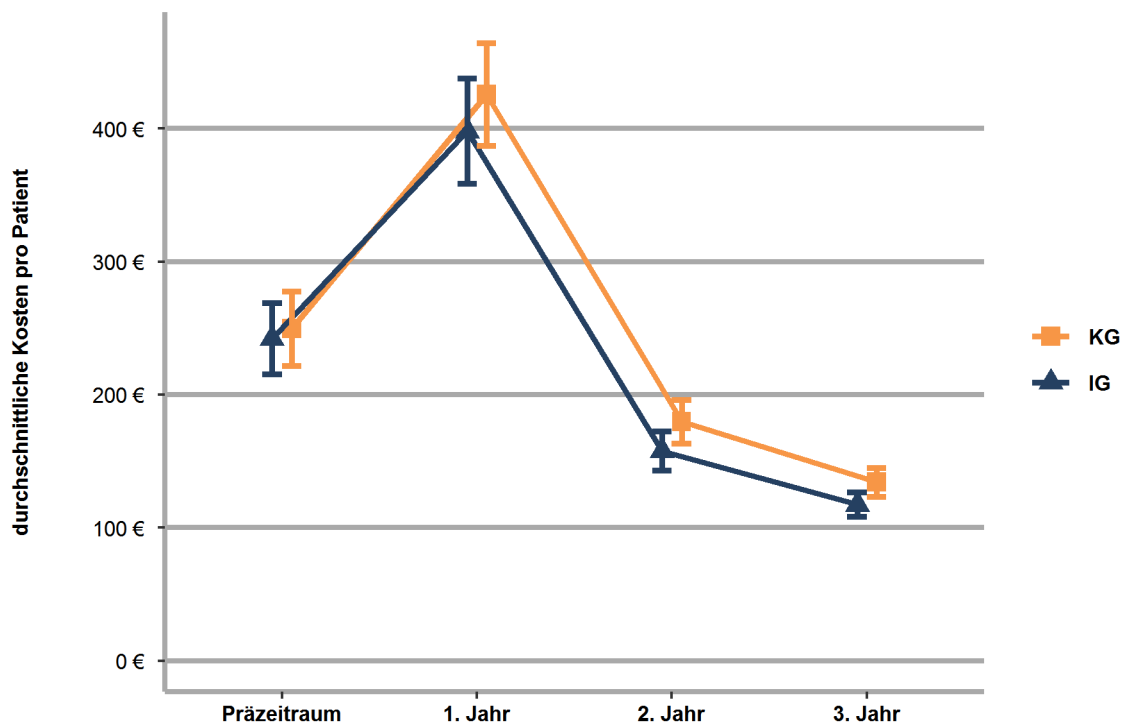
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	893	912	784	745	886	926	818	773
<b>Mittelwert</b>	<b>242,16 €</b>	<b>398,11 €</b>	<b>157,58 €</b>	<b>117,49 €</b>	<b>249,69 €</b>	<b>425,73 €</b>	<b>179,73 €</b>	<b>134,25 €</b>
Standardabweichung	514,32 €	766,44 €	273,97 €	167,15 €	541,38 €	738,73 €	308,39 €	201,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	20,05 €	27,62 €	15,50 €	11,03 €	21,10 €	37,18 €	20,96 €	16,69 €
Median	65,58 €	87,32 €	59,57 €	50,45 €	67,04 €	115,39 €	69,27 €	61,79 €
75%-Perzentil	197,24 €	309,81 €	166,54 €	149,55 €	209,07 €	364,73 €	226,05 €	190,41 €
Maximum	5.099,24 €	4.942,51 €	2.668,45 €	1.742,63 €	4.895,64 €	7.174,20 €	3.572,36 €	2.600,53 €

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



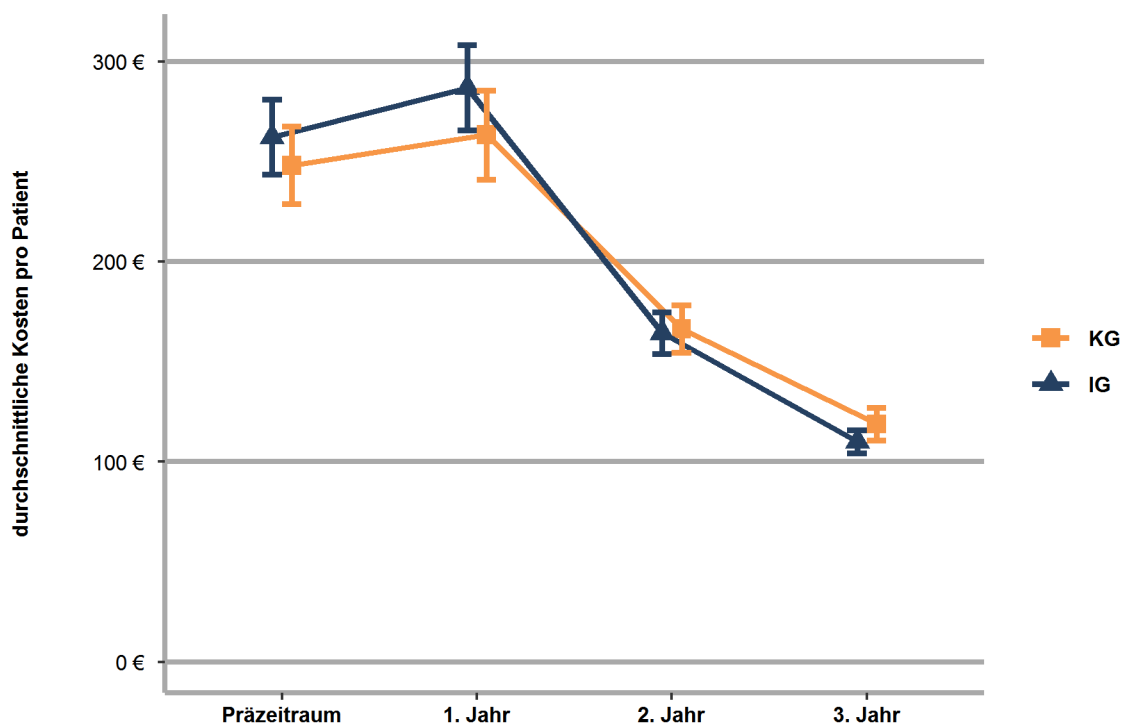
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 102)

**klambekante Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.374	2.371	2.245	2.157	2.306	2.302	2.190	2.083
<b>Mittelwert</b>	<b>262,18 €</b>	<b>286,81 €</b>	<b>164,31 €</b>	<b>110,08 €</b>	<b>248,08 €</b>	<b>263,33 €</b>	<b>166,33 €</b>	<b>118,85 €</b>
Standardabweichung	571,93 €	650,54 €	310,95 €	170,50 €	592,80 €	682,47 €	354,84 €	238,17 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	35,07 €	31,60 €	28,98 €	25,77 €	26,95 €	25,74 €	23,32 €	21,55 €
Median	73,71 €	66,59 €	62,13 €	59,26 €	64,45 €	59,30 €	57,28 €	55,05 €
75%-Perzentil	155,50 €	154,91 €	142,26 €	125,89 €	141,26 €	140,44 €	137,14 €	118,82 €
Maximum	6.442 €	6.970 €	4.331 €	3.144 €	10.097 €	12.587 €	5.163 €	3.343 €

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 103)



Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 72) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 242,16 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 249,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 398,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 425,73 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 20,09 € nicht signifikant ( $p=0,562$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 117,49 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 134,25 €.

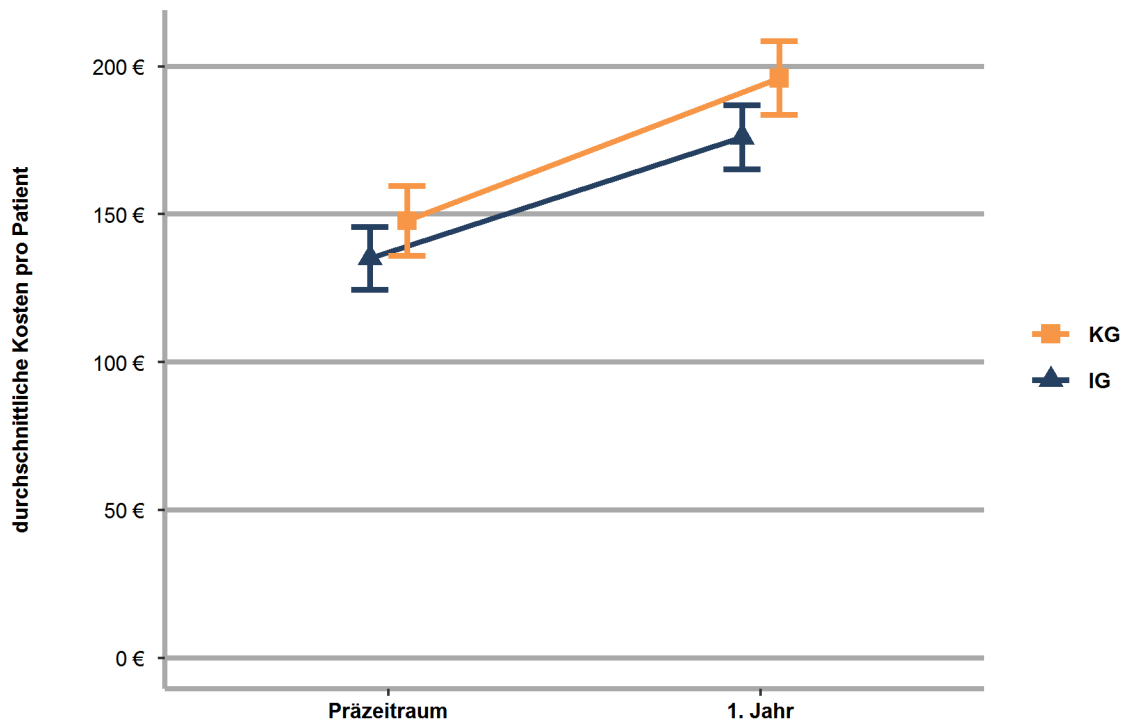
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 102 und Abbildung 73) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 262,18 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 248,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 286,81 € bzw. 263,33 € auf ein vergleichbares Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 9,38 € nicht signifikant ( $p=0,544$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein vergleichbares Niveau (IG: 110,08 €, KG: 118,85 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

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

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	887	950	905	955						
<b>Mittelwert</b>	<b>135,20 €</b>	<b>176,11 €</b>	<b>147,84 €</b>	<b>196,07 €</b>	<b>-12,64 €</b>	<b>0,190</b>	<b>-19,97 €</b>	<b>0,047</b>	<b>-7,33 €</b>	<b>0,599</b>
Standardabweichung	209,20 €	213,06 €	230,68 €	244,42 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	16,19 €	30,97 €	20,71 €	40,33 €						
Median	58,36 €	94,76 €	69,39 €	107,78 €						
75%-Perzentil	157,33 €	235,84 €	182,13 €	276,37 €						
Maximum	1.953,30 €	2.266,97 €	2.130,99 €	2.784,51 €						

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



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 104)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 104 und Abbildung 74) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 135,20 € vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 147,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 176,11 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 196,07 €. Vom Prä- zum Postzeitraum steigen sich die Kosten in der IG um 7,33 € nicht signifikant ( $p=0,599$ ) schwächer als in der KG.

**Kinder und Jugendliche**

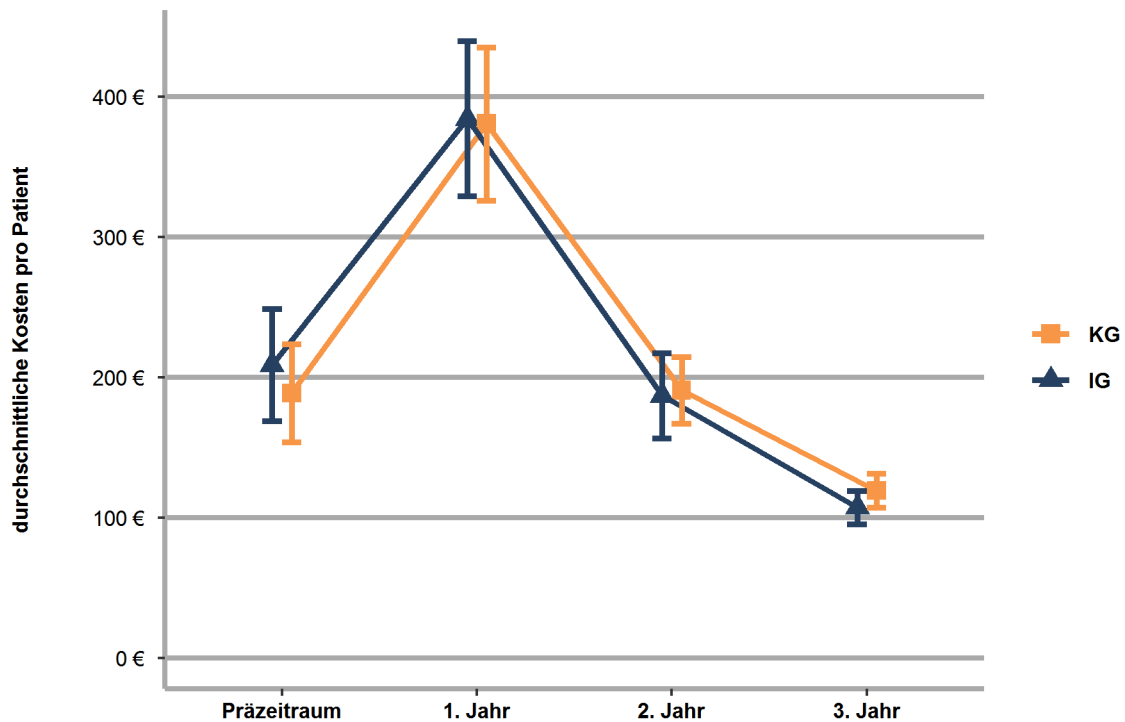
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 105: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	477	505	444	393	472	522	447	409
Mittelwert	208,72 €	384,24 €	186,84 €	107,15 €	188,65 €	380,58 €	190,82 €	119,19 €
Standardabweichung	601,71 €	831,81 €	459,36 €	178,00 €	520,88 €	817,42 €	354,44 €	180,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,00 €	18,28 €	0,00 €	0,00 €	5,82 €	27,05 €	0,00 €	0,00 €
Median	44,64 €	80,95 €	42,93 €	35,52 €	41,65 €	87,22 €	55,17 €	45,01 €
75%-Perzentil	137,83 €	255,50 €	156,15 €	124,79 €	133,17 €	237,47 €	196,39 €	148,49 €
Maximum	5.537,43 €	5.552,94 €	6.244,67 €	1.102,85 €	4.763,26 €	5.746,56 €	2.640,14 €	1.312,24 €

**Abbildung 75: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



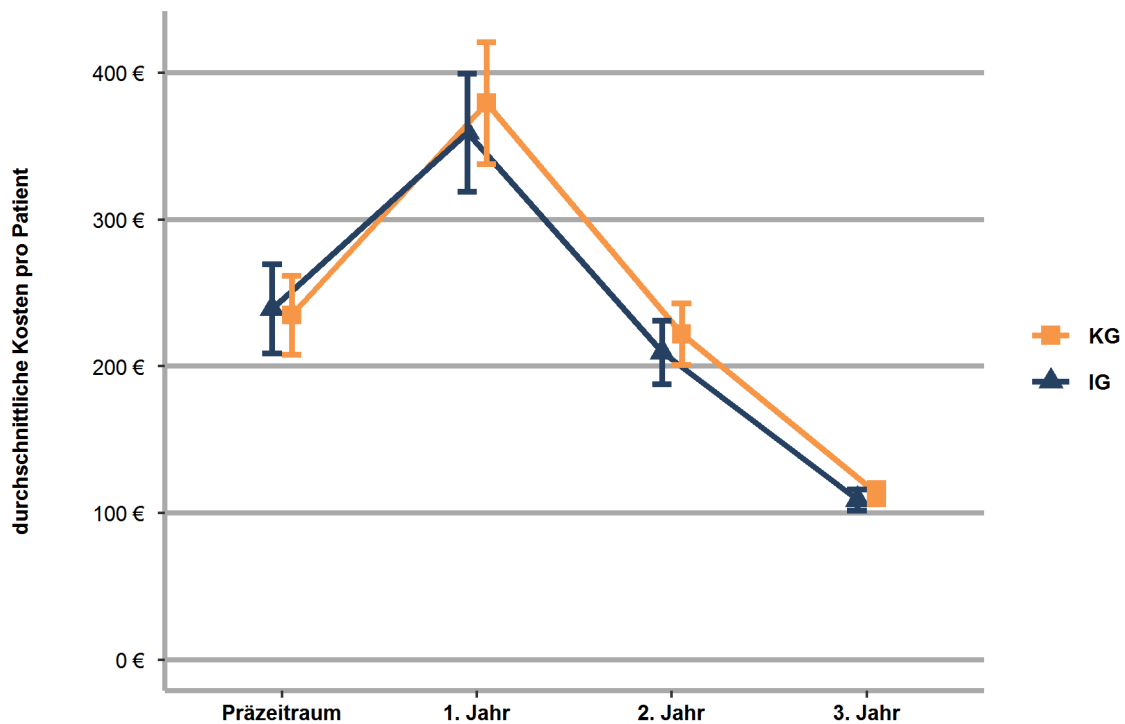
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 105)

**kllinikbekannte Patienten**

**Tabelle 106: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.110	1.132	1.024	930	1.125	1.178	1.052	1.003
<b>Mittelwert</b>	<b>239,17 €</b>	<b>359,47 €</b>	<b>209,62 €</b>	<b>109,05 €</b>	<b>234,96 €</b>	<b>379,37 €</b>	<b>222,08 €</b>	<b>113,34 €</b>
Standardabweichung	679,13 €	900,46 €	483,41 €	161,69 €	600,89 €	927,64 €	472,19 €	165,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	15,61 €	20,56 €	3,75 €	0,00 €	16,59 €	26,50 €	8,52 €	0,00 €
Median	55,92 €	73,82 €	55,76 €	44,32 €	63,36 €	72,79 €	61,72 €	53,38 €
75%-Perzentil	138,59 €	176,15 €	151,05 €	149,03 €	152,11 €	181,59 €	170,66 €	136,72 €
Maximum	8.403 €	10.622 €	5.314 €	1.615 €	6.572 €	8.407 €	3.691 €	1.118 €

**Abbildung 76: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 106)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 105 und Abbildung 75) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 208,72 € größere Kosten als die KG mit 188,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 384,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 380,58 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,42 € nicht signifikant ( $p=0,730$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 107,15 €. In der KG sanken die Kosten auf 119,19 €.

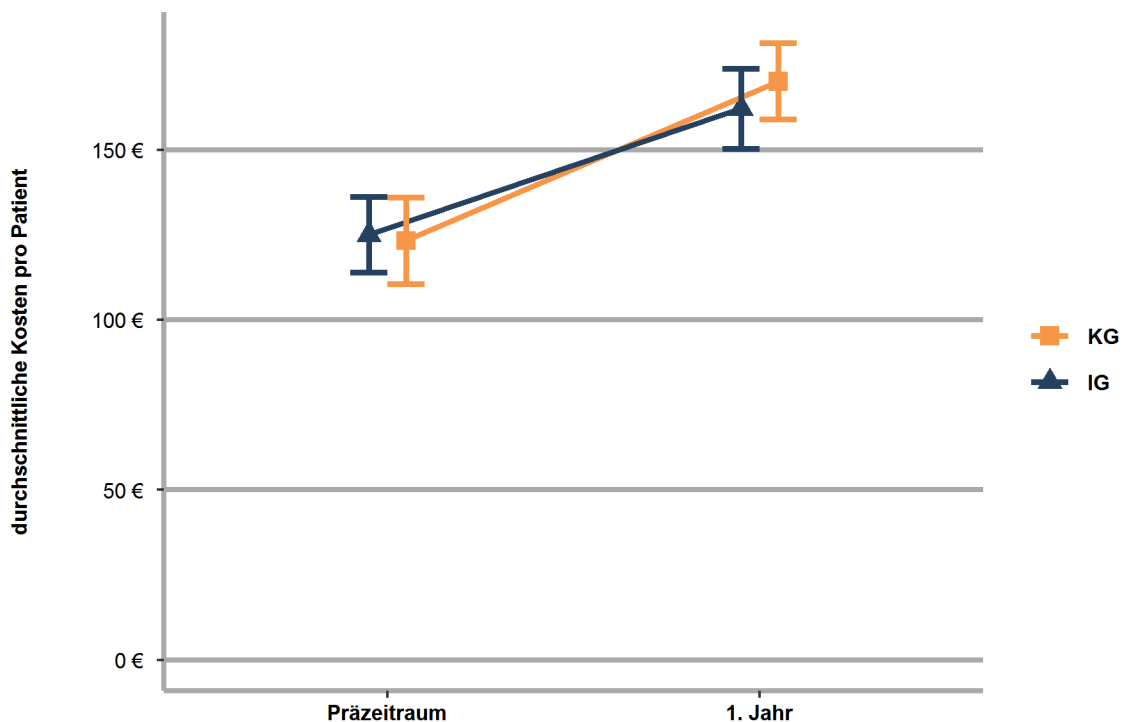
Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 76) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 239,17 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 234,96 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 359,47 € bzw. 379,37 € auf ein vergleichbares Niveau. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 24,11 € nicht signifikant ( $p=0,472$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf ein vergleichbares Niveau (IG: 109,05 €, KG: 113,34 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 107: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	749	771	785	829						
<b>Mittelwert</b>	<b>125,02 €</b>	<b>162,07 €</b>	<b>123,26 €</b>	<b>170,13 €</b>	<b>1,76 €</b>	<b>0,864</b>	<b>-8,05 €</b>	<b>0,415</b>	<b>-9,81 €</b>	<b>0,491</b>
Standardabweichung	207,97 €	221,64 €	239,63 €	210,02 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	10,49 €	16,19 €	16,19 €	32,06 €						
Median	51,49 €	78,53 €	51,99 €	87,44 €						
75%-Perzentil	138,81 €	196,84 €	125,05 €	223,43 €						
Maximum	1.898,32 €	1.340,96 €	3.012,59 €	1.304,57 €						

**Abbildung 77: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 107)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 77) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 125,02 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 123,26 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG und KG mit 162,07 € bzw. 170,13 € auf ein vergleichbares Niveau. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 9,81 € nicht signifikant ( $p=0,491$ ) schwächer als in der KG.



## **10.7 Kosten der Psychopharmakaversorgung**

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

### **Erwachsene**

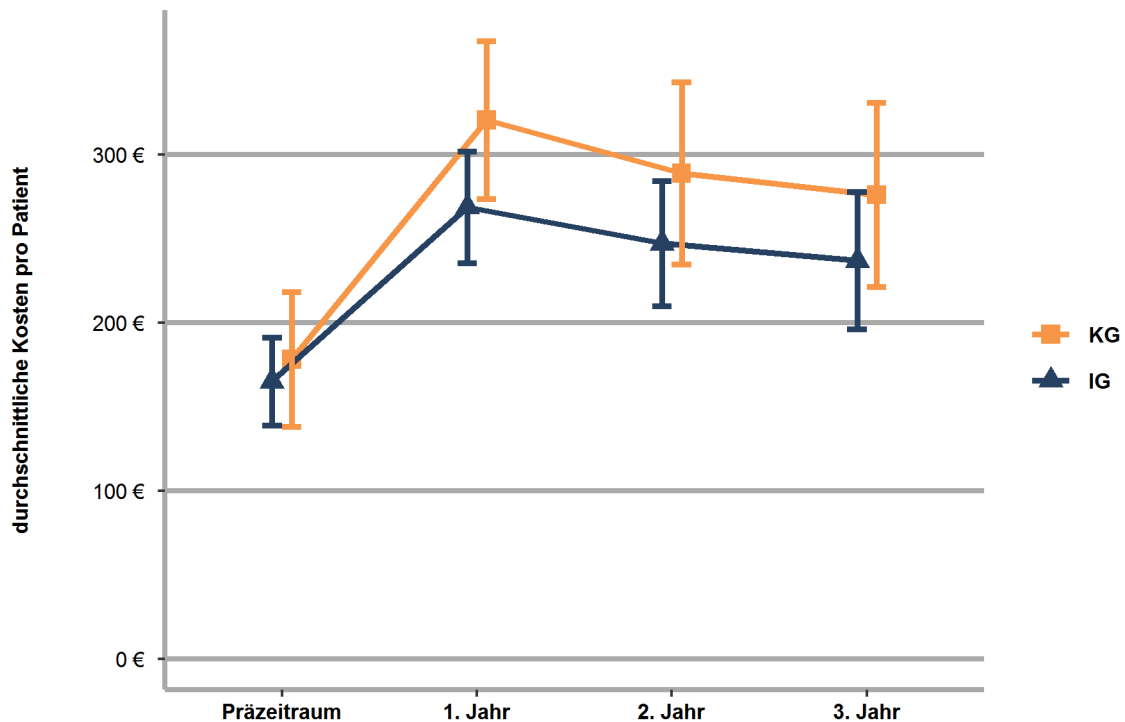
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 108: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	546	728	541	486	586	769	587	557
<b>Mittelwert</b>	<b>164,92 €</b>	<b>268,55 €</b>	<b>246,96 €</b>	<b>236,84 €</b>	<b>178,01 €</b>	<b>320,42 €</b>	<b>288,67 €</b>	<b>275,90 €</b>
Standardabweichung	507,16 €	641,79 €	695,60 €	751,63 €	773,41 €	900,09 €	1.017,11 €	1.014,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,83 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,22 €	91,74 €	44,06 €	18,48 €	24,16 €	108,95 €	59,19 €	48,63 €
75%-Perzentil	113,96 €	290,62 €	228,66 €	205,44 €	130,31 €	328,48 €	262,86 €	234,20 €
Maximum	7.516 €	11.342 €	11.219 €	12.819 €	17.780 €	18.703 €	16.731 €	17.704 €

**Abbildung 78: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



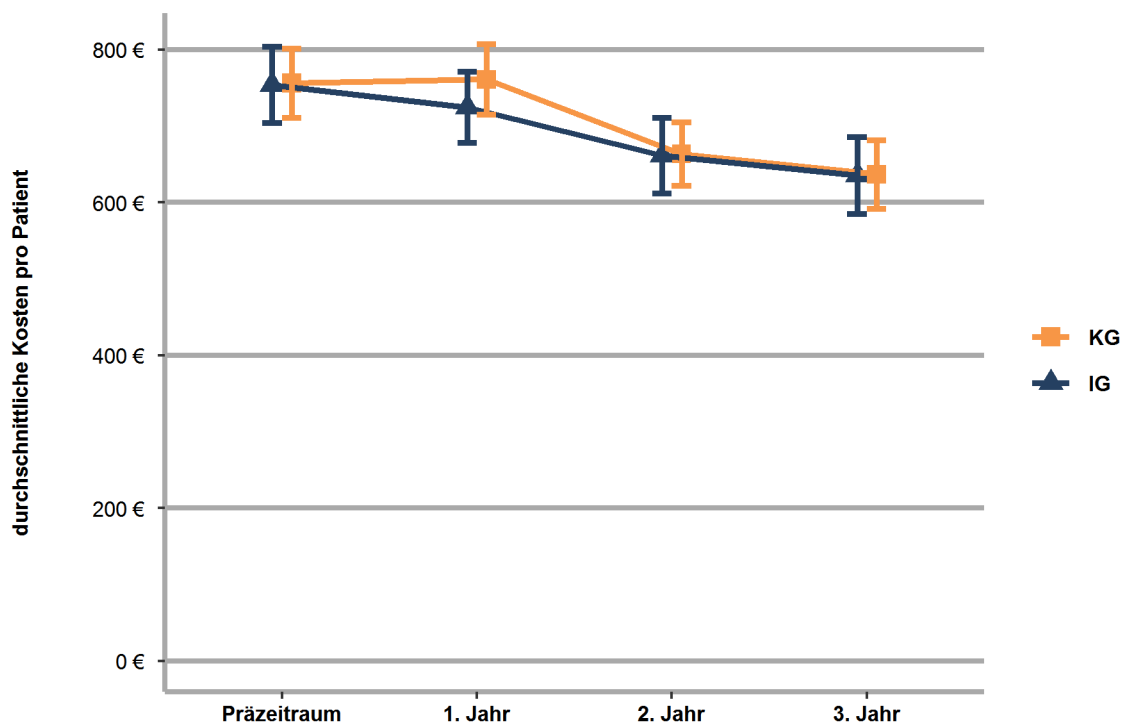
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 108)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 109: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.189	2.247	1.972	1.846	2.191	2.251	2.081	1.936
<b>Mittelwert</b>	<b>753,95 €</b>	<b>724,70 €</b>	<b>661,81 €</b>	<b>635,53 €</b>	<b>756,43 €</b>	<b>760,93 €</b>	<b>663,56 €</b>	<b>636,80 €</b>
Standardabweichung	1.527,44 €	1.429,68 €	1.492,47 €	1.493,34 €	1.381,73 €	1.413,00 €	1.245,47 €	1.318,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	79,27 €	89,60 €	43,64 €	27,86 €	87,04 €	108,64 €	77,57 €	55,16 €
Median	253,60 €	272,72 €	212,36 €	199,24 €	305,44 €	335,99 €	290,73 €	265,74 €
75%-Perzentil	817,83 €	787,87 €	657,00 €	600,61 €	847,64 €	868,84 €	740,03 €	689,30 €
Maximum	25.700 €	19.870 €	23.074 €	17.266 €	19.027 €	16.822 €	13.997 €	17.520 €

**Abbildung 79: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 109)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 78) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 164,92 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 178,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 268,55 €. In der KG stiegen die Kosten auf 320,42 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 38,78 € nicht signifikant ( $p=0,091$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 236,84 €. In der KG sanken die Kosten auf 275,90 €.

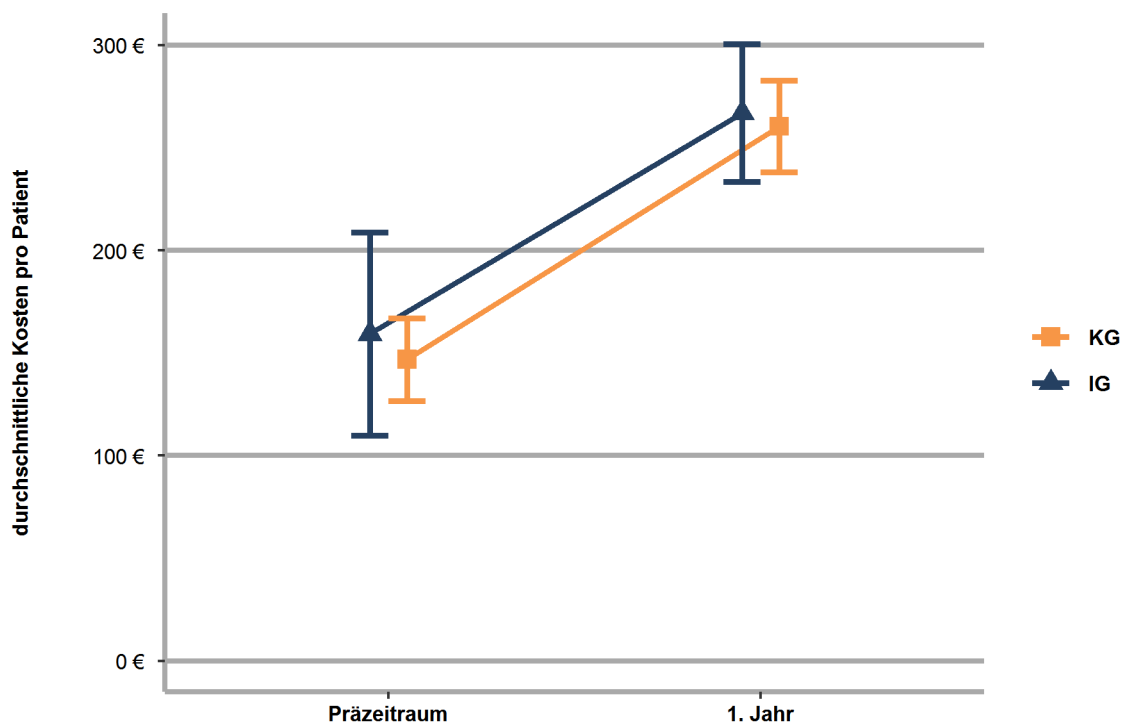
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 79) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 753,95 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 756,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 724,70 €. In der KG stiegen die Kosten auf 760,93 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 33,74 € nicht signifikant ( $p=0,104$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG und KG auf ein gleiches Niveau (IG: 635,53 €, KG: 636,80 €).

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 110: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	561	770	607	814						
Mittelwert	159,32 €	266,93 €	146,89 €	260,42 €	12,43 €	0,702	6,51 €	0,790	-5,92 €	0,884
Standardabweichung	972,36 €	657,19 €	396,11 €	437,80 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	17,19 €						
Median	13,98 €	102,72 €	23,90 €	119,20 €						
75%-Perzentil	107,20 €	319,30 €	132,11 €	328,95 €						
Maximum	29.002 €	11.478 €	6.459 €	7.733 €						

**Abbildung 80: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 110 und Abbildung 80) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 159,32 € vergleichbar hohe Kosten wie die KG mit 146,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 266,93 €. In der KG stiegen die Kosten auf 260,42 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 5,92 € nicht signifikant ( $p=0,884$ ) schwächer als in der KG.

### **Kinder und Jugendliche**

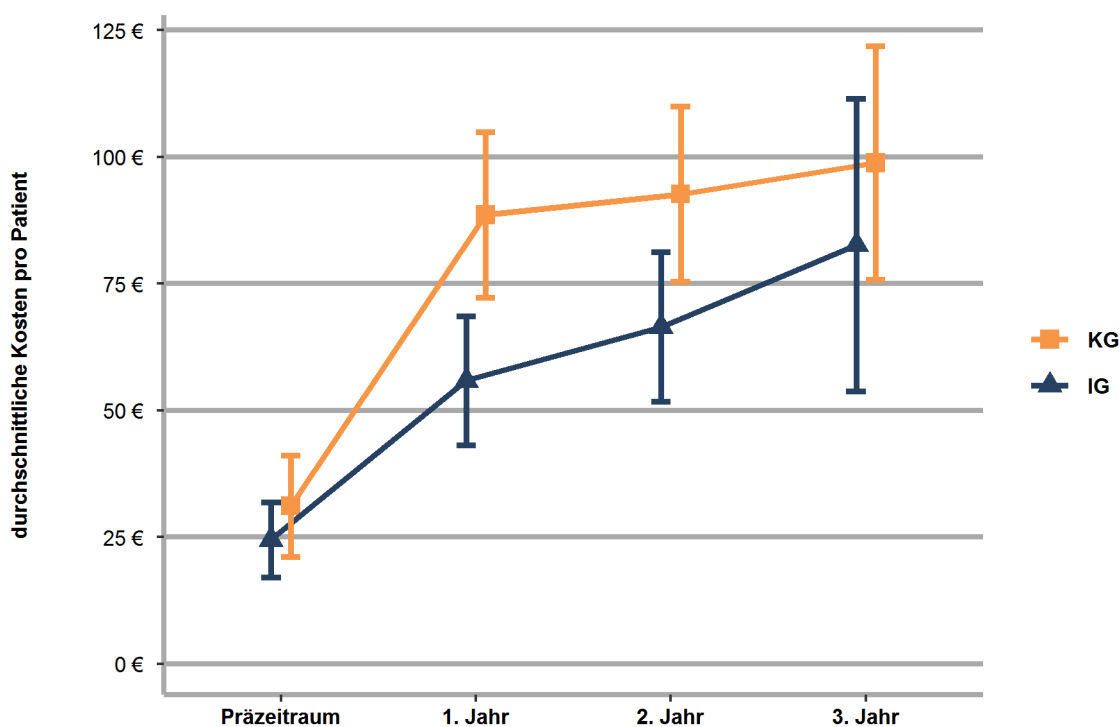
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

##### **Klinikneue Patienten**

**Tabelle 111: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	61	136	134	132	74	191	179	154
<b>Mittelwert</b>	<b>24,44 €</b>	<b>55,85 €</b>	<b>66,46 €</b>	<b>82,63 €</b>	<b>31,13 €</b>	<b>88,53 €</b>	<b>92,66 €</b>	<b>98,78 €</b>
Standardabweichung	112,52 €	192,12 €	222,07 €	435,91 €	149,84 €	244,91 €	259,13 €	344,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	59,80 €	41,99 €	12,46 €
Maximum	976,14 €	1.909,10 €	1.955,22 €	9.332,65 €	1.942,67 €	2.295,71 €	2.329,52 €	4.603,24 €

**Abbildung 81: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



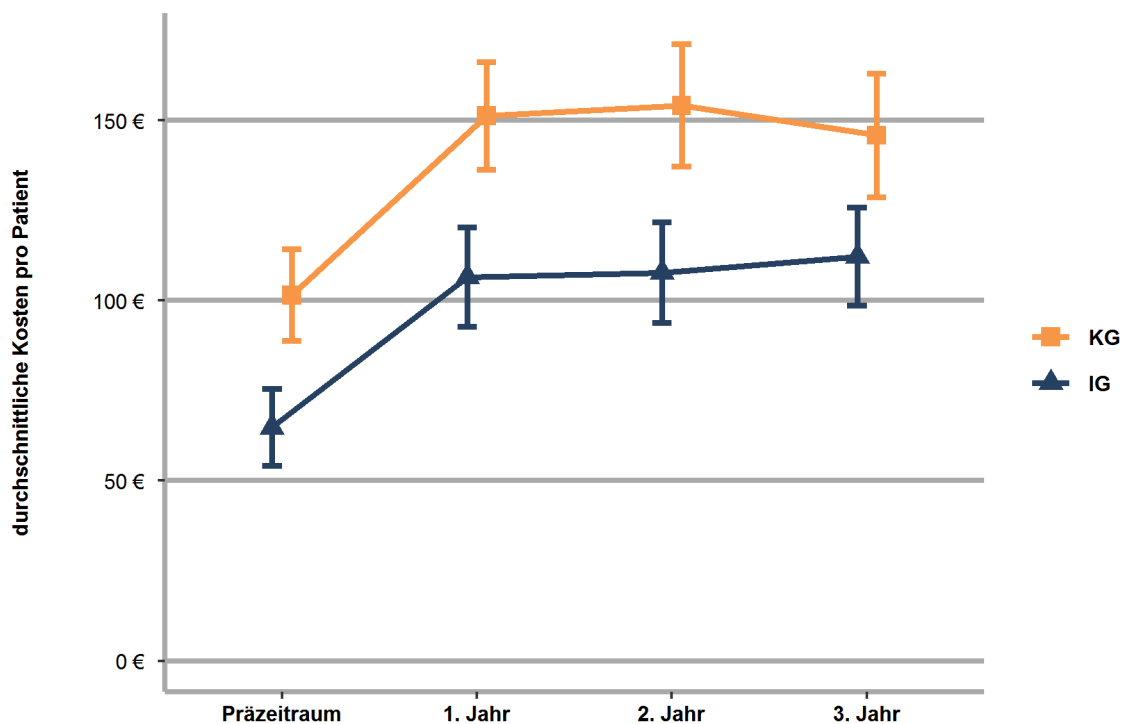
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 111)

**Klinikbekannte Patienten**

**Tabelle 112: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	298	401	394	376	395	537	498	437
Mittelwert	64,78 €	106,52 €	107,72 €	112,21 €	101,50 €	151,24 €	154,12 €	145,85 €
Standardabweichung	238,41 €	308,96 €	311,96 €	303,69 €	284,98 €	335,16 €	380,49 €	385,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	67,19 €	60,62 €	45,46 €	43,68 €	172,26 €	145,45 €	131,04 €
Maximum	4.293,05 €	4.667,36 €	4.731,74 €	3.195,09 €	3.214,57 €	3.734,31 €	6.082,86 €	7.678,65 €

**Abbildung 82: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 112)



Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 111 und Abbildung 81) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,44 € geringere Kosten als die KG mit 31,13 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 55,85 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 88,53 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 25,99 € signifikant ( $p=0,016$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 82,63 €. In der KG stiegen die Kosten auf 98,78 €.

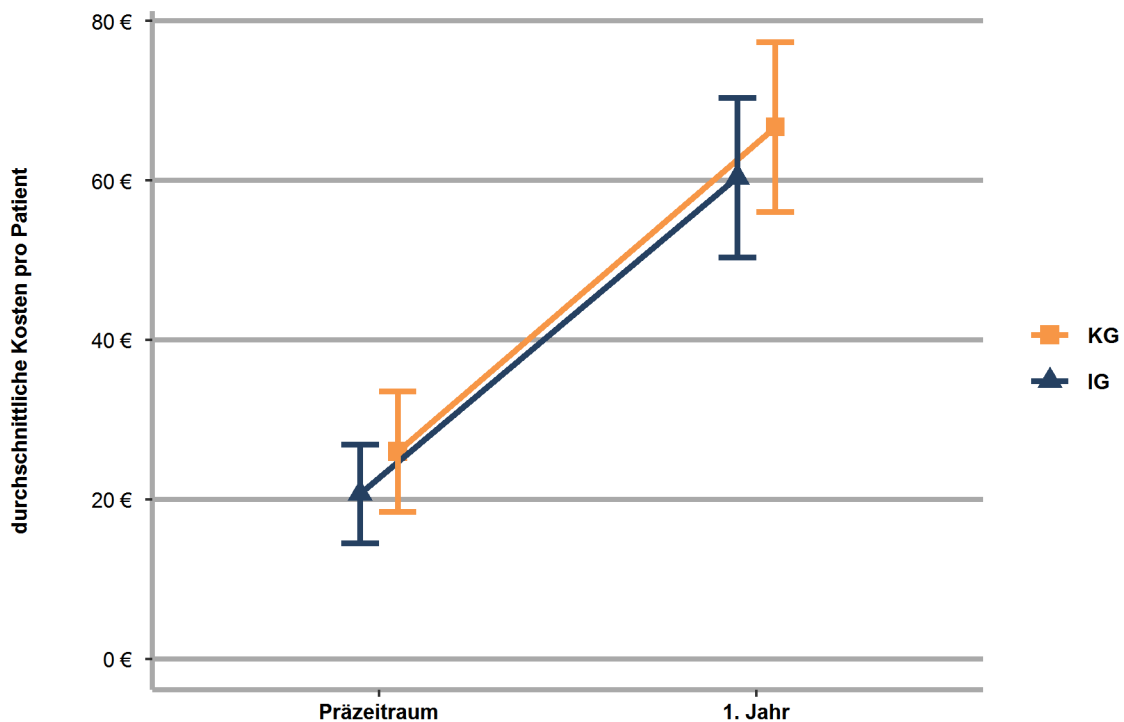
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 82) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 64,78 € geringere Kosten als die KG mit 101,50 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 106,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 151,24 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,00 € nicht signifikant ( $p=0,395$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 112,21 €. In der KG sanken die Kosten auf 145,85 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 113: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	91	237	100	272						
<b>Mittelwert</b>	<b>20,71 €</b>	<b>60,38 €</b>	<b>26,02 €</b>	<b>66,70 €</b>	<b>-5,30 €</b>	<b>0,373</b>	<b>-6,32 €</b>	<b>0,476</b>	<b>-1,02 €</b>	<b>0,924</b>
Standardabweichung	116,42 €	188,18 €	142,33 €	199,74 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	26,47 €						
Maximum	1.736,24 €	1.660,06 €	2.418,90 €	2.091,66 €						

**Abbildung 83: Kosten der Psychopharmakaversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 110)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 83) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 20,71 € ähnliche Kosten wie die KG mit 26,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 60,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 66,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1,02 € nicht signifikant ( $p=0,924$ ) schwächer als in der KG.

