

Abschlussbericht

Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 20.12.2022

Autoren:

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

¹ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

⁴ 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 Arnold¹, Franziska Claus, M.Sc.², Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Prof. Dr. Stefanie March^{3,4}, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dr. rer. nat. Olaf Schoffer¹, Christopher Schrey, M.Sc. ², Dr. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß⁵.

¹ Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

⁴ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	30
2. Hintergrund	44
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	44
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	44
5. Methoden	46
6. Aufbereitung der Sekundärdaten	47
6.1 Patientenmatching	49
7. Darstellung Modellvorhaben Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH.....	55
8. Ergebnisse: Effektivität	56
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	57
8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene.....	70
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	71
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	71
U1.....	75
U2.....	87
U3.....	92
U4.....	99
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	110
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	110
U1.....	112
U2.....	122
U3.....	126
U4.....	132
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	141
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	141
U1.....	143
U2.....	163
U3.....	170
U4.....	178
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	197
Beschreibung Ergebnisse (U2)	197
U2.....	198

8.2.5	Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	205
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	205
	U1.....	206
	U2.....	210
	U3.....	212
	U4.....	215
8.2.6	Arbeitsunfähigkeit	218
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	218
	U1.....	221
	U2.....	228
	U3.....	231
	U4.....	235
8.2.7	Wiederaufnahmeraten	241
	Beschreibung Ergebnisse (U2)	241
	U2.....	242
8.2.8	Komorbidität	245
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	245
	U1.....	247
	U2.....	250
	U3.....	251
	U4.....	253
8.2.9	Mortalität	255
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	255
	U1.....	256
	U2.....	260
	U3.....	262
	U4.....	265
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung.....	268
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	268
	U1.....	270
	U2.....	279
	U3.....	283
	U4.....	288
8.2.11	Leitlinienadhärenz	296

Beschreibung Ergebnisse (U2).....	296
U2.....	297
8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche	307
8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer	307
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	307
U1.....	311
U2.....	323
U3.....	328
U4.....	335
8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	346
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	346
U1.....	348
U2.....	358
U3.....	362
U4.....	368
8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik.....	377
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	377
U1.....	378
U2.....	391
U3.....	396
U4.....	402
8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem	414
8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping.....	415
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	415
U1.....	416
U2.....	420
U3.....	422
U4.....	425
8.3.6 Arbeitsunfähigkeit	428
8.3.7 Wiederaufnahmeraten.....	429
Beschreibung Ergebnisse (U2)	429
U2.....	430
8.3.8 Komorbidität	433

8.3.9	Mortalität	434
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	434
	U1.....	435
	U2.....	439
	U3.....	441
	U4.....	444
8.3.10	Progression der psychischen Erkrankung.....	447
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)	447
	U1.....	449
	U2.....	458
	U3.....	462
	U4.....	467
8.3.11	Leitlinienadhärenz	475
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung	476
9.1	Patientenmix	476
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	476
	U1.....	478
	U2.....	482
	U3.....	484
	U4.....	486
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	490
	U1.....	491
	U2.....	495
	U3.....	497
	U4.....	499
9.2	Leistungserbringung	503
	Beschreibung Ergebnisse (U1) EP	503
	U1.....	503
	Beschreibung Ergebnisse (U1) KJP	512
	U1.....	512
10.	Ergebnisse: Kosten.....	521
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten	521
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	521
	U1.....	523

U2.....	527
U3.....	528
U4.....	530
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	532
U1.....	534
U2.....	538
U3.....	539
U4.....	541
10.1 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	543
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	543
U1.....	545
U2.....	549
U3.....	550
U4.....	552
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	554
U1.....	556
U2.....	560
U3.....	561
U4.....	563
10.2 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen.....	565
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	565
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	565
10.3 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	566
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	566
U1.....	568
U2.....	572
U3.....	573
U4.....	575
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	577
U1.....	579
U2.....	583
U3.....	584
U4.....	586
10.4 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	588

	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	588
	U1.....	590
	U2.....	594
	U3.....	595
	U4.....	597
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	599
	U1.....	601
	U2.....	605
	U3.....	606
	U4.....	608
10.5	Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 610	
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	610
	U1.....	612
	U2.....	616
	U3.....	617
	U4.....	619
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	621
	U1.....	623
	U2.....	627
	U3.....	628
	U4.....	630
10.6	Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung.....	632
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	632
	U1.....	634
	U2.....	638
	U3.....	639
	U4.....	641
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	643
	U1.....	645
	U2.....	649
	U3.....	650
	U4.....	652
10.7	Kosten der Psychopharmakaversorgung.....	654

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	654
U1.....	656
U2.....	660
U3.....	661
U4.....	663
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	665
U1.....	667
U2.....	671
U3.....	672
U4.....	674
10.8 Kosten der Heilmittelversorgung	676
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP	676
U1.....	678
U2.....	682
U3.....	683
U4.....	685
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP	687
U1.....	689
U2.....	693
U3.....	694
U4.....	696
11. Ergebnisse: Effizienz	698
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) EP	698
U2.....	699
U4.....	700
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) KJP.....	702
U2.....	703
U4.....	703
12. Diskussion	705
12.1 Hauptergebnisse.....	705
12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)	727
12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)	731
13. Literatur	733
14. Anhang.....	736

14.1	Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4	736
14.2	Unterteilung nach Alter und Diagnose.....	758
14.3	Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene.....	770
14.4	Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche.....	821
14.5	Ergebnisse Kosten EP.....	854
14.5.1	Somatische Versorgungskosten (U1)	855
14.5.2	Somatische Versorgungskosten (U2)	859
14.5.3	Somatische Versorgungskosten (U3)	861
14.5.4	Somatische Versorgungskosten (U4)	863
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix EP.....	867
14.5.6	Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten EP	868
14.6	Ergebnisse Kosten KJP	869
14.6.1	Somatische Versorgungskosten (U1)	869
14.6.2	Somatische Versorgungskosten (U2)	874
14.6.3	Somatische Versorgungskosten (U3)	876
14.6.4	Somatische Versorgungskosten (U4)	878
14.6.5	Zusatztabellen Patientenmix KJP.....	882
14.6.6	Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten KJP.....	883

Glossar

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

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

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

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

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

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

Effektivität bezeichnet die Wirksamkeit der Versorgung. In dieser Studie werden als Maß für die Wirksamkeit der Behandlung in einer Modellklinik die vollstationären Krankenhaustage aufgrund einer psychischen Erkrankung als Indikator für eine stärkere Ambulantisierung herangezogen und mit denen der Patienten¹ der Routineversorgung verglichen. Als zusätzliches Effektivitätsmaß werden die Arbeitsunfähigkeitstage von erwerbstätigen Patienten der Interventions- mit denen der Kontrollgruppe verglichen. Effektivität als Verhältnis von erreichtem zu definiertem Ziel ist dabei unabhängig vom hierfür betriebenen Aufwand.

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

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

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

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

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

Interaktionseffekte (Wechselwirkungseffekte) betrachten die Wirkung einer unabhängigen Variablen auf einen Outcome in Abhängigkeit von der Ausprägung einer anderen unabhängigen Variablen. Sie beschreiben also Wirkeffekte auf einen Outcome, die über die alleinige Wirkung einer einzelnen Variable hinausgehen. Der DiD-Schätzer stellt einen solchen Wechselwirkungseffekt (Zeit und Gruppe) dar.

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

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

Der **Postzeitraum**, oder Nachbeobachtungszeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten, die er ab Einschluss in die Evaluationsstudie unter Beobachtung steht.

Präzeitraum bezeichnet die Zeitspanne eines Patienten von einem Jahr vor dessen Einschluss in die Evaluationsstudie.

Propensity score matching bezeichnet die Auswahl statistischer Zwillinge auf Basis des Propensity Scores.

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

Vergleich zwischen beiden Gruppen (ohne Vergleich zum Präzeitraum) notwendig, z.B. Mortalität, Progression, Wiederaufnahme.

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

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

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U1)	78
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U2)	88
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3)	94
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U4)	102
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	115
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2)	123
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	128
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4)	135
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	156
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)	167
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	174
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)	191
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	202
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	208
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2)	211
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	213
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4)	217
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	223
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2)	229
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	232
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4)	237
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	243
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1)	248
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2)	250
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3)	251
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4)	254
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1)	257
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2)	261
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3)	263
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4)	266
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1)	272
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2)	280
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3)	284
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4)	290
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	302
Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	314
Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	324
Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	330
Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	338
Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	351
Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	359
Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	364
Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	371
Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	384
Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	393
Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	398

Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	408
Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	418
Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	421
Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	423
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	427
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2).....	431
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	436
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	440
Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	442
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	445
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1).....	451
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2).....	459
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3).....	463
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4).....	469
Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	479
Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	481
Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	483
Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	485
Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	487
Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	489
Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	492
Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	494
Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	496
Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	498
Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	500
Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	502
Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	523
Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	524
Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	527
Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	528
Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	530
Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	531
Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	534
Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	535
Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	538
Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	539
Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	541
Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	542
Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	545
Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	546
Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	549
Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	550
Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	552
Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	553
Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	556

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	557
Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	560
Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	561
Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	563
Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	564
Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	568
Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	569
Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	572
Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	573
Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	575
Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	576
Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	579
Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	580
Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	583
Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	584
Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	586
Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	587
Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	590
Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	591
Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	594
Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	595
Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	597
Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	598
Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten.....	601
Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	602
Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten.....	605
Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten.....	606
Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten.....	608
Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten.....	609
Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	612
Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	613
Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	616
Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	617
Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	619
Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	620
Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	623
Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	624
Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	627
Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	628
Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	630
Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	631
Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	634
Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	635
Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	638
Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	639

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	641
Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	642
Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	645
Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	646
Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	649
Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	650
Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	652
Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	653
Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	656
Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	657
Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	660
Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	661
Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	663
Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten	664
Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	667
Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	668
Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	671
Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	672
Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	674
Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten	675
Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	678
Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	679
Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	682
Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	683
Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	685
Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	686
Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	689
Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	690
Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	693
Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	694
Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	696
Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten	697
Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 EP	701
Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4 KJP	704
Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage	868
Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage	883

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching EP	49
Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Erwachsene	50
Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching EP	51
Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching KJP	52
Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Kinder und Jugendliche	53
Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching KJP	54
Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene	58
Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene	60
Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche	64
Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche	66
Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1)	75
Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1)	86
Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2)	87
Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3)	92
Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3)	98
Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4)	99
Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	112
Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	121
Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2)	122
Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	126
Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	131
Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4)	132
Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	143
Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	162
Tabelle 25: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)	163
Tabelle 26: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	170
Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	177
Tabelle 28: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)	178
Tabelle 29: Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	198
Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	204
Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	206
Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	209
Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2)	210
Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	212
Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	214
Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4)	215
Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	221
Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	227
Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2)	228
Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	231
Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	234
Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4)	235
Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	242
Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	244
Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1)	247

Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1).....	249
Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2)	250
Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3)	251
Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3).....	252
Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4)	253
Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1)	256
Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1)	259
Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2)	260
Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3)	262
Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3)	264
Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4)	265
Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1).....	270
Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1)	278
Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2).....	279
Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3).....	283
Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3)	287
Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4).....	288
Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2)	297
Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2).....	298
Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2)	299
Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2)	301
Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	306
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	311
Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	322
Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2)	323
Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	328
Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	334
Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4)	335
Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	348
Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1).....	357
Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	358
Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	362
Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	367
Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	368
Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	378
Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	390
Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	391
Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3)	396
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	401
Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	402
Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	416
Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	419
Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	420
Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	422
Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	424
Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	425
Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2).....	430

Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	432
Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	435
Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	438
Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	439
Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	441
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	443
Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	444
Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1).....	449
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)	457
Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2).....	458
Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3).....	462
Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)	466
Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4).....	467
Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten.....	478
Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	480
Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten.....	482
Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten.....	484
Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten.....	486
Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	488
Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten.....	491
Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	493
Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten.....	495
Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten.....	497
Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten.....	499
Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	501
Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	504
Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	505
Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	506
Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	507
Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	508
Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	509
Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	510
Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	511
Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	513
Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	514
Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	515
Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	516

Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	517
Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	518
Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	519
Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	520
Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	523
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	524
Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	525
Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	526
Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	527
Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	528
Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	529
Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	530
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	531
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	534
Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	535
Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	536
Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	537
Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	538
Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	539
Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	540
Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	541
Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	542
Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	545
Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	546
Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	547
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	548
Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	549
Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	550
Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	551
Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	552
Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	553
Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	556
Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	557
Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	558
Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	559
Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	560
Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	561
Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	562
Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	563
Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	564
Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	568
Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	569
Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	570

Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	571
Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	572
Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	573
Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	574
Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	575
Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	576
Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	579
Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	580
Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	581
Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	582
Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	583
Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	584
Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	585
Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	586
Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	587
Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	590
Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	591
Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	592
Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	593
Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	594
Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	595
Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	596
Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	597
Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	598
Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	601
Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	602
Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	603
Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	604
Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	605
Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	606
Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	607
Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	608
Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	609
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	612
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	613
Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP	614
Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	615
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	616
Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	617
Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	618
Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	619
Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	620
Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	623
Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	624

Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP	625
Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	626
Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	627
Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	628
Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	629
Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	630
Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	631
Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	634
Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	635
Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	636
Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	637
Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	638
Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	639
Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	640
Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	641
Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	642
Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	645
Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	646
Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	647
Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	648
Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	649
Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	650
Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	651
Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	652
Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	653
Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	656
Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	657
Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	658
Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	659
Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	660
Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	661
Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	662
Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	663
Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	664
Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	667
Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	668
Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten	669
Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	670
Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten	671
Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	672

Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten	673
Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	674
Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	675
Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	678
Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	679
Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	680
Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	681
Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	682
Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	683
Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	684
Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	685
Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	686
Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	689
Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	690
Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	691
Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	692
Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	693
Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	694
Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	695
Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	696
Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	697
Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	699
Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	699
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP	700
Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP	700
Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	703
Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP	703
Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene	736
Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene	736
Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene	739
Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene	739
Tabelle 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene	742
Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene	743
Tabelle 290: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche	747
Tabelle 291: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche	747
Tabelle 292: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche	750
Tabelle 293: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche	750
Tabelle 294: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche	753

Tabelle 295: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche	754
Tabelle 296: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	758
Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1)	762
Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	766
Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	771
Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	773
Tabelle 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	775
Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	777
Tabelle 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	779
Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	780
Tabelle 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	781
Tabelle 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	782
Tabelle 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	783
Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	784
Tabelle 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	785
Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	786
Tabelle 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	787
Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	787
Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	788
Tabelle 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	789
Tabelle 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	790
Tabelle 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	792
Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene.....	794
Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	794
Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	795
Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	797
Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	799
Tabelle 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	800
Tabelle 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	801
Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	802
Tabelle 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	803
Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene.....	804
Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	805
Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	806
Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	807
Tabelle 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	809
Tabelle 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene	811
Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene	812
Tabelle 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	813
Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	814
Tabelle 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	815
Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene.....	816
Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	817
Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	818
Tabelle 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	819
Tabelle 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	820
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	822
Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	824

Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	826
Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	828
Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	830
Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	831
Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche	832
Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche	833
Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	834
Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	835
Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche	836
Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche	837
Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	838
Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	839
Tabelle 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	840
Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	840
Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	841
Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	842
Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	843
Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	844
Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)	845
Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	846
Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	847
Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	848
Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	849
Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	850
Tabelle 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3)	851
Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	852
Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	853
Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	855
Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	855
Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	855
Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	855
Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	856
Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	856
Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	856
Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	856
Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	857
Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	857
Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	857
Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	857
Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	858
Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	858
Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	859
Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	859
Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	859
Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten.....	859

Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	860
Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	860
Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	860
Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	861
Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	861
Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	861
Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten.....	861
Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	862
Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	862
Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	862
Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	863
Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	863
Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	863
Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	864
Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	864
Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	864
Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten.....	865
Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	865
Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	865
Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	865
Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	866
Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	866
Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	866
Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	866
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting EP.....	867
Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	869
Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	869
Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	869
Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	870
Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	870
Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	870
Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten.....	870
Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	871
Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	872
Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	872
Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	872
Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	872
Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	873
Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	873
Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	874
Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	874
Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	874
Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	874
Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	875
Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	875
Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	875
Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	876
Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	876
Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	876

Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	876
Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	877
Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	877
Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	877
Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	878
Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	878
Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	878
Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	879
Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	879
Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	879
Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	879
Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten	880
Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	880
Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	880
Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	880
Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	881
Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	881
Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	881
Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting KJP	882

1. Zusammenfassung

Hintergrund

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

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

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

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

Spezifischer Untersuchungsgegenstand für den zugrundeliegenden Abschlussbericht ist das Modellvorhaben nach § 64b SGB V der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2016 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum kein Vertrag mit modellähnlichen Zielen. Die Evaluation erfolgte anhand einer Analyse von Routinedaten (vielfach auch ‚Sekundärdaten‘ genannt) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ziel der Evaluation ist die Untersuchung der Effektivität, Kosten und Effizienz des Modellvorhabens nach § 64b SGB V zur Verbesserung der Versorgung von psychisch kranken Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern.