## **10.8 Kosten der Heilmittelversorgung**

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

### **Erwachsene**

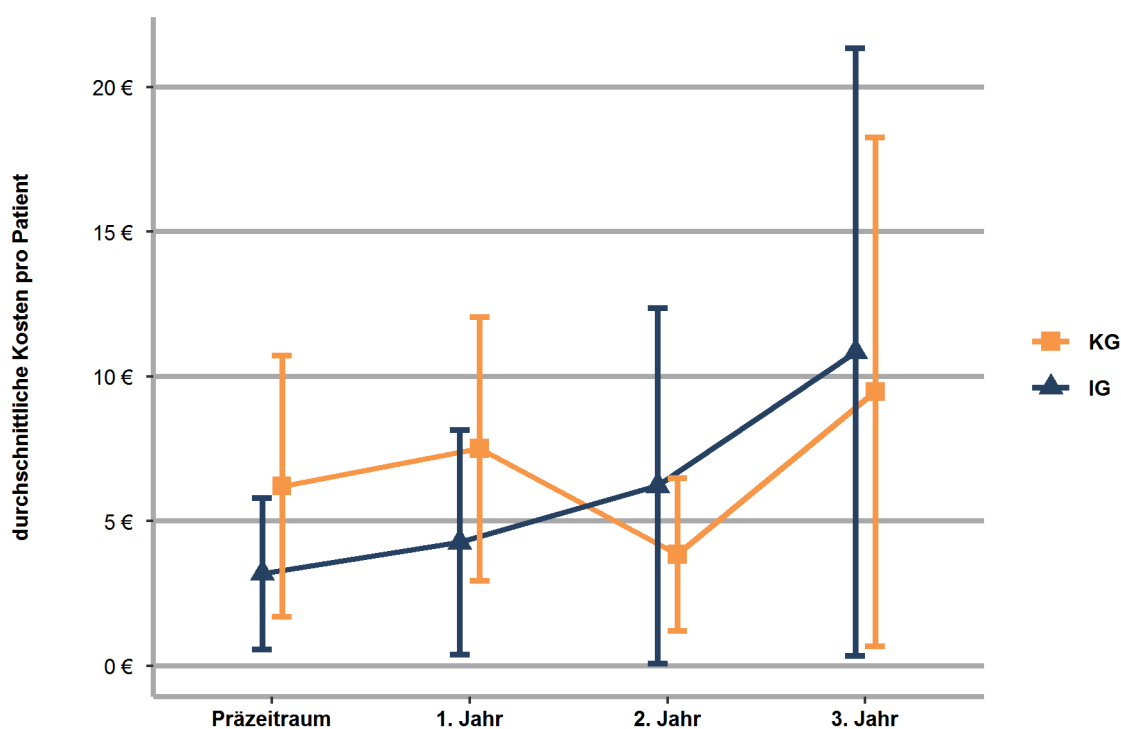
#### **Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

#### **Klinikneue Patienten**

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	10	< 10	10
<b>Mittelwert</b>	<b>3,19 €</b>	<b>4,27 €</b>	<b>6,22 €</b>	<b>10,84 €</b>	<b>6,21 €</b>	<b>7,50 €</b>	<b>3,85 €</b>	<b>9,47 €</b>
Standardabweichung	50,51 €	74,97 €	114,68 €	193,28 €	86,83 €	87,70 €	49,79 €	163,11 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.105,65 €	1.927,16 €	3.109,18 €	3.902,76 €	1.878,55 €	1.570,78 €	1.050,15 €	4.648,44 €

**Abbildung 84: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



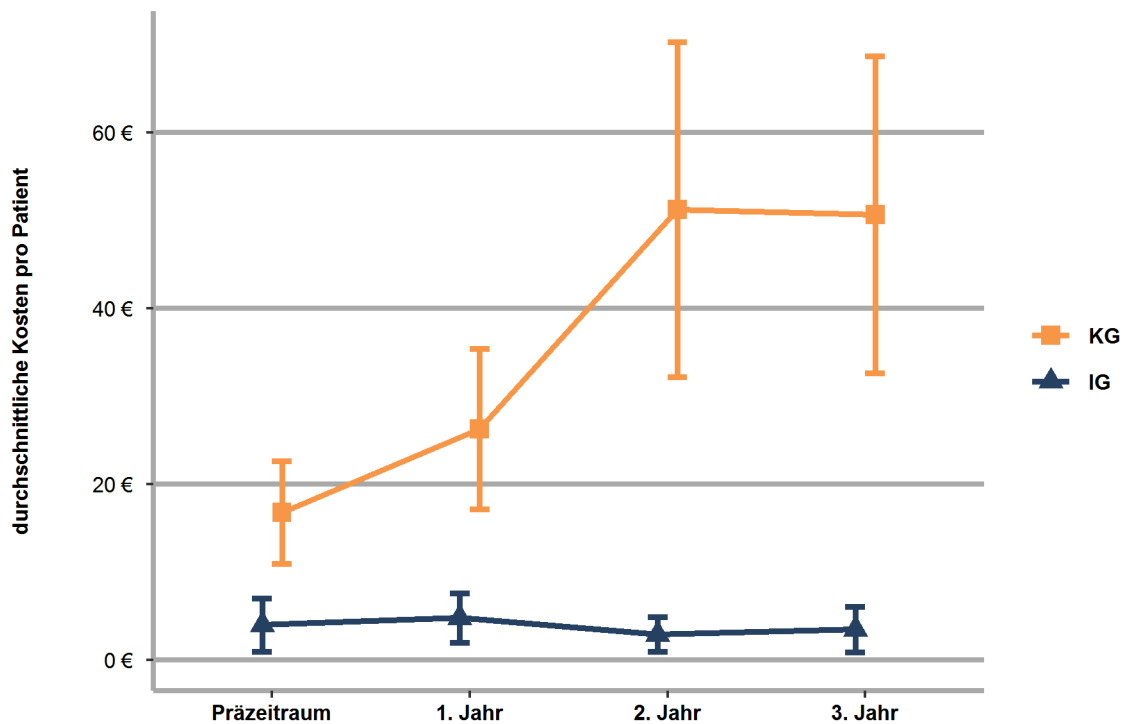
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 114)

### Klinikbekannte Patienten

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

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	11	13	11	< 10	44	42	43	39
<b>Mittelwert</b>	<b>3,95 €</b>	<b>4,77 €</b>	<b>2,89 €</b>	<b>3,44 €</b>	<b>16,76 €</b>	<b>26,26 €</b>	<b>51,19 €</b>	<b>50,63 €</b>
Standardabweichung	92,03 €	85,36 €	59,92 €	77,52 €	177,82 €	279,19 €	571,84 €	532,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.842 €	2.276 €	2.212 €	3.020 €	4.643 €	7.148 €	18.840 €	16.632 €

**Abbildung 85: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 115)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 84) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,19 € weniger Kosten als die KG mit 6,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4,27 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7,50 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,22 € nicht signifikant ( $p=0,956$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 10,84 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 9,47 €.

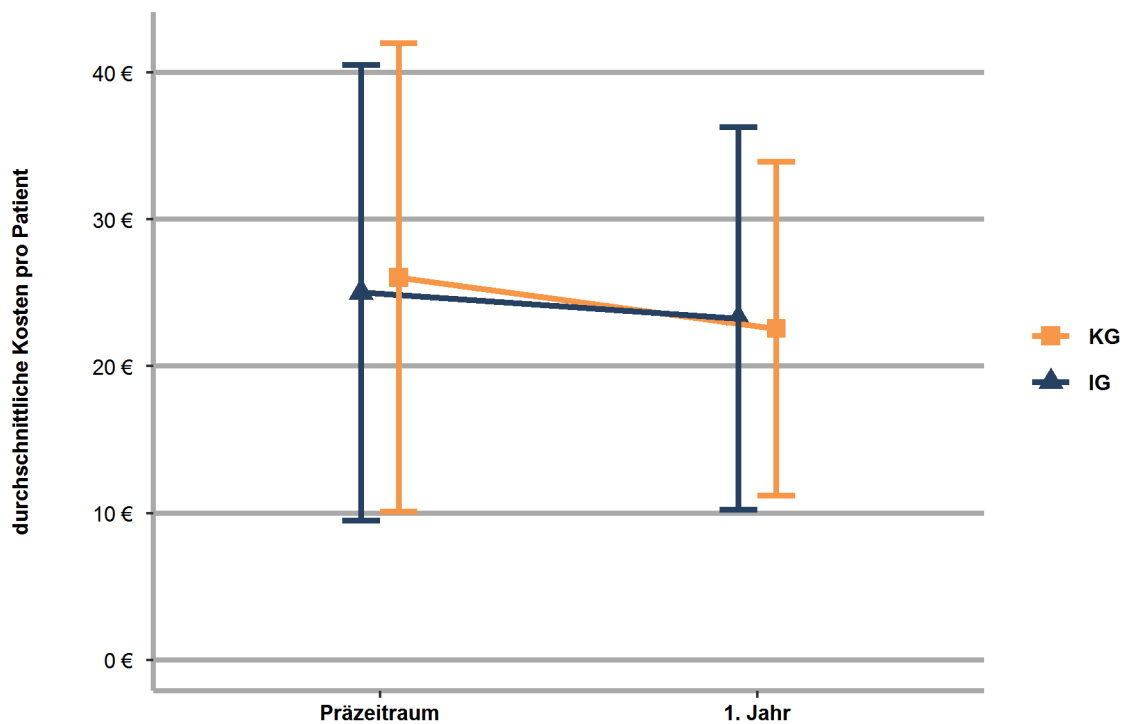
Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 115 und Abbildung 85) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,95 € niedrigere Kosten als die KG mit 16,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4,77 €. In der KG stiegen die Kosten auf 26,26 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,69 € signifikant ( $p=0,033$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3,44 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 50,63 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 116: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	13	13	13	14						
Mittelwert	25,03 €	23,26 €	26,06 €	22,57 €	-1,03 €	0,939	0,69 €	0,948	1,72 €	0,920
Standardabweichung	304,64 €	255,62 €	313,00 €	223,26 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.787,36 €	4.027,30 €	7.391,70 €	4.118,91 €						

**Abbildung 86: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 116)



Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 116 und Abbildung 86) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,03 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 26,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 23,26 €. In der KG stiegen die Kosten auf 22,57 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 1,72 € nicht signifikant ( $p=0,920$ ) stärker als in der KG.

**Kinder und Jugendliche**

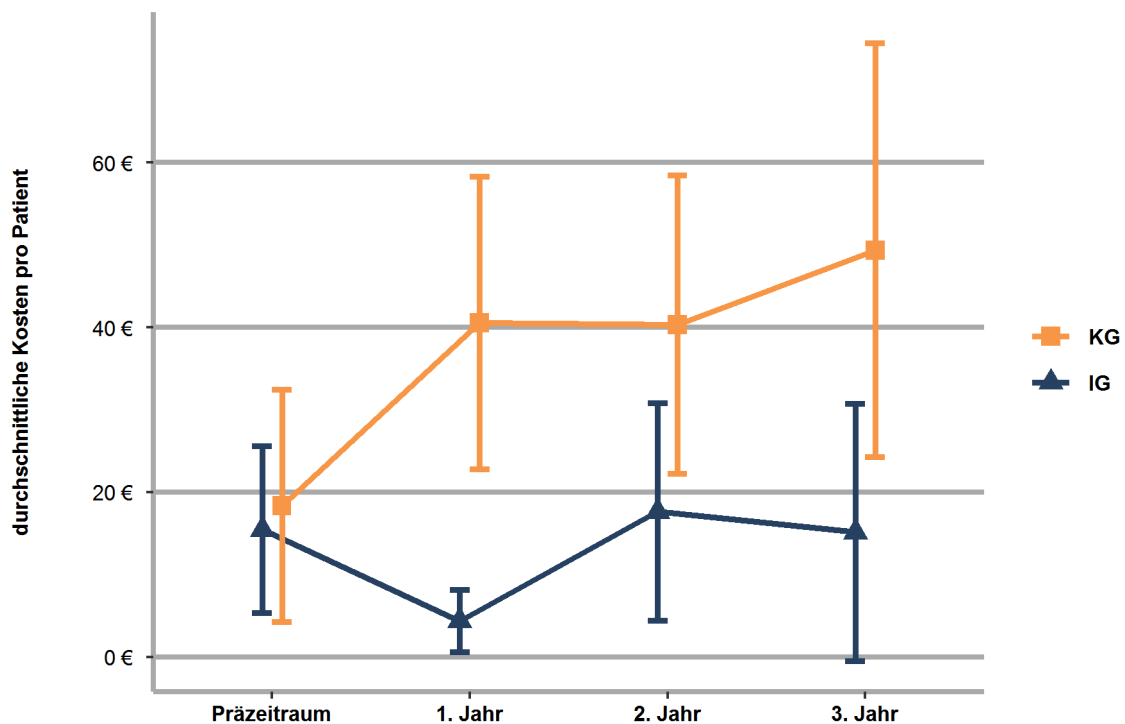
**Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr**

**Klinikneue Patienten**

**Tabelle 117: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10	13	16	16	13
<b>Mittelwert</b>	<b>15,47 €</b>	<b>4,39 €</b>	<b>17,66 €</b>	<b>15,16 €</b>	<b>18,37 €</b>	<b>40,56 €</b>	<b>40,33 €</b>	<b>49,35 €</b>
Standardabweichung	152,57 €	56,41 €	198,95 €	235,31 €	211,47 €	266,15 €	271,15 €	375,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.653,70 €	825,58 €	3.972,70 €	5.284,11 €	4.692,24 €	2.422,50 €	3.163,95 €	4.788,60 €

**Abbildung 87: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



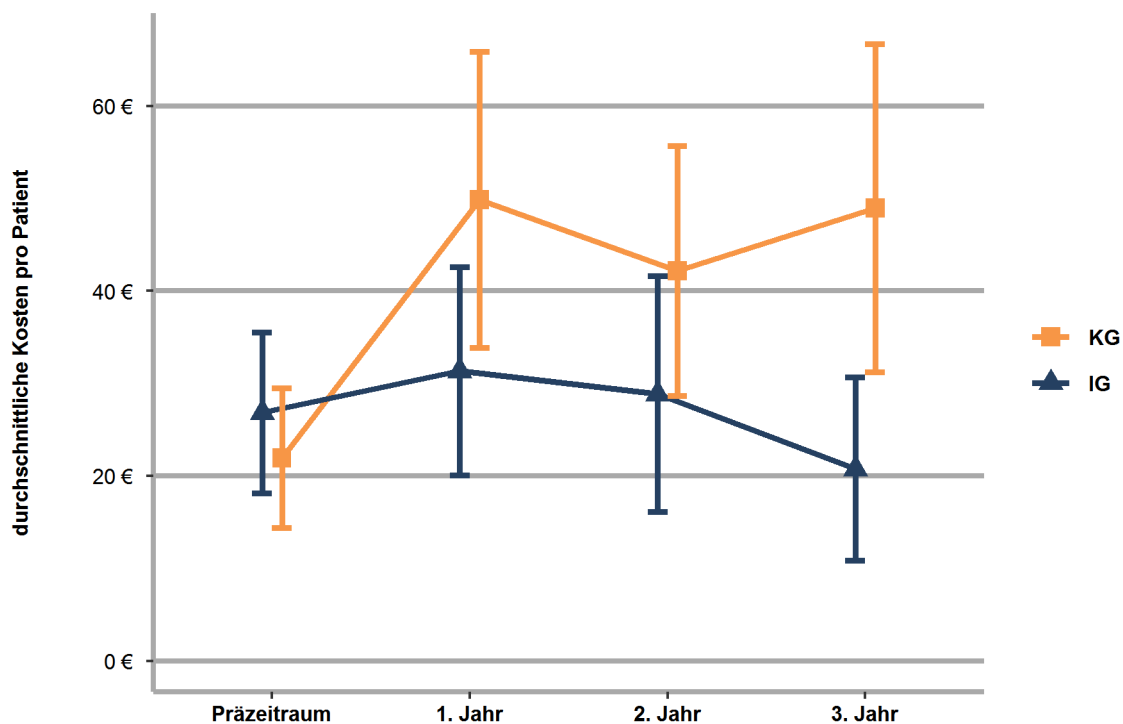
(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 117)

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 118: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	35	34	21	15	37	46	36	26
<b>Mittelwert</b>	<b>26,83 €</b>	<b>31,33 €</b>	<b>28,86 €</b>	<b>20,76 €</b>	<b>21,92 €</b>	<b>49,86 €</b>	<b>42,18 €</b>	<b>48,95 €</b>
Standardabweichung	194,52 €	252,23 €	285,90 €	222,12 €	169,14 €	358,66 €	303,00 €	396,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.357,86 €	4.789,00 €	4.276,96 €	3.256,20 €	3.289,09 €	6.836,14 €	4.984,48 €	5.674,05 €

**Abbildung 88: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (mit drei Jahren Nachbeobachtungszeit oder Tod) ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 118)

Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 117 und Abbildung 87) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15,47 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 18,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4,39 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 40,56 €. Der Rückgang der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 33,27 € signifikant ( $p=0,024$ ) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 15,16 €. In der KG stiegen die Kosten auf 49,35 €.

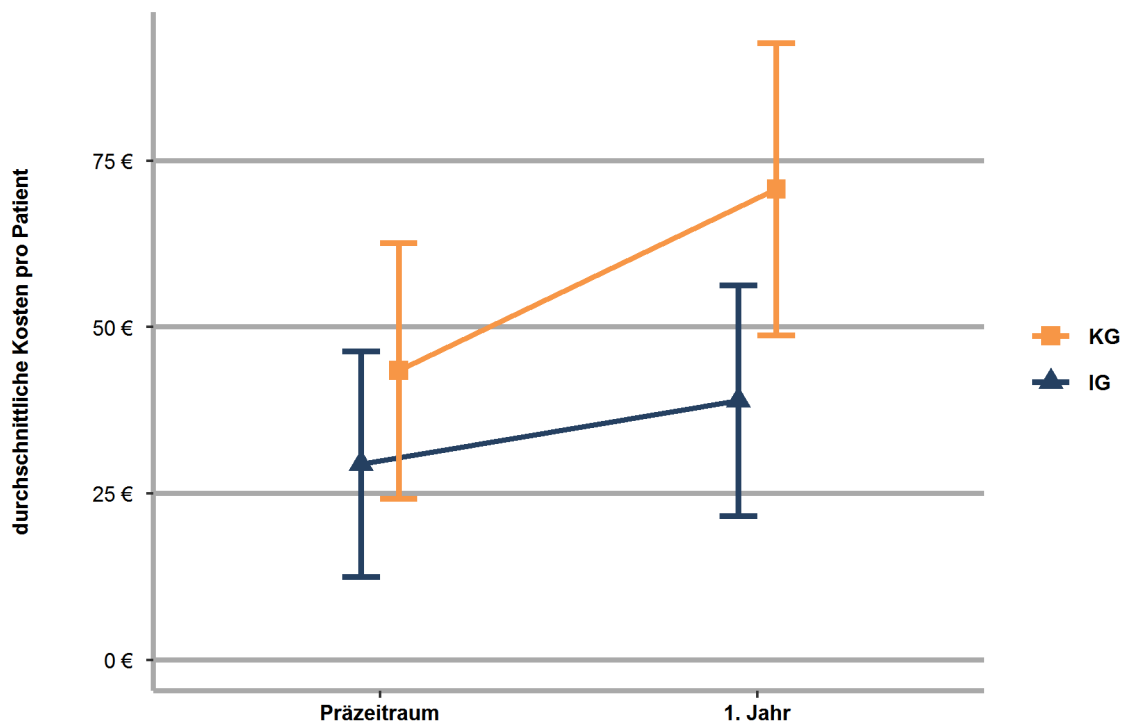
Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 118 und Abbildung 88) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 26,83 € ähnlich hohe Kosten wie die KG mit 21,92 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 31,33 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 49,86 €. Der Anstieg der Kosten vom Prä-Zeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 23,44 € signifikant ( $p=0,037$ ) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 20,76 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 48,95 €.

**Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 119: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	Prä-Zeit- raum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p- Wert	IG - KG (1. Jahr)	p- Wert	Diff-in- Diff	p- Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	17	20	22	36						
<b>Mittelwert</b>	<b>29,43 €</b>	<b>38,97 €</b>	<b>43,46 €</b>	<b>70,71 €</b>	<b>-14,03 €</b>	<b>0,368</b>	<b>-31,73 €</b>	<b>0,062</b>	<b>-17,71 €</b>	<b>0,443</b>
Standardabweichung	319,31 €	325,56 €	360,90 €	412,41 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	7.954,80 €	6.291,60 €	6.121,58 €	5.224,80 €						

**Abbildung 89: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**



(Anzahl Patienten je Gruppe und Zeitraum siehe Tabelle 119)

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (vgl. Tabelle 119 und Abbildung 89) hatte die IG im Prä-Zeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 29,43 € geringere Kosten als die KG mit 38,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 38,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 70,71 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 17,71 € nicht signifikant ( $p=0,057$ ) schwächer als in der KG.

## **11. Ergebnisse: Effizienz**

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

### **Erwachsene**

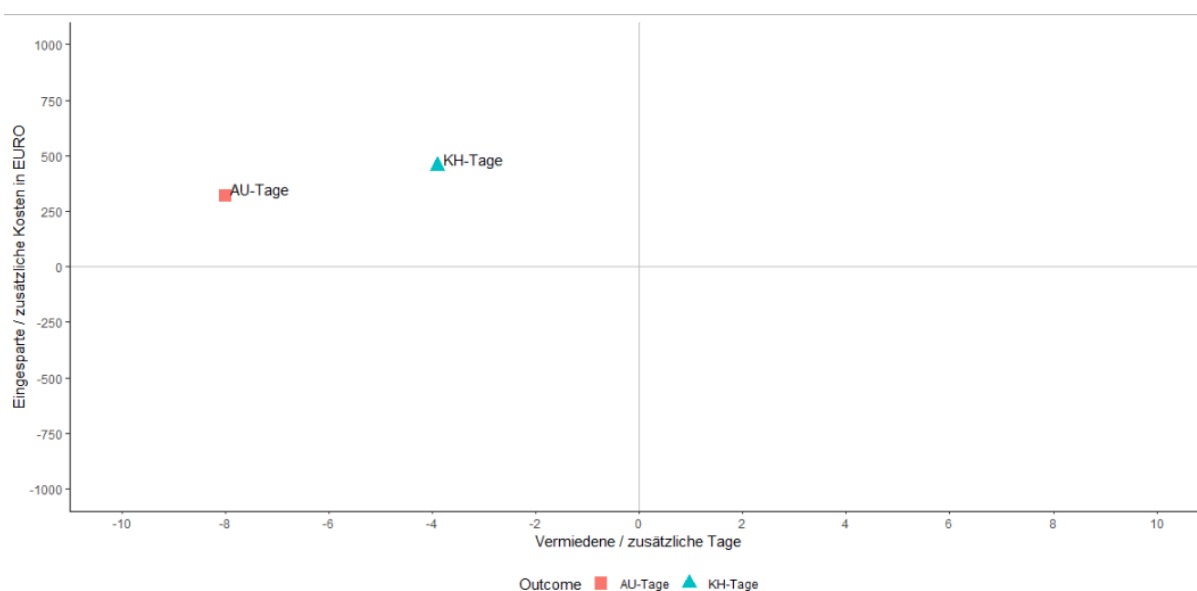
#### **Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Tabelle 120: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	964,50 €		1042	8.301,37 €		1042	7.336,86 €	
	KG	1.321,86 €		1042	8.205,08 €		1042	6.883,22 €	
	Diff (IG - KG)	-357,36 €	0,086		96,29 €	0,837		453,64 €	0,376
KH-Tage	IG	1,3		1042	16,8		1042	15,5	
	KG	2,2		1042	21,6		1042	19,4	
	Diff (IG - KG)	-0,9	0,089		-4,8	<0,001		-3,9	0,007
<b>ICER</b>		<b>-116,57 €/d</b>							

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

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	901,07 €		579	8.071,11 €		579	7.170,04 €	
	KG	1.519,54 €		609	8.370,07 €		609	6.850,53 €	
	Diff (IG - KG)	-618,47 €	0,045		-298,97 €	0,630		319,51 €	0,645
AU-Tage	IG	27,5		579	76,5		579	49,0	
	KG	32,7		609	89,8		609	57,0	
	Diff (IG - KG)	-5,2	0,195		-13,3	0,035		-8,0	0,283
<b>ICER</b>		<b>-39,78 €/d</b>							

**Abbildung 90: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**




Variante A (vgl. Tabelle 120 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 453,64 € nicht signifikant ( $p=0,376$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tage fiel in der IG um 3,9 Tage signifikant ( $p=0,007$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -116,57 € je vermiedenen vollstationären Behandlungstag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären (psychiatr.) Krankenhaus-Tag wurden Kosten i.H.v. 116,57 € zusätzlich ausgegeben.

Variante B (vgl. Tabelle 121 und Abbildung 90): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 319,51 € nicht signifikant ( $p=0,645$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 8,0 Tage nicht signifikant ( $p=0,283$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -39,78 € je vermiedenem AU-Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 39,78 € zusätzlich ausgegeben.

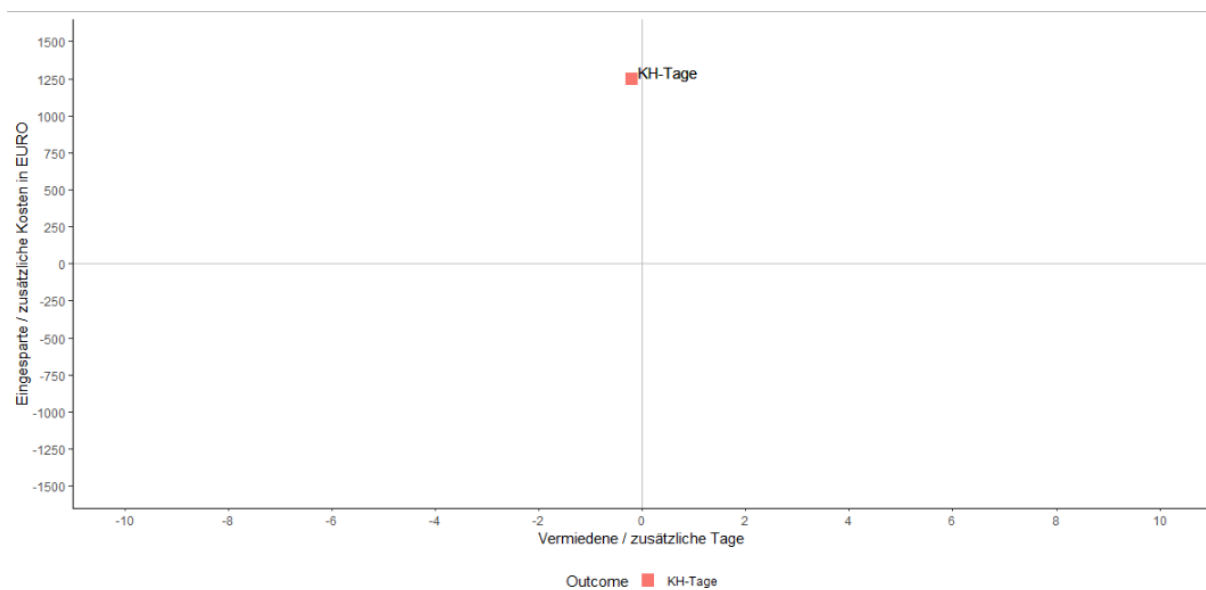
## Kinder und Jugendliche

### Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr

**Tabelle 122: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.209,51 €		956	10.166,48 €		956	8.956,96 €	
	KG	1.046,48 €		956	8.754,71 €		956	7.708,23 €	
	Diff (IG - KG)	163,03 €	0,585		1.411,77 €	0,075		1.248,73 €	0,140
KH-Tage	IG	1,5		956	13,4		956	11,9	
	KG	1,1		956	13,2		956	12,1	
	Diff (IG - KG)	0,4	0,566		0,1	0,934		-0,2	0,891
ICER		<b>-6.243,65 €/d</b>							

**Abbildung 91: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**



Variante A (vgl. Tabelle 122 und Abbildung 91): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 1.248,73 € nicht signifikant ( $p=0,140$ ) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären Tage fiel in der IG um 0,2 Tage nicht signifikant ( $p=0,891$ ) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -6.243,65 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären Tag wurden Kosten i.H.v. 6.243,65 € zusätzlich ausgegeben bzw. genauer: je ganzem eingesparten Tag hätten 6.243,65 € ausgegeben werden müssen.

## 12. Diskussion

### 12.1 Hauptergebnisse

Dieser zweite Zwischenbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH in den ersten drei Jahren nach Modellstart. Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus vergleichbaren Kontrollkliniken (KG).

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen<sup>1</sup> und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen<sup>2</sup>. Dabei wurde der Großteil der Kontrollpatienten aus den 6 von 10 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie und 5 von 5 der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit der höchsten Ähnlichkeit zur Modellklinik ausgewählt. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG für die meisten Outcomeparameter zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

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

#### *Effektivität*

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

- 1) Unterschiede in der vollstationären Behandlungsdauer erwachsener Patienten (Allgemeine Psychiatrie) im ersten Modelljahr zeigen Effekte, die sich dem Modellvorhaben zuordnen lassen. Bei den jungen Patienten (KJP) scheint sich eine Verringerung der vollstationären Tage abzuzeichnen, auch wenn diese nur bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant ausfielen.
- 2) Eine Reduktion an AU-Tagen ist im Modellvorhaben bei den Erwachsenen erkennbar.

---

<sup>1</sup> In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenkontext der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

<sup>2</sup> Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Prä-Zeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

- 3) Bei den klinikneuen erwachsenen Patienten ist eine stärkere und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine weniger starke Inanspruchnahme der PIA ersichtlich. Auf der anderen Seite wurden Vertragsärzte für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten bei klinikneuen erwachsenen Patienten weniger stark und bei den klinikbekannten stärker in Anspruch genommen. Bei den Kindern und Jugendlichen war eine Zunahme der PIA-Kontakte im Modellverlauf unter den klinikneuen und eine Abnahme der PIA-Kontakte unter den klinikbekannten jungen Patienten ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten scheint sich eine Veränderung hin zu weniger Kontakten abzuzeichnen.
- 4) Klinikneue erwachsene Patienten der IG wurden schneller wieder vollstationär behandelt als Patienten der KG.
- 5) Eine Stärkung der Behandlungskontinuität vor Modellstart und erneut im Laufe des Modellvorhabens in der Allgemeinen Psychiatrie ist ersichtlich. Die Behandlungskontinuität in der KJP war in der IG zwar stets geringer als in der KG, hier zeichnete sich dennoch ein Trend Richtung stärkerer Zunahme der Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG ab.

### Erwachsene

Bezüglich der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer von *klinikneuen* erwachsenen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zeigte sich ein vergleichbares Muster zwischen der IG und der KG im zeitlichen Verlauf. Dabei starteten sowohl die IG als auch die KG mit einem vergleichbar niedrigem Niveau im patientenindividuellen Jahr vor Referenzfall. Im ersten patientenindividuellen Jahr gab es bei beiden Gruppen einen Peak, der jedoch in der IG um 3,8 vollstationäre Behandlungstage niedriger als in der KG ausfiel. Ab dem zweiten Jahr stabilisierte sich die Anzahl der Tage stationärer Behandlung auf einem niedrigen Niveau in beiden Gruppen. Dieser Unterschied im ersten patientenindividuellen Jahr (bzw. im ersten Jahr nach Referenzfall) war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit (siehe Anhang) statistisch signifikant.

Der Peak bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer bei klinikneuen Patienten im ersten patientenindividuellen Jahr war zu erwarten. Laut Definition waren alle klinikneuen Patienten in den zwei Jahren vor Referenzfall nicht in einer psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilung oder der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) des Referenzkrankenhauses behandelt worden. Somit war die Erstbehandlung, die teilweise den Referenzfall darstellte, aufwendiger bzw. zeitintensiver. Da in der IG im Vergleich zur KG im ersten patientenindividuellen Jahr durchschnittlich eine kürzere vollstationäre Behandlungsdauer zu verzeichnen war bzw. der Anstieg zum ersten patientenindividuellen Jahr geringer war, kann erstens davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Modellprojektes verkürzend auf die vollstationäre Behandlungsdauer gewirkt hat. Zweitens impliziert dieses Ergebnis, dass die Modelleffekte besonders in einer frühen, eher akuten Krankheitsphase wirken.

Interessant ist hier auch der Vergleich zwischen den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (beide mit einem Jahr Nachbeobachtung). Sowohl bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr also auch bei Patienten mit

Referenzfall im dritten Modelljahr wies die IG statistisch signifikant weniger vollstationäre Behandlungstage als die KG auf. Die Entwicklung hin zu weniger vollstationären Behandlungstagen im maßlich ersten Behandlungsjahr im Modellvorhaben scheint sich somit über die Modelllaufzeit zu verstetigen.

Bei den teilstationären Behandlungstagen ist bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst ein geringerer Anstieg teilstationärer Behandlungstage, analog dem der vollstationären Behandlungstage, zum ersten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr drehte sich dieser Effekt um. Hier war der Anstieg der teilstationären Behandlungstage in der IG größer als in der KG. Eine Tendenz hin zu einer erhöhten Inanspruchnahme von teilstationärer Behandlung innerhalb der Laufzeit des Modellvorhabens lässt sich hier vermuten. Dies wird im Abschlussbericht näher beleuchtet werden.

Für die Anteile mit mindestens einem stationären Aufenthalt verzeichneten die Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (sowohl mit drei, als auch mit einjähriger Nachbeobachtung) in der IG einen weniger starken Anstieg als die Patienten der KG. Statistisch signifikante Unterschied für Patienten mit einjähriger Nachbeobachtung gab es jedoch nicht.

Bei den *klimbekannt* erwachsenen Patienten zeigte sich eine kontinuierliche Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer in der IG. In der KG war hingegen im ersten Jahr nach Referenzfall zunächst ein leichter Anstieg und in den folgenden Jahren eine Verringerung auf das Niveau des Jahres vor Referenzfalls erkennbar. Daher waren ab dem Jahr nach Referenzfall die Anzahl vollstationärer Tage in der IG im Vergleich zur KG stets geringer. Der Anstieg der vollstationären Tage vom Prä-Zeitraum zum ersten patientenindividuellen Jahr war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch signifikant geringer als in der KG (siehe Anhang). Laut Selbstauskunft bei der Befragung der Klinik hatte die Klinik seit 2012 eine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur durch einen Vor-Vertrag mit einer Krankenkasse in der Allgemeinen Psychiatrie. Modelleffekte einer verringerten vollstationären Behandlungsdauer konnten sowohl bei den klinikneuen als auch klimbekannt erwachsenen Patienten beobachtet werden. Diesen waren bereits für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ersichtlich und festigten sich für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr.

Das Muster der Dauer teilstationärer Behandlungsdauer war hier zwischen IG und KG vergleichbar, wobei Patienten der IG stets etwas mehr teilstationäre Behandlungstage aufwiesen. Größere Veränderungen über die Zeit waren zwischen IG und KG nicht ersichtlich.

Bei den klimbekannt Patienten war der Anteil an Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt im Jahr vor Referenzfall vergleichbar, sank aber in der IG stärker als in der KG. Dies trifft auf alle untersuchten Populationen zu und lässt somit vermuten, dass im Modellvorhaben auch bei den bereits bekannten Patienten, also bereits im Modellvorhaben in Behandlung befindlichen Patienten, eine Reduktion der Anzahl an stationären Behandlungen erzielt werden konnte.

Beim zweiten primären Outcome der *linikneuen* erwachsenen Patienten zeigte sich bei den Arbeitsunfähigkeits (AU)-Zeiten in der IG im Vergleich zur KG im ersten Jahr nach Referenzfall ein stets geringerer Peak (Vergleich Jahr vor Referenzfall mit Jahr danach). Dieser war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung um 8,6 Tage, mit einjähriger Nachbeobachtung um 7,7 Tage und für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr um 8,0 AU-Tage jeweils geringer. Diese geringere Anzahl an AU-Tage im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall steht im Einklang mit dem oben beschriebenen Muster der kürzeren vollstationären Behandlungsdauer. Es gibt einen starken Zusammenhang von vollstationären Behandlungstagen mit AU-Tagen, da ein vollstationärer Behandlungstag auch einen AU-Tag darstellt. Somit sind beide analoge Verläufe plausibel und weisen darauf hin, dass die Modellklinik im ersten patientenindividuellen Jahr bei den klinikneuen Patienten einen Einfluss auf die Länge der vollstationären Behandlungsdauer und der Länge der AU-Dauer hatte.

Auch bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten nahm die Anzahl an AU-Tagen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG stärker ab als in der KG bzw. nahmen diese in der KG sogar zu. Dieser Effekt war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Zu beachten ist hier jedoch, dass die Anzahl an AU-Tagen in der IG numerisch stets über denen der KG lag. Diese glichen sich im Zeitverlauf an. Dieser höhere Ausgangswert an AU-Tagen bei den klinikbekannten Patienten, d.h. die höhere Anzahl an AU-Tagen vor Referenzfall, war bei den klinikneuen Patienten nicht ersichtlich. Im Modellvorhaben konnte aber bei den klinikbekannten Patienten eine Reduktion der AU-Tage im patientenindividuellen Verlauf verzeichnet werden.

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

Bei der Betrachtung der Häufigkeit ambulanter Kontakte *linikneuer* Patienten lassen sich in beiden Gruppen vergleichbare Muster der ambulanten Inanspruchnahme in der PIA aufgrund Indexdiagnose mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall feststellen. Jedoch war dieser Peak, also der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zu Jahr danach, in der IG größer als in der KG. Auch war die Inanspruchnahme in den kommenden beiden Jahren in der IG (leicht) höher als in der KG. Dieser größere Zuwachs der Inanspruchnahme in der PIA zum Jahr nach Referenzfall war bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung sowie bei Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr statistisch signifikant. Diese Ergebnisse geben Hinweise auf eine stärkere Einbindung der PIA in der Versorgung klinikneuer Patienten in der Modellklinik.

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* war bei den *linikneuen* Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Dabei lag die IG hier ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas unter den Kontakten der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die geringere Zunahme der Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG

vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es diese Unterschiede jedoch nicht mehr.

Bei den *linikbekannten* Patienten wiesen jedoch die Patienten der IG stets geringere durchschnittliche PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG und bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Bei den *linikbekannten* Patienten ist somit im Gegensatz zu den *linikneuen* Patienten eine weniger starke Inanspruchnahme in der PIA erkennbar.

Auf der anderen Seite zeigten sich bei den *linikbekannten* Patienten bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme von *Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten* ein etwas größerer Anstieg in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieser Unterschied war für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

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

Die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor war für die *linikneuen* Patienten im Jahr vor Referenzfall (prä) und im Jahr nach Referenzfall in der IG stets größer als in der KG, unabhängig vom Nachbeobachtungszeitraum. Dieser Unterschied verringerte sich leicht vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach. Dieses Angleichen zwischen IG und KG führte zu einer statistisch signifikant geringeren Zunahme der Behandlungskontinuität für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeigte sich wiederum für alle Nachbeobachtungszeiträume in der IG stets eine größere Zunahme der Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war für die Betrachtung von 7 Tagen statistisch signifikant. Auch bei den *linikbekannten* erwachsenen Patienten war die Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG stets größer als in der KG, außer für das zweite und dritte Jahr nach Referenzfall für eine Nachbeobachtungszeit von 90 Tagen. Dort waren die Anteile zwischen IG und KG vergleichbar. Dass IG bereits im Jahr vor Referenzfall eine größere Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG aufwies, kann auf Effekte des Vorläufervertrages zurückzuführen sein, denn dieser konnte bereits modellähnliche Strukturen in der IG erproben und etablieren. Während die Behandlungskontinuität *linikneuer* Patienten im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall zunächst zurückging, stieg diese erneut für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr. Eine Stärkung der Behandlungskontinuität vor Modellstart und erneut im Laufe des Modellvorhabens ist ersichtlich.

Bezüglich der vollstationären Wiederaufnahme für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war der Anteil der Personen mit Wiederaufnahme vergleichbar, die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung war jedoch in der IG geringer als in der KG. Dies bedeutet, dass Patienten der IG schneller wieder vollstationär behandelt wurden als Patienten der KG.

Bezüglich der Untersuchung einer Erkrankungsprogression entwickelten *klinikneue* Patienten der IG stets zu geringeren Anteilen eine schwere depressive Störung (Progression A), eine rezidivierende depressive Störung (Progression B) oder eine Suchterkrankung (Progression C). Diese Unterschiede waren teils gering und für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit statistisch nicht signifikant. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war die geringere Progression A in der IG jedoch statistisch signifikant.

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

### **Kinder und Jugendliche**

Die *klinikneuen* Patienten der KJP mit Referenzfall im ersten Modelljahr wiesen in der IG stets eine leicht geringere Anzahl an vollstationären Behandlungstagen, sowohl im Jahr vor Referenzfall als auch danach, als die Patienten der KG auf. Der Verlauf der Inanspruchnahme vollstationärer Tage war ansonsten über den Zeitverlauf vergleichbar. Signifikante Veränderungen in der IG im Vergleich zur KG gab es hier nicht. Auch bei der Betrachtung von Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr gab es einen zwischen IG und KG vergleichbaren Anstieg der vollstationären Behandlungstage.

Auch bei den *klinikbekannten* Patienten zeigten sich zwischen beiden Gruppen vergleichbare Muster mit einer Abnahme der durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und einem kleinen Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Auch hier wies die IG meist geringere Anzahlen an vollstationären Tagen im Vergleich zur KG auf. Die Unterschiede erhöhten sich leicht zum ersten Jahr nach Referenzfall und verringerten sich dann über die patientenindividuelle Zeit. Die stärkere Abnahme vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant.

Das Muster der Dauer teilstationärer Aufenthalte war bei den *klinikneuen* Patienten ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall (wenn auch geringerer Peak) und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Modelljahr. Auch hier waren die teilstationären Tage in der IG stets etwas geringer als in der KG, besonders im ersten und dritten Jahr nach Referenzfall. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG. Betrachtet man die Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr, so war hier der Anstieg teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer als in der KG. Das Muster und Niveau der Dauer teilstationärer Aufenthalte bei den *klinikbekannten* Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar.

Bei den Patienten der KJP scheint sich also eine Verringerung der vollstationären Tage abzuzeichnen, auch wenn diese nur bei den klinikbekannten Patienten statistisch signifikant ausfielen. Im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es bei den klinikneuen Patienten keine statistisch signifikante Ver-



änderung, u.a. daher, weil bereits im Jahr vor Referenzfall in der IG weniger vollstationäre Behandlungstage in Anspruch genommen wurden als in der KG. Bei der Entwicklung teilstationärer Behandlungstage wurden bei Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zunächst noch vergleichsweise weniger teilstationäre Tage in Anspruch genommen. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr war dieser Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG jedoch größer als in der KG. Ein Trend hin zu mehr teilstationären Behandlungstagen in der IG lässt sich vermuten und wird im Abschlussbericht weiter untersucht werden.