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 vier Jahren nach Eintritt in die Evaluation beobachtet.

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) (Indexdiagnosen): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-

F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

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

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

zusätzlich Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 statt. Bei den Difference-in-Difference-Modellierungen können Signifikanzaussagen abgeleitet werden.

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

Für die Difference-in-Difference-Modellierungen von U1 und U3 wurden die Untersuchungsgruppen zunächst hinsichtlich soziodemographischer und klinischer Charakteristika sowie hinsichtlich der Zielvariablen patientenindividuell vor und nach dem Einschluss in die Evaluation mit den üblichen deskriptiven Verfahren beschrieben. Darüber hinaus wurden inferenzstatistische Auswertungen durchgeführt, mit deren Hilfe Behandlungseffekte zwischen den Gruppen im Zeitverlauf analysiert wurden. Bei den drei Outcomes, bei denen eine Abbildung eines Verlaufs nicht möglich war (Kontaktabbruch, Wiederaufnahme, Leitlinienadhärenz), wurden auch bei U2 inferenzstatistische Auswertungen vorgenommen. Zudem wurden weitere Einflussgrößen auf die untersuchten Outcomes identifiziert und deren Effektstärke dargestellt.

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

Ergebnisse und Diskussion

Die Studienpopulation der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 6.497 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 4.701 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP), denen ebenso viele Patienten als statistische Zwillinge aus Kontrollkliniken

zugeordnet wurden. Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Die weitgehend vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG (siehe Kapitel 6.1 und 8.1) zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine soweit hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Effektivität

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose (Seite 71 ff.) war in der Modellklinik bei den linikneuen erwachsenen Patienten in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung, statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch in U1 und U3 (in denen statistisch getestet wurde) nicht. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten sanken die Anteile vom Jahr vor Referenzfall zu den Jahren danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. In U1 war das stärkere Absinken der Anteil für das zweite und dritte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit ist bei der Betrachtung des Anteils an erwachsenen Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zu erkennen, dass sich dieser in der Modellklinik stärker verringerte als in der Regelversorgung. Diese Veränderung erreicht jedoch nur bei den linikbekannten Patienten statistische Signifikanz.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei den linikneuen jungen Patienten ein soweit zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbarer Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt ersichtlich. Sowohl der Verlauf als auch das Niveau war zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Lediglich in U1 war der Anstieg vom Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas geringer als in der Regelversorgung. Dieser etwas geringere Anstieg war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten jungen Patienten war auch ein vergleichbarer Verlauf des Anteils ersichtlich. Die Anteile waren in der Modellklinik im ersten und zweiten (U1) bzw. im dritten (U4) Jahr nach Referenzfall zwar etwas geringer als in der Regelversorgung, jedoch im geringen Ausmaß und statistisch nicht signifikant. Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist in der KJP somit nicht eindeutig erkennbar.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen erwachsenen Patienten in U1, U3 und U4 zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets weniger stark im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant. Die restlichen Jahre und der Anstieg in U1 waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten der U1 stieg dieser Anteil vom Jahr vor zum ersten und zweiten Jahr danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Dieser stärkere Anstieg war für das zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. In U1 waren die Verläufe soweit vergleichbar. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist somit für die linikneuen erwachsenen Patienten der Modellversorgung nicht und für die linikbekannten erwachsenen Patienten teilweise erkennbar.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Lediglich in U4 bei den linikneuen und in U1 bei den linikbekannten Patienten war in der Modellklinik

jeweils ein etwas geringerer Anstieg der Anteile vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall erkennbar. Signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

Der Anstieg der **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer erwachsener Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der Modellklinik in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 (in denen der Unterschied inferenzstatistisch getestet wurde) war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wies die Modellklinik ab dem Jahr nach Referenzfall stets weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf (Ausnahme bildet das vierte Jahr nach Referenzfall in U1). In U1 war dieser Unterschied im ersten bis dritten Jahr statistisch signifikant (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben für die erwachsenen Patienten verringert.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigten sich bei den linikneuen jungen Patienten zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbare Verläufe bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer. Zwar stieg die Anzahl an vollstationären Behandlungstagen in U1 und U4 im Modellvorhaben etwas geringer als in der Vergleichsgruppe; dieser Unterschied war jedoch gering und statistisch nicht signifikant. In U2 und U3 war dieser Anstieg zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannt jungen Patienten war der Verlauf der vollstationären Behandlungstage zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar, wobei die Höhe der vollstationären Tage im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas unter den Niveaus in der Regelversorgung lag. Somit wurden in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht eindeutig verringert.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik verlief die Anzahl an **teilstationären Tagen** stets vergleichbar mit den der Regelversorgung. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten stieg die Anzahl an teilstationären Behandlungstagen zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Der stärkere Anstieg zum ersten bzw. das geringere Absinken zum zweiten Jahr nach Referenzfall (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall) war in U1 statistisch signifikant. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage ist somit nicht bei den klinikneuen, jedoch bei den klinikbekannt erwachsenen Patienten ersichtlich.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen jungen Patienten der Modellklinik in U1 und U4 (Referenzfälle im ersten bzw. ersten und zweiten Modelljahr) etwas weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung, jedoch statistisch nicht signifikant. In U2 und U4 (Referenzfälle im ersten bis vierten bzw. ersten bis dritten Modelljahr) war dieser Anstieg jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Dies deutet darauf hin, dass in den ersten Modelljahren nach Modellstart die teilstationären Tage im Modellvorhaben noch weniger in Anspruch genommen wurden (auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant war); aber im Laufe des Modellvorhabens hat sich dieser Unterschied verringert. Bei den linikbekannt jungen Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Somit ist bei den jungen Patienten der Modellklinik keine Steigerung teilstationärer Behandlungstage ersichtlich.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 110 ff.) ist zu erkennen, dass die Zunahme der durchschnittlichen PIA-Kontakte bei den linikneuen erwachsenen Patienten

vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik stets größer ausfiel als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in allen Untersuchungen deutlich und in U1 (hier auch im zweiten Jahr nach Referenzfall) und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten hingegen verringerte sich die Anzahl durchschnittlicher PIA-Kontakte in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets mehr als in der Regelversorgung. Obwohl dieser Unterschied der geringeren PIA-Inanspruchnahme in der Modellklinik bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, vergrößerte sich dieser über die patientenindividuelle Zeit sowohl in U1 und U4. Diese größere Abnahme war in U1 für alle vier Jahre nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit sind bezüglich der PIA-Kontakte zwischen den klinikneuen (stärkere Zunahme in der Modellklinik) und klinikbekannt (stärkere Abnahme in der Modellklinik) erwachsenen Patienten gegensätzliche Entwicklungen zu verzeichnen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den linikneuen jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein größerer Anstieg der PIA-Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. In U3 war dieser Unterschied statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren stets zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannt Patienten hingegen war in U1 und U4 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall stets eine geringere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. In U1 waren die Unterschiede in beiden Jahren statistisch signifikant. Somit ist in der KJP bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall eine stärkere Zunahme und bei den klinikbekannt Patienten im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall eine stärkere Abnahme der Inanspruchnahme der PIA ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben bei den linikneuen erwachsenen Patienten stets zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war jedoch eine stärkere Zunahme der Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. In U1 war dieser Unterschied signifikant. Die weiteren Jahre waren im Verlauf und Niveau zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit für klinikneue Patienten nicht und für klinikbekannte Patienten für das erste Jahr nach Referenzfall beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen Modell- und Regelversorgung stets vergleichbar. Jedoch ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme bei einem anderen Vertragsarzt aufgrund einer Indexdiagnose im Modellvorhaben über den patientenindividuellen Verlauf etwas stärker sank bzw. weniger stark stieg als in der Regelversorgung. Dieses etwas stärkere Absinken war vom Jahr vor Referenzfall zum dritten Jahr nach Referenzfall in U1 und zum ersten Jahr nach Referenzfall in U3 für linikneue Patienten statistisch signifikant. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit in der KJP nicht beobachtet werden. Vielmehr wurden andere Vertragsärzte weniger stark in Anspruch genommen.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 141 ff.) war die Kontinuität im Modellvorhaben für sowohl für die linikneuen als auch die linikbekannt erwachsenen Patienten und für alle Nachbeobachtungszeiträume stets größer verglichen mit der Regelversorgung. Im ersten Jahr nach

Referenzfall war dieser Unterschied für alle inferenzstatistisch untersuchten Kohorten stets statistisch signifikant (mit Ausnahme für U1, linikneuen und 90 Tage). Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie des Modellvorhabens konnte innerhalb dieses Zeitraums somit klar beobachtet werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war generell kein Unterschied zwischen Modell- und Regelversorgung bezüglich der Behandlungskontinuität ersichtlich. Lediglich bei den linikbekannten Patienten in U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung) wies die Modellklinik im ersten Jahr eine stets niedrigere und im dritten Jahr nach Referenzfall für 30 und 90 Tage eine höhere Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eindeutige Unterschiede in der Behandlungskontinuität sind somit bei den jungen Patienten aber nicht erkennbar.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 197 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wies geringerer Anteil im Modellvorhaben keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem im Vergleich zur Regelversorgung auf. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung von 90 und 180 Tagen statistisch signifikant. Auch war die Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik bei beide Nachbeobachtungszeiträume statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Analog zur stationären Behandlungsdauer wurden in dieser Analyse Fälle ohne Kontaktabbruch mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 205 ff.) kann sowohl für die Erwachsenen- als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der Modellklinik noch in der Regelversorgung ersichtlich.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** (Seite 218 ff.) war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten vergleichbar. Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war bei den linikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets geringer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik in U1 und U4 im Jahr vor Referenzfall mehr AU-Tage als die Vergleichsgruppe auf. Dieser Unterschied verringerte sich in beiden Untersuchungen über den patientenindividuellen Verlauf, so dass das Modellvorhaben (in U1) eine statistisch signifikant größere Abnahme an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung aufwies. Numerisch glichen sich die AU-Tage in beiden Gruppen an. Durch den Niveau-Unterschied im Jahr vor Referenzfall nahmen die AU-Tage im Modellvorhaben aber stärker ab.

Sowohl der Anteil linikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 241 ff) im ersten Jahr nach Referenzfall als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war im Modellvorhaben etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den linikneuen jungen Patienten der Anteil und die Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modell- und Regelversorgung

vergleichbar. Generell zu beachten ist, dass eine schnellere Wiederaufnahme per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein muss. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 245 ff.) zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine Unterschiede. Der mittlere Elixhauser-Score war bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. In der KJP konnte dieses Outcome aufgrund für Kinder und Jugendliche unpassender eingeschlossener Diagnosen (Elixhauser Score) nicht angewendet werden.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 255 ff.) zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Mortalität unter den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar war. Bei den linikbekannt Patienten wiesen die Patienten der Modellversorgung stets eine etwas geringere Mortalität im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf (4-Jahres-Mortalität = -2,2 %-Punkte; 2-Jahres-Mortalität = -1,8 %-Punkte). Diese Unterschiede waren jedoch gering und statistisch nicht signifikant. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren keine signifikanten Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung zu beobachten. Die Verläufe waren hier nahezu identisch. Es verstarben generell sehr wenige junge Patienten. Somit weisen dies Ergebnisse darauf hin, dass sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP kein Unterschied bezüglich der Mortalität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung beobachtet werden konnte.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 268 ff.) war in der Erwachsenenpsychiatrie das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik stets geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren jedoch jeweils statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannt Patienten war keine eindeutige Tendenz ersichtlich. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets vergleichbar. Bei den linikbekannt Patienten waren die Ergebnisse hingegen stets geringer. Der geringere Anteil war in U1 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten der Modellversorgung stets geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht zu verzeichnen. Bei den linikbekannt Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik hingegen stets größer, jedoch auch hier ohne Erreichen einer statistischen Signifikanz.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik in U1 - U3 vergleichbar und in U4 etwas geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannt Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Vergleichsgruppe. Statistisch signifikante Unterschiede gab es in U1 jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt Patienten zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannt Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik in beiden Untersuchungen (U1 und U4) geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 296 ff.) in der Erwachsenenpsychiatrie war der Anteil an erwachsenen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dies widerspricht einer leitliniennahen Versorgung. Bei den linikneuen erwachsenen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (**Home-Treatment**) (S. 503 ff.) Behandlung in U1 im zweiten Jahr nach Referenzfall, in U2 bis U4 zum Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) und in U3 und U4 auch im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den linikbekanntnen Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in allen untersuchten Jahresschreibern (ausgenommen im vierten Jahr nach Referenzfall in U1) im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Auch bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekanntnen jungen Patienten weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war bei den klinikneuen Patienten in U1 bis U4 im Referenzfall und ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) statistisch signifikant. Bei den klinikbekanntnen Patienten war die geringere Inanspruchnahme in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung in (fast) jeder Jahresscheibe statistisch signifikant (außer im vierten Jahr nach Referenzfall in U1). Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit weder für die Erwachsenenpsychiatrie noch für die KJP beobachtet werden. Die aufsuchende Behandlung wurde dagegen weniger im Modellvorhaben in Anspruch genommen.

Kosten

Erwachsene

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 476,17 € nicht signifikant günstiger als die KG. Die Kosten der PIA-Versorgung waren dabei signifikant höher als in der KG. Dies wurde jedoch durch geringere Kosten der vollstationären Versorgung ausgeglichen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild. Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 156,09 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. Für die klinikneuen Patienten mit Referenzfall innerhalb der ersten vier Modelljahre und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein deutlich stärkerer Kostenanstieg der IG gegenüber der KG: hier war ein um 742,68 € stärkerer Anstieg zu verzeichnen.

Bei den linikbekanntnen Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 29,99 € je Patient nicht signifikant teurer. Hier waren die Anstiege der PIA- sowie der teilstationären Versorgung in der IG stärker, der Anstieg in der vollstationären Versorgung war hingegen geringer. Dieses Muster ließ sich auch für die

klimbekanntem Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 8.120,54 € und 7.423,84 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in der PIA sowie Tagesklinik sowie die geringeren Kosten in der vollstationären Versorgung wider.

Kinder und Jugendliche

Bei den klimbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 432,01 € nicht signifikant günstiger als die KG. Die Kosten der PIA-Versorgung waren dabei signifikant höher als in der KG. Dies wurde jedoch durch geringere Kosten der voll- und teilstationären Versorgung ausgeglichen. Bezieht man die klimbekanntem Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klimbekanntem Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 648,80 € je Patient nicht signifikant günstiger. Hier waren die Anstiege der PIA- sowie der vollstationären Versorgung in der IG in der IG geringer, der Anstieg in der teilstationären Versorgung war hingegen höher. Dieses Muster ließ sich auch für die klimbekanntem Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 8.120,54 € und 7.423,84 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG. Die höheren Gesamtkosten spiegeln dabei die höheren Kosten bzw. Anstiege in der PIA sowie Tagesklinik sowie die geringeren Kosten in der vollstationären Versorgung wider.

Bei den klimbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 410,16 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. Hier lagen die Anstiege in den drei Bereichen, insbesondere der PIA, in der IG über denen der KG.

Kosten-Effektivität

Erwachsene

U2: Bei den klimbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von -250,23 € je Tag. D.h. für jeden der 3,0 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 250,23 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit

Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -82,40 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 5,8 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 82,40 € an.

U4: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 3,19 € je Tag. D.h. für jeden der 2,4 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i.H.v. 3,19 € eingespart. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von -14,78 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 3,2 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 14,78 € an.

Kinder und Jugendliche

U2: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 3.671,22 € je Tag. D.h. für jeden der 0,3 in der IG zusätzlich erbrachten vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 3.671,22 € aufgewendet.

U4: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 576,00 € je Tag. D.h. für jeden der 0,4 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i.H.v. 576,00 € eingespart.

Methodische Stärken und Limitationen

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen Dynamik der psychiatrischen Versorgung kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung

wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten können diese nicht alle Dimensionen der Ergebnisqualität abbilden. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsausschuss des G-BA (Innovationsfonds) geförderte Projekt PsychCare (Beginn 1.7.2017) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

In der Erwachsenenpsychiatrie nahm die Dauer vollstationärer Behandlung im Modellvorhaben ab. In der KJP war diese Verringerung hingegen nicht eindeutig erkennbar. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage war sowohl bei den klinikneuen erwachsenen Patienten sowie bei den jungen Patienten der KJP nicht, jedoch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten, ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich bei den PIA-Kontakten zwischen den klinikneuen (stärkere Zunahme in der Modellklinik) und klinikbekannten (stärkere Abnahme in der Modellklinik) erwachsenen sowie jungen Patienten gegensätzliche Entwicklungen.

Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte in der Erwachsenenpsychiatrie, aber nicht in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem eine Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden, im Vergleich zur Regelversorgung, die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht schneller vollstationär wiederaufgenommen. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bei den Erwachsenen wurden rezidivierende depressive Störungen klinikbekannter Patienten im Modellvorhaben vermieden. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte weder für die Erwachsenenpsychiatrie noch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet werden. Vielmehr wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie geringer in Anspruch genommen. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten konnte kein hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen zwar zu Beginn unter denen der KG, entwickelten sich im Zeitverlauf deutlich stärker, sodass in der Gesamtschau von höheren Kosten als in der Kontrollgruppe auszugehen ist.

Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie eine Reihe hypothesenkonformer Modelleffekte, besonders eine Verringerung vollstationärer Behandlungs- sowie AU-Tage. Auch wurde die Behandlungskontinuität gestärkt. Hypothesenkonforme Veränderungen der voll- bzw. teilstationären Anteile bzw. der teilstationären Behandlungstage waren im Beobachtungszeitraum zunächst nur für die klinikbekannten Patienten erkennbar, während bei den klinikbekannten Patienten die PIA-Behandlung vermindert in Anspruch genommen wurde. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren kaum Modelleffekte ersichtlich.

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

2. Hintergrund

Das Kapitel Hintergrund wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes

Das Kapitel Studiendesign des Evaluationskonzeptes wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert. Das Studiendesign ist auch in Neumann et al. (2018) weiter beschrieben (1).

4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

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

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

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

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

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

Verträge gemäß § 64b SGB V:

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

- Die Hypothese wird anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.

- i) führen zu einem zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.
 - Die Hypothesen werden anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.

- j) führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.
 - Die Hypothese wird im bekannten Verfahren der Gegenüberstellung von vermiedenen vollstationären Behandlungstagen (Variante A) und gewonnenen Arbeitstagen (Variante B) dargestellt.

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

Die Abschnitte zur technischen und inhaltlichen Aufbereitung wurden in einem separaten Methodenband ausgelagert, soweit sie modellübergreifende Gültigkeit besitzen. Die spezifischen Herausforderungen der Datenaufbereitung bei EVA64 sind zudem in March et al. 2020 (2) beschrieben.

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

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

- Actimonda BKK
- AOK Hessen
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK Würth
- BKK Akzo Nobel Bayern
- BKK Deutsche Bank AG
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Herkules
- BKK Mobil Oil (neuer Name seit 1.4.2021: Mobil Krankenkasse)
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK ProVita (Fusion mit der BKK family zum 01.01.2016)
- BKK PwC
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017; Fusion mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein und der BKK Basell zum 01.01.2016, Fusion mit der TBK und der Brandenburgische BKK zum 01.01.2020)
- BKK Verbund Plus
- BKK Werra-Meissner
- BMW BKK
- DAK-Gesundheit (Fusion mit der BKK Beiersdorf zum 01.07.2016)
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- IKK classic
- Knappschaft
- mhplus BKK (Fusion mit der Metzinger BKK zum 01.01.2019)
- SKD BKK
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- Techniker Krankenkasse
- VIACTIV Krankenkasse (Fusion mit der landesunmittelbaren BKK Achenbach Buschhütten, Kreuztal zum 01.01.2021)
- vivida BKK (Fusion der Schwenninger BKK mit der atlas BKK ahlmann zum 01.01.2021)
- WMF BKK.

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

- BKK Wirtschaft & Finanzen
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Novitas BKK.

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 Beschreibung des Vorgehens befindet sich im Methodenband.

Erwachsene

Durch das Matching konnte von ursprünglich 7.769 Referenzfällen und 6.868 potenziellen Patienten für 6.497 (83,6% bzw. 97,2%) Patienten ein Kontrollpatient zugeordnet 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 wurden die Variable Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 3). Das mittlere Alter ist hingegen bei den klinikbekannten Patienten in der IG signifikant geringer, was hauptsächlich auf den Einschluss jüngerer Personen in den Kohorten 2 bis 4 zurückzuführen ist.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich für die klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr ein signifikant höherer Anteil an im Präzeitraum vertragsärztlich behandelter Patienten der IG gegenüber der KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching EP