Bezüglich der ambulanten Inanspruchnahme bei den *linikneuen* Patienten der KJP zeigte sich zunächst bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr über die Beobachtungszeit in beiden Gruppen ein vergleichbares Muster bezüglich PIA-Inanspruchnahme mit geringer Inanspruchnahme im Jahr vor Referenzfall, Peak im ersten Jahr nach Referenzfall und Absinken auf ein niedriges Niveau ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall. Dabei war das Niveau zwischen IG und KG stets vergleichbar. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ist hier jedoch ein stärkerer Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Hier scheint sich eine Veränderung hier zu mehr PIA-Kontakten anzudeuten. Da die KJP im Gegensatz zur Allgemeinen Psychiatrie an der IG keinen Vorläufervertrag aufwies, ist hier von einer Übergangsphase auszugehen, so dass Modelleffekte sich voraussichtlich erst über die Zeit zeigen. Die Zunahme der PIA-Kontakte im Modellverlauf hier, könnte ein Beispiel dafür sein. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigten sich zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der PIA-Kontakte mit einem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Jedoch wies hier die IG stets geringere PIA-Kontakte im Vergleich zur KG auf. Auch der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG geringer als in der KG. Bei der Betrachtung der Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war dieser geringere Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant und somit die PIA in der IG weniger stark kontaktiert im Vergleich zur KG.

Die ambulante Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten war für *linikneue* Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr zwischen IG und KG vergleichbar. Für Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr stieg hingegen die ambulante Inanspruchnahme oben genannter Vertragsärzte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant weniger stark als in der KG. Bei den *linikbekannt*en Patienten war das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten soweit zwischen IG und KG vergleichbar mit jedoch etwas geringerem Anstieg in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach im Vergleich zur KG. Dieser geringere Anstieg war bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung statistisch signifikant. Somit scheint sich eine Veränderung zu weniger ambulanter Inanspruchnahme in niedergelassenen Bereich bei den Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten abzuzeichnen.

Bezüglich der Behandlungskontinuität war zunächst bei den *linikneuen* jungen Patienten der IG in allen drei Nachbeobachtungszeiträumen eine geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor im Jahr vor Referenzfall im Vergleich zu den Patienten der KG ersichtlich. Im Jahr nach Referenzfall, d.h. nach Start der Modellversorgung, verringerte sich dieser Unterschied zwischen IG und

KG. Im zweiten Jahr nach Referenzfall verringerte sich dieser Unterschied erneut bzw. lag die Behandlungskontinuität in der IG teilweise über der der KG. Dieser Trend der Zunahme der Behandlungskontinuität in der IG im Vergleich zur KG zeichnete sich weitestgehend auch im dritten Jahr nach Referenzfall ab, mit der Ausnahme für die Betrachtung von 7 Tagen. Bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr war sowohl in der IG als auch in der KG stets ein Anstieg der Behandlungskontinuität vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall gab es nicht. Jedoch war die Behandlungskontinuität in der IG stets, also sowohl in Jahr vor Referenzfall als auch im Jahr danach, numerisch größer als in der KG.

Die weitgehende Vergleichbarkeit der Muster der weiteren sekundären Outcomeparameter zeigt, dass die Qualität der Behandlung zwischen IG und KG vergleichbar ist und somit keine Verringerung der Qualität in der Modellklinik ersichtlich ist. Zu beachten gilt hier, dass teilweise Fallzahlen zu gering waren, um inferenzstatistische Tests zu rechnen.

Einschränkend ist sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche anzumerken, dass die Sekundärdaten der Krankenkassen nur bedingt geeignet sind, um Schwere oder Verlauf von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Insbesondere ermöglichen die ausgewählten Outcomes nur zu einem gewissen Grad die Qualität der Versorgung von psychisch Erkrankten zu untersuchen und geeignetere Instrumente zur Darstellung von bspw. Lebensqualität, Symptombelastung oder Recovery waren mit den verfügbaren Daten nicht einsetzbar. Daher wurde das ergänzende Projekt PsychCare gestartet, um mit weiteren Datenquellen, besonders Primärerhebung mittels Fragebogen und Befragungen, ein umfassenderes Bild zu erlangen.

## *Kosten*

### **Erwachsene**

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klinikneuen Patienten der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, lagen aufgrund nahezu paralleler Anstiege die Kosten zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ebenfalls auf vergleichbarem Niveau. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 145,34 € je Patient nicht signifikant niedriger. Dass sich hier kein Unterschied ergab, lässt sich vor allem auf die um 583,19 € geringeren Kosten je Patient der IG in der vollstationären und um 137,15 € geringeren Kosten der teilstationären Versorgung, die jedoch durch die um 662,35 € höheren Kosten der PIA-Versorgung kompensiert wurden, zurückführen. Dabei waren es vor allem unterschiedliche Patientenanteile (weniger Patienten der IG in der voll- und teilstationären Versorgung und mehr Patienten, die in der PIA versorgt wurden), die diese Kostenzusammensetzung erklären können.

Bei den klimbekannt Patienten der Kohorte 1 zeigten sich über die Nachbeobachtungszeiträume nahezu parallele Verläufe. So ergaben sich mit Ausnahme des dritten Nachbeobachtungsjahres, in dem die IG signifikant günstiger war, in allen Perioden fast identische Kostenhöhen von IG und KG. Im ersten Jahr waren die Kosten in der IG im Vergleich zur KG um 5,93 € geringer. Auch hier glichen in der IG die höheren Kosten einzelner Bereiche die geringeren Kosten anderer wieder aus. So lagen die durchschnittlichen Kosten der vollstationären Versorgung in der IG im ersten Jahr um 492,66 € unter denen der KG. In der teilstationären sowie der PIA-Versorgung lagen sie hingegen um 120,30 € bzw. 402,57 € über den Kosten der KG. Auch hier führte ein Mehr an teilstationär und in der PIA versorgter Personen gegenüber einem Weniger an vollstationär versorgten Patienten zu den Kostenunterschieden.

Auch bei den Patienten mit Referenzfall im dritten Jahr zeichnete sich ein vergleichbarer Kostenverlauf ab. Lagen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum um 357,36 € unter denen der KG, näherten sich beide Gruppen aneinander an, sodass die Differenz im ersten Jahr 96,29 € (IG = 8.301,37 €; KG = 8.205,08 €) betrug. Die IG entwickelte sich somit um 453,64 € je Patient teurer als die KG, wobei diese Ansteigsdifferenz nicht signifikant war ( $p = 0,376$ ). Wie bereits in Kohorte 1 waren auch hier die Kosten der vollstationären Versorgung in der IG geringer und die der teilstationären sowie der PIA-Versorgung höher als in der KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG bei keiner der drei oben genannten Untersuchungsgruppen signifikant voneinander. Bei allen Gruppen entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

### **Kinder und Jugendliche**

Während sich im Prä-Zeitraum bei den klimbekannt Kindern und Jugendlichen der Kohorte 1 keine signifikanten Unterschiede bzgl. gesamter psychiatrischer Versorgungskosten im Vergleich zur KG ergaben, lagen aufgrund nahezu paralleler Anstiege die Kosten zwischen IG und KG im ersten Nachbeobachtungsjahr ebenfalls auf vergleichbarem Niveau. Auch im zweiten und dritten Modelljahr ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Im ersten Jahr waren die psychiatrischen Versorgungskosten in der IG um 416,38 € je Patient nicht signifikant niedriger. Dieser Unterschied lässt sich vor allem auf die um 47,83 € geringeren Kosten je Patient der IG in der vollstationären und um 353,87 € geringeren Kosten der teilstationären Versorgung, die jedoch durch die um 58,66 € höheren Kosten der PIA-Versorgung kompensiert wurden, zurückführen. Dabei waren es vor allem unterschiedliche Patientenanteile (weniger Patienten der IG in der voll- und teilstationären Versorgung und mehr Patienten, die in der PIA versorgt wurden), die diese Kostenzusammensetzung erklären können.

Die IG der klimbekannt Kindern und Jugendlichen der Kohorte 1 zeigten sich bereits im Prä-Zeitraum leicht geringere Kosten der IG, wobei der Anstieg zum ersten Jahr in der IG weniger stark ausfiel, sodass hier ein Kostenvorteil von 889,32 € (IG = 5392,10 €; KG = 6.281,42 €) je Patient vorlag. Auch im zweiten Jahr war die IG mit einer Differenz zur KG von 686,96 € (IG = 2.312,72 €; KG = 2.999,68 €) günstiger. Erst im dritten Jahr lagen IG und KG mit einer Differenz von 11,05 € wieder gleichauf. Auch

hier fielen die Unterschiede zwischen IG und KG in den einzelnen Bereich unterschiedlich hoch aus. Vor allem die im ersten Jahr um 670,55 € niedrigen Kosten der IG in der vollstationären Versorgung und die um 178,96 € höheren Kosten der tagesklinischen Versorgung bedingten diese Gesamtdifferenz. Anders als bei den vorher genannten Gruppen war bei den klinikbekannten Kindern und Jugendlichen jedoch auch in der PIA-Versorgung ein signifikanter Kostenunterschied zu verzeichnen. So lagen die Kosten in der IG im ersten Jahr bei 739,64 € je Patient und in der KG bei 1.028,98 € je Patient.

Auch bei den Kindern und Jugendlichen mit Referenzfall im dritten Jahr zeichnete sich ein statistisch betrachtet paralleler Kostenverlauf ab. Lagen die Kosten der IG im Prä-Zeitraum um 163,03 € über denen der KG, betrug die Differenz im ersten Jahr 1.411,77 € (IG = 10.166. €; KG = 8.755 €). Die IG entwickelte sich somit um 1.248,73 € je Patient teurer als die KG, wobei diese Anstiegsdifferenz nicht signifikant war ( $p = 0,141$ ). Wie bereits in Kohorte 1 waren auch hier die Kosten der vollstationären Versorgung in der IG geringer und die der teilstationären sowie der PIA-Versorgung höher als in der KG.

Die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung unterschieden sich zwischen IG und KG bei keiner der drei oben genannten Untersuchungsgruppen signifikant voneinander. Bei allen Gruppen entwickelten sich die durchschnittlichen Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung in der IG ähnlich wie in der KG, so dass es keine signifikanten Kostenunterschiede gab.

### *Fazit*

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

## 12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

### Effektivität

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

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

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

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

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

### *Kosten*

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

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

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich

auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

### 12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentiertere Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Prä-Zeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Prä-Zeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Prä-Zeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (3).
- 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. Für das 2016 begonnene Modell Riedstadt betrifft diese Einschränkung den Prä-Zeitraum der Patienten im ersten Studienjahr.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen, in der Annahme, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal war in der aktuellen Datenlieferung für einige Krankenkassen bereits enthalten, wird jedoch zukünftig dennoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden können. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich.
- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Insofern müssen Verfahren der internen Diagnosevalidierung angewendet werden, die bislang aber primär für



somatische Krankheiten operationalisiert wurden (4). Diese Ansätze wurden auf die hier betrachteten Diagnosen übertragen. Diese betrifft primär die Verwendung ausschließlich von gesicherten Diagnosen, die Bestätigung einzelner Diagnoseeinträge in weiteren Quartalen oder durch weitere Ärzte bzw. Institutionen und die Nutzung spezifischer Arzneimittelverordnungen.

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

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (4). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

### 13. Literatur

1. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen*. 2020;82:S4-S12.
2. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
3. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research*. 2012;47(2):746-55.
4. Schubert I, Ihle P, Koster I. [Internal confirmation of diagnoses in routine statutory health insurance data: concept with examples and case definitions]. *Gesundheitswesen*. 2010;72(6):316-22.

## 14. Anhang

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	7,1 %	23,9 %	8,1 %	29,3 %
	1,6 %	2,5 %	1,2 %	1,8 %
	11,3 %	14,9 %	12,3 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3,4</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	2,0	16,2	2,0	20,3
	0,4	5,5	0,2	6,8
	2,4	21,7	2,3	27,2
	0,2	0,7	0,2	0,3
	0,2	0,6	0,2	0,2
	1,4	1,8	1,5	1,6

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

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	17,3 %	14,8 %	17,3 %	16,2 %
	2,5 %	2,3 %	3,0 %	2,3 %
	9,4 %	11,1 %	13,1 %	13,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	6,7	6,3	6,3	8,3
	1,6	2,5	1,5	1,9
	8,2	8,8	7,8	10,2
	0,9	0,7	0,8	0,7
	0,7	0,6	0,8	0,7
	1,1	1,5	1,5	1,6

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>	<b>636</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	3,1 %	19,3 %	3,5 %	22,5 %
	0,2 %	0,6 %	1,1 %	1,4 %
	1,7 %	2,7 %	1,6 %	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>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	0,9	11,8	1,1	12,1
	0,1	5,6	0,1	7,8
	1,0	17,4	1,3	19,9
	0,0	0,3	0,0	0,1
	0,0	0,3	0,0	0,1
	0,1	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)

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)</li> </ul>	10,9 %	10,9 %	11,8 %	14,5 %
	0,2 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
	1,6 %	1,3 %	1,7 %	1,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär<sup>3</sup> (B2)</li> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär<sup>3</sup> (B3)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)</li> <li>• anderer psychischer Hauptdiagnosen, vollstationär (D1)</li> <li>• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)</li> </ul>	4,2	6,4	5,5	8,1
	2,7	5,9	2,9	5,8
	6,9	12,3	8,4	13,9
	0,1	0,0	0,1	0,1
	0,1	0,0	0,1	0,1
	0,1	0,2	0,4	0,4

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

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

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

**Tabelle 125: Einsatz ambulanter Leistungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.007</b>	<b>1.007</b>	<b>1.007</b>	<b>1.013</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,1	0,3	4,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,8	4,5	2,7	4,9
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	9,2	11,0	10,0	12,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,2	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,5	0,4	1,0	1,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	8,1	6,9	11,5	14,0

<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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>2.518</b>	<b>2.532</b>	<b>2.515</b>	<b>2.525</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,2	10,8	11,1	12,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,3	2,6	2,2	2,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	12,9	12,6	14,5	14,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,1	0,3	0,2	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,6	0,6	2,5	2,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,0	0,2	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	12,6	11,8	12,1	11,8

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

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

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

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



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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>627</b>	<b>627</b>	<b>627</b>	<b>627</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>614</b>	<b>620</b>	<b>618</b>	<b>620</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,0	0,3	7,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,2	4,4	1,9	4,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	2,9	4,3	2,8	4,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,7	0,9	0,9
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	4,6	5,2	5,4	6,1

<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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)</b>	<b>1.345</b>	<b>1.360</b>	<b>1.337</b>	<b>1.364</b>
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte <sup>1</sup> bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,9	6,5	5,1	8,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (C)	2,1	3,3	1,9	3,4
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (E)	3,9	4,5	4,1	5,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,2	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie <sup>3</sup> oder einem Psychotherapeuten <sup>4</sup> (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten <sup>5</sup> (F)	0,9	0,8	1,0	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor <sup>6</sup> (G1)	0,2	0,2	0,0	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor <sup>7</sup> (G2)	8,7	8,6	8,1	7,4

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

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

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

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

**Tabelle 127: Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>81</b>	<b>653</b>	<b>83</b>	<b>794</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,6 %	23,1 %	8,4 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	14,8 %	8,6 %	9,6 %	12,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	53,1 %	44,1 %	48,2 %	49,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,3 %	8,9 %	7,2 %	11,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	13,6 %	5,5 %	8,4 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	2,1 %	2,4 %	1,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,3 %	34,2 %	22,9 %	26,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	30,9 %	33,1 %	39,8 %	33,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>62</b>	<b>315</b>	<b>67</b>	<b>407</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	9,7 %	27,6 %	7,5 %	8,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	16,1 %	14,0 %	11,9 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	54,8 %	46,3 %	49,3 %	51,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,9 %	9,8 %	9,0 %	15,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,1 %	7,3 %	9,0 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	2,5 %	1,5 %	1,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	37,1 %	43,2 %	23,9 %	33,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,0 %	25,7 %	38,8 %	28,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>21</b>	<b>126</b>	<b>17</b>	<b>171</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	19,0 %	24,6 %	11,8 %	9,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	19,0 %	19,8 %	35,3 %	19,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	42,9 %	45,2 %	47,1 %	52,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	0,0 %	11,9 %	17,6 %	19,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,0 %	4,8 %	17,6 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %

- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,6 %	46,0 %	47,1 %	36,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	23,0 %	29,4 %	24,0 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>67</b>	<b>610</b>	<b>66</b>	<b>754</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,9 %	32,1 %	16,7 %	18,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	20,9 %	14,6 %	21,2 %	21,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	70,1 %	67,7 %	69,7 %	70,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,9 %	26,1 %	28,8 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,9 %	10,0 %	18,2 %	12,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	4,4 %	6,1 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	49,3 %	48,2 %	43,9 %	45,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	11,9 %	14,1 %	18,2 %	13,9 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>52</b>	<b>287</b>	<b>55</b>	<b>384</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	25,0 %	36,2 %	16,4 %	17,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	25,0 %	22,3 %	25,5 %	30,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	69,2 %	70,4 %	70,9 %	72,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	30,8 %	28,9 %	30,9 %	31,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	19,2 %	13,6 %	18,2 %	18,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	15,4 %	4,5 %	3,6 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,6 %	56,8 %	47,3 %	54,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,7 %	9,1 %	16,4 %	9,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>17</b>	<b>117</b>	<b>13</b>	<b>157</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	47,1 %	36,8 %	38,5 %	17,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,5 %	26,5 %	30,8 %	35,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	58,8 %	71,8 %	76,9 %	75,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	23,5 %	33,3 %	53,8 %	36,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	11,8 %	12,8 %	23,1 %	18,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	2,6 %	7,7 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,6 %	61,5 %	61,5 %	57,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,9 %	6,8 %	15,4 %	6,4 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>48</b>	<b>548</b>	<b>49</b>	<b>681</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	39,6 %	38,0 %	30,6 %	22,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	31,3 %	20,6 %	28,6 %	29,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	93,8 %	85,8 %	81,6 %	87,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	54,2 %	48,2 %	51,0 %	48,8 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,8 %	14,6 %	24,5 %	16,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	27,1 %	10,8 %	12,2 %	10,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	58,9 %	59,2 %	55,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,1 %	5,7 %	10,2 %	6,0 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>40</b>	<b>257</b>	<b>41</b>	<b>356</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	42,5 %	43,2 %	31,7 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	32,5 %	30,4 %	34,1 %	39,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,5 %	89,1 %	82,9 %	89,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	57,5 %	52,5 %	48,8 %	53,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	25,0 %	19,8 %	26,8 %	22,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	32,5 %	11,3 %	9,8 %	10,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,5 %	68,9 %	63,4 %	65,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	2,3 %	9,8 %	3,1 %

<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>13</b>	<b>105</b>	<b>&lt;10</b>	<b>146</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	53,8 %	44,8 %	50,0 %	21,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	23,1 %	33,3 %	37,5 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	92,3 %	88,6 %	87,5 %	92,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	53,8 %	57,1 %	75,0 %	63,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	15,4 %	20,0 %	25,0 %	22,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	23,1 %	7,6 %	25,0 %	9,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,9 %	74,3 %	75,0 %	71,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	1,0 %	12,5 %	0,7 %

<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

### Erwachsene, klinikbekannte Patienten

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>		<b>KG</b>	
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>	<b>prä</b>	<b>1. Jahr</b>
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>633</b>	<b>654</b>	<b>660</b>	<b>804</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	33,0 %	41,6 %	29,7 %	25,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,5 %	4,9 %	3,9 %	5,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	41,2 %	36,9 %	41,2 %	40,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	8,7 %	8,9 %	10,2 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	3,5 %	4,0 %	5,9 %	3,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,0 %	3,6 %	2,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,1 %	48,3 %	36,4 %	32,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,4 %	28,9 %	34,2 %	35,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>558</b>	<b>521</b>	<b>549</b>	<b>632</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,1 %	42,6 %	32,4 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	3,8 %	5,8 %	4,4 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	40,5 %	36,7 %	41,5 %	40,5 %

<ul style="list-style-type: none"> <li>• anderen Vertragsärzten (D)<sup>3</sup></li> <li>• Psychotherapeuten (E)<sup>4</sup></li> <li>• Keine Fachgruppe (F)</li> </ul>	8,6 %	9,0 %	10,6 %	8,9 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	40,5 %	50,5 %	40,1 %	36,9 %
	31,0 %	28,0 %	32,2 %	33,1 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>363</b>	<b>346</b>	<b>386</b>	<b>417</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <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>	39,9 %	44,5 %	33,4 %	35,5 %
	3,9 %	6,1 %	4,4 %	7,7 %
	38,8 %	38,7 %	40,4 %	38,6 %
	9,6 %	9,5 %	12,2 %	9,1 %
	3,9 %	3,8 %	7,3 %	4,6 %
	1,9 %	2,6 %	2,8 %	2,6 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 7 Tagen</li> </ul>	44,9 %	52,0 %	41,2 %	44,8 %
	30,0 %	25,7 %	33,2 %	30,0 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>559</b>	<b>612</b>	<b>578</b>	<b>726</b>
<b>Alle</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens 1 Kontakt (A-F)</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PIA (A)</li> <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>	56,0 %	59,8 %	51,7 %	44,1 %
	6,8 %	9,2 %	8,7 %	11,7 %
	68,3 %	64,9 %	67,0 %	68,6 %
	26,3 %	25,5 %	24,4 %	25,2 %
	8,2 %	7,4 %	9,2 %	8,3 %
	6,6 %	5,7 %	7,6 %	7,7 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)</li> <li>- kein Kontakt in 30 Tagen</li> </ul>	63,0 %	68,0 %	61,1 %	56,1 %
	8,9 %	9,2 %	13,3 %	11,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>	<b>490</b>	<b>487</b>	<b>481</b>	<b>569</b>

<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	59,4 %	62,2 %	56,8 %	49,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,6 %	10,3 %	10,0 %	13,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	67,6 %	64,1 %	68,4 %	68,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	26,1 %	27,3 %	25,2 %	27,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	9,0 %	8,6 %	10,8 %	8,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,9 %	5,1 %	7,9 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,9 %	71,3 %	67,6 %	62,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,2 %	8,6 %	11,0 %	9,8 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit</b>				
	<b>315</b>	<b>326</b>	<b>327</b>	<b>377</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	63,8 %	66,3 %	60,6 %	57,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,3 %	9,5 %	9,8 %	13,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	64,4 %	67,5 %	67,3 %	70,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	27,0 %	28,2 %	24,8 %	28,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	8,9 %	8,3 %	11,6 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	6,7 %	6,4 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,8 %	73,6 %	70,0 %	70,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,6 %	6,4 %	9,8 %	7,4 %

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

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

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

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



Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>444</b>	<b>490</b>	<b>451</b>	<b>579</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	71,4 %	67,3 %	65,4 %	55,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,4 %	13,7 %	12,2 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,7 %	83,9 %	86,5 %	87,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,4 %	47,6 %	47,9 %	49,4 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,9 %	11,4 %	15,1 %	12,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,7 %	9,0 %	13,5 %	16,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,0 %	77,3 %	74,5 %	70,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	3,1 %	3,3 %	3,6 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>387</b>	<b>385</b>	<b>377</b>	<b>452</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (A)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	75,7 %	70,6 %	70,6 %	63,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	8,3 %	15,8 %	13,5 %	19,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,1 %	82,9 %	88,1 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	46,0 %	48,6 %	51,2 %	52,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	16,0 %	13,8 %	17,2 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,1 %	8,1 %	14,1 %	17,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,4 %	82,1 %	80,9 %	78,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,8 %	3,1 %	1,9 %	2,4 %
<b>Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>242</b>	<b>257</b>	<b>250</b>	<b>305</b>
<b>Schwere psychische Erkrankungen (B)</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	78,1 %	76,3 %	75,6 %	71,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	7,0 %	15,6 %	12,8 %	19,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	88,0 %	85,2 %	88,0 %	90,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	50,0 %	47,9 %	48,4 %	54,1 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	14,0 %	12,5 %	18,0 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,0 %	9,7 %	11,2 %	19,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,9 %	85,6 %	84,4 %	85,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,3 %	1,6 %	1,6 %	2,3 %

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>19</b>	<b>218</b>	<b>22</b>	<b>263</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	10,5 %	17,4 %	36,4 %	21,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	5,3 %	4,6 %	4,5 %	5,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	36,8 %	18,8 %	36,4 %	24,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	15,8 %	6,4 %	13,6 %	4,9 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	21,1 %	8,7 %	0,0 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	4,5 %	2,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	28,0 %	40,9 %	33,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	42,1 %	56,0 %	31,8 %	47,9 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>16</b>	<b>206</b>	<b>18</b>	<b>238</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,3 %	34,0 %	55,6 %	37,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	18,8 %	6,8 %	16,7 %	14,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	68,8 %	45,1 %	55,6 %	50,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	31,3 %	18,4 %	27,8 %	18,5 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	37,5 %	18,9 %	11,1 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	4,9 %	11,1 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,8 %	51,0 %	77,8 %	57,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,5 %	22,8 %	5,6 %	21,0 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>11</b>	<b>186</b>	<b>14</b>	<b>217</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	36,4 %	48,9 %	50,0 %	49,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	36,4 %	12,9 %	28,6 %	21,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	72,7 %	78,5 %	78,6 %	79,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	63,6 %	45,7 %	50,0 %	34,6 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	54,5 %	29,6 %	7,1 %	23,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	11,3 %	14,3 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,8 %	71,0 %	78,6 %	72,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	9,1 %	4,8 %	0,0 %	5,1 %

<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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)</b>				
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>165</b>	<b>234</b>	<b>196</b>	<b>322</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	14,5 %	19,2 %	27,0 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	0,6 %	2,1 %	1,5 %	1,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	20,6 %	24,8 %	21,4 %	23,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	4,8 %	6,8 %	6,1 %	4,3 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	6,7 %	5,6 %	5,1 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	2,1 %	1,5 %	1,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	20,0 %	26,1 %	32,1 %	30,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	66,1 %	54,3 %	50,0 %	52,2 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>129</b>	<b>222</b>	<b>173</b>	<b>297</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	43,4 %	38,7 %	58,4 %	43,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	2,3 %	6,8 %	2,9 %	5,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	52,7 %	49,5 %	51,4 %	52,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	12,4 %	15,8 %	20,2 %	18,2 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	17,1 %	9,9 %	9,8 %	12,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	4,5 %	2,3 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,4 %	50,5 %	65,9 %	55,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,5 %	25,7 %	16,8 %	18,9 %

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit</b>	<b>107</b>	<b>204</b>	<b>143</b>	<b>267</b>
<b>Alle</b>				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	72,0 %	58,3 %	79,7 %	56,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) <sup>1</sup>	6,5 %	13,7 %	4,9 %	11,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) <sup>2</sup>	78,5 %	81,4 %	74,8 %	81,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) <sup>3</sup>	29,0 %	36,3 %	37,8 %	39,0 %
• Psychotherapeuten (E) <sup>4</sup>	20,6 %	15,7 %	14,7 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	12,3 %	7,7 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,5 %	71,6 %	87,4 %	70,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	6,4 %	4,9 %	6,0 %

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

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

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

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

**Tabelle 129: Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	925	925	945	945	925	925	945	945
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	85	343	99	461	85	343	99	461
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	32	127	23	148	32	127	23	148
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	11	36	<10	38	11	36	<10	38
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	30	137	35	193	30	137	35	193
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	11	51	<10	61	11	51	<10	61
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	12	<10	17	<10	12	<10	17

\* in psych. Fachabteilungen und mind. 90/180 Tagen Nachbeobachtungszeit

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul>								
	14,1 %	15,7 %	24,2 %	20,8 %	12,9 %	15,7 %	18,2 %	17,1 %
	10,0 %	14,6 %	20,0 %	15,5 %	13,3 %	12,4 %	20,0 %	12,4 %
<b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul>								
	12,5 %	10,2 %	4,3 %	11,5 %	0,0 %	5,5 %	0,0 %	9,5 %
	9,1 %	9,8 %	14,3 %	16,4 %	0,0 %	3,9 %	0,0 %	13,1 %
<b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
	9,1 %	13,9 %	16,7 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	16,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	283,2	736,9	370,0	726,4	313,5	804,9	459,8	876,1
	417,3	585,0	462,3	634,9	377,8	725,2	493,4	823,8



<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	163,4	375,8	252,0	457,1	0,0	405,9	0,0	490,3
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	219,5	298,3	252,0	503,0	0,0	401,3	0,0	505,9
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	114,3	179,5	142,0	295,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	0,0	167,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

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

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum</b>	<b>2.386</b>	<b>2.386</b>	<b>2.349</b>	<b>2.349</b>	<b>2.386</b>	<b>2.386</b>	<b>2.349</b>	<b>2.349</b>
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	928	741	933	877	928	740	933	877
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	354	285	370	378	354	284	370	378
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	114	102	129	127	114	102	129	127
<b>Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)</b>								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	642	514	689	622	642	514	689	622
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	262	208	286	261	262	208	286	261
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	89	76	101	85	89	76	101	85

\* in psych. Fachabteilungen und mind. 90/180 Tagen Nachbeobachtungszeit

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum <sup>1</sup>	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Kontaktabbrüche</b> (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem <sup>2</sup> (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen  <b>Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA1)</li> <li>• 2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB1)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA2)</li> <li>• 2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB2)</li> </ul> <b>Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (aA3)</li> <li>• 2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (aB3)</li> </ul>								
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>einem Kontaktabbruch</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen) <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1: Schwere psychische Störung A<sup>3</sup> (dA1)</li> <li>• 2: Schwere psychische Störung B<sup>4</sup> (dB1)</li> </ul>								
	11,1 %	9,2 %	11,0 %	9,7 %	7,0 %	6,5 %	8,1 %	7,3 %
	9,3 %	7,2 %	9,1 %	7,9 %	4,5 %	5,1 %	6,2 %	5,0 %
	5,4 %	4,2 %	4,6 %	4,8 %	2,0 %	1,8 %	0,5 %	2,6 %
	3,4 %	5,3 %	3,8 %	3,4 %	1,1 %	1,0 %	0,3 %	1,1 %
	6,1 %	4,9 %	3,9 %	5,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,6 %
	5,6 %	0,0 %	3,0 %	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %
	234,8	421,4	271,9	456,9	325,9	581,1	351,1	646,6
	204,6	387,2	267,8	347,7	317,8	551,7	354,2	571,6

<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>zwei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA2)	206,0	219,2	187,0	343,5	253,5	261,6	294,8	378,5
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB2)	196,4	220,7	163,5	392,1	265,0	268,3	293,0	423,5
<b>Gesamtdauer</b> in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit <b>mindestens drei Kontaktabbrüchen</b> (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A <sup>3</sup> (dA3)	154,7	204,7	147,7	269,8	0,0	0,0	0,0	233,0
• 2: Schwere psychische Störung B <sup>4</sup> (dB3)	157,5	0,0	154,9	210,7	0,0	0,0	0,0	210,7

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

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

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

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>	<b>1.030</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.007</b>	<b>1.007</b>	<b>1.007</b>	<b>1.013</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	1,3%	1,5%	1,0%	1,6%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>	<b>2.552</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>2.518</b>	<b>2.532</b>	<b>2.515</b>	<b>2.525</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)	0,4%	0,6%	0,3%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

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

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

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>627</b>	<b>627</b>	<b>627</b>	<b>627</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>614</b>	<b>620</b>	<b>618</b>	<b>620</b>
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) <sup>1</sup> , bei				
• Drei (A)	0,5%	1,3%	0,2%	1,3%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl Patienten (n)</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>	<b>1.376</b>
<b>Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)</b>	<b>1.345</b>	<b>1.360</b>	<b>1.337</b>	<b>1.364</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)	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

**Tabelle 132: Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>567</b>	<b>567</b>	<b>594</b>	<b>594</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	242	387	275	465
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode	1,5	1,5	1,5	1,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) <sup>2</sup>	25,0	75,7	28,3	86,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	24,2%	13,9%	25,4%	16,0%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU	14	12	10	10
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode	1,3	1,3	1,2	1,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,6	0,2	0,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>1</sup> (n)</b>	<b>1.121</b>	<b>1.121</b>	<b>1.144</b>	<b>1.144</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (C)</li> </ul>	464 1,6 37,9 14,6%	453 1,6 34,8 8,9%	411 1,7 28,1 10,9%	420 1,7 29,4 6,9%
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)</li> <li>• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (&gt;42 Tage) (F)</li> </ul>	34 1,5 1,1 0,2%	32 1,5 1,1 0,1%	33 1,8 0,9 0,1%	29 1,8 1,2 0,2%

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



**Tabelle 133: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>502</b>	<b>634</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	28,1% 117,6	30,3% 110,9
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>232</b>	<b>331</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	17,1% 119,1	16,2% 128,2
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>90</b>	<b>137</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	7,0% 140,9	6,6% 149,5

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

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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>607</b>	<b>660</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	40,7% 123,9	49,4% 124,8
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY A)</b>	<b>494</b>	<b>540</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	32,8% 122,3	40,3% 127,3
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (PSY B)</b>	<b>329</b>	<b>392</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	23,2% 129,4	28,6% 134,7

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

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

**Tabelle 134: Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>197</b>	<b>219</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	35,5%	35,2%
	100,5	114,4

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

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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
<b>Anzahl Personen mit stationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen<sup>1</sup> (alle)</b>	<b>253</b>	<b>332</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anteil Personen mit Wiederaufnahme<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A)</li> <li>• Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter stationärer Behandlung (B)</li> </ul>	34,0%	31,6%
	78,8	96,5

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

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

**Tabelle 135: Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,5 3 2 - 5	3,6 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,2 2 1 - 3	2,4 2 1 - 3
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	1,2 1 0 - 2	1,2 1 0 - 2

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen (n)</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>
Mittlerer Elixhauser Score (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	3,5 3 2 - 5	3,7 3 2 - 5
Prävalenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose nicht kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	2,8 2 1 - 4	3,0 3 1 - 4
Inzidenter mittlerer Elixhauser Score <sup>1</sup> (plus. Median und Interquartilsabstand), ab Referenzdatum unter Ausschluss von Elixhauser Diagnosen, die ein Jahr vor Diagnose kodiert waren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittelwert</li> <li>• Median</li> <li>• (Interquartilsabstand)</li> </ul>	0,7 0 0 - 1	0,7 0 0 - 1

**Tabelle 136: Mortalität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>1.042</b>	<b>1.042</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	6,6 %	4,4 %

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>2.575</b>	<b>2.575</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	3,0 %	3,8 %

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>636</b>	<b>636</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,2 %

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

<b>Merkmal</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Anzahl Personen insgesamt (n)</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)</li> </ul>	0,0 %	0,0 %

**Tabelle 138: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>973</b>	<b>996</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>	400 625 718	370 617 738
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>	14,8 % 4,2 % 17,1 %	19,2 % 5,2 % 19,2 %

<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

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>2.498</b>	<b>2.478</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>	804 1.275 1.744	613 1.179 1.695
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>	5,3 % 2,2 % 4,7 %	5,2 % 2,7 % 5,1 %

<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



**Tabelle 139: Progression psychischer Erkrankungen, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**
**Kinder, klinikneue Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>636</b>	<b>635</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>	127 158 620	124 166 617
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>	7,9 % 3,2 % 4,5 %	9,7 % 2,4 % 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

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Merkmal	IG	KG
<b>Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben</b>	<b>1.409</b>	<b>1.409</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>	168 213 1.381	154 229 1.359
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>	3,0 % 1,9 % 1,2 %	4,5 % 2,2 % 1,9 %

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

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

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

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

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

**Tabelle 140: Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**
**Erwachsene, ohne Unterscheidung in klinikneu und klinikbekannt**

<b>Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit stationär behandelte Alkoholabhängigkeit<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin<sup>4</sup> für mindestens sechs Monate</li> </ul>	<p><b>114</b></p> <p>5,3 %</p>	<p><b>92</b></p> <p>10,9 %</p>
<b>medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit<sup>5</sup></li> <li>Anteil Personen mit Acamprosat<sup>6</sup> oder Naltrexon<sup>7</sup> oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram<sup>8</sup></li> </ul>	<p><b>248</b></p> <p>2,4 %</p>	<p><b>240</b></p> <p>1,3 %</p>

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

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

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Diagnostik / Bildgebung (D)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose<sup>2</sup></li> </ul>	<p><b>319</b></p> <p>2,2 %</p>	<p><b>358</b></p> <p>0,8 %</p>
<b>Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz<sup>3</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern<sup>4</sup> oder Memantine<sup>5</sup></li> </ul>	<p><b>62</b></p> <p>25,8 %</p>	<p><b>46</b></p> <p>32,6 %</p>
<b>Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit Demenz<sup>6</sup></li> <li>Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung<sup>7</sup></li> </ul>	<p><b>200</b></p> <p>32,5 %</p>	<p><b>215</b></p> <p>37,2 %</p>

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

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

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

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Therapie / Antidepressiva (G)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode<sup>1</sup></li> <li>Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum<sup>2</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>1458</b> 51,1 %	<b>1445</b> 53,7 %
<b>Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode<sup>7</sup></li> <li>Anteil Personen mit Psychotherapie<sup>8</sup> innerhalb von 90 Tagen</li> </ul>	<b>699</b> 15,2 %	<b>775</b> 15,4 %

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

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

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

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

<b>Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)</b>	<b>IG</b>	<b>KG</b>
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>2</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<b>542</b> 93,0 %	<b>543</b> 93,7 %
<b>Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie und einer ersten Episode<sup>4</sup></li> <li>Anteil mit antipsychotischer Medikation<sup>3</sup></li> </ul>	<b>132</b> 93,9 %	<b>122</b> 96,7 %
<b>Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anzahl Erwachsene<sup>1</sup> mit Schizophrenie<sup>5</sup> und Langzeitmedikation<sup>6</sup></li> <li>Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen<sup>7</sup> und antipsychotischer Medikation<sup>3</sup> innerhalb von sechs Monaten</li> </ul>	<b>10</b> 10,0 %	<b>17</b> 17,6 %

<sup>1</sup> Alter ≥ 18 Jahre

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

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

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

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

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

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



## 2. Zwischenbericht – Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH

über EBM nicht abbilden

### 14.2 Graphische Darstellungen für Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

**Abbildung 92: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

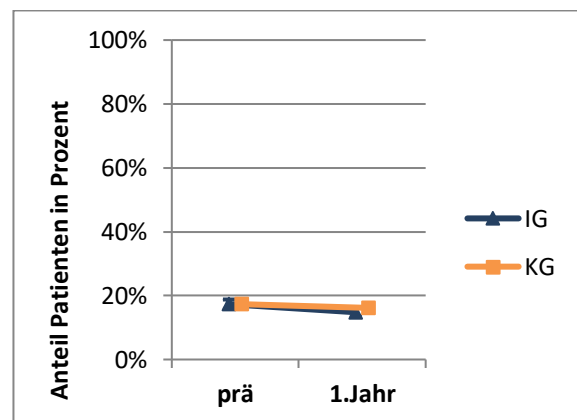
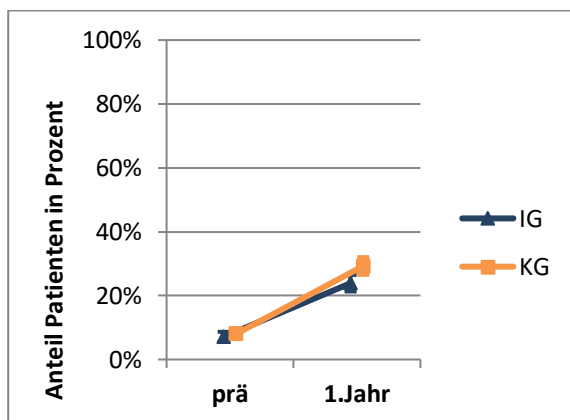
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

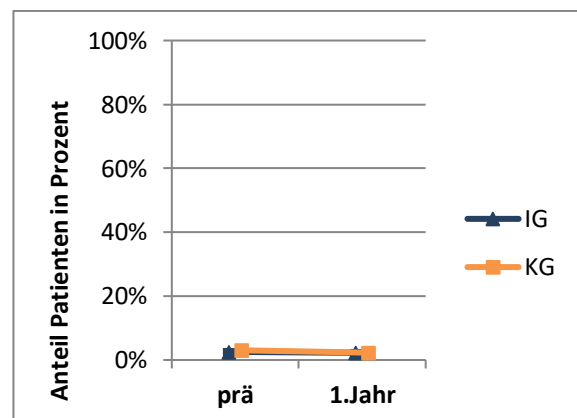
Patienten mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund (absolute Anzahl an Patienten)

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**

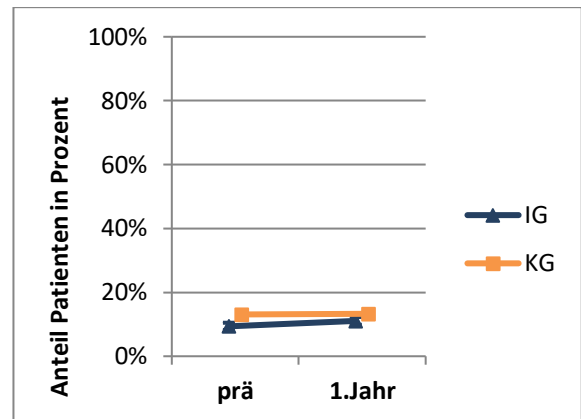
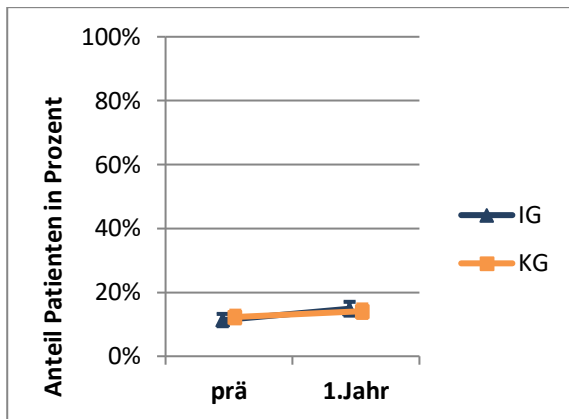


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein



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

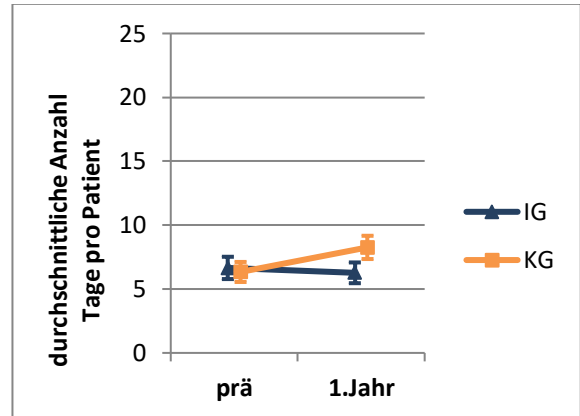
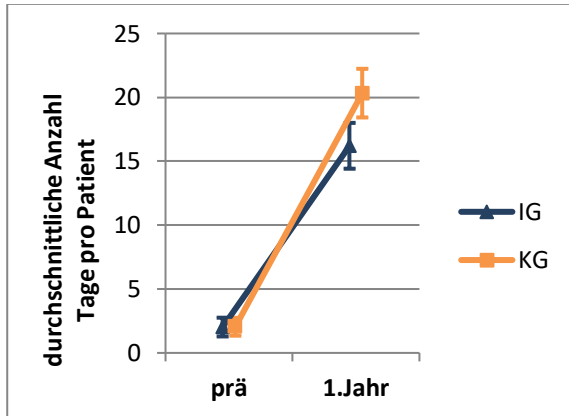


Erwachsene, klinikneue Patienten

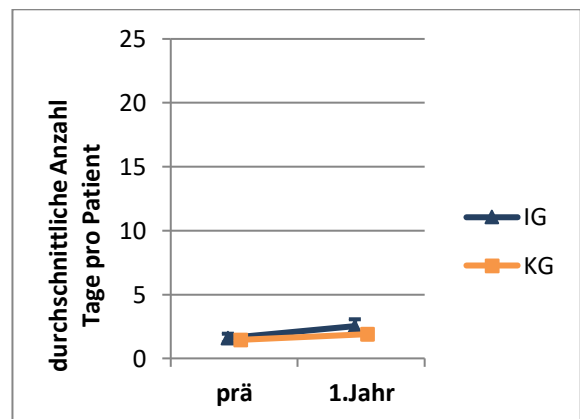
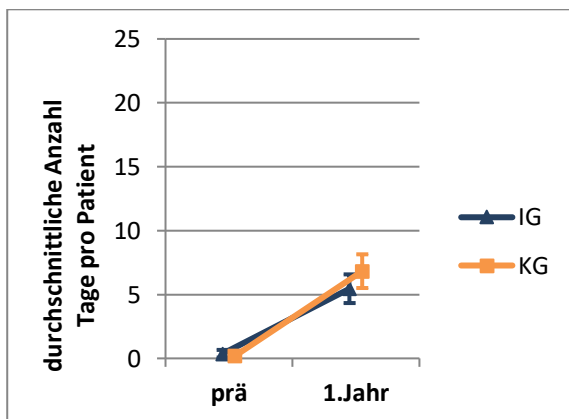
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär

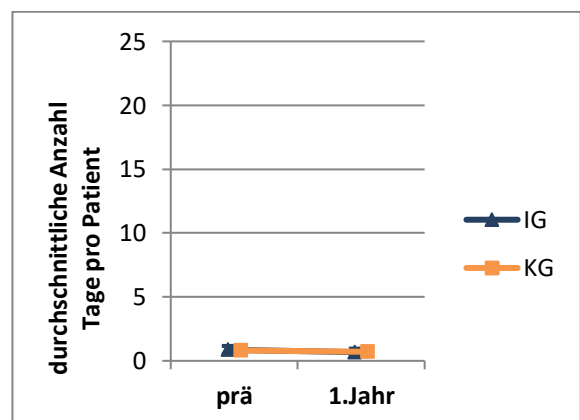


- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär

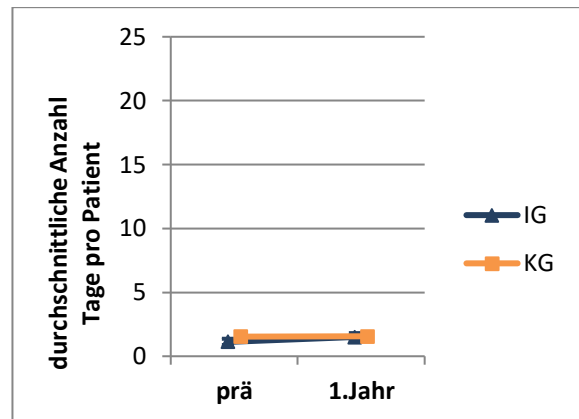
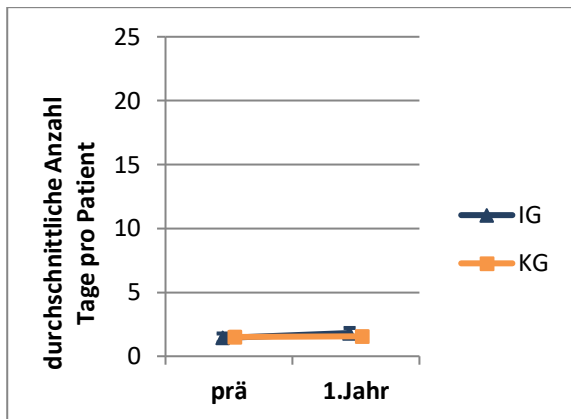


- andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär

Fallzahl zu klein



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





**Abbildung 93: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlungsdauer, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr – Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

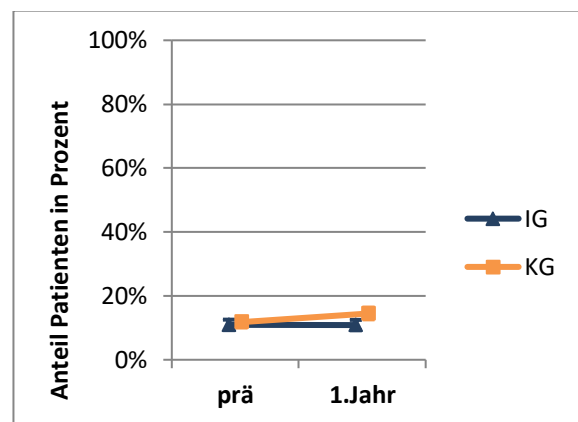
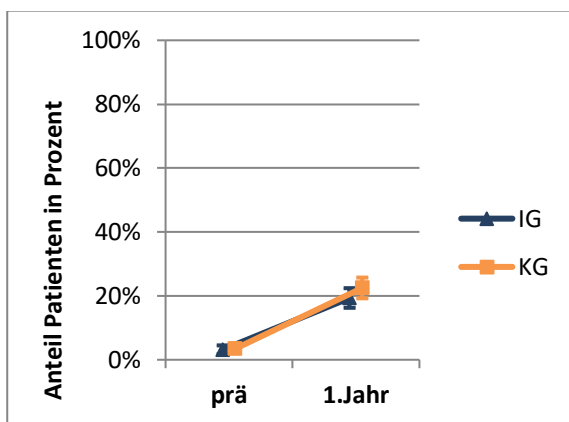
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)**

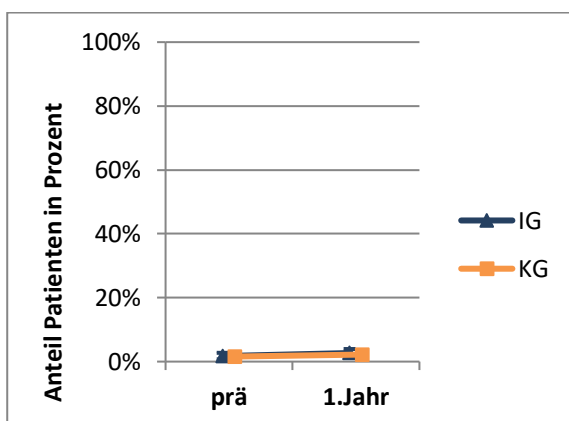


- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



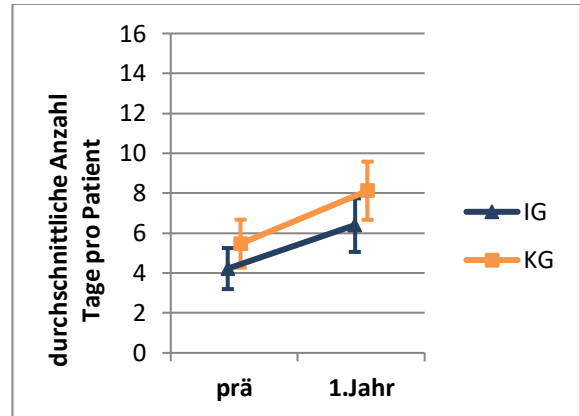
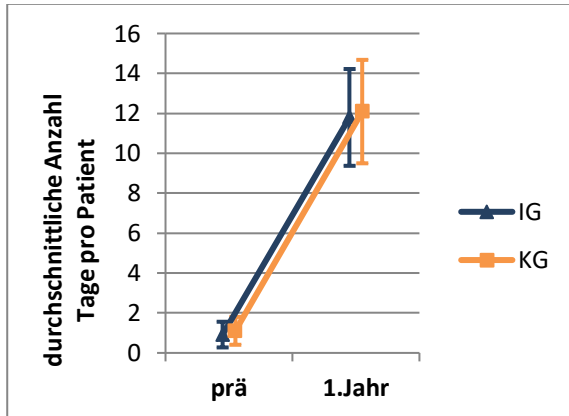
Fallzahl zu klein

**Kinder, klinikneue Patienten**

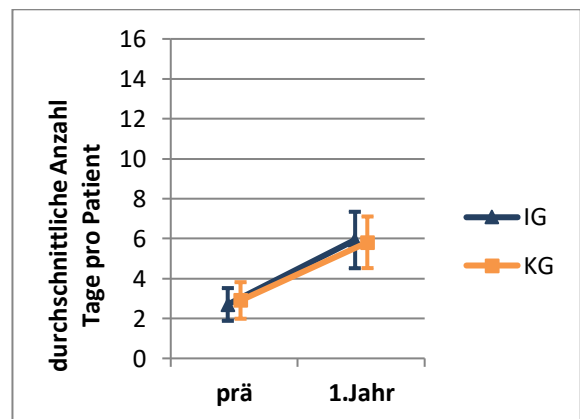
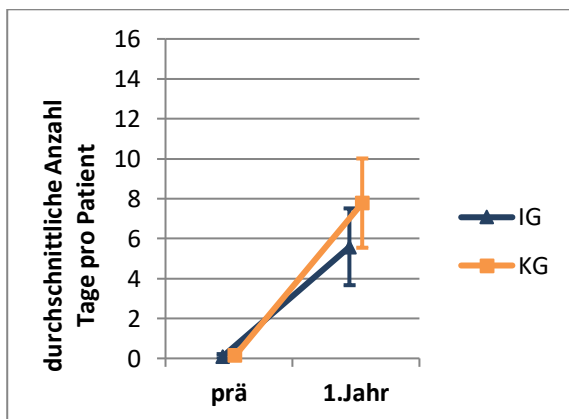
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

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



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



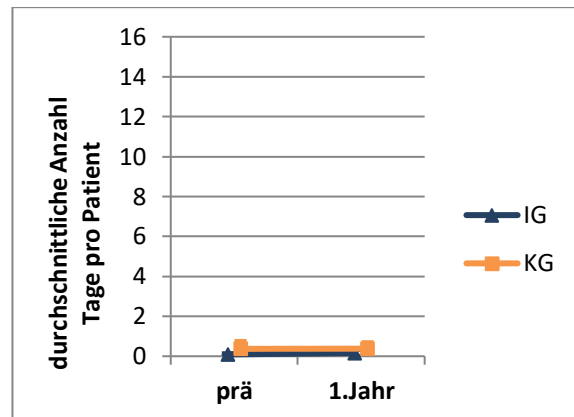
- **andere psychische Hauptdiagnosen (D), voll- und teilstationär**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein



**Abbildung 94: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

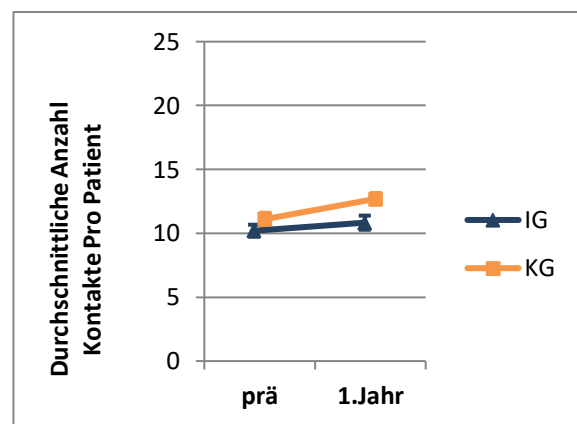
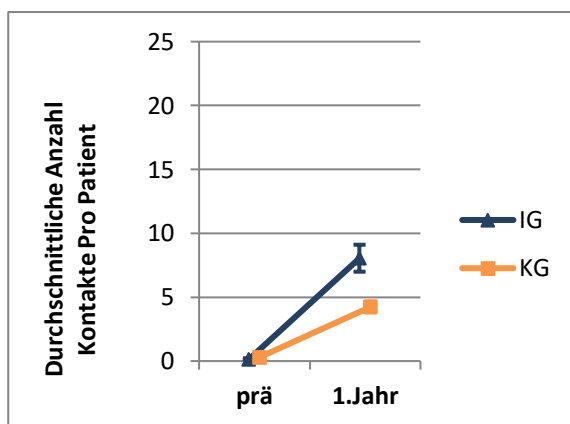
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

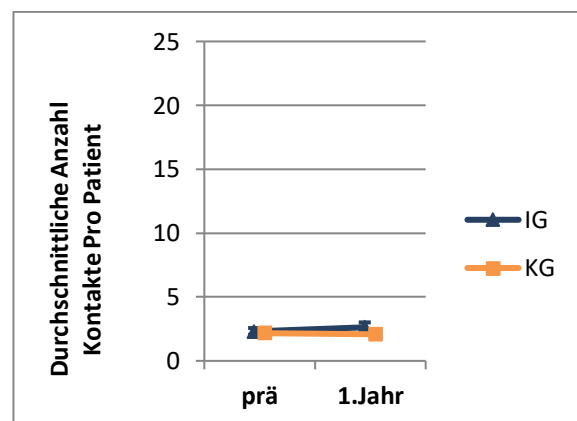
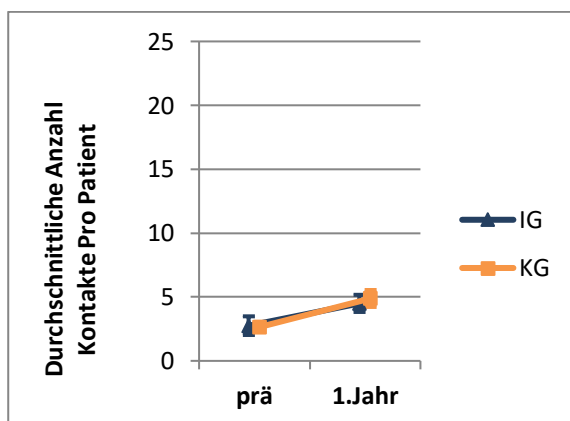
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

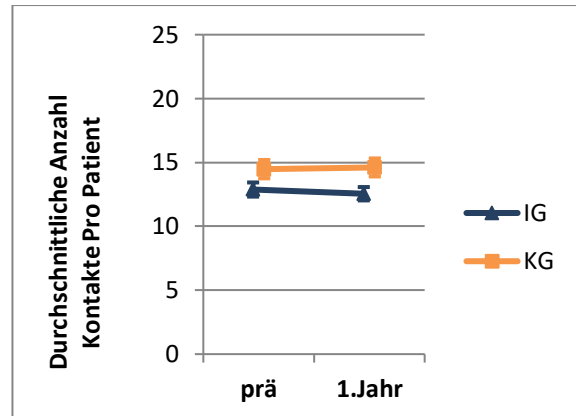
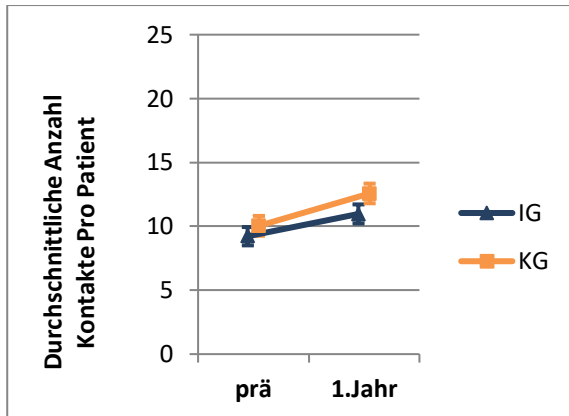
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



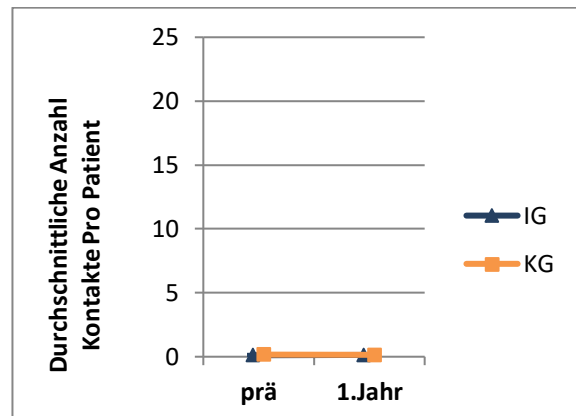
Erwachsene, klinikneue Patienten

Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein

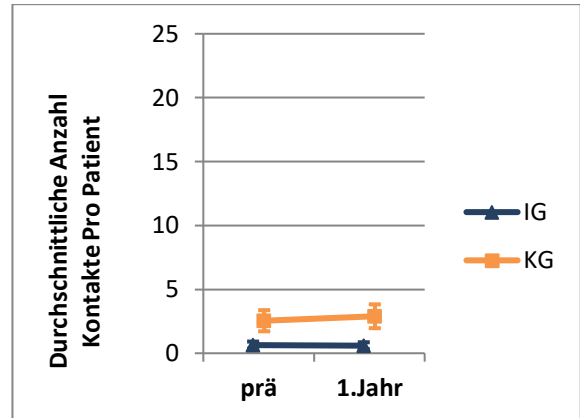
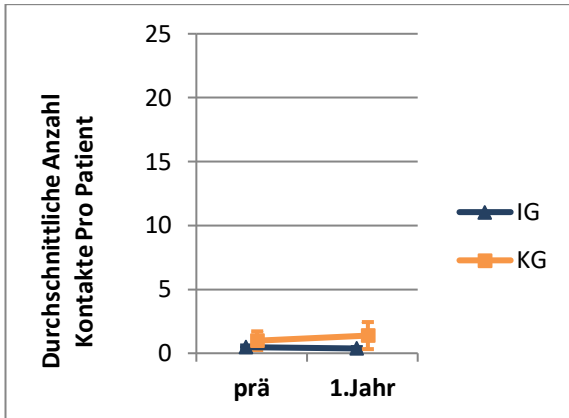


- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Vertragsärzten (F)



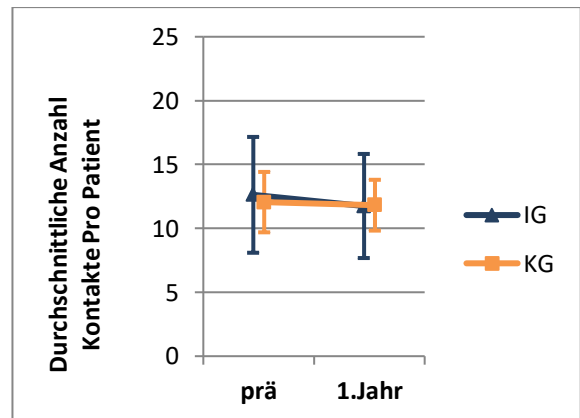
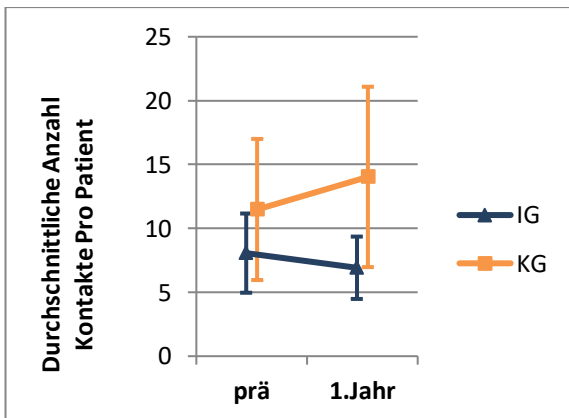
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

- bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



**Abbildung 95: Graphische Darstellungen, ambulante Leistung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

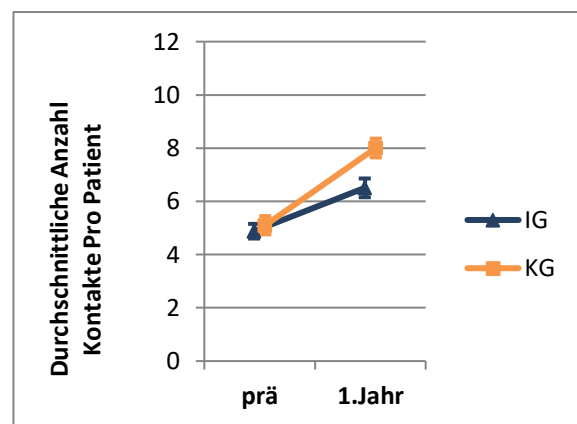
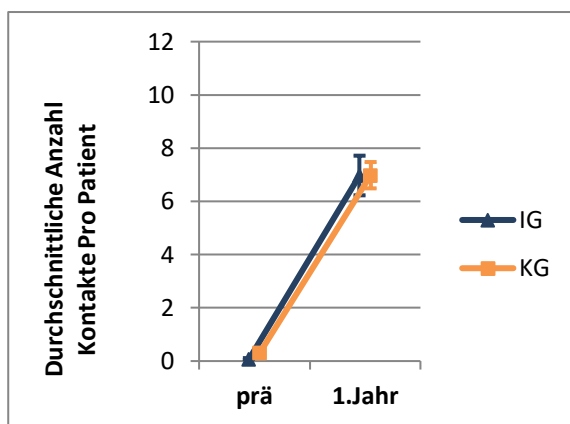
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

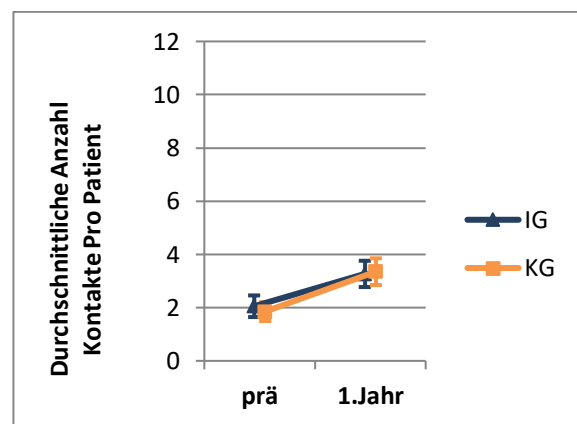
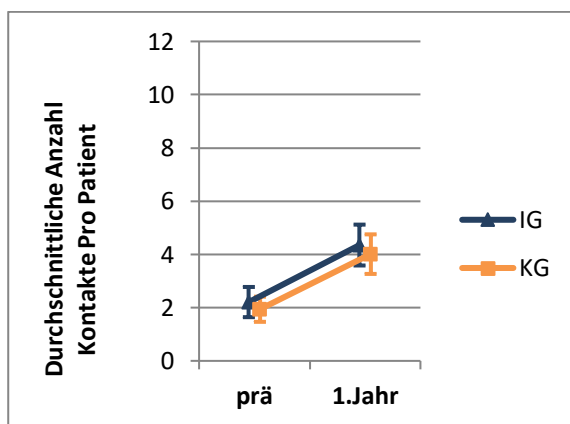
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

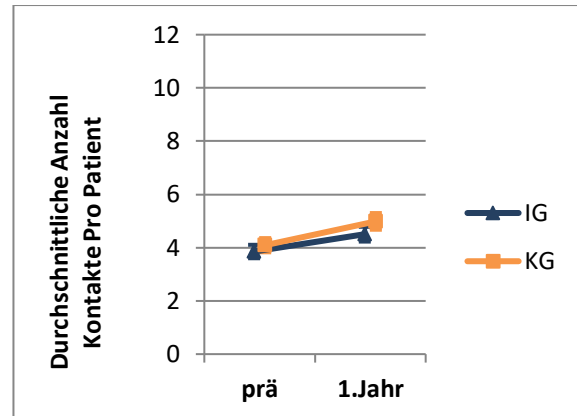
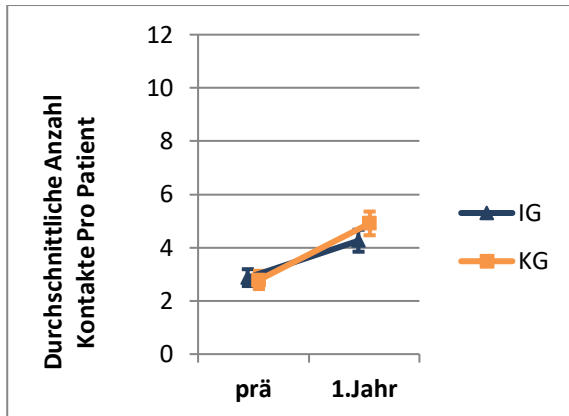
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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



- bei anderen Vertragsärzten (E)



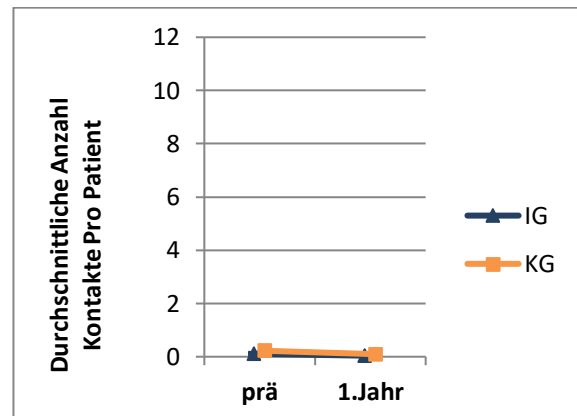
Kinder, klinikneue Patienten

Kinder, klinikbekannte Patienten

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

- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)

Fallzahl zu klein



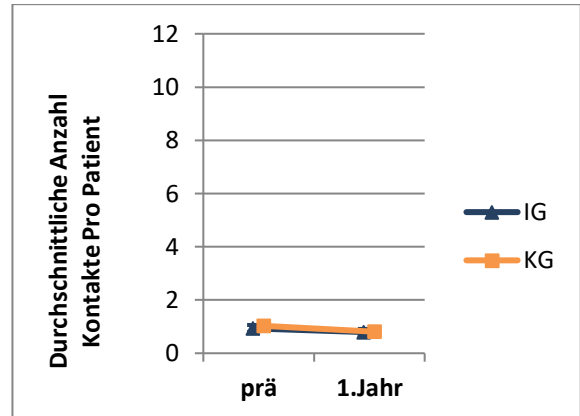
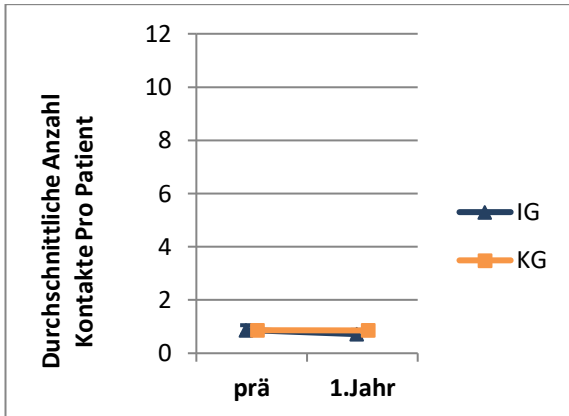
- bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten (D)

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein



- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



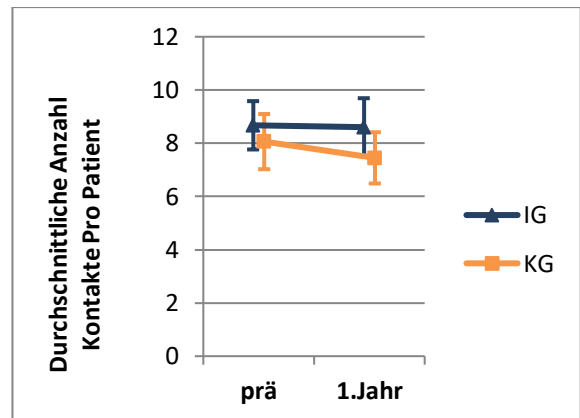
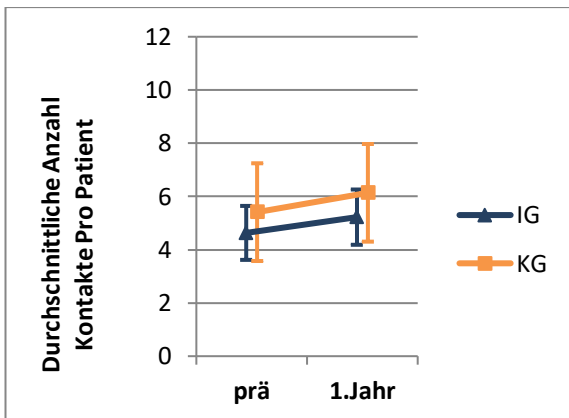
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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



**Abbildung 96: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

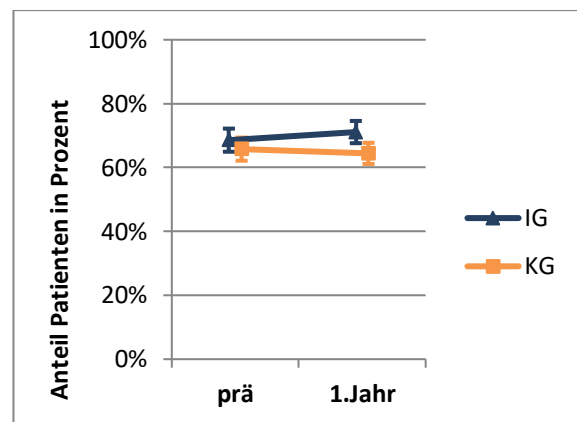
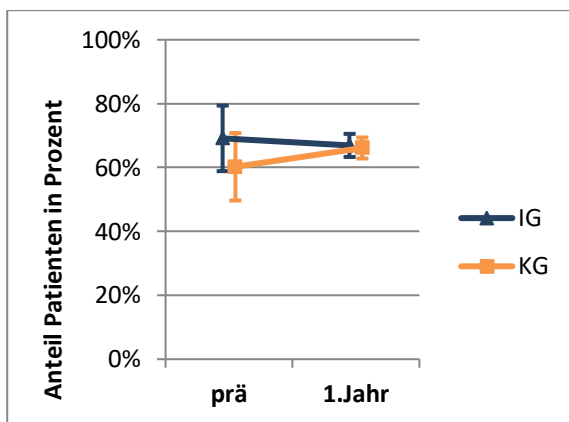
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

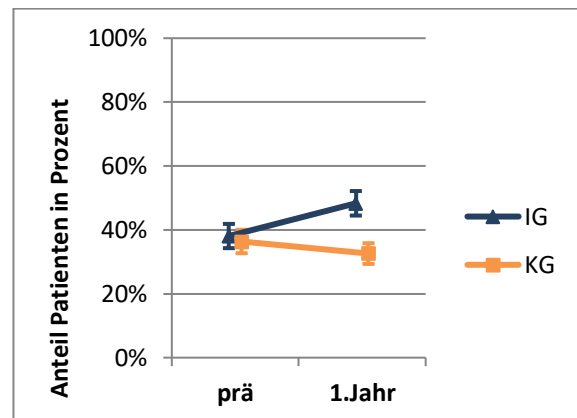
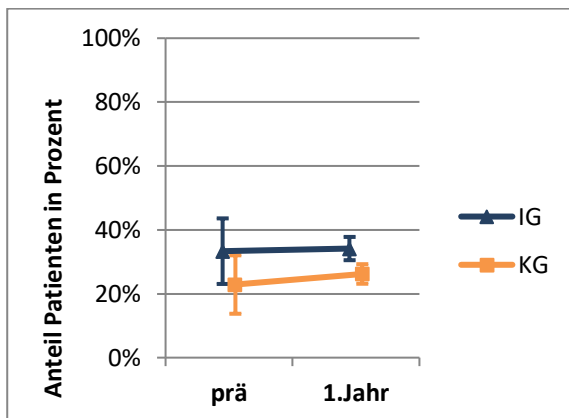
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

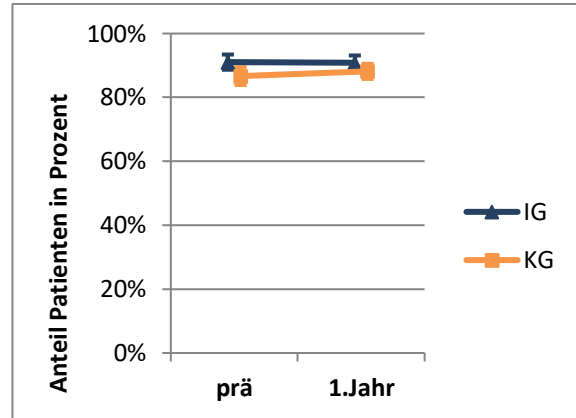
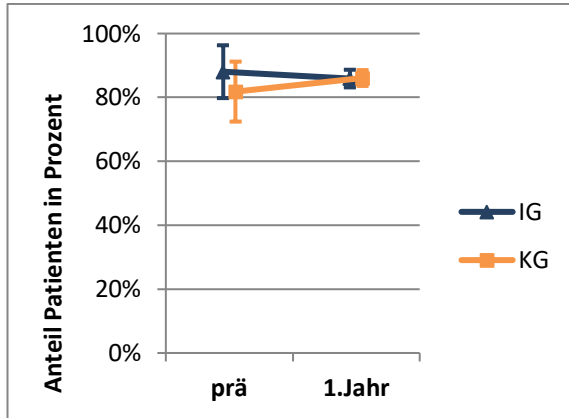


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

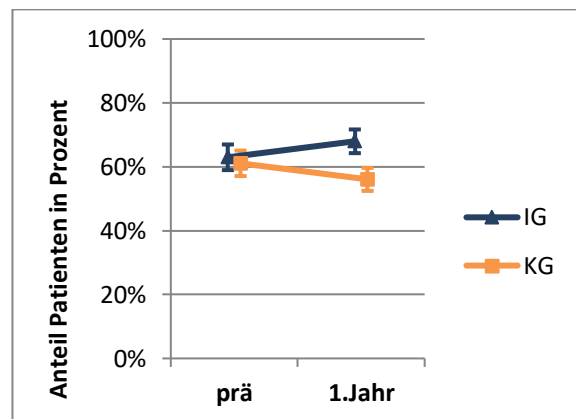
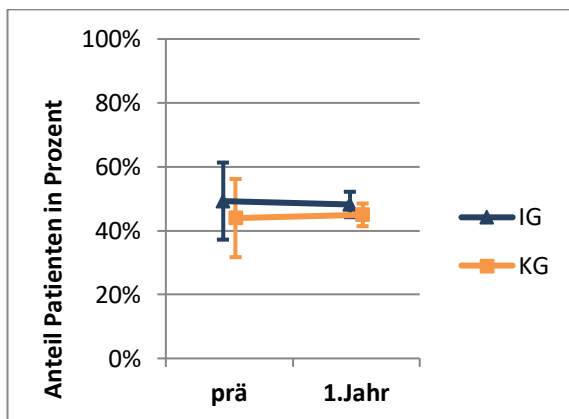
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

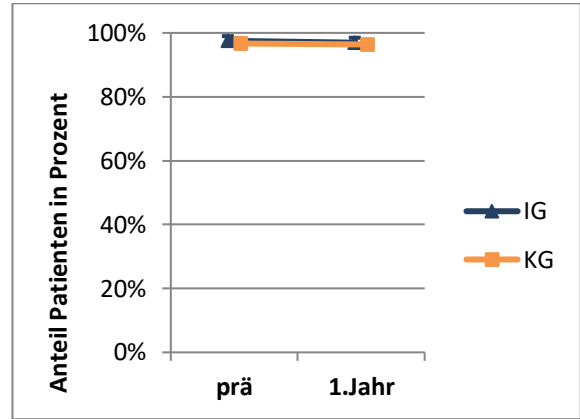
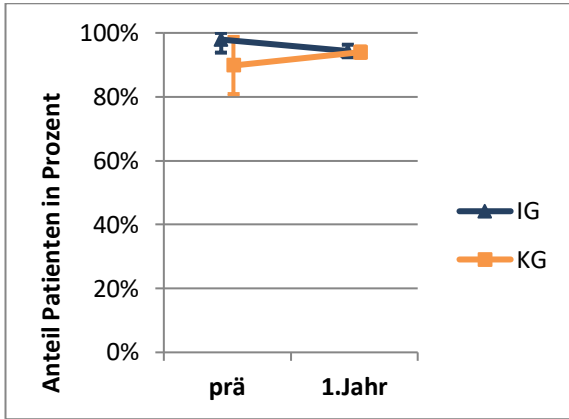


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

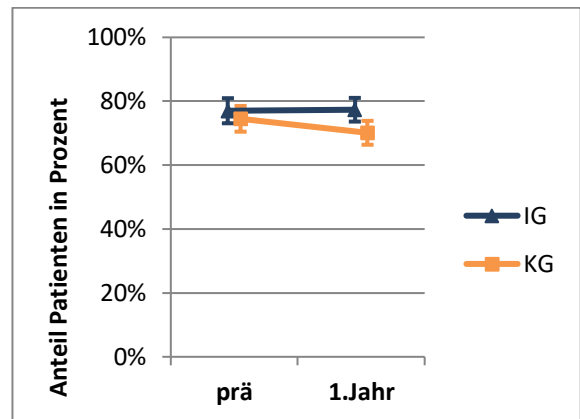
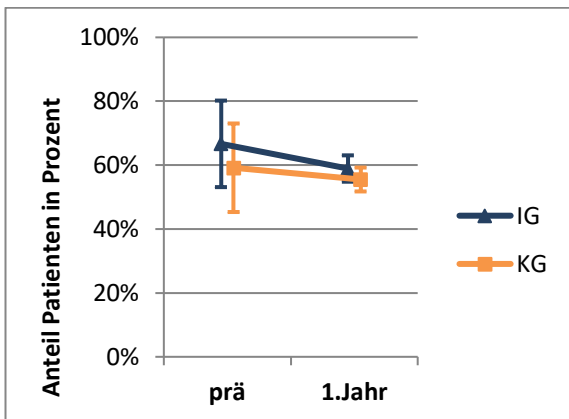
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



**Abbildung 97: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

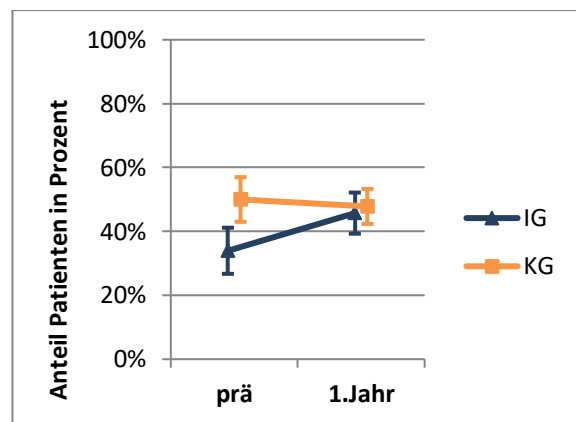
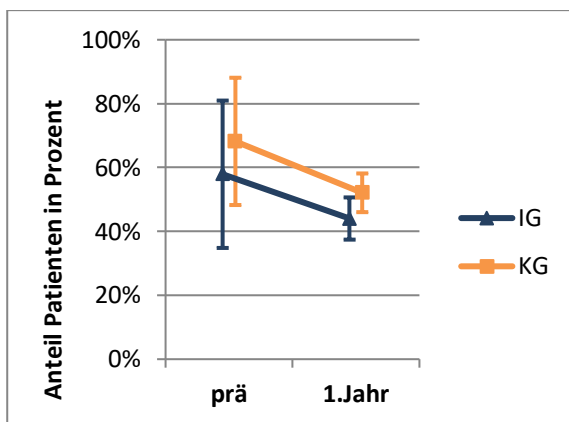
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

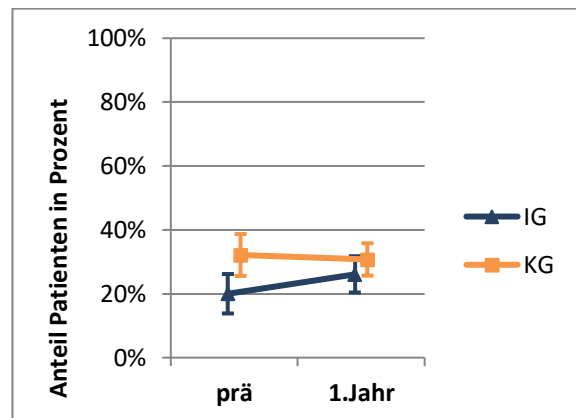
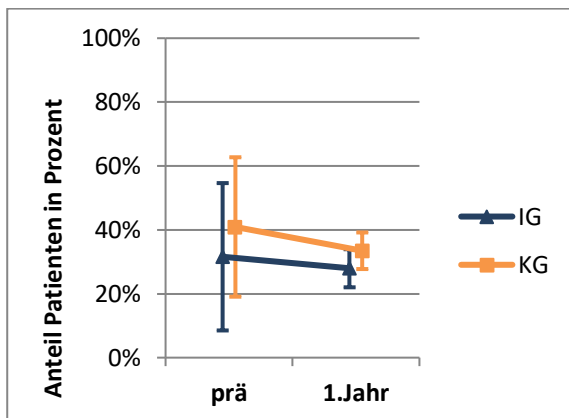
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Kontakt innerhalb von 7 Tagen**

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

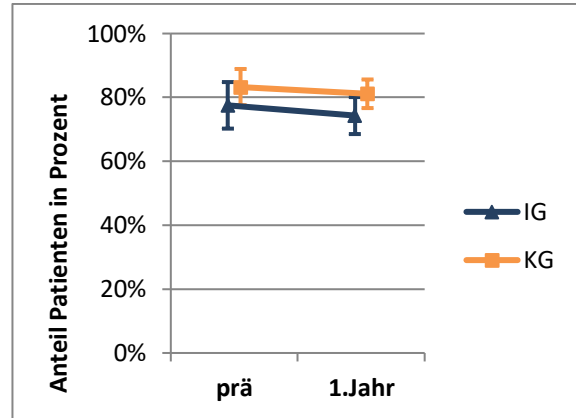
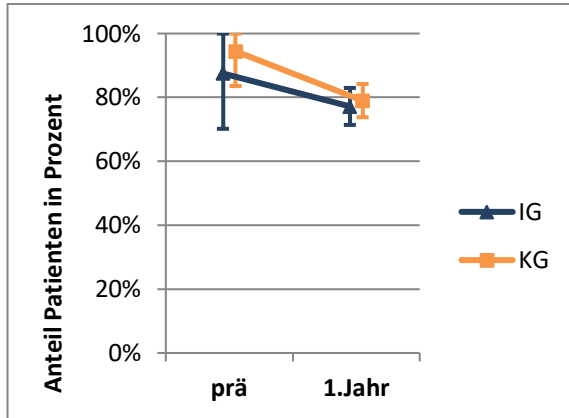


**Kinder, klinikneue Patienten**

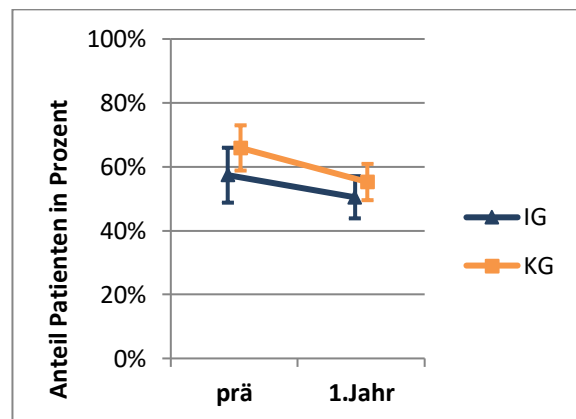
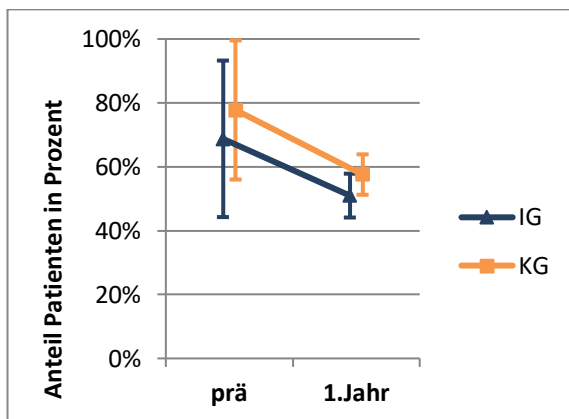
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