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	4.170	26.103	3.647 (87,5%)	23.000 (88,1%)	3.590 (86,1% ; 98,4%)	3.590 (13,8% ; 15,6%)
	Kohorte 2	1.353	11.020	1.128 (83,4%)	9.311 (84,5%)	1.086 (80,3% ; 96,3%)	1.086 (9,9% ; 11,7%)
	Kohorte 3	1.230	9.858	1.050 (85,4%)	8.414 (85,4%)	1.000 (81,3% ; 95,2%)	1.000 (10,1% ; 11,9%)
	Kohorte 4	1.016	9.466	861 (84,7%)	8.112 (85,7%)	821 (80,8% ; 95,4%)	821 (8,7% ; 10,1%)
	Gesamt	7.769	56.447	6.686 (86,1%)	48.837 (86,5%)	6.497 (83,6% ; 97,2%)	6.497 (11,5% ; 13,3%)
Klinikneu	Kohorte 1	1.291	11.239	1.055 (81,7%)	9.447 (84,1%)	1.035 (80,2% ; 98,1%)	1.035 (9,2% ; 11,0%)
	Kohorte 2	1.195	9.911	990 (82,8%)	8.355 (84,3%)	954 (79,8% ; 96,4%)	954 (9,6% ; 11,4%)
	Kohorte 3	1.146	9.287	978 (85,3%)	7.930 (85,4%)	939 (81,9% ; 96,0%)	939 (10,1% ; 11,8%)
	Kohorte 4	943	8.947	798 (84,6%)	7.661 (85,6%)	760 (80,6% ; 95,2%)	760 (8,5% ; 9,9%)
	Gesamt	4.575	39.384	3.821 (83,5%)	33.393 (84,8%)	3.688 (80,6% ; 96,5%)	3.688 (9,4% ; 11,0%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	2.879	14.864	2.592 (90,0%)	13.553 (91,2%)	2.555 (88,7% ; 98,6%)	2.555 (17,2% ; 18,9%)
	Kohorte 2	158	1.109	138 (87,3%)	956 (86,2%)	132 (83,5% ; 95,7%)	132 (11,9% ; 13,8%)
	Kohorte 3	84	571	72 (85,7%)	484 (84,8%)	61 (72,6% ; 84,7%)	61 (10,7% ; 12,6%)
	Kohorte 4	73	519	63 (86,3%)	451 (86,9%)	61 (83,6% ; 96,8%)	61 (11,8% ; 13,5%)
	Gesamt	3.194	17.063	2.865 (89,7%)	15.444 (90,5%)	2.809 (87,9% ; 98,0%)	2.809 (16,5% ; 18,2%)

(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 Kontroll- patienten
1	14,3	1837
2	18,5	705
3	19,0	872
4	21,2	295
5	21,8	516
6	22,5	1679
7	24,1	86
8	24,6	59
9	25,1	172
10	25,8	276

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching EP

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	6.497	6.497		3.590	3.590		1.086	1.086		1.000	1.000		821	821	
	klinikn.	3.688	3.688		1.035	1.035		954	954		939	939		760	760	
	klinikb.	2.809	2.809		2.555	2.555		132	132		61	61		61	61	
Mittleres Alter	gesamt	51,0	51,3	>0,99	51,7	52,3	0,999	48,9	48,9	>0,99	50,3	50,2	>0,99	51,5	51,6	>0,99
	klinikn.	50,6	50,0	>0,99	50,1	49,5	>0,99	49,6	48,7	>0,99	51,1	50,7	>0,99	52,0	51,6	>0,99
	klinikb.	51,5	53,0	0,013	52,3	53,4	0,199	44,2	50,1	0,217	37,7	43,7	>0,99	45,8	51,4	>0,99
Anteil Frauen	gesamt	55,4%	55,0%	>0,99	57,4%	57,3%	>0,99	53,9%	54,5%	>0,99	54,6%	53,5%	>0,99	49,8%	47,5%	>0,99
	klinikn.	53,4%	52,8%	>0,99	54,6%	53,9%	>0,99	53,7%	54,7%	>0,99	55,1%	54,1%	>0,99	49,5%	47,5%	>0,99
	klinikb.	58,0%	57,9%	>0,99	58,5%	58,7%	>0,99	55,3%	53,0%	>0,99	47,5%	44,3%	>0,99	54,1%	47,5%	>0,99
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	43,2%	43,2%	>0,99	71,2%	71,2%	>0,99	12,2%	12,2%	>0,99	6,1%	6,1%	>0,99	7,4%	7,4%	>0,99
	klinikn.	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikb.	100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%		100%	100%	
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	73,4%	67,0%	<0,001	84,7%	80,2%	<0,001	61,1%	51,3%	<0,001	59,2%	49,4%	<0,001	57,2%	51,8%	0,263
	klinikn.	59,4%	50,7%	<0,001	62,1%	52,6%	<0,001	58,5%	49,2%	0,001	59,3%	49,2%	<0,001	57,0%	52,1%	0,509
	klinikb.	91,7%	88,4%	0,001	93,8%	91,4%	0,010	80,3%	66,7%	0,160	57,4%	52,5%	>0,99	60,7%	47,5%	>0,99
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	25,1%	28,4%	<0,001	14,5%	17,6%	0,003	36,6%	43,1%	0,022	38,2%	41,8%	0,881	40,6%	39,8%	>0,99
	klinikn.	39,1%	42,6%	0,016	36,8%	42,5%	0,064	39,3%	45,4%	0,066	39,2%	42,1%	>0,99	41,8%	40,0%	>0,99
	klinikb.	6,8%	9,7%	0,001	5,4%	7,5%	0,024	17,4%	26,5%	0,714	23,0%	37,7%	>0,99	24,6%	37,7%	>0,99
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	1,5%	3,1%	<0,001	0,9%	1,6%	0,029	2,2%	4,4%	0,047	2,6%	5,3%	0,026	2,2%	5,2%	0,017
	klinikn.	1,5%	4,2%	<0,001	1,1%	3,4%	0,005	2,2%	4,1%	0,180	1,5%	5,0%	<0,001	1,2%	4,6%	0,001
	klinikb.	1,6%	1,7%	>0,99	0,8%	0,9%	>0,99	2,3%	6,8%	0,714	19,7%	9,8%	>0,99	14,8%	13,1%	>0,99
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	1,5%	<0,001	0,0%	0,6%	<0,001	0,0%	1,2%	0,008	0,0%	3,5%	<0,001	0,0%	3,2%	<0,001
	klinikn.	0,0%	2,4%	<0,001	0,0%	1,5%	0,002	0,0%	1,4%	0,008	0,0%	3,7%	<0,001	0,0%	3,3%	<0,001
	klinikb.	0,0%	0,2%	0,247	0,0%	0,2%	0,441	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	1,6%	>0,99
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	9,0%	9,3%	>0,99	12,2%	12,4%	>0,99	5,1%	5,6%	>0,99	4,2%	4,6%	>0,99	6,2%	6,1%	>0,99
	klinikn.	3,7%	3,7%	>0,99	4,3%	4,2%	>0,99	3,5%	3,2%	>0,99	2,8%	3,0%	>0,99	4,1%	4,3%	>0,99
	klinikb.	16,1%	16,7%	>0,99	15,4%	15,8%	>0,99	16,7%	22,7%	>0,99	26,2%	29,5%	>0,99	32,8%	27,9%	>0,99
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	2,3%	1,8%	0,647	3,6%	3,1%	>0,99	0,6%	0,4%	>0,99	0,5%	0,1%	>0,99	1,0%	0,6%	>0,99
	klinikn.	0,6%	0,5%	>0,99	0,8%	0,7%	>0,99	0,4%	0,4%	>0,99	0,4%	0,1%	>0,99	0,8%	0,7%	>0,99
	klinikb.	4,4%	3,7%	0,778	4,7%	4,0%	>0,99	1,5%	0,0%	>0,99	1,6%	0,0%	>0,99	3,3%	0,0%	>0,99
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	39,4%	39,8%	>0,99	65,5%	65,6%	>0,99	6,6%	8,5%	0,860	6,4%	6,1%	>0,99	8,3%	9,6%	>0,99
	klinikn.	2,5%	3,2%	0,571	2,9%	2,9%	>0,99	2,1%	3,7%	0,333	1,9%	1,9%	>0,99	3,4%	4,7%	>0,99
	klinikb.	87,7%	87,9%	>0,99	90,9%	91,0%	>0,99	39,4%	43,2%	>0,99	75,4%	70,5%	>0,99	68,9%	70,5%	>0,99
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	42,7%	39,8%	0,004	41,8%	36,2%	<0,001	44,0%	45,1%	>0,99	43,9%	44,1%	>0,99	44,0%	43,1%	>0,99
	klinikn.	44,5%	43,1%	>0,99	46,0%	42,7%	0,866	44,1%	43,9%	>0,99	43,7%	43,0%	>0,99	44,1%	42,5%	>0,99
	klinikb.	40,4%	35,5%	0,001	40,0%	33,5%	<0,001	43,2%	53,8%	0,714	47,5%	60,7%	>0,99	42,6%	50,8%	>0,99

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur)

Kinder und Jugendliche

Durch das Matching konnte von ursprünglich 5.813 Referenzfällen und 4.819 potenziellen Patienten für 4.701 (80,9% bzw. 97,6%) Patienten ein Kontrollpatient zugeordnet werden (vgl. Tabelle 4).