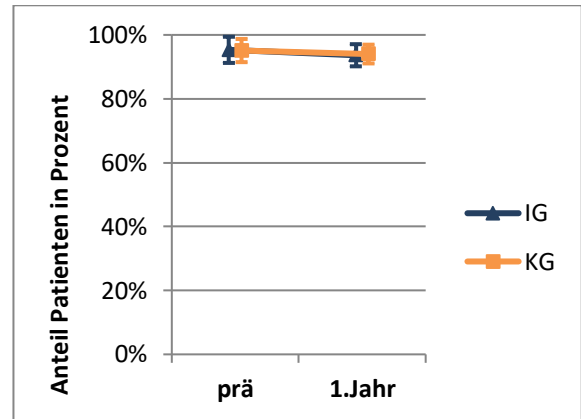
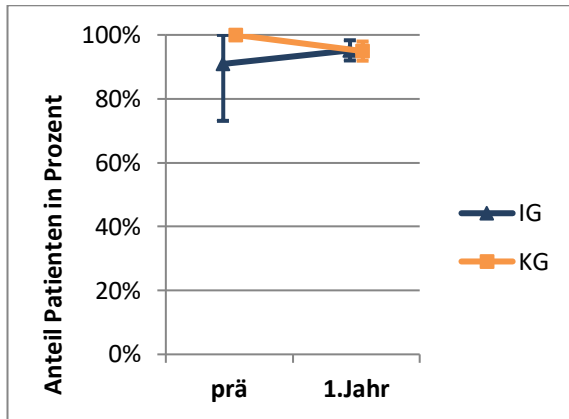


**Kinder, klinikneue Patienten**

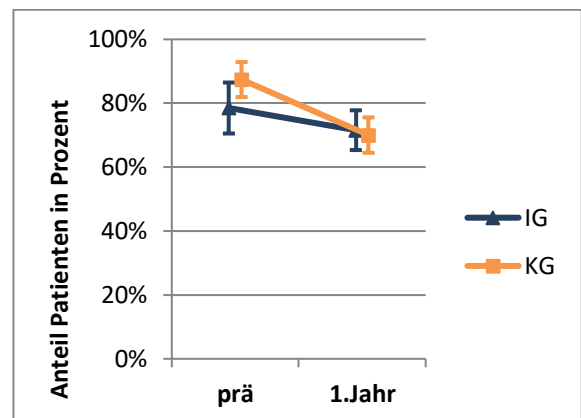
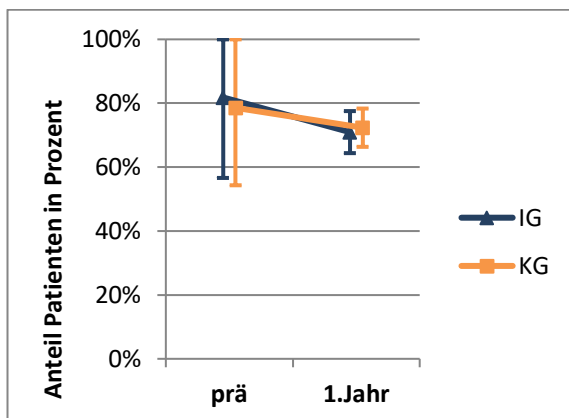
**Kinder, klinikbekannte Patienten**

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



**Abbildung 98: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

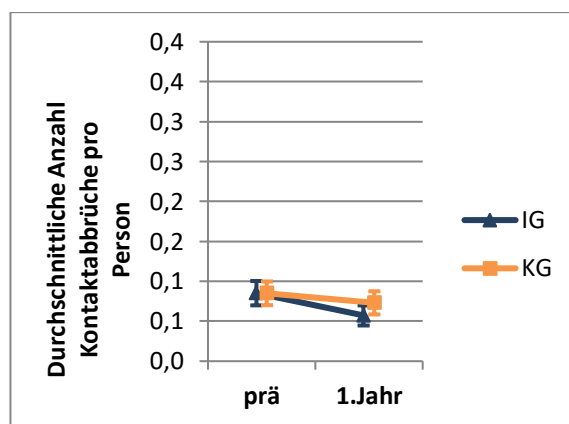
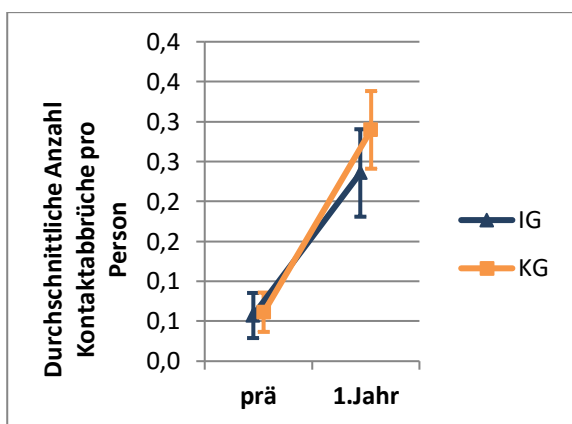
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

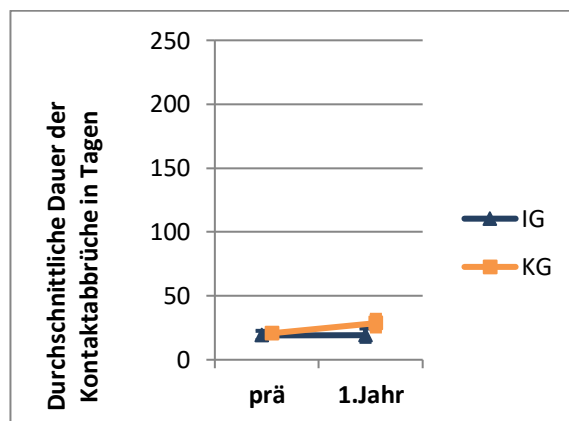
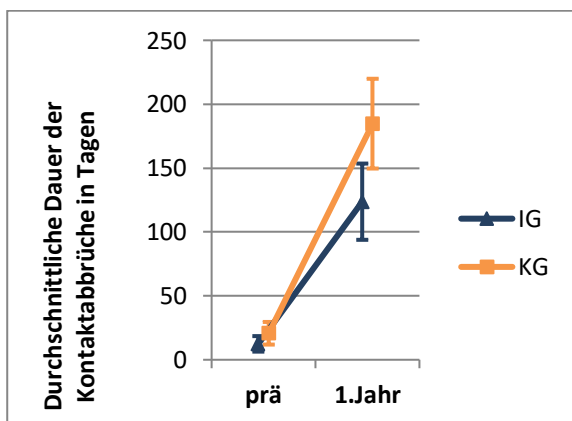


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 90 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



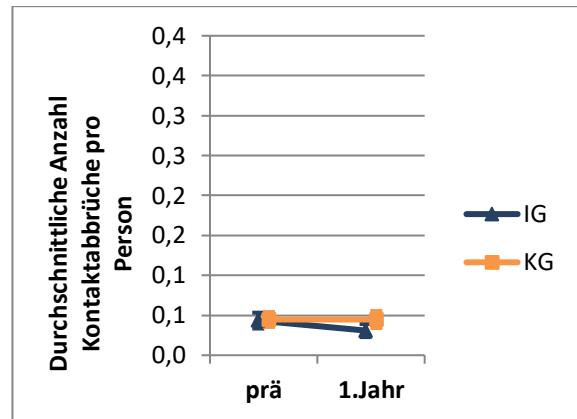
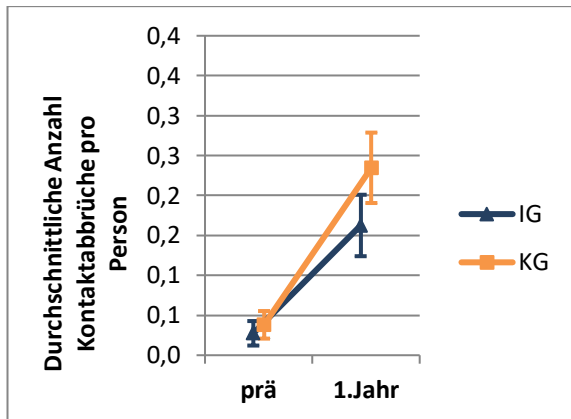


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**

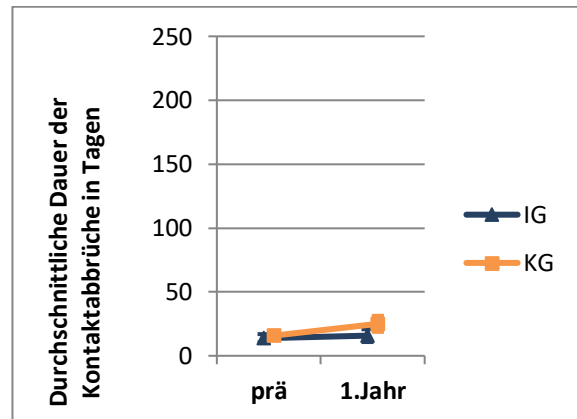
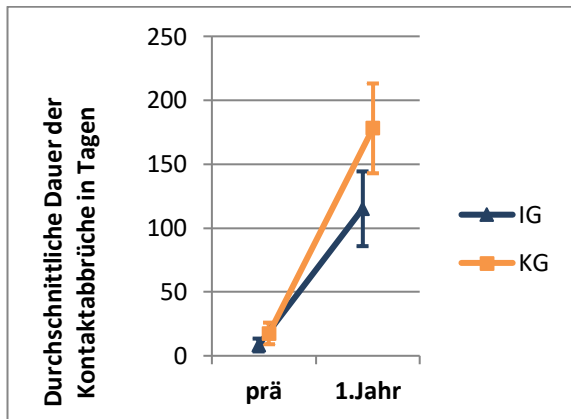


**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**



**Abbildung 99: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 100: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 101: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

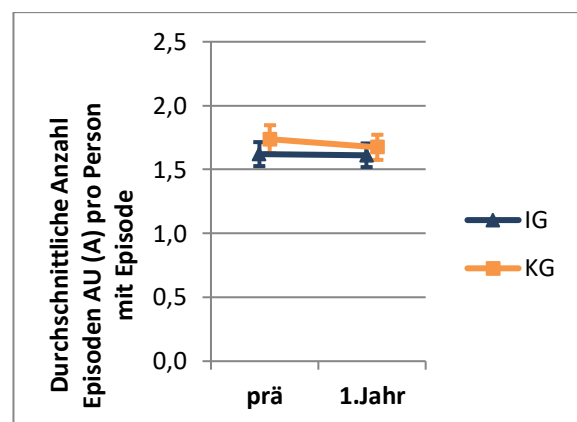
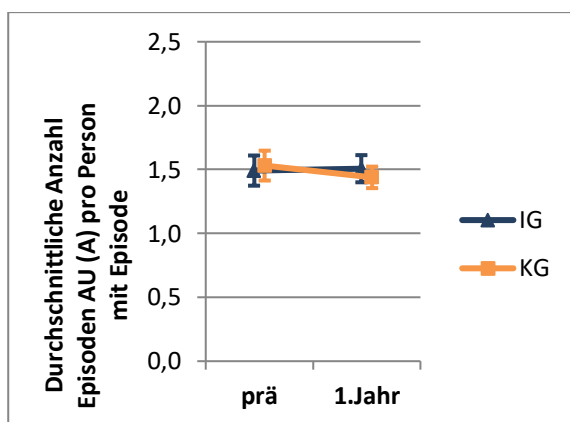
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie  
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

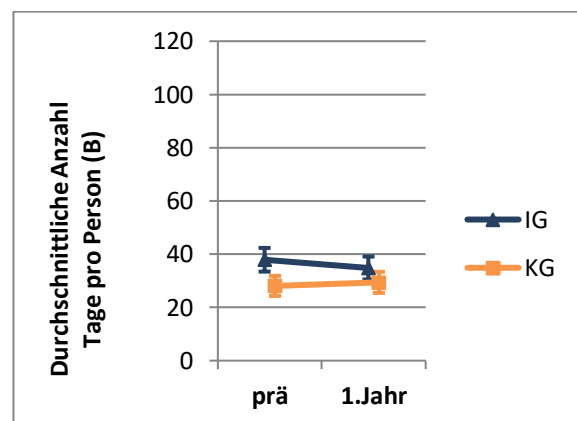
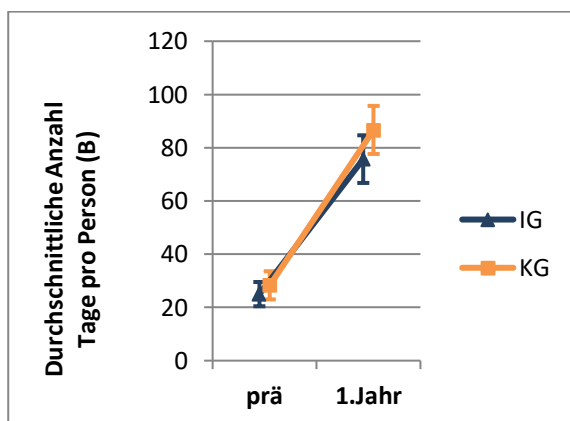
**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose**

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



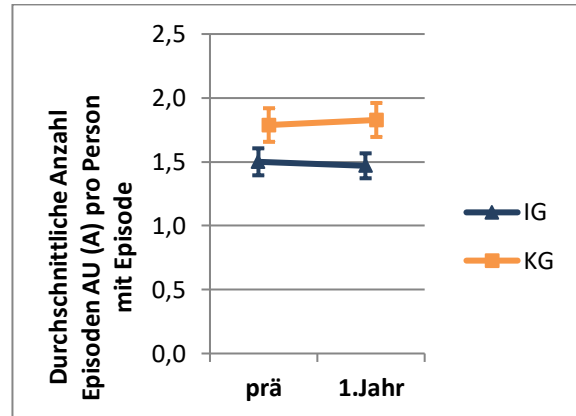
- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

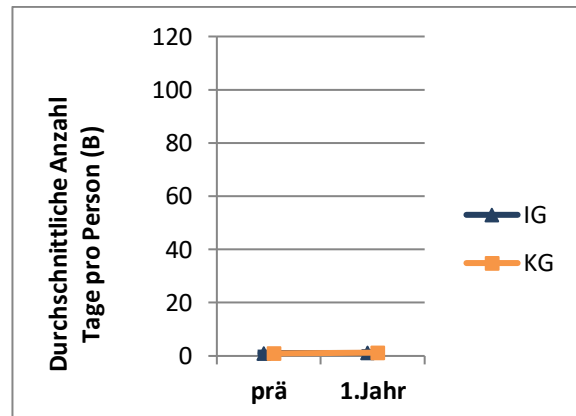
- Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person mit Episode

Fallzahl zu klein



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)

Fallzahl zu klein



**Abbildung 102: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

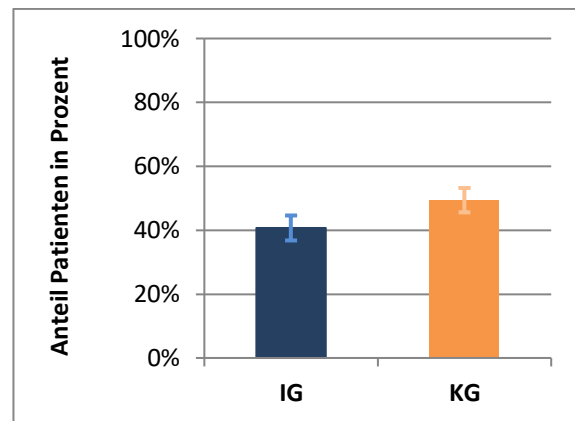
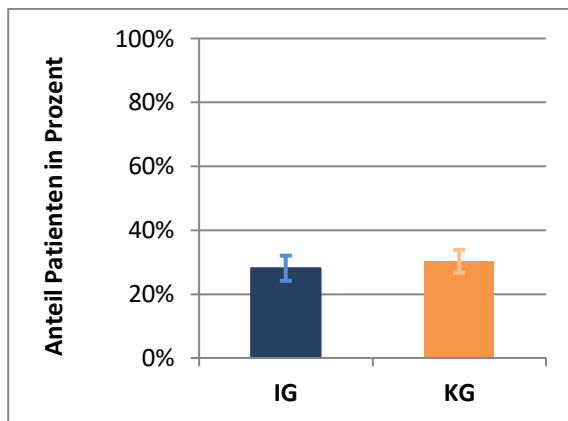
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

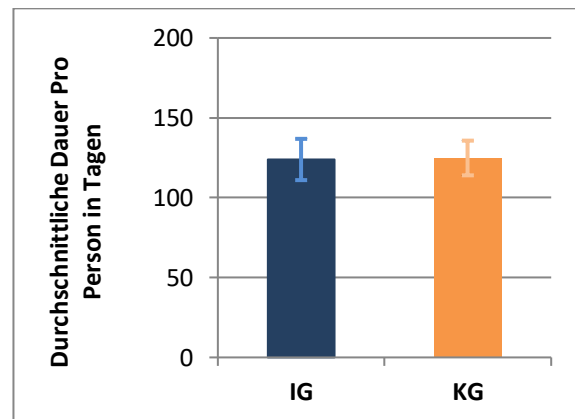
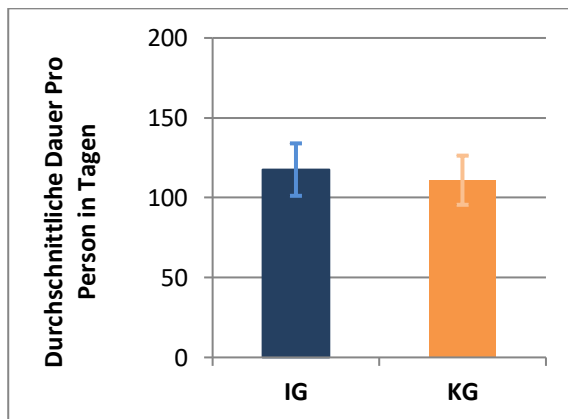
**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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



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



**Abbildung 103: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 104: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

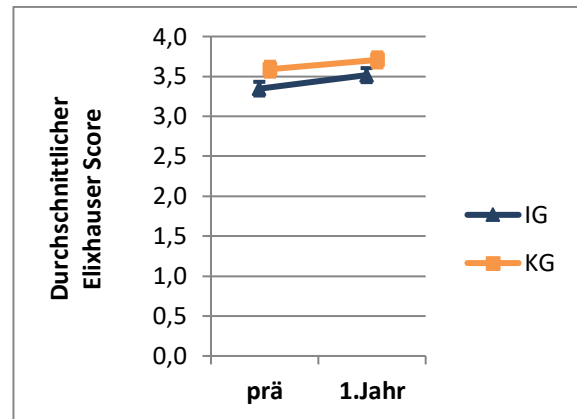
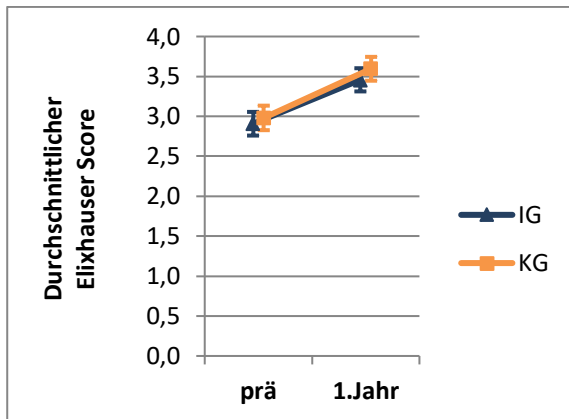
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Mittlerer Elixhauser Score**



**Abbildung 105: Grafische Darstellung für Mortalität - Erwachsene**

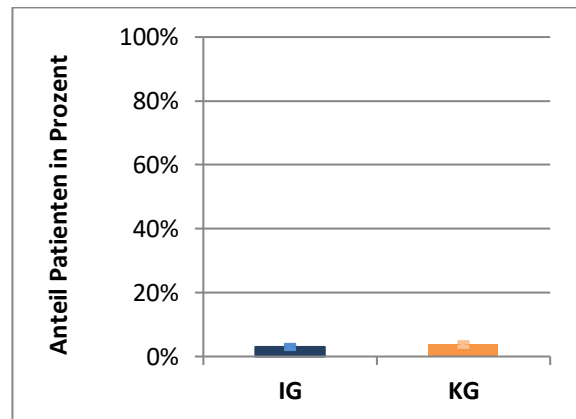
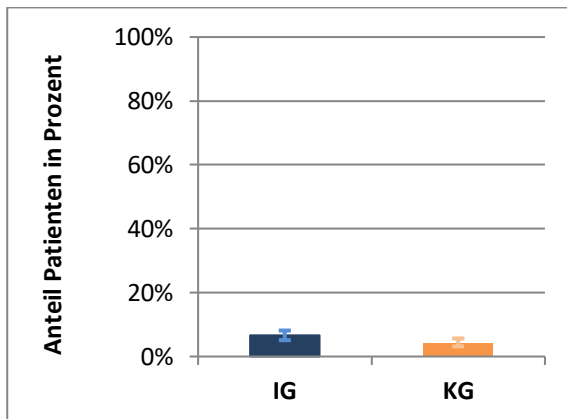
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**



**Abbildung 106: Grafische Darstellung für Mortalität - Kinder und Jugendliche**

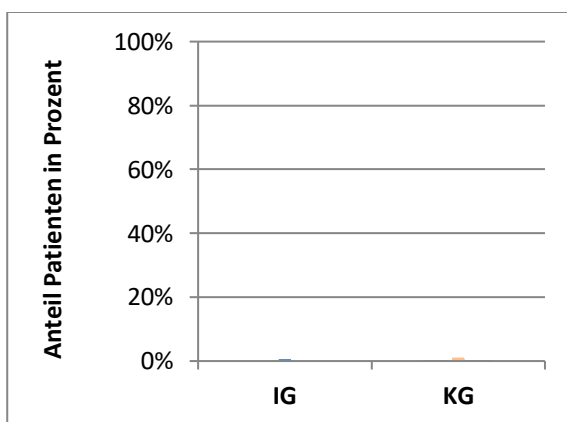
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

**Anzahl Tode**



Fallzahl zu klein





**Abbildung 107: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

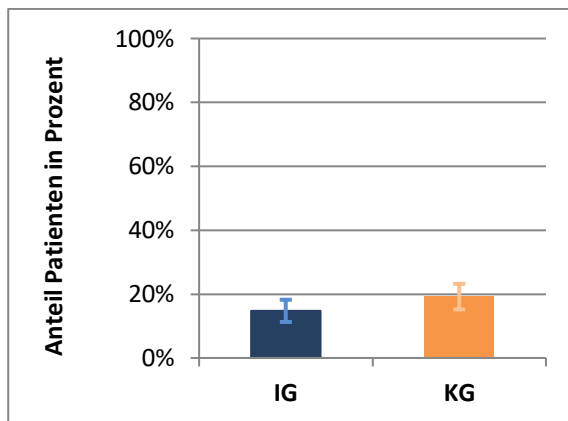
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Erwachsene, klinikneue Patienten**

**Erwachsene, klinikbekannte Patienten**

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



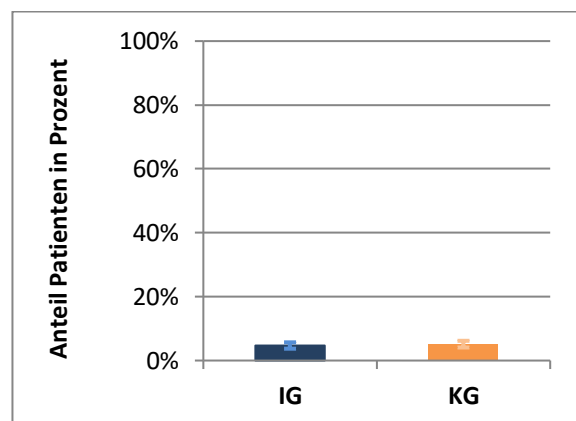
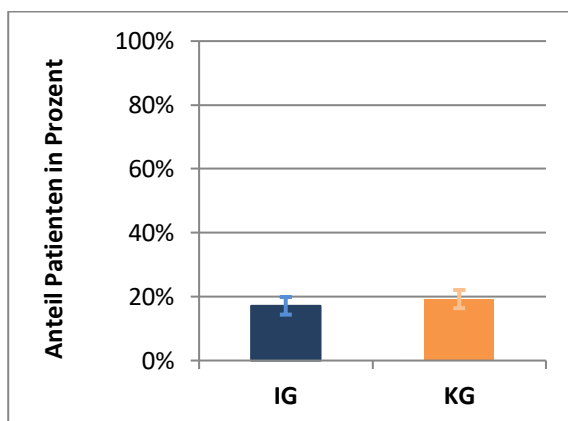
Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**



**Abbildung 108: Grafische Darstellungen, Progression, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Kinder, klinikneue Patienten**

**Kinder, klinikbekannte Patienten**

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

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

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Progression C (→ Suchterkrankung)**

Fallzahl zu klein

Fallzahl zu klein

**Abbildung 109: Graphische Darstellung, Leitlinienadhärenz, Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

**Alle Patienten**

**Alkoholabhängigkeit B**

Fallzahl zu klein

**Alkoholabhängigkeit C**

Fallzahl zu klein

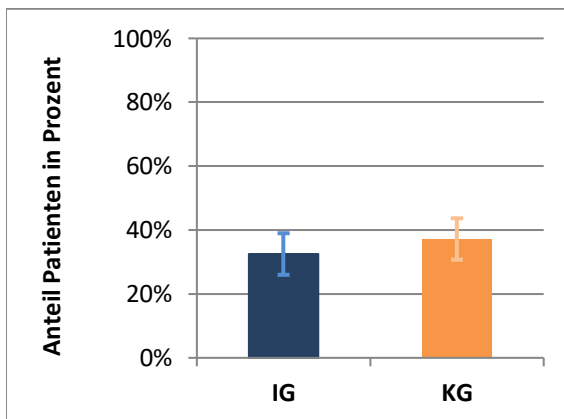
**Demenz D**

Fallzahl zu klein

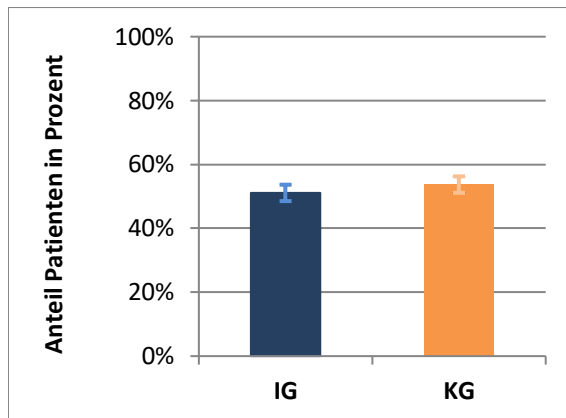
**Demenz E**

Fallzahl zu klein

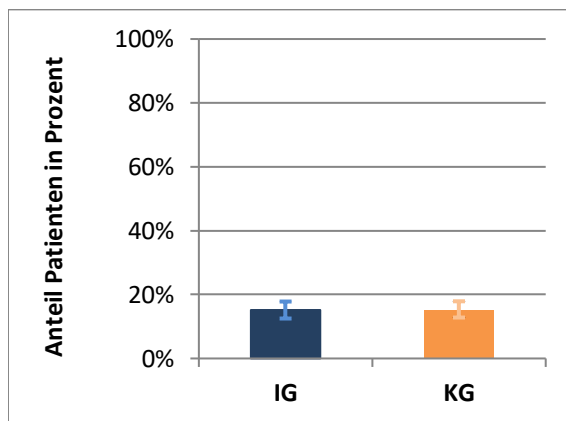
**Demenz F**



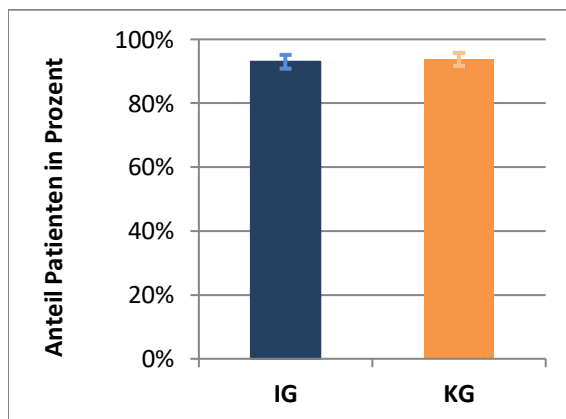
**Depression G**



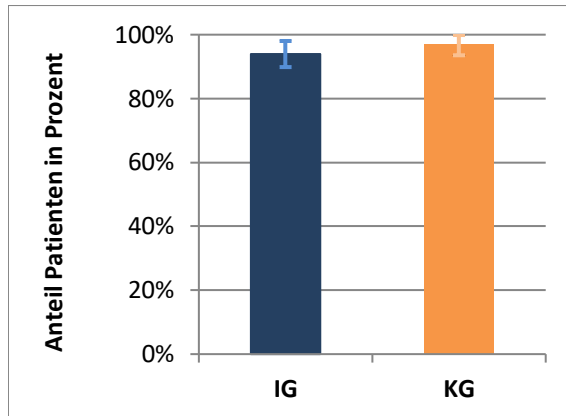
**Depression I**



**Schizophrenie J**



**Schizophrenie K**



**Schizophrenie L**

Fallzahl zu klein

### 14.3 Ergebnisse Modellierung

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Prä-Zeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (erster Teil) oder im 3. Modelljahr (zweiter Teil) statt.

Interpretation: Umschließt der Konfidenzintervall den Wert 1 ist dieser Einflussfaktor statistisch nicht signifikant. Die Ausprägung der Signifikanz ist jeweils als violetter Hintergrund (violett = statistisch signifikant, nicht violett = nicht statistisch signifikant) und Markierung von \* dargestellt. Je mehr \*\*\* dargestellt sind, desto höher ist die statistische Signifikanz.

**Tabelle 141: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-4,09*** -4,48...-3,71	kf	0,33*** 0,18...0,49
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,81*** 0,76...0,86	kf	1,23*** 1,11...1,35
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,87 0,58-1,31	kf	1,23 0,82-1,84	0,82*** 0,77-0,87	kf	1,22*** 1,11-1,35
Gruppe	0,89 0,63-1,27	kf	0,91 0,67-1,24	0,96 0,75-1,24	kf	0,91 0,58-1,41
Zeit	5,86*** 4,37-7,86	kf	1,17 0,88-1,55	9,87*** 9,44-10,32	kf	1,03 0,96-1,10
Indexgruppe 6 (F10)	1,71*** 1,27-2,30	kf	1,33 0,98-1,81	1,84** 1,29-2,64	kf	1,31 0,69-2,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21 0,96-1,53	kf	0,73* 0,58-0,93	1,43* 1,08-1,90	kf	0,52* 0,32-0,85
Indexgruppe 9 (F43)	0,51*** 0,36-0,72	kf	0,67* 0,46-0,99	0,47*** 0,31-0,69	kf	0,37* 0,18-0,79
Psy A <sup>1</sup>	1,91*** 1,51-2,43	kf	1,02 0,78-1,33	2,05*** 1,53-2,76	kf	1,06 0,63-1,80
Psy B <sup>2</sup>	0,83 0,61-1,11	kf	1,23 0,90-1,68	0,81 0,56-1,18	kf	0,96 0,50-1,83
Alter	1,00 0,99-1,00	kf	1,03*** 1,02-1,03	1,01 1,00-1,01	kf	1,04*** 1,02-1,05
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,81-1,25	kf	0,97 0,78-1,22	1,02 0,78-1,32	kf	0,79 0,50-1,26
Komorbidität <sup>3</sup>	0,99 0,94-1,04	kf	1,16*** 1,10-1,21	1,01 0,95-1,08	kf	1,35*** 1,21-1,49
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,59-1,22	kf	2,06*** 1,52-2,79	1,26 0,83-1,92	kf	5,46*** 2,75-10,85
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,98*** 1,60-2,46	kf	1,85*** 1,47-2,33	1,17 0,91-1,51	kf	2,36*** 1,49-3,75
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,61*** 0,49-0,76	kf	0,40*** 0,32-0,51	0,01*** 0,01-0,02	kf	0,21*** 0,14-0,34

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt



<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 142: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-2,30*** -2,51...-2,10	-0,07* -0,14...0,00	0,35*** 0,26...0,45
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,72*** 0,70...0,74	0,91* 0,84...1,00	1,32*** 1,23...1,41
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,84 0,65-1,09	1,82*** 1,81-1,84	1,26 0,95-1,68	0,72*** 0,70-0,74	0,83*** 0,76-0,90	1,31*** 1,23-1,40
Gruppe	1,07 0,88-1,30	0,90*** 0,89-0,91	0,69** 0,55-0,87	1,01 0,70-1,44	1,48 0,80-2,75	0,51*** 0,37-0,70
Zeit	0,88 0,73-1,06	0,36*** 0,36-0,36	1,05 0,86-1,27	1,30*** 1,28-1,33	0,93* 0,87-0,99	1,01 0,96-1,05
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,68*** 1,31-2,15	0,51*** 0,50-0,51	0,73* 0,55-0,98	2,15* 1,19-3,90	0,34* 0,13-0,91	0,41** 0,24-0,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86 0,70-1,05	0,45*** 0,45-0,46	0,64*** 0,52-0,81	0,64 0,40-1,03	0,24*** 0,11-0,52	0,35*** 0,23-0,53
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,81 0,64-1,03	0,25*** 0,25-0,25	1,02 0,78-1,33	0,69 0,40-1,19	0,48 0,17-1,37	0,74 0,45-1,22
Psy A <sup>1</sup>	1,83*** 1,42-2,36	0,29*** 0,28-0,29	0,78 0,58-1,04	3,65*** 2,01-6,63	1,38 0,57-3,35	1,06 0,62-1,81
Psy B <sup>2</sup>	0,86 0,71-1,04	3,97*** 3,93-4,02	1,28* 1,01-1,62	0,55* 0,35-0,87	0,82 0,38-1,80	1,15 0,75-1,76
Alter	0,98*** 0,97-0,99	0,95*** 0,95-0,96	1,02*** 1,02-1,03	0,96*** 0,94-0,97	0,99 0,97-1,01	1,04*** 1,03-1,05
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,81-1,11	0,81*** 0,80-0,82	1,07 0,89-1,28	1,04 0,72-1,51	1,19 0,63-2,26	1,13 0,81-1,57
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05** 1,02-1,09	1,23*** 1,22-1,24	1,28*** 1,23-1,33	1,22*** 1,12-1,33	0,87 0,74-1,03	1,44*** 1,34-1,54
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,83-1,32	1,64 0,68-3,97	2,27*** 1,81-2,85	2,06** 1,21-3,50	1,94 0,85-4,45	2,90*** 1,89-4,46
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	9,77*** 8,07-11,84	6,65*** 3,81-11,63	4,38*** 3,59-5,34	12,97*** 8,66-19,44	3,98*** 1,92-8,26	7,01*** 4,95-9,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,10*** 0,08-0,14	0,20*** 0,20-0,20	0,48*** 0,36-0,64	0,00*** 0,00-0,00	0,20*** 0,09-0,42	0,36*** 0,20-0,63

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)  
Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 143: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-3,89*** -4,28...-3,50	-0,23*** -0,34...-0,13	0,04 -0,13...0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,31*** 1,22...1,41	0,70*** 0,61...0,81	1,02 0,94...1,12
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,29 0,85-1,96	2,57 0,82-8,06	1,43 0,96-2,13	1,32*** 1,23-1,42	0,63*** 0,54-0,72	1,04 0,95-1,14
Gruppe	0,83 0,57-1,20	0,20 0,02-2,55	0,64** 0,48-0,87	0,68** 0,53-0,87	1,52 0,71-3,28	0,72 0,48-1,09
Zeit	6,46*** 4,80-8,70	0,43* 0,20-0,93	0,96 0,73-1,26	9,95*** 9,53-10,39	1,11* 1,02-1,21	1,16*** 1,09-1,24
Indexgruppe 6 (F10)	1,88*** 1,45-2,44	0,15 0,01-3,09	1,07 0,78-1,47	1,37 0,97-1,93	1,35 0,49-3,73	0,98 0,54-1,78
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,11 0,90-1,36	0,39 0,03-5,35	0,74* 0,58-0,94	1,19 0,91-1,55	0,43 0,18-1,03	0,49** 0,31-0,78
Indexgruppe 9 (F43)	0,64** 0,48-0,87	0,03 0,00-1,61	0,65* 0,44-0,96	0,50*** 0,34-0,72	1,85 0,67-5,09	0,37** 0,19-0,75
Psy A <sup>1</sup>	1,62*** 1,31-2,02	0,64 0,04-10,73	1,17 0,89-1,53	1,62** 1,21-2,17	1,73 0,71-4,24	1,21 0,74-1,99
Psy B <sup>2</sup>	0,97 0,75-1,26	0,40 0,01-16,11	1,07 0,78-1,47	1,19 0,83-1,71	0,72 0,23-2,31	0,92 0,51-1,67
Alter	0,99 0,99-1,00	0,95 0,88-1,02	1,03*** 1,03-1,04	1,00 0,99-1,01	0,99 0,97-1,02	1,06*** 1,04-1,07
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,78-1,15	0,14 0,01-2,08	0,90 0,72-1,13	0,95 0,73-1,22	0,47 0,20-1,07	0,93 0,61-1,43
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,94-1,02	1,25 0,78-2,00	1,12*** 1,08-1,17	0,97 0,92-1,02	1,05 0,90-1,24	1,27*** 1,16-1,38
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,28 0,95-1,71	2,30 0,06-87,42	2,27*** 1,70-3,02	1,66** 1,14-2,43	1,33 0,40-4,45	3,87*** 2,18-6,88
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,81*** 1,49-2,19	4,73 0,28-78,71	2,67*** 2,10-3,39	1,53** 1,19-1,96	3,10* 1,29-7,45	4,45*** 2,86-6,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,75** 0,62-0,91	0,36 0,03-4,19	0,64*** 0,51-0,80	0,01*** 0,01-0,02	0,75 0,33-1,69	0,38*** 0,25-0,57

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 144: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene**

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,63*** -3,95...-3,32
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-2,66*** -2,98...-2,34
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,35*** -3,67...-3,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,76*** 0,71...0,80
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,71*** 0,66...0,76
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,07* 1,01...1,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,76*** 0,72-0,81
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,70*** 0,66-0,75
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,09* 1,02-1,16

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



	Dauer stationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	1,21 0,98-1,48
Zeit	11,17*** 10,73-11,62
Indexgruppe 6 (F10)	1,56*** 1,30-1,87
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,32*** 1,14-1,52
Indexgruppe 9 (F43)	0,58*** 0,48-0,72
Psy A <sup>1</sup>	1,75*** 1,50-2,05
Psy B <sup>2</sup>	1,04 0,86-1,27
Alter	1,00 1,00-1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,89-1,16
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,95-1,01
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,57*** 1,27-1,92
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,38*** 1,20-1,58
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,01*** 0,01-0,01
2. vs. 1.Jahr	0,76* 0,60-0,95
3. vs. 1.Jahr	1,20 0,96-1,50

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 145: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-0,10 -0,50...0,29	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,18** 1,05...1,32	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,19 0,58-2,41	kf	kf	1,18** 1,05-1,32	kf	kf
Gruppe	0,68 0,35-1,31	kf	kf	0,94 0,50-1,79	kf	kf
Zeit	9,57*** 5,59-16,38	kf	kf	10,94*** 10,12-11,82	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,00* 1,18-3,37	kf	kf	6,98** 2,31-21,12	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,81 0,47-1,38	kf	kf	1,16 0,40-3,36	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,82 0,51-1,32	kf	kf	1,30 0,51-3,36	kf	kf
Alter	1,17*** 1,10-1,24	kf	kf	1,34*** 1,20-1,51	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,68-1,33	kf	kf	1,64 0,85-3,16	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,54** 0,35-0,85	kf	kf	0,00*** 0,00-0,01	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 146: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-0,48*** -0,73...-0,22	kf	0,06* 0,01...0,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	1,02 0,98...1,07	kf	1,70*** 1,33...2,18
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,71 0,49-1,03	kf	0,32 0,09-1,18	1,03*** 1,03-1,03	kf	1,77*** 1,38-2,26
Gruppe	0,98 0,73-1,30	kf	0,83 0,03-20,97	0,45*** 0,45-0,45	kf	0,64 0,28-1,43
Zeit	1,38* 1,08-1,78	kf	1,03 0,43-2,45	1,43*** 1,43-1,43	kf	0,93 0,83-1,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,05*** 2,04-4,55	kf	0,01 0,00-1,18	1,63*** 1,63-1,63	kf	0,20 0,04-1,06
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,59-1,58	kf	0,00** 0,00-0,05	0,22*** 0,22-0,22	kf	1,11 0,27-4,63
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,98 0,70-1,37	kf	0,16 0,00-6,53	0,20*** 0,20-0,20	kf	0,57 0,20-1,66
Alter	1,13*** 1,09-1,18	kf	1,09 0,62-1,90	1,32*** 1,32-1,32	kf	1,21** 1,05-1,39
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,82-1,30	kf	1,17 0,04-33,66	0,77*** 0,77-0,77	kf	1,70 0,75-3,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,10-0,21	kf	0,19 0,00-11,34	0,00*** 0,00-0,00	kf	0,38 0,12-1,22

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 147: Prädiktoren stationäre Behandlung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniken und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)			Dauer vollstationärer Aufenthalte		
	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD	Index-diagnose als HD	Andere F-Diagnose als HD	Somatische HD
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	—	—	—	-0,23 -0,57...0,12	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	—	—	—	0,77*** 0,71...0,84	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,47*** 0,31-0,72	kf	kf	0,82*** 0,76-0,89	kf	kf
Gruppe	5,28** 1,79-15,54	kf	kf	0,88 0,56-1,39	kf	kf
Zeit	4714,26*** 3285,35-INF	kf	kf	10,97*** 10,32-11,65	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,37 0,41-4,56	kf	kf	1,62 0,77-3,39	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	0,73 0,15-3,44	kf	kf	0,18*** 0,07-0,43	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,57 0,20-1,65	kf	kf	0,29*** 0,15-0,54	kf	kf
Alter	0,95 0,82-1,09	kf	kf	1,20*** 1,11-1,29	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,70 0,68-4,24	kf	kf	1,54 0,97-2,44	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,03*** 0,01-0,08	kf	kf	0,00*** 0,00-0,01	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 148: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
DiD-Schätzer, 1. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	0,40* 0,08...0,72
DiD-Schätzer, 2. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	0,82*** 0,48...1,16
DiD-Schätzer, 3. Modelljahr (additiv, nicht adjustiert)	2,09*** 1,70...2,47
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,32*** 1,19...1,46
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,11 1,00...1,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,15** 1,06...1,25
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,18** 1,06-1,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,07 0,96-1,19
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,07 0,99-1,17

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



	Dauer vollstationärer Aufenthalte
	Indexdiagnose als HD
Gruppe	0,66 0,40-1,10
Zeit	11,47*** 10,69-12,30
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,36*** 1,95-5,81
Indexgruppe 9 (F43)	0,62 0,36-1,09
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,59* 0,37-0,94
Alter	1,18*** 1,12-1,25
Geschlecht (m vs. w)	1,58** 1,12-2,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,00*** 0,00-0,00
2. vs. 1.Jahr	0,55* 0,31-0,98
3. vs. 1.Jahr	2,16** 1,25-3,73

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 149: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	3,99*** 3,77...4,21	-0,49*** -0,72...-0,25	-0,79*** -1,19...-0,39	kf	kf	-0,50*** -0,61...-0,39	kf	-3,70*** -4,08...-3,31
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	4,45*** 3,64...5,45	0,89*** 0,83...0,95	0,95** 0,91...0,99	kf	kf	0,56*** 0,48...0,65	kf	0,70*** 0,67...0,73
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	4,56*** 3,73-5,59	0,89** 0,83-0,95	0,95** 0,91-0,98	kf	kf	0,59*** 0,59-0,59	kf	0,70*** 0,70-0,70
Gruppe	0,38*** 0,30-0,48	1,08 0,83-1,40	0,94 0,87-1,02	kf	kf	1,19*** 1,19-1,19	kf	0,60*** 0,60-0,60
Zeit	13,23*** 11,83-14,79	1,84*** 1,76-1,93	1,25*** 1,22-1,29	kf	kf	1,35*** 1,35-1,35	kf	1,21*** 1,21-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	0,71** 0,56-0,89	0,26*** 0,17-0,39	0,90 0,80-1,01	kf	kf	0,33*** 0,33-0,33	kf	0,26*** 0,26-0,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40*** 1,19-1,64	2,27*** 1,70-3,03	1,06 0,97-1,15	kf	kf	0,47*** 0,47-0,47	kf	1,12*** 1,12-1,12
Indexgruppe 9 (F43)	0,67*** 0,53-0,83	0,68 0,46-1,01	0,89 0,79-1,00	kf	kf	0,23*** 0,23-0,23	kf	0,95*** 0,95-0,95
Psy A <sup>1</sup>	1,11 0,94-1,31	3,26*** 2,40-4,42	1,50*** 1,38-1,64	kf	kf	0,77*** 0,77-0,77	kf	0,85*** 0,85-0,85
Psy B <sup>2</sup>	1,01 0,81-1,26	2,06*** 1,42-2,99	1,34*** 1,20-1,50	kf	kf	0,36*** 0,36-0,36	kf	1,26*** 1,26-1,26
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,98*** 0,98-0,99	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,97*** 0,97-0,97	kf	1,03*** 1,03-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,95-1,28	2,01*** 1,53-2,63	1,17*** 1,08-1,26	kf	kf	0,68*** 0,68-0,68	kf	1,98*** 1,98-1,98
Komorbidität <sup>3</sup>	0,98 0,94-1,01	1,00 0,93-1,07	1,11*** 1,09-1,13	kf	kf	1,28*** 1,28-1,28	kf	1,23*** 1,23-1,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,84-1,40	0,43*** 0,27-0,68	1,38*** 1,21-1,57	kf	kf	0,74*** 0,74-0,74	kf	1,78*** 1,78-1,78
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,06 0,91-1,22	1,63*** 1,25-2,12	1,31*** 1,21-1,42	kf	kf	1,12*** 1,12-1,12	kf	3,06*** 3,06-3,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	6,25*** 5,29-7,37	0,48*** 0,36-0,63	1,05 0,97-1,13	kf	kf	0,93*** 0,93-0,93	kf	1,70*** 1,70-1,70

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 150: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,96*** -1,22...-0,70	0,41*** 0,29...0,53	-0,46** -0,75...-0,18	0,04** 0,01...0,07	kf	-0,39*** -0,49...-0,29	kf	-0,63*** -0,90...-0,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,93*** 0,91...0,95	1,19*** 1,13...1,25	0,97** 0,95...0,99	1,36** 1,10...1,67	kf	0,82*** 0,76...0,89	kf	0,95*** 0,93...0,97
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,93*** 0,91-0,95	1,19*** 1,13-1,26	0,97** 0,95-0,99	1,45** 1,18-1,79	kf	0,81*** 0,75-0,88	kf	0,96*** 0,93-0,98
Gruppe	0,94** 0,90-0,98	1,20 0,90-1,61	1,03 0,99-1,08	0,83 0,46-1,48	kf	0,95 0,66-1,37	kf	0,57*** 0,42-0,78
Zeit	1,14*** 1,13-1,16	0,95** 0,91-0,98	1,01 0,99-1,02	0,85* 0,74-0,98	kf	1,13*** 1,09-1,17	kf	0,98** 0,96-0,99
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,50*** 1,39-1,61	0,30*** 0,18-0,49	0,77*** 0,72-0,84	0,28* 0,09-0,93	kf	0,50* 0,27-0,90	kf	0,13*** 0,07-0,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,95-1,07	1,18 0,80-1,75	0,89*** 0,83-0,94	2,15* 1,01-4,58	kf	0,45** 0,28-0,72	kf	0,84 0,56-1,27
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,97 0,91-1,04	0,81 0,53-1,24	1,01 0,94-1,08	0,66 0,27-1,63	kf	0,43** 0,23-0,78	kf	0,63 0,39-1,00
Psy A <sup>1</sup>	0,97 0,90-1,04	4,93*** 3,02-8,05	1,03 0,95-1,12	0,53 0,20-1,38	kf	2,54** 1,44-4,48	kf	1,10 0,65-1,84
Psy B <sup>2</sup>	1,35*** 1,27-1,43	0,70 0,48-1,02	1,20*** 1,13-1,28	2,45* 1,05-5,70	kf	0,39*** 0,25-0,61	kf	1,40 0,92-2,12
Alter	1,00 1,00-1,00	0,96*** 0,95-0,97	1,01*** 1,01-1,01	0,98* 0,96-0,99	kf	0,98* 0,97-1,00	kf	1,03*** 1,02-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,96-1,05	1,89*** 1,40-2,56	1,08** 1,03-1,14	0,51* 0,29-0,91	kf	0,78 0,54-1,13	kf	2,96*** 2,15-4,09
Komorbidität <sup>3</sup>	1,00 0,99-1,01	1,03 0,96-1,11	1,13*** 1,12-1,15	1,05 0,91-1,20	kf	1,19*** 1,09-1,29	kf	1,31*** 1,21-1,42
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,40*** 1,31-1,49	0,39*** 0,24-0,62	1,45*** 1,35-1,54	1,64 0,72-3,71	kf	0,37** 0,21-0,68	kf	2,90*** 1,83-4,60
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,04 1,00-1,09	2,59*** 1,91-3,51	1,18*** 1,12-1,24	0,49* 0,26-0,92	kf	0,88 0,60-1,29	kf	4,89*** 3,49-6,83
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,08*** 4,60-5,61	0,25*** 0,14-0,45	1,19*** 1,09-1,31	0,15*** 0,07-0,33	kf	0,42** 0,23-0,76	kf	2,78** 1,50-5,15

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 151: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneue und Klinikbekannt) - Erwachsene**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	4,14*** 3,92...4,36	0,09 -0,14...0,31	-0,03 -0,42...0,37	kf	kf	-0,53*** -0,66...-0,41	kf	-0,07 -0,44...0,30
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	5,21*** 4,08...6,64	1,08* 1,00...1,15	1,03 1,00...1,07	kf	kf	0,58*** 0,50...0,66	kf	1,00 0,96...1,04
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	5,27*** 4,13-6,73	1,07* 1,00-1,15	1,03 1,00-1,07	kf	kf	0,57*** 0,50-0,65	kf	1,00 0,96-1,04
Gruppe	0,28*** 0,21-0,38	1,02 0,78-1,33	0,87*** 0,80-0,94	kf	kf	1,34 0,87-2,06	kf	1,03 0,64-1,66
Zeit	17,83*** 15,68-20,27	1,81*** 1,72-1,89	1,20*** 1,17-1,23	kf	kf	1,21*** 1,13-1,30	kf	1,13*** 1,10-1,17
Indexgruppe 6 (F10)	0,87 0,68-1,12	0,25*** 0,17-0,38	1,05 0,93-1,18	kf	kf	0,64 0,33-1,24	kf	0,20*** 0,10-0,43
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,99 0,83-1,18	2,18*** 1,62-2,94	1,01 0,92-1,10	kf	kf	0,81 0,50-1,30	kf	1,05 0,62-1,79
Indexgruppe 9 (F43)	0,67** 0,53-0,84	0,92 0,62-1,37	0,75*** 0,67-0,85	kf	kf	1,05 0,56-1,97	kf	0,80 0,39-1,64
Psy A <sup>1</sup>	0,89 0,73-1,07	3,99*** 2,90-5,48	1,53*** 1,40-1,69	kf	kf	1,14 0,69-1,87	kf	0,57 0,32-1,02
Psy B <sup>2</sup>	1,14 0,90-1,45	2,67*** 1,84-3,88	1,28*** 1,14-1,44	kf	kf	0,33** 0,16-0,67	kf	2,38* 1,14-4,96
Alter	1,00 0,99-1,00	0,98*** 0,97-0,99	1,01*** 1,00-1,01	kf	kf	0,99 0,98-1,00	kf	1,02** 1,01-1,04
Geschlecht (m vs. w)	1,11 0,94-1,30	1,22 0,92-1,60	1,07 0,99-1,17	kf	kf	0,59* 0,38-0,93	kf	2,75*** 1,67-4,53
Komorbidität <sup>3</sup>	0,94** 0,91-0,98	0,95 0,89-1,01	1,10*** 1,09-1,12	kf	kf	1,12* 1,02-1,24	kf	1,31*** 1,17-1,47
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,22 0,95-1,57	0,54** 0,35-0,84	1,46*** 1,29-1,65	kf	kf	0,49 0,24-1,00	kf	1,09 0,50-2,41
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,35*** 1,15-1,59	1,35* 1,03-1,77	1,34*** 1,24-1,45	kf	kf	1,14 0,74-1,78	kf	2,76*** 1,68-4,54
Referenzfall (KH vs. PIA)	6,31*** 5,28-7,55	0,66** 0,50-0,86	1,01 0,94-1,10	kf	kf	0,76 0,49-1,20	kf	1,01 0,61-1,68

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 152: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,25 -0,05...0,55	0,07 -0,21...0,35	-0,74*** -1,04...-0,44	kf	kf	-0,15* -0,29...0,00	kf	-0,13 -0,50...0,23
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	5,31*** 3,74...7,52	0,95 0,87...1,05	0,84*** 0,77...0,91	kf	kf	0,83* 0,70...0,99	kf	0,99 0,93...1,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	5,27*** 3,72-7,47	0,94 0,86-1,04	0,84*** 0,84-0,84	kf	kf	0,89 0,75-1,05	kf	0,99 0,92-1,06
Gruppe	0,17*** 0,12-0,25	1,11 0,69-1,77	1,02*** 1,02-1,02	kf	kf	0,71 0,48-1,07	kf	0,68 0,36-1,27
Zeit	21,64*** 18,80-24,92	2,08*** 1,94-2,22	1,76*** 1,76-1,77	kf	kf	0,96 0,85-1,08	kf	1,12*** 1,07-1,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,61*** 1,32-1,97	2,97* 1,24-7,14	1,10*** 1,10-1,10	kf	kf	0,56 0,26-1,22	kf	0,15** 0,04-0,55
Indexgruppe 9 (F43)	1,12 0,93-1,36	0,25** 0,11-0,58	0,80*** 0,80-0,80	kf	kf	0,75 0,37-1,53	kf	0,08*** 0,02-0,26
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,31** 1,10-1,55	0,41* 0,19-0,87	0,94*** 0,94-0,94	kf	kf	1,00 0,53-1,87	kf	0,11*** 0,04-0,32
Alter	0,98 0,97-1,00	1,14** 1,06-1,23	1,01*** 1,01-1,01	kf	kf	0,80*** 0,75-0,85	kf	0,59*** 0,53-0,66
Geschlecht (m vs. w)	1,01 0,90-1,14	1,73* 1,04-2,87	1,22*** 1,22-1,22	kf	kf	0,96 0,63-1,48	kf	0,56 0,29-1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,93*** 2,43-3,53	0,22*** 0,11-0,46	0,93*** 0,93-0,93	kf	kf	0,77 0,41-1,45	kf	1,42 0,50-4,04

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 153: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-1,28*** -1,54...-1,01	-0,28** -0,45...-0,11	-0,24* -0,46...-0,02	0,06** 0,03...0,10	kf	0,08 -0,02...0,18	kf	0,54*** 0,24...0,84
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,85*** 0,81...0,89	0,88*** 0,82...0,94	0,96 0,91...1,01	0,88 0,61...1,28	kf	1,09 0,97...1,22	kf	1,07*** 1,03...1,11
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,85*** 0,81-0,89	0,88*** 0,82-0,94	0,96 0,91-1,01	1,02 0,70-1,48	kf	1,12* 1,00-1,26	kf	1,09*** 1,05-1,13
Gruppe	0,98 0,92-1,04	0,76 0,51-1,14	0,91 0,83-1,01	0,21** 0,07-0,59	kf	0,76 0,57-1,00	kf	1,27 0,87-1,86
Zeit	1,57*** 1,52-1,62	1,80*** 1,71-1,89	1,22*** 1,18-1,26	0,39*** 0,32-0,48	kf	0,77*** 0,72-0,84	kf	0,91*** 0,89-0,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08 0,95-1,23	6,26*** 2,25-17,39	1,20 0,98-1,46	0,18 0,02-1,35	kf	0,88 0,46-1,67	kf	0,24** 0,10-0,56
Indexgruppe 9 (F43)	0,82** 0,71-0,94	0,25** 0,09-0,66	0,66*** 0,53-0,82	0,08* 0,01-0,92	kf	1,90* 1,00-3,59	kf	0,18*** 0,07-0,44
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,15** 1,05-1,27	0,28*** 0,15-0,56	0,79** 0,68-0,92	0,09*** 0,03-0,28	kf	1,18 0,74-1,88	kf	0,26*** 0,14-0,49
Alter	1,00 0,99-1,01	1,01 0,95-1,08	1,02* 1,00-1,03	0,77*** 0,66-0,89	kf	0,78*** 0,75-0,82	kf	0,56*** 0,53-0,60
Geschlecht (m vs. w)	0,89** 0,84-0,95	1,14 0,74-1,76	0,83*** 0,75-0,92	1,09 0,43-2,77	kf	1,15 0,85-1,55	kf	0,91 0,60-1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,48*** 2,18-2,81	0,12*** 0,05-0,31	0,99 0,83-1,19	0,13** 0,04-0,44	kf	0,86 0,49-1,50	kf	1,85 0,85-4,01

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 154: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach Klinikneue und Klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Aufgrund Indexdiagnose			Aufgrund anderer Diagnose			Alle Diagnosen	
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	PIA	Arzt Psychiatrie / Psychotherapie	Anderer Vertragsarzt	Anderer Leistungserbringer psych. Sektor	Anderer Leistungserbringer somat. Sektor
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	1,50*** 1,27...1,74	-1,23*** -1,48...-0,98	-0,33** -0,57...-0,09	-0,02 -0,07...0,02	kf	-0,04 -0,16...0,08	kf	1,48*** 1,18...1,77
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	5,15*** 3,80...6,98	0,71*** 0,67...0,76	0,95 0,88...1,01	0,63* 0,40...0,98	kf	0,91 0,79...1,04	kf	1,34*** 1,27...1,42
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	5,18*** 3,82-7,03	0,71*** 0,67-0,76	0,95 0,88-1,01	0,59* 0,37-0,94	kf	0,90 0,78-1,04	kf	1,30*** 1,22-1,37
Gruppe	0,21*** 0,16-0,29	1,26 0,87-1,83	0,90 0,79-1,01	0,57 0,25-1,34	kf	0,65** 0,48-0,89	kf	0,47** 0,29-0,78
Zeit	25,49*** 22,28-29,18	2,24*** 2,13-2,35	1,44*** 1,37-1,51	0,43*** 0,33-0,58	kf	0,82*** 0,75-0,90	kf	1,04 1,00-1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25** 1,06-1,47	2,38* 1,22-4,64	0,91 0,74-1,13	0,11 0,01-1,00	kf	0,73 0,40-1,33	kf	1,13 0,44-2,89
Indexgruppe 9 (F43)	1,07 0,90-1,28	0,59 0,28-1,25	0,71** 0,56-0,89	0,01 0,00-1,75	kf	0,78 0,42-1,46	kf	2,35 0,86-6,43
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,17* 1,03-1,34	0,40** 0,23-0,70	0,71*** 0,60-0,84	0,30* 0,10-0,93	kf	0,89 0,55-1,43	kf	0,72 0,34-1,56
Alter	0,99 0,98-1,01	1,15*** 1,09-1,22	1,00 0,98-1,01	0,89 0,78-1,00	kf	0,79*** 0,75-0,83	kf	0,55*** 0,51-0,60
Geschlecht (m vs. w)	0,95 0,86-1,04	1,38 0,93-2,04	1,17* 1,04-1,32	0,61 0,25-1,51	kf	0,79 0,57-1,09	kf	0,58* 0,34-0,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,41*** 2,10-2,77	0,14*** 0,08-0,24	0,80** 0,68-0,94	0,77 0,21-2,85	kf	0,75 0,47-1,19	kf	0,69 0,33-1,43

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 155: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,09** -0,15...-0,03	-0,13*** -0,19...-0,06	-0,12*** -0,19...-0,06
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,74 0,50...1,11	0,74 0,50...1,09	0,76 0,49...1,16
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,74 0,49-1,10	0,78 0,53-1,15	0,87 0,57-1,33
Gruppe	1,42 0,97-2,08	1,29 0,89-1,88	1,19 0,79-1,80
Zeit	1,24 0,92-1,67	1,20 0,90-1,60	1,16 0,85-1,60
Indexgruppe 6 (F10)	0,93 0,79-1,10	1,01 0,87-1,17	1,00 0,86-1,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,89-1,17	0,98 0,87-1,11	0,94 0,83-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	0,98 0,79-1,20	1,00 0,82-1,20	1,00 0,83-1,21
Psy A <sup>1</sup>	1,15 1,00-1,34	1,10 0,96-1,26	1,07 0,93-1,22
Psy B <sup>2</sup>	1,07 0,91-1,26	1,03 0,89-1,20	1,04 0,89-1,22
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,91-1,18	1,00 0,89-1,12	1,00 0,89-1,13
Komorbidität <sup>3</sup>	1,02 0,99-1,05	1,02 0,99-1,05	1,02 0,99-1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,99 0,81-1,22	0,99 0,82-1,19	0,97 0,80-1,18
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,10 0,96-1,25	1,05 0,93-1,18	1,02 0,91-1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,82-1,10	1,03 0,91-1,18	1,02 0,89-1,16

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt



<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 156: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,02 -0,05...0,01	-0,04 -0,07...0,00	-0,03 -0,06...0,00
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,90 0,75...1,08	0,86 0,72...1,01	0,86 0,72...1,03
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,06 0,88-1,27	0,98 0,83-1,16	1,01 0,84-1,21
Gruppe	1,01 0,88-1,15	1,03 0,91-1,16	0,97 0,85-1,11
Zeit	1,09 0,96-1,25	1,16* 1,03-1,31	1,11 0,97-1,27
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,98 0,85-1,13	0,95 0,84-1,08	0,94 0,82-1,08
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,81-1,02	0,92 0,83-1,03	0,95 0,85-1,07
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,01 0,88-1,17	0,97 0,85-1,11	0,97 0,84-1,12
Psy A <sup>1</sup>	1,05 0,90-1,23	1,01 0,88-1,16	1,00 0,86-1,15
Psy B <sup>2</sup>	1,14* 1,02-1,28	1,12* 1,01-1,25	1,06 0,95-1,18
Alter	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,88-1,07	0,93 0,85-1,01	0,96 0,88-1,06
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05*** 1,03-1,07	1,03* 1,01-1,05	1,01 0,99-1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,05 0,92-1,20	1,01 0,89-1,15	0,98 0,86-1,12
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,37*** 1,18-1,59	1,26*** 1,11-1,44	1,14 1,00-1,30
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95 0,85-1,05	0,95 0,87-1,05	0,99 0,89-1,09

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 157: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,40* 0,03...0,76	0,21 -0,24...0,66	0,06 -0,46...0,59
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,70* 1,02...2,85	1,23 0,78...1,95	1,06 0,64...1,77
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,73* 1,03-2,90	1,22 0,77-1,94	1,06 0,63-1,78
Gruppe	0,59* 0,36-0,98	0,82 0,52-1,29	0,96 0,58-1,59
Zeit	1,01 0,75-1,35	1,00 0,74-1,33	1,04 0,74-1,45
Indexgruppe 6 (F10)	1,06 0,91-1,24	1,02 0,88-1,17	0,98 0,84-1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07 0,93-1,22	1,06 0,94-1,20	1,01 0,89-1,14
Indexgruppe 9 (F43)	0,81* 0,67-0,99	0,91 0,76-1,09	0,98 0,82-1,16
Psy A <sup>1</sup>	1,03 0,89-1,19	1,00 0,87-1,14	1,06 0,92-1,21
Psy B <sup>2</sup>	1,15 0,98-1,36	1,08 0,93-1,26	1,00 0,86-1,17
Alter	1,00 0,99-1,00	1,00 1,00-1,00	1,00 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,88-1,14	1,00 0,89-1,12	0,98 0,88-1,11
Komorbidität <sup>3</sup>	1,01 0,99-1,04	1,01 0,99-1,04	1,01 0,99-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,85-1,23	1,04 0,88-1,23	1,02 0,86-1,22
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,27*** 1,11-1,44	1,09 0,97-1,23	1,06 0,94-1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,00 0,87-1,15	0,97 0,86-1,10	1,01 0,89-1,15

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 158: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,06* -0,11...-0,01	-0,04 -0,10...0,02	-0,04 -0,10...0,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,96 0,42...2,17	1,03 0,49...2,15	1,20 0,52...2,78
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,03 0,45-2,35	0,98 0,47-2,05	1,10 0,47-2,54
Gruppe	0,74 0,34-1,62	0,97 0,47-1,97	0,90 0,40-2,02
Zeit	0,69 0,40-1,19	0,88 0,53-1,45	1,08 0,63-1,87
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,86-1,65	1,10 0,83-1,46	1,01 0,77-1,33
Indexgruppe 9 (F43)	1,28 0,89-1,84	1,07 0,78-1,46	0,98 0,72-1,35
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,11 0,79-1,56	1,04 0,78-1,39	1,08 0,82-1,43
Alter	1,06* 1,00-1,12	1,02 0,97-1,07	1,02 0,98-1,07
Geschlecht (m vs. w)	1,36* 1,04-1,78	1,21 0,97-1,50	1,07 0,87-1,32
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89 0,68-1,15	0,95 0,76-1,17	1,00 0,82-1,23

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 159: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,00 -0,03...0,03	-0,02 -0,06...0,01	-0,02 -0,06...0,02
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,22 0,81...1,83	0,99 0,71...1,36	1,01 0,74...1,39
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,39 0,92-2,09	0,98 0,71-1,36	1,02 0,74-1,41
Gruppe	0,65** 0,46-0,90	0,89 0,69-1,15	0,95 0,74-1,23
Zeit	1,08 0,83-1,40	1,04 0,84-1,28	1,03 0,83-1,28
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,05 0,79-1,39	1,06 0,84-1,33	1,08 0,86-1,37
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,55-1,35	0,91 0,64-1,29	1,07 0,76-1,49
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,81 0,61-1,08	0,92 0,73-1,16	1,02 0,81-1,28
Alter	1,04* 1,00-1,08	1,01 0,98-1,04	1,00 0,97-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,94-1,43	1,14 0,96-1,34	1,10 0,93-1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,14 0,92-1,41	0,94 0,79-1,11	0,94 0,79-1,11

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 160: Prädiktoren Kontinuität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt) - Kinder und Jugendliche**

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,04 -0,46...0,38	-0,08 -0,62...0,45	0,07 -0,53...0,68
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,93 0,45...1,93	0,91 0,50...1,65	1,07 0,60...1,91
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,47-2,05	0,93 0,51-1,70	1,08 0,61-1,94
Gruppe	1,20 0,59-2,41	1,05 0,59-1,86	0,90 0,52-1,57
Zeit	0,95 0,52-1,73	1,06 0,67-1,69	0,92 0,60-1,42
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,19 0,90-1,58	1,06 0,84-1,33	1,02 0,82-1,28
Indexgruppe 9 (F43)	1,20 0,84-1,72	1,03 0,76-1,40	1,00 0,74-1,35
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,75* 0,57-0,99	0,90 0,73-1,12	0,93 0,75-1,15
Alter	1,00 0,96-1,04	1,00 0,97-1,04	1,00 0,96-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,93-1,45	1,17 0,98-1,39	1,10 0,93-1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,66-1,04	0,92 0,77-1,10	0,96 0,81-1,15

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 161: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,88 0,48-1,58	1,13*** 1,09-1,17	0,96 0,44-2,11	1,32*** 1,27-1,37
Gruppe	0,94 0,54-1,65	0,27** 0,10-0,70	0,78 0,38-1,63	0,16** 0,05-0,49
Zeit	4,69*** 3,14-6,99	8,83*** 8,65-9,02	6,17*** 3,75-10,15	10,16*** 9,93-10,39
Indexgruppe 6 (F10)	2,59*** 1,78-3,76	138,87*** 24,55-785,59	2,39*** 1,70-3,38	26,02** 4,15-163,34
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,70* 0,52-0,94	0,47 0,17-1,34	0,75 0,56-1,01	0,52 0,17-1,57
Indexgruppe 9 (F43)	0,89 0,56-1,39	0,43 0,09-1,95	0,74 0,45-1,21	0,65 0,13-3,38
Psy B <sup>2</sup>	0,77 0,57-1,03	0,22** 0,08-0,61	0,76 0,56-1,01	0,32* 0,11-0,94
Alter	0,99 0,99-1,00	0,99 0,96-1,02	1,00 0,99-1,01	1,03 0,99-1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,02 0,76-1,37	1,22 0,45-3,34	0,99 0,74-1,32	0,53 0,18-1,51
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04 0,97-1,12	1,03 0,81-1,30	1,03 0,96-1,10	1,02 0,79-1,32
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,50 0,97-2,30	13,83** 2,77-69,07	1,61* 1,07-2,43	0,66 0,11-3,93
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,20 0,89-1,60	0,93 0,35-2,50	1,04 0,79-1,38	0,75 0,27-2,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,31*** 0,22-0,42	0,03*** 0,01-0,08	0,33*** 0,24-0,46	0,07*** 0,02-0,22

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 162: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	0,78 0,57-1,08	0,73*** 0,72-0,75	0,71 0,45-1,09	0,73*** 0,71-0,74
Gruppe	1,15 0,86-1,53	0,63 0,32-1,24	1,14 0,78-1,66	0,52 0,25-1,05
Zeit	0,86 0,69-1,08	1,37*** 1,35-1,39	1,01 0,75-1,35	1,56*** 1,54-1,58
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,64* 0,44-0,94	0,14*** 0,05-0,41	0,55* 0,34-0,91	0,20** 0,07-0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,65** 0,47-0,89	0,17*** 0,08-0,39	0,62* 0,42-0,91	0,29** 0,13-0,66
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,60** 0,41-0,88	0,11** 0,03-0,43	0,73 0,45-1,17	0,41 0,15-1,17
Psy B <sup>2</sup>	0,71* 0,54-0,93	0,41* 0,20-0,82	0,48*** 0,34-0,67	0,25*** 0,12-0,52
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,00 0,98-1,02	0,99 0,98-1,00	0,98 0,96-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,76* 0,59-0,98	0,51* 0,26-1,00	0,77 0,56-1,06	0,50* 0,25-0,99
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07* 1,01-1,13	1,04 0,89-1,21	1,09* 1,01-1,17	1,19* 1,03-1,39
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,10 0,75-1,62	0,61 0,21-1,78	1,29 0,81-2,08	0,70 0,23-2,12
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	2,57*** 1,93-3,41	1,84 0,91-3,74	1,85** 1,29-2,64	1,06 0,51-2,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,09*** 0,06-0,12	0,00*** 0,00-0,00	0,08*** 0,05-0,12	0,03*** 0,01-0,08

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 163: Prädiktoren Kontaktabbruch, schwere psychische Erkrankung, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
DiD-Schätzer	kf	kf	kf	kf
Gruppe	kf	kf	kf	kf
Zeit	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 164: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 165: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 7 (F20-F29)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 11 (F40-F48)	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 166: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 167: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 168: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 169: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausopping, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	Hopping bei drei Leistungserbringern (alle Fachgruppen)	Hopping bei drei Leistungserbringern (Psychotherapeuten)
DiD-Schätzer	kf	kf
Gruppe	kf	kf
Zeit	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 170: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,03 -0,18...0,13	-7,67*** -8,86...-6,48	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,02 0,85...1,22	0,99 0,96...1,01	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	1,02 0,85-1,22	0,99 0,96-1,02	kf	kf
Gruppe	0,94 0,81-1,09	0,87 0,64-1,17	kf	kf
Zeit	1,59*** 1,41-1,80	3,06*** 3,01-3,12	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,12 0,98-1,29	0,98 0,63-1,51	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,94-1,18	2,18*** 1,55-3,08	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,00 0,86-1,16	0,86 0,56-1,34	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,28*** 1,15-1,44	2,04*** 1,44-2,89	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,05 0,90-1,22	0,90 0,55-1,47	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,01	1,03*** 1,02-1,05	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,97 0,87-1,07	1,12 0,82-1,53	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,04** 1,01-1,07	1,07 0,98-1,16	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44*** 0,30-0,64	0,12*** 0,05-0,30	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71*** 0,64-0,78	0,19*** 0,14-0,26	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 171: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,01 -0,10...0,08	-4,43*** -5,09...-3,76	0,00 -0,02...0,03	-0,26*** -0,38...-0,14
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,85...1,14	0,88*** 0,86...0,89	1,03 0,60...1,77	0,79*** 0,70...0,88
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,85-1,14	0,87*** 0,87-0,87	0,99 0,57-1,71	0,81*** 0,73-0,91
Gruppe	1,20** 1,05-1,38	2,46*** 2,46-2,46	0,91 0,38-2,21	0,88 0,36-2,11
Zeit	0,99 0,89-1,10	1,05*** 1,05-1,05	0,86 0,59-1,24	1,31*** 1,21-1,42
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,93 0,77-1,12	1,35*** 1,35-1,35	0,24* 0,06-0,93	0,06** 0,01-0,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,14 0,98-1,33	3,64*** 3,64-3,64	0,33* 0,12-0,86	0,58 0,21-1,59
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,00 0,85-1,19	1,25*** 1,25-1,25	0,68 0,19-2,39	0,15* 0,02-0,99
Psy A <sup>1</sup>	1,40*** 1,16-1,68	4,57*** 4,57-4,57	1,45 0,45-4,65	1,84 0,55-6,20
Psy B <sup>2</sup>	0,83** 0,72-0,95	0,25*** 0,25-0,25	0,66 0,24-1,83	0,92 0,33-2,57
Alter	0,99* 0,99-1,00	0,98*** 0,98-0,98	0,96* 0,93-1,00	0,97 0,93-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,91-1,16	1,31*** 1,31-1,31	0,58 0,24-1,41	0,32* 0,12-0,84
Komorbidität <sup>3</sup>	1,12*** 1,08-1,15	1,31*** 1,31-1,31	1,38** 1,14-1,68	1,07 0,85-1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,60*** 0,47-0,77	0,18*** 0,18-0,18	0,44 0,08-2,54	0,57 0,09-3,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,28*** 0,24-0,34	0,01*** 0,01-0,01	0,33* 0,12-0,93	0,26* 0,09-0,79

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 172: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Indexdiag- nose, Anzahl AU-Episoden	Indexdiag- nose, Tage AU	Andere F- Diagnose, Anzahl AU- Episoden	Andere F- Diagnose, Tage AU
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,07 -0,22...0,09	-8,03*** -9,24...-6,82	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,98 0,82...1,17	1,01 0,99...1,04	kf	kf
DiD-Schätzer (multiplikativ, adjustiert)	0,98 0,82-1,17	1,01 0,99-1,04	kf	kf
Gruppe	0,98 0,85-1,14	0,99 0,75-1,31	kf	kf
Zeit	1,68*** 1,49-1,90	2,74*** 2,70-2,79	kf	kf
Indexgruppe 6 (F10)	1,26** 1,10-1,43	1,10 0,74-1,63	kf	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,30*** 1,17-1,46	2,94*** 2,13-4,04	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,88-1,17	0,81 0,54-1,20	kf	kf
Psy A <sup>1</sup>	1,20** 1,07-1,35	2,16*** 1,55-3,00	kf	kf
Psy B <sup>2</sup>	1,11 0,97-1,28	1,18 0,78-1,80	kf	kf
Alter	1,00 1,00-1,00	1,02** 1,01-1,03	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,89-1,09	0,89 0,67-1,19	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03* 1,01-1,06	1,08* 1,00-1,17	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,62** 0,45-0,86	0,25** 0,11-0,56	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,66*** 0,59-0,73	0,14*** 0,11-0,20	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 173: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten, zweiten und dritten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
DiD-Schätzer, 1. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-4,95*** -5,91...-4,00
DiD-Schätzer, 2. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-3,02*** -3,99...-2,04
DiD-Schätzer, 3. Modell- jahr (additiv, nicht adjustiert)	-4,60*** -5,58...-3,62
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,07*** 1,05...1,10
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	0,94*** 0,92...0,96
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, nicht adjustiert)	1,13*** 1,10...1,15
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,07*** 1,05-1,10
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	0,94*** 0,92-0,96
DiD-Schätzer (multiplika- tiv, adjustiert)	1,13*** 1,10-1,15

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

	<b>Indexdiag- nose, Tage AU</b>
Gruppe	0,83 0,65-1,05
Zeit	2,69*** 2,65-2,73
Indexgruppe 6 (F10)	0,99 0,79-1,24
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,96*** 2,47-3,54
Indexgruppe 9 (F43)	0,78* 0,63-0,98
Psy A <sup>1</sup>	1,89*** 1,58-2,27
Psy B <sup>2</sup>	1,00 0,78-1,27
Alter	1,02*** 1,01-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,07 0,91-1,26
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06* 1,01-1,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,21*** 0,13-0,33
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,14-0,20
2. vs. 1.Jahr	0,74* 0,57-0,97
3. vs. 1.Jahr	1,02 0,79-1,32

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 174: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,87 0,66-1,14	1,02 0,99-1,04
Index- gruppe 6 (F10)	1,35 0,94-1,93	0,94*** 0,92-0,97
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,91 0,67-1,23	0,86*** 0,84-0,88
Index- gruppe 9 (F43)	0,94 0,61-1,45	0,96* 0,93-1,00
Psy A <sup>1</sup>	1,44* 1,05-1,98	1,09*** 1,06-1,12
Psy B <sup>2</sup>	1,02 0,70-1,48	1,27*** 1,24-1,31
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,00** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,75-1,33	1,04** 1,01-1,06
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,96-1,10	1,03*** 1,03-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55* 0,32-0,95	1,08*** 1,04-1,13
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	1,02 0,77-1,34	0,92*** 0,90-0,94
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,07 0,79-1,44	1,20*** 1,17-1,22

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 175: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	0,71** 0,56-0,90	0,97*** 0,96-0,99
Index- gruppe 7 (F20-F29)	1,01 0,71-1,46	1,05*** 1,03-1,08
Index- gruppe 8 (F30-F39)	0,71* 0,53-0,96	0,95*** 0,93-0,97
Index- gruppe 11 (F40-F48)	0,69* 0,48-1,00	1,05*** 1,03-1,08
Psy A <sup>1</sup>	0,99 0,68-1,45	0,87*** 0,85-0,89
Psy B <sup>2</sup>	1,29 0,96-1,74	1,16*** 1,14-1,18
Alter	0,99* 0,98-1,00	1,01*** 1,01-1,01
Geschlecht (m vs. w)	0,69** 0,54-0,88	1,07*** 1,05-1,09
Komorbidität <sup>3</sup>	1,05 1,00-1,11	1,00* 0,99-1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,61-1,21	0,88*** 0,86-0,90
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	1,95*** 1,52-2,50	1,02* 1,01-1,04
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65** 0,50-0,85	1,07*** 1,06-1,09

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 176: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach kliniker und klinikbekannt) - Erwachsene**

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,01 0,77-1,34	0,84*** 0,82-0,86
Indexgruppe 6 (F10)	1,53* 1,08-2,17	1,01 0,99-1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,86 0,63-1,17	0,86*** 0,84-0,88
Indexgruppe 9 (F43)	0,82 0,53-1,26	0,98 0,94-1,01
Psy A <sup>1</sup>	1,17 0,83-1,64	0,95*** 0,92-0,97
Psy B <sup>2</sup>	1,19 0,80-1,77	1,09*** 1,06-1,13
Alter	0,99 0,98-1,00	1,00** 1,00-1,00
Geschlecht (m vs. w)	0,96 0,72-1,29	1,17*** 1,15-1,20
Komorbidität <sup>3</sup>	1,03 0,96-1,10	1,04*** 1,03-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,06 0,66-1,70	1,23*** 1,19-1,27
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,36* 1,03-1,80	0,99 0,97-1,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,10 0,78-1,53	1,19*** 1,16-1,22

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 177: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	Anteil Wieder- aufnahme	Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 178: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>Anteil Wieder- aufnahme</b>	<b>Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme</b>
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 179: Prädiktoren Wiederaufnahme, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<b>Anteil Wieder- aufnahme</b>	<b>Dauer zw. Ent- lassung und Wiederauf- nahme</b>
Gruppe	kf	kf
Index- gruppe 8 (F30-F39)	kf	kf
Index- gruppe 9 (F43)	kf	kf
Index- gruppe 16 (F90-F98)	kf	kf
Alter	kf	kf
Ge- schlecht (m vs. w)	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 180: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	-0,07 -0,28...0,15
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	0,99 0,92...1,05
DiD-Schätzer	0,98*** 0,98-0,98
Gruppe	0,96*** 0,96-0,96
Zeit	1,21*** 1,21-1,21
Indexgruppe 6 (F10)	1,33*** 1,33-1,33
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,08-1,08
Indexgruppe 9 (F43)	1,03*** 1,03-1,03
Psy A <sup>1</sup>	1,22*** 1,21-1,22
Psy B <sup>2</sup>	1,12*** 1,12-1,12
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,04*** 1,04-1,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,26*** 1,26-1,26
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,20*** 1,20-1,21
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,97*** 0,97-0,97

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 181: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,05 -0,09...0,20
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,02 0,98...1,06
DiD-Schätzer	1,02*** 1,02-1,02
Gruppe	0,97*** 0,97-0,97
Zeit	1,03*** 1,03-1,03
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,09*** 1,09-1,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,08*** 1,08-1,08
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,98*** 0,98-0,98
Psy A <sup>1</sup>	1,13*** 1,13-1,13
Psy B <sup>2</sup>	1,08*** 1,08-1,08
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,99*** 0,99-0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,04*** 1,04-1,04
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,25*** 1,25-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,80*** 0,80-0,80

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 182: Prädiktoren Komorbidität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>Komorbidität, mittlerer Score</b>
DiD-Schätzer (additiv, nicht adjustiert)	0,14 -0,09...0,36
DiD-Schätzer (multiplikativ, nicht adjustiert)	1,05 0,98...1,12
DiD-Schätzer	1,05*** 1,05-1,05
Gruppe	0,93*** 0,93-0,93
Zeit	1,17*** 1,17-1,17
Indexgruppe 6 (F10)	1,27*** 1,27-1,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,07*** 1,07-1,07
Indexgruppe 9 (F43)	1,03*** 1,03-1,03
Psy A <sup>1</sup>	1,20*** 1,20-1,20
Psy B <sup>2</sup>	1,11*** 1,11-1,11
Alter	1,02*** 1,02-1,02
Geschlecht (m vs. w)	0,98*** 0,98-0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,22*** 1,22-1,22
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,22*** 1,22-1,22
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,95*** 0,95-0,95

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 183: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,52* 1,04-2,22
Psy A <sup>1</sup>	0,78 0,48-1,25
Psy B <sup>2</sup>	1,08 0,58-2,02
Alter	1,08*** 1,06-1,09
Geschlecht (m vs. w)	0,50*** 0,34-0,74
Komorbidität <sup>3</sup>	1,17*** 1,09-1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56** 0,36-0,86
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	0,83 0,56-1,25
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45*** 0,30-0,66

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl



**Tabelle 184: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	0,94 0,69-1,27
Psy A <sup>1</sup>	0,59* 0,37-0,93
Psy B <sup>2</sup>	0,81 0,51-1,28
Alter	1,10*** 1,09-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,84 0,61-1,16
Komorbidität <sup>3</sup>	1,07* 1,01-1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48*** 0,34-0,68
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,48* 1,07-2,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,43** 0,27-0,70

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 185: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	1,16 0,83-1,61
Psy A <sup>1</sup>	0,62* 0,40-0,98
Psy B <sup>2</sup>	0,73 0,39-1,37
Alter	1,10*** 1,09-1,12
Geschlecht (m vs. w)	0,55*** 0,39-0,77
Komorbidität <sup>3</sup>	1,11*** 1,05-1,17
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,56** 0,39-0,81
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,34 0,95-1,91
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69* 0,49-0,98

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 186: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	0,00 0,00-INF
Alter	1,98 0,55-7,12
Geschlecht (m vs. w)	0,00 0,00-INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	2031623972,35 0,00-INF

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 187: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 188: Prädiktoren Mortalität, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinisch neu und klinisch bekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<b>1-Jahres Mortalität</b>
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 189: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,89 0,62-1,27	kf	0,94 0,73-1,23
Psy A <sup>1</sup>	1,25 0,85-1,83	kf	0,73* 0,53-0,99
Psy B <sup>2</sup>	0,26*** 0,13-0,52	kf	0,77 0,48-1,22
Alter	0,99 0,98-1,00	kf	1,00 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,60* 1,10-2,32	kf	0,75* 0,57-0,97
Komorbidität <sup>3</sup>	1,06 0,98-1,16	kf	0,89** 0,83-0,96
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,48 0,23-1,00	kf	0,56* 0,33-0,96
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,81** 1,23-2,66	kf	0,88 0,67-1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64* 0,44-0,92	kf	0,49*** 0,38-0,64

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 190: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	kf	kf	0,86 0,63-1,17
Psy A <sup>1</sup>	kf	kf	1,86* 1,12-3,07
Psy B <sup>2</sup>	kf	kf	0,77 0,54-1,10
Alter	kf	kf	0,98** 0,97-0,99
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	0,91 0,67-1,25
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	0,94 0,86-1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	0,46* 0,25-0,88
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	kf	kf	1,19 0,87-1,64
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	0,85 0,50-1,46

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 191: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Erwachsene**

	<b>Progression A (leichte zu schwere Depression)</b>	<b>Progression B (Depression zu rezidivierend)</b>	<b>Progression C (keine Sucht zu Sucht)</b>
Gruppe	0,68* 0,48-0,97	kf	1,06 0,81-1,40
Psy A <sup>1</sup>	1,07 0,72-1,59	kf	0,84 0,61-1,16
Psy B <sup>2</sup>	0,74 0,44-1,26	kf	0,78 0,49-1,25
Alter	1,00 0,98-1,01	kf	0,99 0,99-1,00
Geschlecht (m vs. w)	1,50* 1,05-2,15	kf	0,70* 0,53-0,92
Komorbidität <sup>3</sup>	1,08* 1,01-1,17	kf	0,87*** 0,80-0,94
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,54 0,30-1,00	kf	0,55* 0,33-0,94
Anzahl AU Prä-Zeitraum (Median split)	1,47* 1,02-2,12	kf	0,89 0,68-1,17
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,64* 0,45-0,91	kf	0,56*** 0,42-0,74

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 192: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 193: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 194: Prädiktoren Progression, Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr (ohne Unterscheidung nach klinikneu und klinikbekannt) - Kinder und Jugendliche**

	<b>Progression A</b> (leichte zu schwere Depression)	<b>Progression B</b> (Depression zu rezidivierend)	<b>Progression C</b> (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' <0,001 '\*\*' <0,01 '\*' <0,05

<sup>1</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 195: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im ersten Modelljahr - Erwachsene**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,90 0,59-1,36	0,93 0,80-1,08	1,07 0,79-1,43	0,89 0,55-1,44	0,51 0,14-1,85	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,99 0,97-1,01	1,01*** 1,01-1,02	0,98*** 0,97-0,99	1,00 0,98-1,02	0,97 0,92-1,03	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	1,15 0,73-1,81	1,33*** 1,14-1,55	1,43* 1,05-1,94	1,70* 1,00-2,87	1,24 0,32-4,89	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	0,98 0,90-1,07	1,00 0,96-1,04	1,01 0,94-1,09	1,03 0,90-1,17	1,36 0,93-1,98	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,52** 0,33-0,83	1,10 0,82-1,47	0,31* 0,11-0,88	1,91 0,90-4,06	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	0,80 0,50-1,29	1,15 0,99-1,34	1,52** 1,12-2,07	0,71 0,42-1,18	0,17* 0,03-0,83	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	1,54 0,80-2,96	0,90 0,73-1,11	0,79 0,58-1,10	1,83 0,99-3,37	2,71 0,74-9,99	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

**Tabelle 196: Prädiktoren Leitlinienadhärenz mit Referenzfall im dritten Modelljahr - Erwachsene**

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	0,89 0,67-1,17	kf	kf	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	1,02** 1,01-1,02	kf	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,13 0,85-1,50	kf	kf	kf	kf
Komorbidität <sup>3</sup>	kf	kf	kf	kf	kf	1,05 0,98-1,12	kf	kf	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	1,42 0,83-2,45	kf	kf	kf	kf
Anzahl AU Prä-Zeit- raum (Me- dian split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,20 0,90-1,58	kf	kf	kf	kf
Referenz- fall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,91 0,69-1,21	kf	kf	kf	kf

Signif. codes: '\*\*\*' &lt;0,001 '\*\*' &lt;0,01 '\*' &lt;0,05

<sup>1</sup> Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

<sup>2</sup> nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

<sup>3</sup> Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

## 14.4 Deskription der Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (Vertragsperspektive)

**Tabelle 197: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer und Arbeitsunfähigkeit (Vertragsperspektive)**

**Patienten mit Behandlung im dritten Modelljahr (klinikneue und klinikbekannte Patienten zusammen)**

Merkmal	Modellklinik	Kontrollkliniken
	2018	2018
<b>Alle Patienten (n)</b>	<b>6.857</b>	<b>48.058</b>
Anteil der Patienten (%) mit mindestens einem voll- oder teilstationären Aufenthalt <sup>1</sup> ohne Referenzfall in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A)</li> </ul>	27,4 %	34,7 %
Kumulierte durchschnittliche Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte <sup>1</sup> in psychiatrischen Fachabteilungen pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär<sup>3</sup> (B1)</li> </ul>	14,6	14,1
<b>Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)<sup>4</sup> (n)</b>	<b>2.385</b>	<b>19.890</b>
<b>Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl Personen mit mindestens einer Episode AU</li> <li>• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)</li> </ul>	1.249 43,9	11.518 53,6

<sup>1</sup> Es wird ein Jahr ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 1-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

<sup>2</sup> Sollten mehrere Hauptdiagnosen pro Aufenthalt zugeordnet sein, wird zuerst die Indexdiagnose, dann die andere psychische Hauptdiagnose und zuletzt die somatische Hauptdiagnose berücksichtigt.