Dabei wurden Kontrollpatienten aus den 5 Kliniken entsprechend des niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen und (vgl. Tabelle 5).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in den ersten vier Modelljahren als auch die jeweiligen Kohorten zwischen IG und KG aneinander angeglichen, sodass sich hier keine statistisch signifikanten Unterschiede ergeben (vgl. Tabelle 6). Lediglich bei den klinikneuen aller Kohorten zusammen ergab sich ein statistischer Effekt hinsichtlich des Alters. Hier war die IG statistisch jünger als die KG, allerdings war der Unterschied mit 11,1 zu 11,4 Jahren sehr gering, sodass von keiner klinischer Relevanz des Unterschieds auszugehen ist.

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich im Anteil vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Fälle im Präzeitraum. Unter den klinikneuen Patienten der ersten Kohorte hatte die IG signifikant weniger PIA-Fälle im Präzeitraum.

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching KJP

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	2.452	6.784	2.061 (84,1%)	5.512 (81,2%)	2.017 (82,3% ; 97,9%)	2.017 (29,7% ; 36,6%)
	Kohorte 2	1.163	4.354	936 (80,5%)	3.524 (80,9%)	904 (77,7% ; 96,6%)	904 (20,8% ; 25,7%)
	Kohorte 3	1.164	4.031	966 (83,0%)	3.337 (82,8%)	942 (80,9% ; 97,5%)	942 (23,4% ; 28,2%)
	Kohorte 4	1.034	3.829	856 (82,8%)	3.241 (84,6%)	838 (81,0% ; 97,9%)	838 (21,9% ; 25,9%)
	Gesamt	5.813	18.998	4.819 (82,9%)	15.614 (82,2%)	4.701 (80,9% ; 97,6%)	4.701 (24,7% ; 30,1%)
Klinikneu	Kohorte 1	827	3.026	636 (76,9%)	2.307 (76,2%)	631 (76,3% ; 99,2%)	631 (20,9% ; 27,4%)
	Kohorte 2	738	2.999	584 (79,1%)	2.376 (79,2%)	565 (76,6% ; 96,7%)	565 (18,8% ; 23,8%)
	Kohorte 3	693	2.749	567 (81,8%)	2.261 (82,2%)	552 (79,7% ; 97,4%)	552 (20,1% ; 24,4%)
	Kohorte 4	619	2.639	504 (81,4%)	2.199 (83,3%)	495 (80,0% ; 98,2%)	495 (18,8% ; 22,5%)
	Gesamt	2.877	11.413	2.291 (79,6%)	9.143 (80,1%)	2.243 (78,0% ; 97,9%)	2.243 (19,7% ; 24,5%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	1.625	3.758	1.425 (87,7%)	3.205 (85,3%)	1.386 (85,3% ; 97,3%)	1.386 (36,9% ; 43,2%)
	Kohorte 2	425	1.355	352 (82,8%)	1.148 (84,7%)	339 (79,8% ; 96,3%)	339 (25,0% ; 29,5%)
	Kohorte 3	471	1.282	399 (84,7%)	1.076 (83,9%)	390 (82,8% ; 97,7%)	390 (30,4% ; 36,2%)
	Kohorte 4	415	1.190	352 (84,8%)	1.042 (87,6%)	343 (82,7% ; 97,4%)	343 (28,8% ; 32,9%)
	Gesamt	2.936	7.585	2.528 (86,1%)	6.471 (85,3%)	2.458 (83,7% ; 97,2%)	2.458 (32,4% ; 38,0%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontroll- patienten
1	15,1	1038
2	21,8	573
3	25,4	1144
4	26,2	437
5	26,2	1509

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching KJP

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	4.701	4.701		2.017	2.017		904	904		942	942		838	838	
	klinikneu	2.243	2.243		631	631		565	565		552	552		495	495	
	klimbekannt	2.458	2.458		1.386	1.386		339	339		390	390		343	343	
Mittleres Alter	gesamt	11,6	11,7	0,132	11,5	11,8	0,174	11,7	11,7	>0,999	11,6	11,8	>0,999	11,4	11,6	>0,999
	klinikneu	12,0	12,1	>0,999	11,9	12,0	>0,999	12,1	12,0	>0,999	12,3	12,3	>0,999	11,8	12,0	>0,999
	klimbekannt	11,1	11,4	0,025	11,4	11,7	0,177	11,0	11,2	>0,999	10,6	11,1	0,569	10,8	11,1	>0,999
Anteil Frauen	gesamt	39,4%	40,5%	>0,999	36,1%	37,4%	>0,999	42,0%	43,1%	>0,999	43,2%	44,6%	>0,999	40,3%	40,6%	>0,999
	klinikneu	43,4%	44,9%	>0,999	39,8%	42,6%	>0,999	45,0%	45,5%	>0,999	46,0%	48,4%	>0,999	43,2%	43,4%	>0,999
	klimbekannt	35,8%	36,5%	>0,999	34,4%	35,0%	>0,999	37,2%	39,2%	>0,999	39,2%	39,2%	>0,999	36,2%	36,4%	>0,999
Anteil klimbekannter Patienten	gesamt	52,3%	52,3%	>0,999	68,7%	68,7%	>0,999	37,5%	37,5%	>0,999	41,4%	41,4%	>0,999	40,9%	40,9%	>0,999
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klimbekannt	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	87,2%	86,3%	>0,999	91,3%	90,4%	>0,999	83,8%	84,5%	>0,999	85,0%	82,2%	0,952	83,4%	82,2%	>0,999
	klinikneu	81,7%	84,3%	0,165	85,7%	85,1%	>0,999	80,5%	83,9%	>0,999	80,4%	83,3%	>0,999	79,2%	84,6%	0,254
	klimbekannt	92,2%	88,1%	<0,001	93,8%	92,8%	>0,999	89,4%	85,5%	>0,999	91,5%	80,5%	<0,001	89,5%	80,5%	0,011
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	11,3%	10,8%	>0,999	7,0%	7,2%	>0,999	15,0%	12,9%	>0,999	13,8%	14,3%	>0,999	14,7%	13,4%	>0,999
	klinikneu	17,8%	14,7%	0,037	14,1%	13,3%	>0,999	19,1%	15,4%	>0,999	19,2%	15,4%	0,892	19,6%	14,7%	0,368
	klimbekannt	5,3%	7,3%	0,025	3,8%	4,4%	>0,999	8,3%	8,8%	>0,999	6,2%	12,8%	0,016	7,6%	11,4%	0,706
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	1,5%	2,9%	<0,001	1,7%	2,4%	>0,999	1,1%	2,5%	0,350	1,2%	3,5%	0,014	1,9%	3,7%	0,345
	klinikneu	0,5%	1,1%	0,250	0,2%	1,6%	0,123	0,4%	0,7%	>0,999	0,4%	1,3%	>0,999	1,2%	0,6%	>0,999
	klimbekannt	2,5%	4,6%	0,001	2,5%	2,8%	>0,999	2,4%	5,6%	0,446	2,3%	6,7%	0,034	2,9%	8,2%	0,032
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klimbekannt	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	3,0%	3,0%	>0,999	5,5%	5,7%	>0,999	0,8%	0,4%	>0,999	1,5%	0,7%	>0,999	1,2%	1,8%	>0,999
	klinikneu	1,5%	1,6%	>0,999	1,6%	2,5%	>0,999	0,9%	0,4%	>0,999	1,8%	0,9%	>0,999	1,6%	2,6%	>0,999
	klimbekannt	4,4%	4,2%	>0,999	7,2%	7,1%	>0,999	0,6%	0,6%	>0,999	1,0%	0,5%	>0,999	0,6%	0,6%	>0,999
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,3%	1,3%	>0,999	2,7%	2,8%	>0,999	0,4%	0,1%	>0,999	0,3%	0,2%	>0,999	0,0%	0,0%	
	klinikneu	0,3%	0,2%	>0,999	0,2%	0,3%	>0,999	0,5%	0,2%	>0,999	0,5%	0,4%	>0,999	0,0%	0,0%	
	klimbekannt	2,2%	2,2%	>0,999	3,9%	3,9%	>0,999	0,3%	0,0%	>0,999	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	49,6%	50,1%	>0,999	63,5%	64,5%	>0,999	35,5%	34,2%	>0,999	41,1%	42,3%	>0,999	41,2%	41,5%	>0,999
	klinikneu	1,7%	3,3%	0,008	1,7%	4,4%	0,083	1,6%	2,3%	>0,999	1,4%	3,4%	0,462	2,2%	3,0%	>0,999
	klimbekannt	93,3%	92,8%	>0,999	91,6%	91,8%	>0,999	92,0%	87,3%	0,467	97,2%	97,2%	>0,999	97,4%	97,1%	>0,999
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	43,3%	42,5%	>0,999	43,4%	43,1%	>0,999	39,6%	37,2%	>0,999	46,0%	44,9%	>0,999	44,0%	43,9%	>0,999
	klinikneu	42,1%	39,4%	0,342	41,8%	38,8%	>0,999	37,3%	32,9%	>0,999	46,0%	43,8%	>0,999	43,6%	42,6%	>0,999
	klimbekannt	44,3%	45,3%	>0,999	44,1%	45,1%	>0,999	43,4%	44,2%	>0,999	45,9%	46,4%	>0,999	44,6%	45,8%	>0,999