<sup>3</sup> Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes)

<sup>4</sup> Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

## **14.5 Ergebnisse Kosten**

### 14.5.1 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr

#### Erwachsene

**Tabelle 198: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	986	990	909	883	976	983	923	899
<b>Mittelwert</b>	<b>2.898,43 €</b>	<b>2.815,50 €</b>	<b>2.601,41 €</b>	<b>2.815,61 €</b>	<b>3.288,11 €</b>	<b>2.867,31 €</b>	<b>2.797,79 €</b>	<b>2.514,56 €</b>
Standardabweichung	6.362,81 €	5.966,19 €	6.360,93 €	9.394,30 €	9.339,17 €	5.956,54 €	7.418,06 €	4.971,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	297,51 €	268,49 €	269,01 €	263,63 €	290,66 €	286,78 €	285,22 €	256,93 €
Median	818,67 €	752,43 €	767,02 €	741,22 €	835,34 €	808,73 €	775,90 €	764,67 €
75%-Perzentil	2.626,98 €	2.536,79 €	2.410,86 €	2.523,88 €	2.844,99 €	2.847,61 €	2.562,03 €	2.384,49 €
Maximum	108.364 €	64.284 €	111.538 €	179.613 €	170.816 €	57.358 €	146.754 €	56.270 €

**Tabelle 199: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.492	2.512	2.414	2.333	2.501	2.518	2.394	2.306
<b>Mittelwert</b>	<b>2.488,55 €</b>	<b>2.866,47 €</b>	<b>2.633,64 €</b>	<b>2.860,57 €</b>	<b>2.954,67 €</b>	<b>3.014,25 €</b>	<b>3.121,83 €</b>	<b>3.291,03 €</b>
Standardabweichung	6.401 €	12.174 €	6.162 €	6.539 €	8.228 €	8.974 €	7.459 €	8.440 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	337,91 €	339,81 €	339,89 €	327,08 €	338,58 €	360,91 €	352,84 €	348,10 €
Median	810,93 €	832,24 €	841,86 €	852,41 €	851,79 €	914,00 €	879,02 €	893,52 €
75%-Perzentil	2.173,86 €	2.262,17 €	2.402,15 €	2.456,26 €	2.631,11 €	2.575,08 €	2.695,12 €	2.682,72 €
Maximum	129.063 €	492.577 €	110.360 €	127.878 €	212.117 €	261.693 €	121.194 €	222.666 €

**Tabelle 200: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikkneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	284	275	219	215	303	277	216	205
<b>Mittelwert</b>	<b>1.665,60 €</b>	<b>1.623,41 €</b>	<b>1.431,81 €</b>	<b>1.683,48 €</b>	<b>1.904,16 €</b>	<b>1.460,66 €</b>	<b>1.442,15 €</b>	<b>1.241,16 €</b>
Standardabweichung	4.946,85 €	4.764,53 €	5.540,52 €	8.657,42 €	7.780,58 €	4.193,42 €	6.359,19 €	3.801,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.085,32 €	910,88 €	0,00 €	0,00 €	1.389,88 €	974,31 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	68.306 €	60.911 €	110.081 €	175.800 €	159.992 €	48.562 €	145.443 €	46.108 €

**Tabelle 201: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	520	511	495	488	595	563	551	535
<b>Mittelwert</b>	<b>1.043,54 €</b>	<b>1.460,63 €</b>	<b>1.236,48 €</b>	<b>1.402,14 €</b>	<b>1.338,59 €</b>	<b>1.395,50 €</b>	<b>1.519,60 €</b>	<b>1.758,65 €</b>
Standardabweichung	4.017 €	11.359 €	4.974 €	5.349 €	5.892 €	7.262 €	6.003 €	7.475 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	75.539 €	489.953 €	109.463 €	127.878 €	212.005 €	260.419 €	118.374 €	221.132 €



**Tabelle 202: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>24,10 €</b>	<b>8,77 €</b>	<b>6,42 €</b>	<b>9,07 €</b>	<b>3,92 €</b>	<b>3,07 €</b>	<b>2,89 €</b>	<b>0,51 €</b>
Standardabweichung	527,79 €	263,07 €	184,73 €	260,26 €	90,85 €	68,76 €	65,58 €	15,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.555 €	8.349 €	5.657 €	7.869 €	2.497 €	1.593 €	1.765 €	471 €

**Tabelle 203: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	11	12	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>3,11 €</b>	<b>6,83 €</b>	<b>1,16 €</b>	<b>2,68 €</b>	<b>25,56 €</b>	<b>24,48 €</b>	<b>47,09 €</b>	<b>26,16 €</b>
Standardabweichung	78,26 €	187,43 €	29,81 €	80,87 €	636,44 €	695,19 €	1.138,75 €	715,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.568 €	7.990 €	1.110 €	2.858 €	23.401 €	29.872 €	33.753 €	29.526 €

**Tabelle 204: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	64	64	64	71	73	87	79	75
<b>Mittelwert</b>	<b>61,95 €</b>	<b>28,73 €</b>	<b>38,27 €</b>	<b>46,87 €</b>	<b>22,93 €</b>	<b>29,02 €</b>	<b>91,37 €</b>	<b>37,17 €</b>
Standardabweichung	916,06 €	160,05 €	276,01 €	349,65 €	152,05 €	135,96 €	1.341,16 €	215,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	27.786 €	2.661 €	5.135 €	7.830 €	3.511 €	2.078 €	40.490 €	3.562 €

**Tabelle 205: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	123	146	160	196	159	159	140	147
<b>Mittelwert</b>	<b>23,29 €</b>	<b>29,67 €</b>	<b>40,87 €</b>	<b>46,21 €</b>	<b>16,95 €</b>	<b>20,95 €</b>	<b>19,58 €</b>	<b>33,29 €</b>
Standardabweichung	263,65 €	250,54 €	480,17 €	551,72 €	105,07 €	142,27 €	132,82 €	315,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.886 €	9.087 €	21.139 €	25.293 €	2.138 €	3.378 €	2.917 €	8.658 €

**Tabelle 206: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	981	982	907	878	968	977	917	890
<b>Mittelwert</b>	<b>535,48 €</b>	<b>496,88 €</b>	<b>516,20 €</b>	<b>497,02 €</b>	<b>534,26 €</b>	<b>506,10 €</b>	<b>498,84 €</b>	<b>475,87 €</b>
Standardabweichung	507,17 €	518,45 €	529,05 €	507,09 €	539,82 €	475,51 €	496,24 €	450,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	181,82 €	174,02 €	177,80 €	159,38 €	183,64 €	181,21 €	184,85 €	159,25 €
Median	409,49 €	347,66 €	366,73 €	346,48 €	379,00 €	385,44 €	370,37 €	358,07 €
75%-Perzentil	733,35 €	668,63 €	681,66 €	693,07 €	731,24 €	698,26 €	665,12 €	656,99 €
Maximum	4.768,44 €	5.221,04 €	5.144,76 €	4.814,38 €	5.337,14 €	4.107,25 €	6.704,18 €	3.566,80 €

**Tabelle 207: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.475	2.506	2.406	2.320	2.486	2.504	2.382	2.295
<b>Mittelwert</b>	<b>548,22 €</b>	<b>542,41 €</b>	<b>535,83 €</b>	<b>516,83 €</b>	<b>534,69 €</b>	<b>540,61 €</b>	<b>517,99 €</b>	<b>516,11 €</b>
Standardabweichung	517,27 €	502,52 €	514,45 €	465,51 €	511,11 €	539,09 €	483,65 €	494,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	213,79 €	221,10 €	213,92 €	197,07 €	211,91 €	214,05 €	208,61 €	197,06 €
Median	418,09 €	411,65 €	409,43 €	399,89 €	396,09 €	410,57 €	398,91 €	382,68 €
75%-Perzentil	727,16 €	689,62 €	697,76 €	695,79 €	714,58 €	699,78 €	684,94 €	684,56 €
Maximum	6.144,91 €	5.750,56 €	5.882,22 €	4.729,61 €	6.136,06 €	9.508,82 €	5.318,05 €	6.166,75 €

**Tabelle 208: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	867	851	782	765	844	848	802	760
<b>Mittelwert</b>	<b>526,37 €</b>	<b>571,05 €</b>	<b>512,87 €</b>	<b>477,94 €</b>	<b>724,18 €</b>	<b>754,01 €</b>	<b>629,07 €</b>	<b>607,95 €</b>
Standardabweichung	1.846,85 €	2.638,38 €	1.658,13 €	1.501,68 €	3.692,14 €	3.500,28 €	2.294,26 €	1.983,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,52 €	25,38 €	24,76 €	26,32 €	26,05 €	26,86 €	26,64 €	20,51 €
Median	119,95 €	120,17 €	125,39 €	109,75 €	111,92 €	107,33 €	123,64 €	108,21 €
75%-Perzentil	360,49 €	360,90 €	389,58 €	359,97 €	391,05 €	426,14 €	429,67 €	406,05 €
Maximum	22.891 €	56.268 €	24.729 €	21.095 €	63.982 €	56.209 €	42.113 €	31.383 €

**Tabelle 209: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	2.189	2.239	2.142	2.052	2.182	2.221	2.126	2.022
<b>Mittelwert</b>	<b>772,31 €</b>	<b>737,33 €</b>	<b>710,39 €</b>	<b>763,23 €</b>	<b>911,40 €</b>	<b>899,65 €</b>	<b>843,84 €</b>	<b>754,75 €</b>
Standardabweichung	4.384,01 €	3.173,75 €	2.377,02 €	2.929,40 €	5.016,37 €	4.468,96 €	3.210,10 €	2.379,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	40,90 €	44,49 €	41,54 €	37,81 €	36,34 €	43,48 €	43,97 €	43,44 €
Median	152,26 €	158,90 €	157,82 €	156,62 €	167,50 €	175,34 €	178,31 €	168,32 €
75%-Perzentil	463,47 €	513,46 €	533,94 €	550,56 €	592,08 €	603,75 €	602,35 €	592,30 €
Maximum	122.992 €	111.392 €	38.616 €	62.838 €	152.994 €	146.349 €	59.798 €	33.394 €

**Tabelle 210: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.011	1.011	942	917	1.002	1.002	956	931
N mit Fall	209	185	183	156	216	216	209	220
<b>Mittelwert</b>	<b>84,93 €</b>	<b>86,67 €</b>	<b>95,84 €</b>	<b>101,23 €</b>	<b>98,66 €</b>	<b>114,45 €</b>	<b>133,47 €</b>	<b>151,90 €</b>
Standardabweichung	429,53 €	503,82 €	440,95 €	464,08 €	400,74 €	480,80 €	603,25 €	663,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.001 €	11.200 €	7.102 €	6.974 €	5.320 €	7.388 €	9.729 €	10.885 €

**Tabelle 211: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.533	2.533	2.455	2.388	2.539	2.539	2.441	2.351
N mit Fall	526	524	495	471	579	605	598	553
<b>Mittelwert</b>	<b>98,09 €</b>	<b>89,61 €</b>	<b>108,91 €</b>	<b>129,48 €</b>	<b>127,49 €</b>	<b>133,06 €</b>	<b>173,72 €</b>	<b>202,07 €</b>
Standardabweichung	406,70 €	356,06 €	502,09 €	618,20 €	459,98 €	488,70 €	673,50 €	791,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.157 €	5.937 €	8.623 €	15.058 €	6.237 €	7.999 €	12.371 €	13.008 €

**Kinder und Jugendliche**
**Tabelle 212: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	600	605	598	585	591	599	590	574
Mittelwert	1.077,69 €	1.033,77 €	1.238,91 €	1.271,58 €	810,41 €	997,40 €	978,25 €	897,07 €
Standardabweichung	7.362,03 €	4.420,89 €	6.371,39 €	7.345,04 €	1.524,68 €	2.647,76 €	2.020,93 €	2.014,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	150,78 €	141,09 €	117,58 €	117,11 €	144,55 €	152,87 €	134,77 €	113,59 €
Median	304,50 €	298,88 €	294,82 €	285,40 €	315,09 €	318,57 €	353,70 €	279,92 €
75%-Perzentil	682,66 €	795,73 €	793,81 €	626,50 €	839,42 €	900,57 €	876,27 €	739,68 €
Maximum	179.365 €	100.955 €	147.977 €	145.819 €	19.537 €	37.499 €	23.070 €	21.892 €

**Tabelle 213: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.325	1.329	1.314	1.301	1.329	1.341	1.312	1.303
Mittelwert	947,61 €	944,07 €	990,86 €	943,41 €	878,94 €	834,87 €	853,93 €	1.048,43 €
Standardabweichung	2.302,20 €	2.645,13 €	2.805,04 €	3.133,66 €	2.375,93 €	1.884,04 €	2.004,88 €	7.494,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	167,50 €	135,77 €	120,00 €	103,60 €	151,34 €	144,03 €	126,32 €	113,32 €
Median	368,57 €	320,62 €	291,61 €	261,08 €	333,61 €	296,83 €	296,51 €	271,41 €
75%-Perzentil	1.027,80 €	869,31 €	867,53 €	686,46 €	896,02 €	807,03 €	784,16 €	663,79 €
Maximum	35.287 €	53.025 €	40.380 €	82.493 €	41.438 €	35.444 €	35.320 €	258.509 €

**Tabelle 214: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	67	58	61	51	77	74	62	59
Mittelwert	274,33 €	253,66 €	327,42 €	451,73 €	290,52 €	396,14 €	278,33 €	270,26 €
Standardabweichung	1.132,24 €	1.041,60 €	1.795,51 €	4.220,03 €	1.065,48 €	2.277,88 €	1.156,64 €	1.102,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.328 €	10.187 €	37.936 €	93.576 €	17.178 €	37.451 €	14.682 €	11.053 €

**Tabelle 215: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	121	104	114	115	119	118	93	96
Mittelwert	232,26 €	238,11 €	260,88 €	282,38 €	239,94 €	226,24 €	209,22 €	220,13 €
Standardabweichung	1.214,27 €	1.636,04 €	1.569,44 €	1.751,67 €	1.476,43 €	1.066,34 €	1.192,04 €	1.242,82 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	27.117 €	48.990 €	33.920 €	51.569 €	37.587 €	18.527 €	23.466 €	26.776 €

**Tabelle 216: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>5,18 €</b>	<b>2,54 €</b>	<b>0,00 €</b>	<b>2,02 €</b>	<b>7,03 €</b>	<b>2,76 €</b>	<b>7,72 €</b>	<b>3,96 €</b>
Standardabweichung	60,63 €	44,49 €	0,00 €	35,62 €	83,91 €	56,94 €	95,79 €	59,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	871,66 €	790,24 €	0,00 €	689,35 €	1.342,37 €	1.370,10 €	1.358,58 €	1.130,03 €

**Tabelle 217: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	< 10	14	10	< 10	13	12	11	< 10
<b>Mittelwert</b>	<b>17,77 €</b>	<b>25,45 €</b>	<b>24,65 €</b>	<b>4,30 €</b>	<b>8,78 €</b>	<b>9,77 €</b>	<b>7,87 €</b>	<b>4,69 €</b>
Standardabweichung	543,31 €	658,68 €	727,55 €	74,21 €	98,15 €	116,58 €	98,94 €	77,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	19.903 €	24.024 €	26.602 €	2.154 €	1.659 €	2.583 €	2.147 €	1.796 €

**Tabelle 218: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	43	52	47	47	37	63	65	55
<b>Mittelwert</b>	<b>30,64 €</b>	<b>28,23 €</b>	<b>45,66 €</b>	<b>41,72 €</b>	<b>25,70 €</b>	<b>45,83 €</b>	<b>74,37 €</b>	<b>73,25 €</b>
Standardabweichung	357,35 €	182,72 €	295,86 €	304,07 €	161,13 €	240,36 €	382,00 €	414,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.570,91 €	3.260,85 €	4.270,64 €	5.546,21 €	2.972,70 €	3.532,74 €	5.624,67 €	4.995,67 €

**Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	90	101	97	85	93	94	91	96
<b>Mittelwert</b>	<b>18,99 €</b>	<b>16,32 €</b>	<b>21,69 €</b>	<b>34,99 €</b>	<b>16,38 €</b>	<b>21,36 €</b>	<b>38,30 €</b>	<b>42,41 €</b>
Standardabweichung	165,71 €	76,71 €	114,60 €	304,91 €	84,86 €	125,81 €	229,38 €	279,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.320,47 €	1.049,95 €	2.164,54 €	6.393,35 €	1.332,15 €	2.315,74 €	3.152,28 €	4.435,71 €

**Tabelle 220: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	599	604	596	580	589	597	587	570
<b>Mittelwert</b>	<b>243,15 €</b>	<b>228,88 €</b>	<b>231,12 €</b>	<b>221,79 €</b>	<b>237,54 €</b>	<b>248,72 €</b>	<b>248,33 €</b>	<b>227,97 €</b>
Standardabweichung	208,25 €	190,42 €	215,03 €	214,91 €	201,75 €	223,45 €	228,57 €	232,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	109,30 €	99,94 €	89,95 €	82,18 €	101,66 €	106,19 €	96,22 €	84,44 €
Median	183,85 €	181,08 €	173,66 €	167,33 €	184,32 €	192,91 €	195,73 €	169,19 €
75%-Perzentil	318,58 €	306,12 €	297,93 €	299,16 €	318,10 €	330,20 €	327,63 €	302,25 €
Maximum	1.639,08 €	1.433,40 €	1.736,40 €	1.859,57 €	1.451,19 €	1.879,23 €	1.741,52 €	2.423,60 €

**Tabelle 221: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.296	1.315	1.305	1.288	1.286	1.330	1.298	1.297
<b>Mittelwert</b>	<b>237,95 €</b>	<b>229,61 €</b>	<b>220,22 €</b>	<b>220,18 €</b>	<b>228,97 €</b>	<b>227,12 €</b>	<b>217,80 €</b>	<b>255,79 €</b>
Standardabweichung	209,54 €	206,65 €	203,02 €	224,88 €	217,76 €	199,04 €	190,10 €	1.220,80 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	99,29 €	91,53 €	78,92 €	76,50 €	93,57 €	96,86 €	85,31 €	78,63 €
Median	190,24 €	178,29 €	169,58 €	158,72 €	183,74 €	174,54 €	170,90 €	172,90 €
75%-Perzentil	311,97 €	311,09 €	284,51 €	291,98 €	308,60 €	306,74 €	299,15 €	294,53 €
Maximum	1.962 €	1.895 €	1.598 €	2.334 €	2.549 €	1.706 €	1.500 €	44.520 €

**Tabelle 222: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	484	488	452	442	473	475	475	452
<b>Mittelwert</b>	<b>413,49 €</b>	<b>307,23 €</b>	<b>399,40 €</b>	<b>394,87 €</b>	<b>141,92 €</b>	<b>130,76 €</b>	<b>178,00 €</b>	<b>177,35 €</b>
Standardabweichung	7.164,88 €	4.143,64 €	6.038,87 €	5.918,75 €	830,91 €	812,07 €	1.143,97 €	1.161,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,29 €	6,75 €	0,00 €	0,00 €	3,43 €	4,86 €	8,72 €	0,00 €
Median	32,48 €	30,74 €	31,64 €	29,87 €	31,49 €	31,78 €	33,35 €	32,38 €
75%-Perzentil	99,42 €	83,80 €	90,07 €	114,74 €	90,97 €	93,51 €	113,98 €	109,34 €
Maximum	177.352 €	100.778 €	147.573 €	144.543 €	19.268 €	19.211 €	22.339 €	18.006 €

**Tabelle 223: Kosten der Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	1.059	1.086	1.023	998	1.082	1.147	1.082	1.040
<b>Mittelwert</b>	<b>200,48 €</b>	<b>216,51 €</b>	<b>231,50 €</b>	<b>216,65 €</b>	<b>176,97 €</b>	<b>167,66 €</b>	<b>155,86 €</b>	<b>341,00 €</b>
Standardabweichung	1.557,64 €	1.666,77 €	1.839,80 €	1.788,75 €	1.627,34 €	1.292,08 €	1.228,38 €	6.847,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	1,82 €	4,26 €	2,37 €	0,00 €	2,86 €	6,70 €	7,09 €	5,46 €
Median	29,71 €	29,73 €	29,10 €	29,49 €	27,66 €	31,28 €	32,00 €	32,60 €
75%-Perzentil	79,88 €	90,27 €	91,10 €	90,76 €	78,27 €	87,85 €	98,64 €	106,44 €
Maximum	30.709 €	34.101 €	39.646 €	41.562 €	40.216 €	33.313 €	33.251 €	247.106 €

**Tabelle 224: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	616	616	616	616	608	608	607	607
N mit Fall	89	99	88	72	90	103	86	66
<b>Mittelwert</b>	<b>110,91 €</b>	<b>213,24 €</b>	<b>235,30 €</b>	<b>159,46 €</b>	<b>107,70 €</b>	<b>173,18 €</b>	<b>191,50 €</b>	<b>144,28 €</b>
Standardabweichung	405,71 €	681,53 €	766,70 €	631,96 €	413,90 €	552,98 €	686,28 €	691,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.471,74 €	6.852,24 €	6.781,50 €	6.617,20 €	6.916,16 €	6.782,48 €	6.867,58 €	9.241,76 €

**Tabelle 225: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG			
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357
N mit Fall	373	286	236	184	338	231	241	189
<b>Mittelwert</b>	<b>240,16 €</b>	<b>218,06 €</b>	<b>231,91 €</b>	<b>184,91 €</b>	<b>207,89 €</b>	<b>182,72 €</b>	<b>224,88 €</b>	<b>184,40 €</b>
Standardabweichung	519,48 €	569,44 €	698,57 €	649,40 €	499,88 €	558,31 €	692,12 €	709,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	164,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.726,64 €	3.842,46 €	6.945,32 €	5.984,04 €	5.081,80 €	5.253,00 €	6.490,25 €	9.062,00 €

## **14.5.2 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr**

**Erwachsene**



**Tabelle 226: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	1.021	1.023	1.022	1.025						
<b>Mittelwert</b>	<b>3.667,93 €</b>	<b>3.437,25 €</b>	<b>3.336,20 €</b>	<b>3.236,24 €</b>	<b>331,74 €</b>	<b>0,400</b>	<b>201,01 €</b>	<b>0,583</b>	<b>-130,72 €</b>	<b>0,808</b>
Standardabweichung	10.688 €	7.383 €	6.909 €	9.243 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	288,54 €	300,70 €	288,56 €	283,95 €						
Median	918,67 €	821,56 €	937,40 €	846,35 €						
75%-Perzentil	3.158,19 €	3.085,71 €	3.560,40 €	2.934,60 €						
Maximum	223.820 €	69.798 €	83.844 €	215.353 €						

**Tabelle 227: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	312	285	332	278						
<b>Mittelwert</b>	<b>2.123,40 €</b>	<b>2.027,58 €</b>	<b>1.919,83 €</b>	<b>1.868,87 €</b>	<b>203,57 €</b>	<b>0,529</b>	<b>158,71 €</b>	<b>0,611</b>	<b>-44,85 €</b>	<b>0,920</b>
Standardabweichung	8.885,11 €	5.912,21 €	5.460,02 €	8.166,18 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.042	1.042	1.042	1.042						
Maximum	312	285	332	278						

**Tabelle 228: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>22,73 €</b>	<b>9,09 €</b>	<b>34,32 €</b>	<b>47,36 €</b>	<b>-11,59 €</b>	<b>0,679</b>	<b>-38,27 €</b>	<b>0,267</b>	<b>-26,68 €</b>	<b>0,548</b>
Standardabweichung	587,31 €	193,47 €	685,93 €	1.094,96 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	18.791 €	5.392 €	20.071 €	32.722 €						

**Tabelle 229: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	75	78	110	135						
<b>Mittelwert</b>	<b>43,09 €</b>	<b>39,36 €</b>	<b>45,25 €</b>	<b>66,04 €</b>	<b>-2,15 €</b>	<b>0,877</b>	<b>-26,68 €</b>	<b>0,046</b>	<b>-24,53 €</b>	<b>0,204</b>
Standardabweichung	360,69 €	243,80 €	267,40 €	356,40 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	1.042	1.042	1.042	1.042						
75%-Perzentil	75	78	110	135						
Maximum	<b>43,09 €</b>	<b>39,36 €</b>	<b>45,25 €</b>	<b>66,04 €</b>	<b>-2,15 €</b>	<b>0,877</b>	<b>-26,68 €</b>	<b>0,046</b>	<b>-24,53 €</b>	<b>0,204</b>

**Tabelle 230: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	1.014	1.015	1.021	1.017						
<b>Mittelwert</b>	<b>536,57 €</b>	<b>521,55 €</b>	<b>537,21 €</b>	<b>512,99 €</b>	<b>-0,64 €</b>	<b>0,977</b>	<b>8,56 €</b>	<b>0,694</b>	<b>9,20 €</b>	<b>0,765</b>
Standardabweichung	501,52 €	495,07 €	494,00 €	498,14 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	176,94 €	185,29 €	186,94 €	175,68 €						
Median	421,71 €	379,38 €	408,40 €	354,32 €						
75%-Perzentil	729,63 €	700,13 €	736,04 €	707,42 €						
Maximum	4.563,45 €	3.375,57 €	3.789,88 €	5.929,11 €						

**Tabelle 231: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	874	875	863	873						
<b>Mittelwert</b>	<b>852,52 €</b>	<b>745,42 €</b>	<b>688,29 €</b>	<b>600,50 €</b>	<b>164,22 €</b>	<b>0,326</b>	<b>144,92 €</b>	<b>0,199</b>	<b>-19,30 €</b>	<b>0,924</b>
Standardabweichung	4.573,18 €	2.933,97 €	2.858,44 €	2.156,17 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	21,81 €	28,64 €	17,30 €	25,76 €						
Median	119,30 €	119,95 €	111,25 €	117,59 €						
75%-Perzentil	402,27 €	459,16 €	453,65 €	411,49 €						
Maximum	80.562 €	44.409 €	55.413 €	41.239 €						

**Tabelle 232: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	208	192	216	221						
<b>Mittelwert</b>	<b>89,63 €</b>	<b>94,24 €</b>	<b>111,29 €</b>	<b>140,47 €</b>	<b>-21,66 €</b>	<b>0,320</b>	<b>-46,23 €</b>	<b>0,061</b>	<b>-24,56 €</b>	<b>0,456</b>
Standardabweichung	460,35 €	436,44 €	531,08 €	667,52 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	10.973 €	8.258 €	7.935 €	9.702 €						

**Kinder und Jugendliche**

**Tabelle 233: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	938	926	937	942						
<b>Mittelwert</b>	<b>917,76 €</b>	<b>1.072,08 €</b>	<b>1.207,62 €</b>	<b>1.492,02 €</b>	<b>-289,86 €</b>	<b>0,306</b>	<b>-419,94 €</b>	<b>0,182</b>	<b>-130,09 €</b>	<b>0,759</b>
Standardabweichung	2.278,19 €	2.353,37 €	8.448,83 €	9.438,65 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	143,72 €	127,62 €	141,26 €	155,63 €						
Median	295,42 €	323,72 €	334,75 €	371,48 €						
75%-Perzentil	849,83 €	993,86 €	959,59 €	1.185,55 €						
Maximum	44.103 €	45.260 €	245.518 €	236.433 €						

**Tabelle 234: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	86	90	92	101						
<b>Mittelwert</b>	<b>219,87 €</b>	<b>236,76 €</b>	<b>337,54 €</b>	<b>363,25 €</b>	<b>-117,67 €</b>	<b>0,319</b>	<b>-126,49 €</b>	<b>0,096</b>	<b>-8,82 €</b>	<b>0,950</b>
Standardabweichung	872,12 €	912,17 €	3.547,12 €	2.162,95 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	11.415 €	10.513 €	106.026 €	51.297 €						

**Tabelle 235: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>4,08 €</b>	<b>4,69 €</b>	<b>42,95 €</b>	<b>99,69 €</b>	<b>-38,87 €</b>	<b>0,312</b>	<b>-95,00 €</b>	<b>0,322</b>	<b>-56,13 €</b>	<b>0,587</b>
Standardabweichung	57,33 €	69,87 €	1.186,88 €	2.966,26 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	999 €	1.507 €	36.629 €	91.699 €						

**Tabelle 236: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	72	82	69	108						
<b>Mittelwert</b>	<b>38,95 €</b>	<b>54,63 €</b>	<b>34,86 €</b>	<b>89,41 €</b>	<b>4,09 €</b>	<b>0,813</b>	<b>-34,77 €</b>	<b>0,084</b>	<b>-38,86 €</b>	<b>0,143</b>
Standardabweichung	465,42 €	415,68 €	264,65 €	461,96 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	13.305 €	6.526 €	5.787 €	8.313 €						

**Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	932	922	930	937						
<b>Mittelwert</b>	<b>246,23 €</b>	<b>239,05 €</b>	<b>314,75 €</b>	<b>320,80 €</b>	<b>-68,52 €</b>	<b>0,315</b>	<b>-81,75 €</b>	<b>0,303</b>	<b>-13,23 €</b>	<b>0,899</b>
Standardabweichung	216,49 €	240,61 €	2.097,23 €	2.439,62 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	104,22 €	88,79 €	102,46 €	103,28 €						
Median	188,38 €	176,41 €	192,98 €	191,66 €						
75%-Perzentil	323,24 €	313,41 €	336,28 €	313,62 €						
Maximum	1.811 €	3.073 €	64.744 €	75.394 €						

**Tabelle 238: Kosten der Arzneimittelversorgung (ohne Psychopharmaka) je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	729	709	733	748						
<b>Mittelwert</b>	<b>216,31 €</b>	<b>183,86 €</b>	<b>229,41 €</b>	<b>309,90 €</b>	<b>-13,11 €</b>	<b>0,906</b>	<b>-126,05 €</b>	<b>0,479</b>	<b>-112,94 €</b>	<b>0,590</b>
Standardabweichung	1.863,91 €	1.722,26 €	2.864,10 €	5.225,59 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	3,29 €	0,00 €	5,30 €	9,40 €						
Median	33,08 €	32,88 €	32,84 €	34,40 €						
75%-Perzentil	92,29 €	102,44 €	96,29 €	101,08 €						
Maximum	43.239 €	44.502 €	80.459 €	160.177 €						

**Tabelle 239: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im dritten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	956	956	956	956						
N mit Fall	162	185	184	202						
<b>Mittelwert</b>	<b>192,33 €</b>	<b>353,11 €</b>	<b>248,10 €</b>	<b>308,98 €</b>	<b>-55,77 €</b>	<b>0,076</b>	<b>44,13 €</b>	<b>0,318</b>	<b>99,90 €</b>	<b>0,066</b>
Standardabweichung	618,96 €	1.015,98 €	749,60 €	914,97 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.055,65 €	9.071,05 €	7.762,40 €	9.381,97 €						

### **14.5.3 Psychiatrische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)**

**Erwachsene**

Klinikneue Patienten

**Tabelle 240: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	946	1.042	949	1.042						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.062,53 €</b>	<b>7.061,73 €</b>	<b>1.005,84 €</b>	<b>7.265,43 €</b>	<b>56,69 €</b>	<b>0,696</b>	<b>-203,70 €</b>	<b>0,619</b>	<b>-260,38 €</b>	<b>0,549</b>
Standardabweichung	3.655,95 €	9.661,14 €	2.923,11 €	9.023,94 €						
Minimum	0,00 €	99,39 €	0,00 €	73,49 €						
25%-Perzentil	34,10 €	903,86 €	38,17 €	1.052,36 €						
Median	127,53 €	2.902,40 €	157,75 €	3.901,02 €						
75%-Perzentil	534 €	9.650 €	589 €	10.608 €						
Maximum	41.645 €	68.599 €	34.187 €	68.507 €						

**Tabelle 241: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	83	490	90	584						
<b>Mittelwert</b>	<b>587,83 €</b>	<b>4.566,72 €</b>	<b>529,11 €</b>	<b>5.204,73 €</b>	<b>58,72 €</b>	<b>0,646</b>	<b>-638,00 €</b>	<b>0,071</b>	<b>-696,72 €</b>	<b>0,063</b>
Standardabweichung	3.172,43 €	8.119,04 €	2.631,19 €	7.978,60 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.307,52 €						
75%-Perzentil	0,00 €	6.035,43 €	0,00 €	8.267,20 €						
Maximum	38.982 €	67.545 €	32.791 €	60.083 €						

**Tabelle 242: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	118	< 10	141						
<b>Mittelwert</b>	<b>52,46 €</b>	<b>830,23 €</b>	<b>27,96 €</b>	<b>973,22 €</b>	<b>24,50 €</b>	<b>0,333</b>	<b>-142,98 €</b>	<b>0,260</b>	<b>-167,48 €</b>	<b>0,196</b>
Standardabweichung	719,04 €	2.786,58 €	388,30 €	3.008,34 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	14.791 €	21.974 €	7.608 €	26.177 €						



**Tabelle 243: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	30	808	41	663						
<b>Mittelwert</b>	<b>12,95 €</b>	<b>999,42 €</b>	<b>16,02 €</b>	<b>331,93 €</b>	<b>-3,07 €</b>	<b>0,532</b>	<b>667,48 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>670,55 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	110,78 €	2.535,00 €	113,41 €	496,54 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €						
Median	0,00 €	337,01 €	0,00 €	83,46 €						
75%-Perzentil	0,00 €	911,14 €	0,00 €	541,24 €						
Maximum	2.294 €	33.374 €	1.608 €	8.843 €						

**Tabelle 244: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>0,00 €</b>	<b>0,51 €</b>	<b>1,59 €</b>	<b>5,08 €</b>	<b>-1,59 €</b>	<b>0,215</b>	<b>-4,57 €</b>	<b>0,057</b>	<b>-2,98 €</b>	<b>0,273</b>
Standardabweichung	0,00 €	16,49 €	41,41 €	75,50 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	0,00 €	532,38 €	1.283,85 €	1.690,38 €						

**Tabelle 245: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	923	938	918	961						
<b>Mittelwert</b>	<b>243,76 €</b>	<b>396,08 €</b>	<b>250,46 €</b>	<b>423,03 €</b>	<b>-6,70 €</b>	<b>0,773</b>	<b>-26,95 €</b>	<b>0,412</b>	<b>-20,26 €</b>	<b>0,614</b>
Standardabweichung	511,56 €	763,14 €	545,35 €	737,51 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	20,25 €	28,64 €	21,10 €	35,78 €						
Median	65,60 €	86,38 €	67,04 €	112,90 €						
75%-Perzentil	199,50 €	304,93 €	209,07 €	362,99 €						
Maximum	5.099,24 €	4.942,51 €	4.895,64 €	7.174,20 €						

**Tabelle 246: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	560	744	605	792						
<b>Mittelwert</b>	<b>162,44 €</b>	<b>264,63 €</b>	<b>174,74 €</b>	<b>317,02 €</b>	<b>-12,30 €</b>	<b>0,663</b>	<b>-52,39 €</b>	<b>0,121</b>	<b>-40,09 €</b>	<b>0,362</b>
Standardabweichung	500,62 €	633,78 €	759,49 €	886,99 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12,62 €						
Median	13,03 €	89,44 €	23,16 €	106,94 €						
75%-Perzentil	112,30 €	286,24 €	128,56 €	324,11 €						
Maximum	7.516 €	11.342 €	17.780 €	18.703 €						

**Tabelle 247: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	12						
<b>Mittelwert</b>	<b>3,09 €</b>	<b>4,14 €</b>	<b>5,97 €</b>	<b>10,42 €</b>	<b>-2,88 €</b>	<b>0,347</b>	<b>-6,28 €</b>	<b>0,160</b>	<b>-3,40 €</b>	<b>0,530</b>
Standardabweichung	49,75 €	73,85 €	85,15 €	123,93 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.105,65 €	1.927,16 €	1.878,55 €	2.847,31 €						

Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 248: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.560	2.575	2.562	2.574						
<b>Mittelwert</b>	<b>3.958,69 €</b>	<b>4.527,10 €</b>	<b>3.979,91 €</b>	<b>4.569,53 €</b>	<b>-21,22 €</b>	<b>0,914</b>	<b>-42,43 €</b>	<b>0,833</b>	<b>-21,20 €</b>	<b>0,940</b>
Standardabweichung	7.232,35 €	7.279,93 €	6.786,54 €	7.169,02 €						
Minimum	0,00 €	38,84 €	0,00 €	0,00 €						
25%-Perzentil	956,45 €	916,48 €	949,43 €	1.224,71 €						
Median	1.451,24 €	1.834,57 €	1.506,99 €	1.845,95 €						
75%-Perzentil	3.161,11 €	4.302,14 €	3.342,82 €	3.912,51 €						
Maximum	100.086 €	70.164 €	68.089 €	66.071 €						

**Tabelle 249: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	414	404	446	485						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.947,87 €</b>	<b>1.823,61 €</b>	<b>2.037,79 €</b>	<b>2.341,88 €</b>	<b>-89,92 €</b>	<b>0,613</b>	<b>-518,27 €</b>	<b>0,003</b>	<b>-428,35 €</b>	<b>0,084</b>
Standardabweichung	6.540,97 €	5.811,52 €	6.204,64 €	6.595,10 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	100.083 €	65.551 €	66.370 €	60.000 €						

**Tabelle 250: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	119	133	106	119						
<b>Mittelwert</b>	<b>307,18 €</b>	<b>390,70 €</b>	<b>237,44 €</b>	<b>280,12 €</b>	<b>69,74 €</b>	<b>0,106</b>	<b>110,58 €</b>	<b>0,032</b>	<b>40,84 €</b>	<b>0,544</b>
Standardabweichung	1.661,08 €	2.104,04 €	1.429,65 €	1.551,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	22.830 €	31.236 €	18.073 €	19.215 €						

**Tabelle 251: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.345	2.503	2.344	2.444						
<b>Mittelwert</b>	<b>685,97 €</b>	<b>1.295,76 €</b>	<b>684,02 €</b>	<b>896,84 €</b>	<b>1,96 €</b>	<b>0,843</b>	<b>398,93 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>396,97 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	348,92 €	2.150,78 €	360,52 €	438,92 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	508,28 €	397,56 €	426,86 €	557,58 €						
Median	792,06 €	734,57 €	792,06 €	1.082,48 €						
75%-Perzentil	1.056,08 €	1.308,13 €	1.056,08 €	1.171,89 €						
Maximum	2.151 €	33.843 €	4.521 €	3.917 €						

**Tabelle 252: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	10						
<b>Mittelwert</b>	<b>2,35 €</b>	<b>1,39 €</b>	<b>2,21 €</b>	<b>3,27 €</b>	<b>0,14 €</b>	<b>0,940</b>	<b>-1,87 €</b>	<b>0,267</b>	<b>-2,02 €</b>	<b>0,425</b>
Standardabweichung	77,93 €	30,58 €	54,91 €	80,09 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.416,82 €	887,07 €	2.068,48 €	2.958,70 €						

**Tabelle 253: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.411	2.411	2.342	2.335						
<b>Mittelwert</b>	<b>262,00 €</b>	<b>286,93 €</b>	<b>249,64 €</b>	<b>265,09 €</b>	<b>12,36 €</b>	<b>0,446</b>	<b>21,83 €</b>	<b>0,240</b>	<b>9,47 €</b>	<b>0,701</b>
Standardabweichung	570,34 €	649,16 €	594,33 €	684,32 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	34,87 €	31,58 €	27,12 €	25,89 €						
Median	73,71 €	66,81 €	64,67 €	59,85 €						
75%-Perzentil	155,87 €	155,48 €	142,20 €	140,69 €						
Maximum	6.442 €	6.970 €	10.097 €	12.587 €						

**Tabelle 254: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.217	2.279	2.221	2.283						
<b>Mittelwert</b>	<b>749,39 €</b>	<b>724,02 €</b>	<b>752,29 €</b>	<b>756,43 €</b>	<b>-2,90 €</b>	<b>0,943</b>	<b>-32,41 €</b>	<b>0,412</b>	<b>-29,51 €</b>	<b>0,602</b>
Standardabweichung	1.524,30 €	1.430,83 €	1.374,64 €	1.404,87 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	78,01 €	88,40 €	86,49 €	108,37 €						
Median	249,42 €	270,48 €	303,23 €	333,00 €						
75%-Perzentil	810,13 €	782,51 €	845,48 €	863,84 €						
Maximum	25.700 €	19.870 €	19.027 €	16.822 €						

**Tabelle 255: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinik-bekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	12	13	44	42						
<b>Mittelwert</b>	<b>3,92 €</b>	<b>4,69 €</b>	<b>16,52 €</b>	<b>25,89 €</b>	<b>-12,60 €</b>	<b>0,001</b>	<b>-21,21 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-8,61 €</b>	<b>0,214</b>
Standardabweichung	91,30 €	84,67 €	176,59 €	277,25 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	3.842,11 €	2.276,36 €	4.643,10 €	7.148,42 €						

## Kinder und Jugendliche

### Klinikneue Patienten

**Tabelle 256: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	501	636	500	636						
<b>Mittelwert</b>	<b>669,93 €</b>	<b>7.819,66 €</b>	<b>777,40 €</b>	<b>7.905,98 €</b>	<b>-107,48 €</b>	<b>0,604</b>	<b>-86,32 €</b>	<b>0,919</b>	<b>21,15 €</b>	<b>0,981</b>
Standardabweichung	3.341 €	15.476 €	4.009 €	14.725 €						
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	83,56 €						
25%-Perzentil	8,78 €	721,40 €	7,92 €	814,12 €						
Median	53,46 €	1.303,36 €	49,75 €	1.618,10 €						
75%-Perzentil	208,65 €	3.796,29 €	271,39 €	5.150,13 €						
Maximum	51.316 €	105.596 €	55.606 €	122.446 €						

**Tabelle 257: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG				Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	616	616	616	616	608	608	607	607						
N mit Fall	18	152	45	35	23	160	54	43						
<b>Mittelwert</b>	<b>325,36 €</b>	<b>4.804,39 €</b>	<b>1.185,80 €</b>	<b>838,26 €</b>	<b>463,06 €</b>	<b>4.852,22 €</b>	<b>1.392,89 €</b>	<b>1.366,64 €</b>	<b>-108,02 €</b>	<b>0,560</b>	<b>225,96 €</b>	<b>0,761</b>	<b>333,98 €</b>	<b>0,663</b>
Standardabweichung	3.046 €	13.063 €	6.219 €	5.095 €	3.633 €	13.309 €	6.765 €	7.996 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	603,93 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	49.192 €	104.249 €	63.996 €	57.328 €	43.635 €	121.966 €	71.155 €	113.597 €						
Gruppe	IG		KG		Difference in Difference									
Zeitraum	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert				
N	636	636	636	636										
N mit Fall	20	162	24	166										
<b>Mittelwert</b>	<b>336,25 €</b>	<b>5.054,09 €</b>	<b>444,26 €</b>	<b>4.828,13 €</b>	<b>-108,02 €</b>	<b>0,560</b>	<b>225,96 €</b>	<b>0,761</b>	<b>333,98 €</b>	<b>0,663</b>				
Standardabweichung	3.030 €	13.380 €	3.553 €	13.159 €										
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €										
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €										
Median	0 €	0 €	0 €	0 €										
75%-Perzentil	0,00 €	632,07 €	0,00 €	573,53 €										
Maximum	49.192 €	104.249 €	43.635 €	121.966 €										

**Tabelle 258: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	< 10	51	< 10	62						
Mittelwert	37,17 €	1.357,61 €	35,59 €	1.669,32 €	1,58 €	0,967	-311,71 €	0,368	-313,29 €	0,368
Standardabweichung	750,38 €	6.096,07 €	621,72 €	6.241,73 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	18.106 €	56.656 €	12.581 €	41.052 €						

**Tabelle 259: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	11	599	21	594						
Mittelwert	9,00 €	932,42 €	20,19 €	865,57 €	-11,20 €	0,073	66,85 €	0,138	78,05 €	0,086
Standardabweichung	99,94 €	986,56 €	121,71 €	560,58 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0,00 €	347,65 €	0,00 €	378,42 €						
Median	0,00 €	707,04 €	0,00 €	756,84 €						
75%-Perzentil	0,00 €	1.149,94 €	0,00 €	1.154,18 €						
Maximum	1.800,00 €	8.095,28 €	1.107,57 €	3.443,62 €						

**Tabelle 260: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	24	21	29	33						
Mittelwert	31,89 €	25,03 €	41,91 €	34,51 €	-10,03 €	0,402	-9,48 €	0,353	0,55 €	0,972
Standardabweichung	177,45 €	163,70 €	243,99 €	198,13 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	1.548,20 €	2.297,17 €	3.706,27 €	2.829,69 €						

**Tabelle 261: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	494	523	492	545						
<b>Mittelwert</b>	<b>216,66 €</b>	<b>390,75 €</b>	<b>186,54 €</b>	<b>379,43 €</b>	<b>30,11 €</b>	<b>0,343</b>	<b>11,32 €</b>	<b>0,808</b>	<b>-18,79 €</b>	<b>0,739</b>
Standardabweichung	614,90 €	840,83 €	513,26 €	818,68 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	7,68 €	18,51 €	5,59 €	27,05 €						
Median	44,45 €	80,95 €	41,45 €	86,03 €						
75%-Perzentil	140,13 €	255,50 €	133,40 €	237,10 €						
Maximum	5.537,43 €	5.552,94 €	4.763,26 €	5.746,56 €						

**Tabelle 262: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	64	141	77	199						
<b>Mittelwert</b>	<b>23,99 €</b>	<b>55,50 €</b>	<b>31,35 €</b>	<b>87,39 €</b>	<b>-7,35 €</b>	<b>0,319</b>	<b>-31,89 €</b>	<b>0,009</b>	<b>-24,54 €</b>	<b>0,087</b>
Standardabweichung	110,91 €	190,99 €	149,61 €	243,65 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	58,48 €						
Maximum	976,14 €	1.909,10 €	1.942,67 €	2.295,71 €						

**Tabelle 263: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	10	< 10	13	17						
<b>Mittelwert</b>	<b>14,98 €</b>	<b>4,26 €</b>	<b>17,56 €</b>	<b>41,64 €</b>	<b>-2,58 €</b>	<b>0,799</b>	<b>-37,38 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-34,80 €</b>	<b>0,020</b>
Standardabweichung	150,17 €	55,52 €	206,79 €	269,75 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.653,70 €	825,58 €	4.692,24 €	2.422,50 €						



Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 264: Direkte psychiatrische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.381	1.409	1.387	1.409						
<b>Mittelwert</b>	<b>3.515,22 €</b>	<b>5.416,41 €</b>	<b>4.023,11 €</b>	<b>6.225,96 €</b>	<b>-507,89 €</b>	<b>0,160</b>	<b>-809,55 €</b>	<b>0,110</b>	<b>-301,66 €</b>	<b>0,628</b>
Standardabweichung	9.120 €	13.635 €	10.034 €	13.245 €						
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	83,56 €						
25%-Perzentil	506,92 €	512,61 €	472,10 €	845,25 €						
Median	1.107,57 €	1.008,84 €	1.143,35 €	1.675,74 €						
75%-Perzentil	1.575,42 €	2.433,65 €	1.802,78 €	3.342,59 €						
Maximum	96.685 €	144.088 €	77.160 €	200.686 €						

**Tabelle 265: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG				KG				Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.355	1.355	1.355	1.355	1.358	1.358	1.358	1.357						
N mit Fall	104	144	83	76	119	178	101	70						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.628,68 €</b>	<b>2.731,93 €</b>	<b>1.204,93 €</b>	<b>855,68 €</b>	<b>2.138,44 €</b>	<b>3.402,48 €</b>	<b>1.546,75 €</b>	<b>709,49 €</b>	<b>-536,78 €</b>	<b>0,091</b>	<b>-575,76 €</b>	<b>0,192</b>	<b>-38,97 €</b>	<b>0,943</b>
Standardabweichung	7.733 €	11.430 €	6.384 €	5.525 €	8.984 €	12.266 €	8.080 €	4.636 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	94.215 €	142.797 €	74.604 €	97.796 €	76.721 €	197.620 €	115.404 €	62.339 €						

**Tabelle 266: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	54	96	53	120						
<b>Mittelwert</b>	<b>764,02 €</b>	<b>1.407,95 €</b>	<b>652,88 €</b>	<b>1.259,43 €</b>	<b>111,14 €</b>	<b>0,489</b>	<b>148,51 €</b>	<b>0,511</b>	<b>37,37 €</b>	<b>0,893</b>
Standardabweichung	4.617,44 €	6.541,30 €	3.874,85 €	5.383,53 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	72.184 €	85.911 €	36.915 €	50.533 €						

**Tabelle 267: Kosten für PIA-Behandlungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.291	1.384	1.293	1.369						
<b>Mittelwert</b>	<b>739,85 €</b>	<b>748,69 €</b>	<b>768,36 €</b>	<b>1.023,42 €</b>	<b>-28,51 €</b>	<b>0,097</b>	<b>-274,73 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-246,21 €</b>	<b>&lt;0,001</b>
Standardabweichung	445,77 €	791,19 €	466,52 €	604,40 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	369,19 €	276,07 €	369,19 €	378,42 €						
Median	738,38 €	572,90 €	738,38 €	1.135,26 €						
75%-Perzentil	1.107,57 €	963,42 €	1.107,57 €	1.513,68 €						
Maximum	2.870 €	14.111 €	2.111 €	6.242 €						

**Tabelle 268: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	50	49	81	70						
<b>Mittelwert</b>	<b>25,16 €</b>	<b>22,05 €</b>	<b>46,58 €</b>	<b>47,74 €</b>	<b>-21,41 €</b>	<b>0,005</b>	<b>-25,70 €</b>	<b>0,001</b>	<b>-4,29 €</b>	<b>0,698</b>
Standardabweichung	153,55 €	133,09 €	239,56 €	271,40 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.056,66 €	1.548,20 €	3.574,49 €	3.815,39 €						

**Tabelle 269: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.152	1.176	1.163	1.225						
<b>Mittelwert</b>	<b>237,78 €</b>	<b>355,54 €</b>	<b>231,47 €</b>	<b>373,50 €</b>	<b>6,31 €</b>	<b>0,792</b>	<b>-17,96 €</b>	<b>0,598</b>	<b>-24,27 €</b>	<b>0,560</b>
Standardabweichung	673,88 €	894,01 €	593,58 €	914,74 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	15,61 €	20,39 €	15,86 €	26,44 €						
Median	56,96 €	73,82 €	62,95 €	72,47 €						
75%-Perzentil	139,10 €	173,44 €	150,41 €	179,76 €						
Maximum	8.403 €	10.622 €	6.572 €	8.407 €						

**Tabelle 270: Kosten für Psychopharmaka je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	315	417	414	558						
<b>Mittelwert</b>	<b>64,04 €</b>	<b>104,94 €</b>	<b>103,59 €</b>	<b>150,95 €</b>	<b>-39,55 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-46,00 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-6,45 €</b>	<b>0,679</b>
Standardabweichung	234,65 €	304,10 €	291,38 €	333,09 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0,00 €	66,89 €	43,68 €	170,58 €						
Maximum	4.293,05 €	4.667,36 €	3.214,57 €	3.734,31 €						

**Tabelle 271: Kosten der psychiatrischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	36	34	39	46						
<b>Mittelwert</b>	<b>26,29 €</b>	<b>30,13 €</b>	<b>25,37 €</b>	<b>48,05 €</b>	<b>0,92 €</b>	<b>0,907</b>	<b>-17,92 €</b>	<b>0,118</b>	<b>-18,84 €</b>	<b>0,175</b>
Standardabweichung	191,62 €	247,42 €	222,66 €	352,23 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.357,86 €	4.789,00 €	5.574,30 €	6.836,14 €						

### 14.5.4 Somatische Versorgungskosten; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

#### Erwachsene

**Tabelle 272: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	1.017	1.021	1.015	1.022						
<b>Mittelwert</b>	<b>2.898,69 €</b>	<b>2.787,10 €</b>	<b>3.227,61 €</b>	<b>2.817,30 €</b>	<b>-328,92 €</b>	<b>0,341</b>	<b>-30,20 €</b>	<b>0,907</b>	<b>298,72 €</b>	<b>0,488</b>
Standardabweichung	6.318,08 €	5.901,70 €	9.184,35 €	5.872,38 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	291,34 €	268,43 €	285,65 €	281,39 €						
Median	818,37 €	751,68 €	813,38 €	796,63 €						
75%-Perzentil	2.638,51 €	2.499,26 €	2.782,76 €	2.763,48 €						
Maximum	108.364 €	64.284 €	170.816 €	57.358 €						

**Tabelle 273: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	293	282	312	285						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.651,70 €</b>	<b>1.594,99 €</b>	<b>1.867,81 €</b>	<b>1.438,86 €</b>	<b>-216,11 €</b>	<b>0,443</b>	<b>156,12 €</b>	<b>0,421</b>	<b>372,24 €</b>	<b>0,276</b>
Standardabweichung	4.901,06 €	4.704,52 €	7.651,33 €	4.137,84 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	1.118,18 €	895,46 €	1.350,54 €	919,28 €						
Maximum	68.306 €	60.911 €	159.992 €	48.562 €						

**Tabelle 274: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>23,38 €</b>	<b>8,51 €</b>	<b>3,77 €</b>	<b>2,95 €</b>	<b>19,62 €</b>	<b>0,230</b>	<b>5,55 €</b>	<b>0,503</b>	<b>-14,06 €</b>	<b>0,443</b>
Standardabweichung	519,89 €	259,13 €	89,09 €	67,43 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	16.555 €	8.349 €	2.497 €	1.593 €						

**Tabelle 275: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	68	70	79	95						
<b>Mittelwert</b>	<b>60,87 €</b>	<b>29,31 €</b>	<b>23,18 €</b>	<b>29,95 €</b>	<b>37,69 €</b>	<b>0,184</b>	<b>-0,63 €</b>	<b>0,922</b>	<b>-38,33 €</b>	<b>0,187</b>
Standardabweichung	902,46 €	158,95 €	149,89 €	136,50 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	27.786 €	2.661 €	3.511 €	2.078 €						

**Tabelle 276: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	1.012	1.013	1.007	1.016						
<b>Mittelwert</b>	<b>542,86 €</b>	<b>498,16 €</b>	<b>531,62 €</b>	<b>500,10 €</b>	<b>11,24 €</b>	<b>0,635</b>	<b>-1,95 €</b>	<b>0,929</b>	<b>-13,19 €</b>	<b>0,681</b>
Standardabweichung	531,99 €	517,97 €	548,51 €	471,52 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	182,05 €	174,37 €	180,08 €	176,23 €						
Median	409,41 €	349,48 €	372,96 €	384,42 €						
75%-Perzentil	735,69 €	670,43 €	721,47 €	688,80 €						
Maximum	4.768,44 €	5.221,04 €	5.337,14 €	4.107,25 €						

**Tabelle 277: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	893	876	871	879						
<b>Mittelwert</b>	<b>535,06 €</b>	<b>569,02 €</b>	<b>705,64 €</b>	<b>734,55 €</b>	<b>-170,57 €</b>	<b>0,178</b>	<b>-165,53 €</b>	<b>0,216</b>	<b>5,04 €</b>	<b>0,978</b>
Standardabweichung	1.880,87 €	2.617,84 €	3.623,70 €	3.435,91 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	28,31 €	25,08 €	25,01 €	25,34 €						
Median	119,58 €	117,66 €	109,31 €	103,89 €						
75%-Perzentil	359,20 €	350,00 €	378,37 €	415,88 €						
Maximum	22.891 €	56.268 €	63.982 €	56.209 €						

**Tabelle 278: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.042	1.042	1.042	1.042						
N mit Fall	214	194	220	222						
<b>Mittelwert</b>	<b>84,82 €</b>	<b>87,12 €</b>	<b>95,61 €</b>	<b>110,89 €</b>	<b>-10,79 €</b>	<b>0,549</b>	<b>-23,77 €</b>	<b>0,265</b>	<b>-12,98 €</b>	<b>0,641</b>
Standardabweichung	426,66 €	500,07 €	393,48 €	471,98 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	9.001 €	11.200 €	5.320 €	7.388 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 279: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.534	2.551	2.537	2.554						
<b>Mittelwert</b>	<b>2.464,28 €</b>	<b>2.845,88 €</b>	<b>2.930,86 €</b>	<b>2.986,53 €</b>	<b>-466,58 €</b>	<b>0,022</b>	<b>-140,65 €</b>	<b>0,635</b>	<b>325,93 €</b>	<b>0,364</b>
Standardabweichung	6.355 €	12.079 €	8.175 €	8.915 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	335,24 €	335,43 €	335,90 €	360,35 €						
Median	803,48 €	822,68 €	847,52 €	907,38 €						
75%-Perzentil	2.131,80 €	2.260,24 €	2.610,69 €	2.535,56 €						
Maximum	129.063 €	492.577 €	212.117 €	261.693 €						

**Tabelle 280: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	526	520	603	570						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.033,48 €</b>	<b>1.452,20 €</b>	<b>1.327,55 €</b>	<b>1.382,21 €</b>	<b>-294,08 €</b>	<b>0,035</b>	<b>69,99 €</b>	<b>0,791</b>	<b>364,07 €</b>	<b>0,222</b>
Standardabweichung	3.989 €	11.269 €	5.853 €	7.213 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	75.539 €	489.953 €	212.005 €	260.419 €						

**Tabelle 281: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	< 10	< 10	11	12						
<b>Mittelwert</b>	<b>3,06 €</b>	<b>6,71 €</b>	<b>25,20 €</b>	<b>24,13 €</b>	<b>-22,14 €</b>	<b>0,078</b>	<b>-17,42 €</b>	<b>0,216</b>	<b>4,72 €</b>	<b>0,802</b>
Standardabweichung	77,62 €	185,90 €	631,98 €	690,31 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	2.568 €	7.990 €	23.401 €	29.872 €						

**Tabelle 282: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	126	149	159	159						
<b>Mittelwert</b>	<b>23,06 €</b>	<b>29,46 €</b>	<b>16,71 €</b>	<b>20,66 €</b>	<b>6,35 €</b>	<b>0,253</b>	<b>8,80 €</b>	<b>0,118</b>	<b>2,46 €</b>	<b>0,756</b>
Standardabweichung	261,55 €	248,75 €	104,35 €	141,29 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	9.885,59 €	9.087,17 €	2.138,29 €	3.378,20 €						

**Tabelle 283: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.517	2.545	2.521	2.540						
<b>Mittelwert</b>	<b>544,95 €</b>	<b>540,13 €</b>	<b>534,02 €</b>	<b>538,59 €</b>	<b>10,93 €</b>	<b>0,444</b>	<b>1,54 €</b>	<b>0,915</b>	<b>-9,39 €</b>	<b>0,644</b>
Standardabweichung	515,16 €	501,23 €	510,36 €	536,72 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	210,35 €	218,07 €	211,19 €	214,03 €						
Median	412,82 €	410,38 €	393,68 €	410,18 €						
75%-Perzentil	724,59 €	687,19 €	714,39 €	695,58 €						
Maximum	6.144,91 €	5.750,56 €	6.136,06 €	9.508,82 €						

**Tabelle 284: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	2.223	2.270	2.210	2.251						
<b>Mittelwert</b>	<b>762,21 €</b>	<b>728,38 €</b>	<b>900,74 €</b>	<b>888,91 €</b>	<b>-138,53 €</b>	<b>0,288</b>	<b>-160,53 €</b>	<b>0,134</b>	<b>-22,01 €</b>	<b>0,896</b>
Standardabweichung	4.348,90 €	3.149,13 €	4.982,05 €	4.438,55 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	39,99 €	43,62 €	35,81 €	42,86 €						
Median	151,58 €	156,55 €	164,40 €	173,55 €						
75%-Perzentil	460,02 €	505,59 €	578,13 €	593,92 €						
Maximum	122.992 €	111.392 €	152.994 €	146.349 €						

**Tabelle 285: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	2.575	2.575	2.575	2.575						
N mit Fall	534	532	587	611						
<b>Mittelwert</b>	<b>97,53 €</b>	<b>88,99 €</b>	<b>126,64 €</b>	<b>132,03 €</b>	<b>-29,11 €</b>	<b>0,015</b>	<b>-43,04 €</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-13,93 €</b>	<b>0,409</b>
Standardabweichung	403,87 €	353,53 €	457,18 €	485,84 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	6.157,24 €	5.936,64 €	6.236,65 €	7.999,10 €						



**Kinder und Jugendliche**
**Tabelle 286: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	619	625	619	626						
<b>Mittelwert</b>	<b>1.073,78 €</b>	<b>1.066,79 €</b>	<b>815,14 €</b>	<b>991,02 €</b>	<b>258,64 €</b>	<b>0,379</b>	<b>75,76 €</b>	<b>0,712</b>	<b>-182,88 €</b>	<b>0,610</b>
Standardabweichung	7.253,38 €	4.471,27 €	1.508,89 €	2.598,70 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	152,55 €	143,02 €	145,14 €	153,87 €						
Median	304,50 €	307,66 €	317,26 €	321,04 €						
75%-Perzentil	697,48 €	810,83 €	864,43 €	922,77 €						
Maximum	179.365 €	100.955 €	19.537 €	37.499 €						

**Tabelle 287: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	69	60	83	76						
<b>Mittelwert</b>	<b>278,33 €</b>	<b>291,69 €</b>	<b>294,57 €</b>	<b>385,34 €</b>	<b>-16,24 €</b>	<b>0,793</b>	<b>-93,65 €</b>	<b>0,376</b>	<b>-77,41 €</b>	<b>0,527</b>
Standardabweichung	1.144,04 €	1.464,65 €	1.055,23 €	2.230,83 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	14.328 €	26.491 €	17.178 €	37.451 €						

**Tabelle 288: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10						
<b>Mittelwert</b>	<b>5,02 €</b>	<b>2,46 €</b>	<b>6,72 €</b>	<b>2,64 €</b>	<b>-1,70 €</b>	<b>0,673</b>	<b>-0,18 €</b>	<b>0,948</b>	<b>1,52 €</b>	<b>0,757</b>
Standardabweichung	59,68 €	43,79 €	82,05 €	55,67 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	871,66 €	790,24 €	1.342,37 €	1.370,10 €						

**Tabelle 289: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	45	53	40	69						
<b>Mittelwert</b>	<b>30,22 €</b>	<b>27,43 €</b>	<b>25,40 €</b>	<b>50,70 €</b>	<b>4,83 €</b>	<b>0,752</b>	<b>-23,27 €</b>	<b>0,063</b>	<b>-28,10 €</b>	<b>0,155</b>
Standardabweichung	351,82 €	179,89 €	158,10 €	259,65 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	8.570,91 €	3.260,85 €	2.972,70 €	3.532,74 €						

**Tabelle 290: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	618	624	617	623						
<b>Mittelwert</b>	<b>246,71 €</b>	<b>230,09 €</b>	<b>238,48 €</b>	<b>247,86 €</b>	<b>8,22 €</b>	<b>0,481</b>	<b>-17,76 €</b>	<b>0,125</b>	<b>25,99 €</b>	<b>0,114</b>
Standardabweichung	215,15 €	189,09 €	200,43 €	222,00 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	109,68 €	101,17 €	101,66 €	106,10 €						
Median	184,46 €	182,61 €	184,74 €	192,38 €						
75%-Perzentil	322,22 €	308,45 €	322,06 €	329,78 €						
Maximum	1.639,08 €	1.433,40 €	1.451,19 €	1.879,23 €						

**Tabelle 291: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	500	504	494	495						
<b>Mittelwert</b>	<b>404,34 €</b>	<b>301,99 €</b>	<b>139,85 €</b>	<b>130,30 €</b>	<b>264,50 €</b>	<b>0,348</b>	<b>171,69 €</b>	<b>0,298</b>	<b>-92,81 €</b>	<b>0,776</b>
Standardabweichung	7.051,40 €	4.078,06 €	814,26 €	795,06 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	7,35 €	6,86 €	3,43 €	3,61 €						
Median	33,64 €	31,18 €	31,32 €	31,86 €						
75%-Perzentil	101,31 €	87,20 €	90,80 €	94,48 €						
Maximum	177.352 €	100.778 €	19.268 €	19.211 €						

**Tabelle 292: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	636	636	636	636						
N mit Fall	92	104	98	107						
<b>Mittelwert</b>	<b>109,16 €</b>	<b>213,12 €</b>	<b>110,13 €</b>	<b>174,19 €</b>	<b>-0,97 €</b>	<b>0,966</b>	<b>38,93 €</b>	<b>0,265</b>	<b>39,90 €</b>	<b>0,339</b>
Standardabweichung	401,05 €	677,67 €	413,88 €	561,17 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	4.471,74 €	6.852,24 €	6.916,16 €	6.782,48 €						

### Klinikbekannte Patienten

**Tabelle 293: Direkte somatische Versorgungskosten je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.378	1.383	1.376	1.391						
<b>Mittelwert</b>	<b>942,92 €</b>	<b>930,54 €</b>	<b>948,87 €</b>	<b>904,52 €</b>	<b>-5,95 €</b>	<b>0,960</b>	<b>26,01 €</b>	<b>0,825</b>	<b>31,96 €</b>	<b>0,848</b>
Standardabweichung	2.267,04 €	2.598,42 €	3.786,88 €	3.564,94 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	167,51 €	135,28 €	150,91 €	143,97 €						
Median	364,80 €	315,10 €	334,86 €	294,69 €						
75%-Perzentil	1.028,44 €	867,61 €	896,91 €	794,41 €						
Maximum	35.287 €	53.025 €	112.738 €	115.091 €						

**Tabelle 294: Kosten vollstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	128	105	123	119						
<b>Mittelwert</b>	<b>233,52 €</b>	<b>230,00 €</b>	<b>234,44 €</b>	<b>219,62 €</b>	<b>-0,92 €</b>	<b>0,985</b>	<b>10,37 €</b>	<b>0,839</b>	<b>11,29 €</b>	<b>0,875</b>
Standardabweichung	1.199,70 €	1.605,32 €	1.451,40 €	1.049,04 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	27.117 €	48.990 €	37.587 €	18.527 €						

**Tabelle 295: Kosten teilstationär somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	< 10	14	13	12						
<b>Mittelwert</b>	<b>17,43 €</b>	<b>24,47 €</b>	<b>8,46 €</b>	<b>9,41 €</b>	<b>8,97 €</b>	<b>0,534</b>	<b>15,06 €</b>	<b>0,389</b>	<b>6,10 €</b>	<b>0,788</b>
Standardabweichung	532,94 €	645,94 €	96,37 €	114,46 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	19.903 €	24.024 €	1.659 €	2.583 €						

**Tabelle 296: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	94	103	98	96						
<b>Mittelwert</b>	<b>18,89 €</b>	<b>15,99 €</b>	<b>16,83 €</b>	<b>21,31 €</b>	<b>2,06 €</b>	<b>0,677</b>	<b>-5,32 €</b>	<b>0,175</b>	<b>-7,38 €</b>	<b>0,242</b>
Standardabweichung	162,95 €	75,70 €	88,24 €	126,20 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Maximum	5.320,47 €	1.049,95 €	1.332,15 €	2.315,74 €						

**Tabelle 297: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.348	1.369	1.331	1.380						
<b>Mittelwert</b>	<b>238,18 €</b>	<b>228,60 €</b>	<b>228,10 €</b>	<b>226,25 €</b>	<b>10,08 €</b>	<b>0,212</b>	<b>2,35 €</b>	<b>0,758</b>	<b>-7,73 €</b>	<b>0,487</b>
Standardabweichung	211,88 €	205,51 €	216,86 €	200,11 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	99,47 €	91,69 €	92,56 €	97,01 €						
Median	190,84 €	177,91 €	183,08 €	172,18 €						
75%-Perzentil	311,07 €	308,08 €	308,36 €	304,37 €						
Maximum	1.962,17 €	1.894,70 €	2.549,36 €	1.705,52 €						

**Tabelle 298: Kosten für Arzneimittel je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	1.103	1.130	1.120	1.189						
<b>Mittelwert</b>	<b>195,11 €</b>	<b>209,96 €</b>	<b>252,25 €</b>	<b>245,86 €</b>	<b>-57,14 €</b>	<b>0,562</b>	<b>-35,91 €</b>	<b>0,713</b>	<b>21,23 €</b>	<b>0,878</b>
Standardabweichung	1.527,87 €	1.634,88 €	3.366,93 €	3.281,82 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	1,94 €	4,34 €	2,80 €	6,69 €						
Median	29,19 €	29,47 €	27,52 €	31,22 €						
75%-Perzentil	79,15 €	90,02 €	77,69 €	88,02 €						
Maximum	30.709 €	34.101 €	111.416 €	113.771 €						

**Tabelle 299: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung je Gruppe und Beobachtungszeitraum; Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Gruppe	IG		KG		Difference in Difference					
	Prä-Zeitraum	1. Jahr	Prä-Zeitraum	1. Jahr	IG - KG (Prä)	p-Wert	IG - KG (1. Jahr)	p-Wert	Diff-in-Diff	p-Wert
N	1.409	1.409	1.409	1.409						
N mit Fall	385	300	351	241						
<b>Mittelwert</b>	<b>239,80 €</b>	<b>221,52 €</b>	<b>208,79 €</b>	<b>182,06 €</b>	<b>31,01 €</b>	<b>0,108</b>	<b>39,45 €</b>	<b>0,064</b>	<b>8,44 €</b>	<b>0,769</b>
Standardabweichung	523,28 €	573,27 €	500,61 €	556,18 €						
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €						
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €						
Median	0 €	0 €	0 €	0 €						
75%-Perzentil	141,96 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €						
Maximum	4.726,64 €	3.842,46 €	5.081,80 €	5.253,00 €						

### 14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix (kalendarische Perspektive)

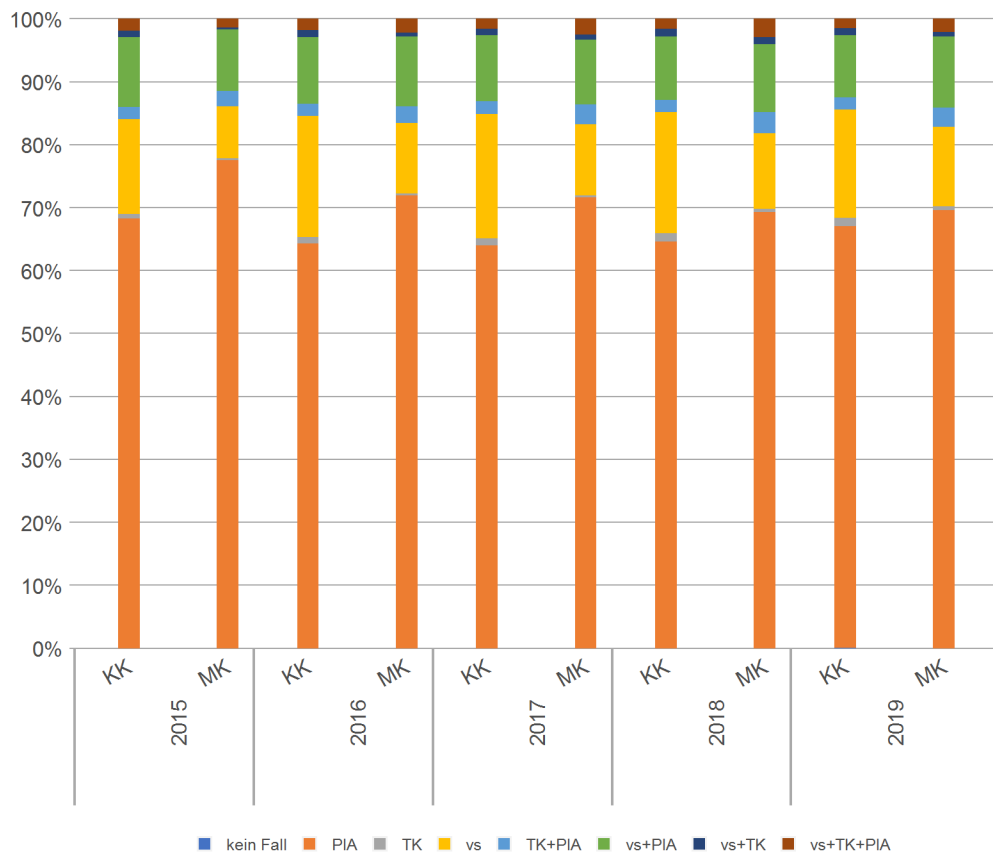
#### Erwachsene

Tabelle 300: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Erwachsene

Behandlungs- setting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	163	1	33	429	0,747	43	574	0,101	98	741	0,115	109	630	<0,001	125	624	<0,001
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	99	1	<10	237	<0,001	<10	281	0,002	28	449	0,017	36	402	0,458	49	452	0,947
vs+PIA	16	950	1	263	2.596	0,780	296	3.290	0,067	492	4.398	0,379	453	4.098	0,834	464	3.905	0,273
vs+HT																		
TK+PIA		199	0,379	51	510	0,833	75	580	0,101	116	789	0,007	138	806	<0,001	145	749	<0,001
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	71	1.461	<0,001	184	3.530	<0,001	253	4.483	<0,001	499	7.991	<0,001	493	7.768	<0,001	514	7.487	<0,001
TK	<10	94	1	<10	219	<0,001	<10	201	0,018	17	425	<0,001	15	421	<0,001	20	516	<0,001
PIA	43	3.822	<0,001	1.737	16.185	<0,001	2.364	20.255	<0,001	3.197	26.608	<0,001	3.143	25.126	<0,001	2.978	25.056	<0,001
HT																		
Gesamtergebnis	137	6.788	<0,001	2.274	23.706	<0,001	3.047	29.664	<0,001	4.447	41.401	<0,001	4.387	39.251	<0,001	4.295	38.789	<0,001
kein Fall																		

(N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 10)

Abbildung 110: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Erwachsene



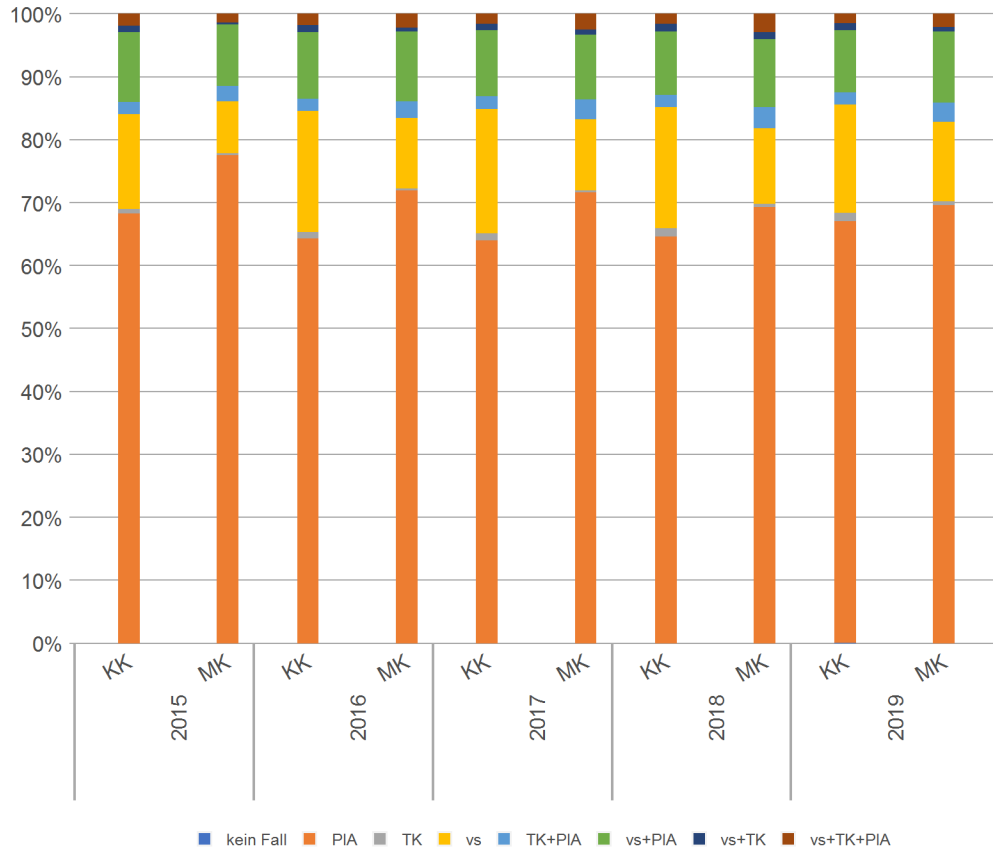
Kinder und Jugendliche

Tabelle 301: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Kinder und Jugendliche

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	33	1	<10	70	0,154	<10	87	0,068	41	128	0,733	53	154	0,352	59	145	0,023	
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	1		12	0,524		16	0,093	<10	37	0,713	12	26	0,352	19	30	0,017	
vs+PIA	<10	185	0,012	55	405	0,075	108	557	0,068	182	846	<0,001	189	932	0,001	195	966	<0,001
vs+HT																		
TK+PIA	<10	79	1	14	195	0,002	45	265	0,068	69	379	<0,001	67	458	<0,001	95	441	0,112
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	80	<0,001	26	192	0,332	45	293	0,015	116	563	0,001	126	604	0,033	89	558	<0,001
TK	<10	1	<10	24	0,663	<10	34	0,068	13	72	0,371	<10	61	0,352	12	58	0,504	
PIA	<10	1.329	<0,001	710	3.359	<0,001	1.300	4.826	<0,001	2.230	6.939	<0,001	2.070	7.155	<0,001	2.068	7.284	<0,001
HT																		
Gesamtergebnis	25	1.723	<0,001	813	4.257	<0,001	1.508	6.078	<0,001	2.658	8.964	<0,001	2.526	9.390	<0,001	2.537	9.482	<0,001

(N<sub>Kontrollkliniken</sub> = 10)

Abbildung 111: Patientenanteile je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting ; Kinder und Jugendliche





### 14.5.6 Zusatztabellen Ausgaben der Modell- und Kontrollkliniken (kalendarische Perspektive)

#### Erwachsene

**Tabelle 302: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr ; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	4.387	38.689	4.295	38.248	4.070	37.673
Anzahl Fälle	12.642	133.427	12.360	128.230	11.425	125.676
Summe Kosten	17.579.955 €	205.235.572 €	17.818.895 €	209.486.472 €	18.145.130 €	192.480.495 €
Ausgaben je Patient	4.007 €	5.305 €	4.149 €	5.477 €	4.458 €	5.109 €
Ausgaben je Fall	1.390,6 €	1.538,2 €	1.441,7 €	1.633,7 €	1.588,2 €	1.531,6 €

**Tabelle 303: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	1.091	12.672	1.152	12.262	1.090	11.166
Anzahl Fälle	1.347	20.868	1.453	20.573	1.396	18.212
Summe Kosten	10.623.730 €	162.532.940 €	10.506.325 €	165.837.625 €	9.808.646 €	148.790.140 €
Ausgaben je Patient	9.738 €	12.826 €	9.120 €	13.525 €	8.999 €	13.325 €
Ausgaben je Fall	7.887 €	7.789 €	7.231 €	8.061 €	7.026 €	8.170 €

**Tabelle 304: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	298	2.259	339	2.338	261	2.279
Anzahl Fälle	320	3.010	363	3.078	288	3.002
Summe Kosten	2.127.960 €	16.377.084 €	2.495.686 €	17.811.815 €	2.198.413 €	17.398.104 €
Ausgaben je Patient	7.141 €	7.250 €	7.362 €	7.618 €	8.423 €	7.634 €
Ausgaben je Fall	6.649,9 €	5.440,9 €	6.875,2 €	5.786,8 €	7.633,4 €	5.795,5 €

**Tabelle 305: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Erwachsene**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	3.843	30.492	3.712	30.186	3.501	30.494
Anzahl Fälle	10.975	109.549	10.544	104.579	9.741	104.455
Summe Kosten	4.828.264 €	26.325.548 €	4.816.883 €	25.837.032 €	6.138.070 €	26.264.878 €
Ausgaben je Patient	1.256,4 €	863,4 €	1.297,7 €	855,9 €	1.753,2 €	861,3 €
Ausgaben je Fall	439,9 €	240,3 €	456,8 €	247,1 €	630,1 €	251,4 €

**Kinder und Jugendliche**
**Tabelle 306: Anzahl Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben (vollstationär, Tagesklinik, PIA) je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2.526	9.277	2.537	9.352	2.345	8.763
Anzahl Fälle	5.733	33.804	6.016	33.295	5.770	31.506
Summe Kosten	12.185.963 €	79.131.650 €	13.486.929 €	80.777.751 €	12.648.897 €	66.213.400 €
Ausgaben je Patient	4.824 €	8.530 €	5.316 €	8.637 €	5.394 €	7.556 €
Ausgaben je Fall	2.126 €	2.341 €	2.242 €	2.426 €	2.192 €	2.102 €

**Tabelle 307: Anzahl vollstationärer Patienten, Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	380	1.699	362	1.681	325	1.407
Anzahl Fälle	434	3.026	437	2.981	390	2.498
Summe Kosten	7.625.033 €	48.906.074 €	7.685.247 €	50.040.905 €	6.156.100 €	39.695.190 €
Ausgaben je Patient	20.066 €	28.785 €	21.230 €	29.769 €	18.942 €	28.213 €
Ausgaben je Fall	17.569 €	16.162 €	17.586 €	16.787 €	15.785 €	15.891 €

**Tabelle 308: Anzahl Tagesklinikpatienten, TK-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	141	699	185	674	149	546
Anzahl Fälle	145	1.161	196	1.193	160	921
Summe Kosten	2.568.070 €	19.208.836 €	3.379.819 €	19.664.387 €	3.048.820 €	15.612.314 €
Ausgaben je Patient	18.213 €	27.480 €	18.269 €	29.176 €	20.462 €	28.594 €
Ausgaben je Fall	17.711 €	16.545 €	17.244 €	16.483 €	19.055 €	16.951 €

**Tabelle 309: Anzahl PIA-Patienten, PIA-Fälle und kumulierte Gesamtausgaben je Klinik und Jahr ; Kinder und Jugendliche**

	2017	2017	2018	2018	2019	2019
	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken	Modellklinik	Kontrollkliniken
Anzahl Patienten	2.379	8.612	2.417	8.737	2.226	8.208
Anzahl Fälle	5.154	29.617	5.383	29.121	5.220	28.087
Summe Kosten	1.992.860 €	11.016.739 €	2.421.864 €	11.072.459 €	3.443.978 €	10.905.897 €
Ausgaben je Patient	838 €	1.279 €	1.002 €	1.267 €	1.547 €	1.329 €
Ausgaben je Fall	386,7 €	372,0 €	449,9 €	380,2 €	659,8 €	388,3 €

### 14.5.7 Effizienz Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (analog 1. Zwischenbericht)

#### Erwachsene

**Tabelle 310: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.062,53 €		1042	7.061,73 €		1042	5.999,20 €	
	KG	1.005,84 €		1042	7.265,43 €		1042	6.259,59 €	
	Diff (IG - KG)	56,69 €	0,695		-203,70 €	0,618		-260,38 €	0,548
KH-Tage	IG	2,0		1042	16,2		1042	14,2	
	KG	2,0		1042	20,3		1042	18,3	
	Diff (IG - KG)	0,0	0,957		-4,1	0,002		-4,1	0,004
<b>ICER</b>		<b>63,60 €/d</b>							

**Tabelle 311: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis für Outcome AU-Tage; klinikneue Patienten mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Erwachsene**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	985,94 €		567	6.167,35 €		567	5.181,41 €	
	KG	905,62 €		594	6.880,51 €		594	5.974,89 €	
	Diff (IG - KG)	80,31 €	0,667		-713,16 €	0,172		-793,48 €	0,152
AU-Tage	IG	25,0		567	75,7		567	50,7	
	KG	28,3		594	86,7		594	58,4	
	Diff (IG - KG)	-3,3	0,353		-11,0	0,090		-7,7	0,300
<b>ICER</b>		<b>103,46 €/d</b>							

#### Kinder und Jugendliche

**Tabelle 312: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage; klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ; Kinder und Jugendliche**

Art	Gruppe	Prä-Zeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	669,93 €		636	7.819,66 €		636	7.149,73 €	
	KG	777,40 €		636	7.905,98 €		636	7.128,58 €	
	Diff (IG - KG)	-107,48 €	0,603		-86,32 €	0,918		21,15 €	0,980
KH-Tage	IG	0,9		636	11,8		636	10,9	
	KG	1,1		636	12,1		636	11,0	
	Diff (IG - KG)	-0,2	0,697		-0,3	0,871		-0,1	0,955
<b>ICER</b>		<b>-203,83 €/d</b>							