(p-Werte ausgewiesen nach Bonferroni-Holm-Korrektur)

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 wurden die Ergebnisse der Effektivität des Modells laut Feinkonzept vom Dezember 2015 und der Konkretisierung zum Feinkonzept - Abschlussberichte vom 28.10.2019 dargestellt. Dabei wurden die Patienten der Modellklinik den Patienten der Kontrollkliniken gegenübergestellt. Die Interventionsgruppe (Modellvertrag) wurde mit IG und die Kontrollgruppe (Regelversorgung) wird mit KG abgekürzt.

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

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

Erwachsene

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

Ca. 70% der eingeschlossenen klinikneuen und klinikbekannten 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 Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten 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)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- somatoforme Störungen (F45) (Tabelle 7).

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	995	975
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,9 %	70,8 %
• Zwei Diagnosen	27,1 %	24,9 %
• Drei Diagnosen	3,6 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F03 & F07	30	25
2. F32 & F41	24	23
3. IG: F32 & F43 / KG: F10 & F32	18	19

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.493	2.498
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,9 %	71,2 %
• Zwei Diagnosen	26,4 %	23,1 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	4,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	1,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F41	65	62
2. IG: F03 & F07 / KG: F33 & F45	48	45
3. IG: F33 & F45 / KG: F10 & F33	45	45

¹ 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. In der IG wiesen lediglich mehr Patienten keine Pflegestufe im Vergleich zur KG auf. Der Anteil an fehlenden Angaben ist jedoch auch zwischen IG und KG bei diesem Parameter verschieden. Weitere Erläuterungen zum Matching sind im entsprechenden Kapitel zu finden.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	686	690	995	975
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,1 %	3,1 %	1,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,1 %	0,1 %	0,9 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,1 %	4,1 %	5,9 %	6,3 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	1,7 %	2,2 %	9,5 %	8,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,7 %	12,6 %	16,4 %	15,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	7,7 %	7,8 %	7,1 %	6,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	53,2 %	51,3 %	55,1 %	55,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	10,3 %	11,0 %	13,0 %	13,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,2 %	3,3 %	4,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,8 %	7,0 %	13,7 %	14,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,3 %	1,1 %	1,6 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,0 %	1,0 %	1,9 %	1,7 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,4 %	0,3 %	0,8 %	1,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,0 %	1,0 %	1,2 %	1,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,0	49,6	50,7	50,2
• Median	49	50	50	50
• (Interquartilsabstand)	(35 - 60)	(35 - 62)	(36 - 63)	(35 - 62)
Geschlecht				
• Frauen	53,9 %	54,9 %	54,5 %	55,4 %
• Männer	46,1 %	45,1 %	45,5 %	44,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	33,4 %	42,9 %	38,2 %	47,5 %
• PIA	66,6 %	57,1 %	61,8 %	52,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,6 %	1,2 %	0,5 %	1,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	7,4 %	8,1 %	6,9 %	8,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	10,3 %	11,7 %	10,2 %	11,1 %
Höchster beruflicher Abschluss				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,1 %	6,4 %	6,1 %	6,8 %
	17,6 %	21,0 %	18,1 %	19,6 %
	1,0 %	1,2 %	1,0 %	1,3 %
	1,2 %	0,4 %	0,8 %	0,3 %
	3,1 %	2,5 %	2,6 %	2,4 %
	0,4 %	0,1 %	0,3 %	0,1 %
	7,0 %	7,8 %	7,0 %	8,5 %
	63,6 %	60,6 %	64,0 %	61,0 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	9,6 %	13,6 %	14,3 %	14,8 %
	71,9 %	61,2 %	69,2 %	61,9 %
	18,5 %	25,2 %	16,5 %	23,3 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	25,4 %	25,2 %	27,2 %	26,4 %
	14,3 %	19,3 %	15,4 %	19,9 %
	60,3 %	55,5 %	57,4 %	53,7 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	56,7 %	57,0 %	53,9 %	55,6 %
	11,5 %	7,8 %	10,2 %	8,1 %
	30,5 %	31,9 %	33,8 %	33,4 %
	1,3 %	3,3 %	2,2 %	2,9 %

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

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.717	1.779	2.493	2.498
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,1 %	3,7 %	5,5 %	5,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	1,6 %	3,3 %	3,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	4,8 %	5,1 %	10,3 %	10,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	25,7 %	26,5 %	22,1 %	22,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	47,0 %	46,3 %	53,2 %	52,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,6 %	2,6 %	6,5 %	6,5 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,3 %	0,6 %	5,6 %	4,9 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,4 %	5,2 %	14,4 %	14,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,3 %	0,1 %	1,2 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,5 %	1,2 %	3,2 %	3,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,4 %	4,0 %	4,9 %	5,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,2 %	0,3 %	0,5 %	0,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,1 %	1,6 %	2,4 %	2,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	52,0	53,8	52,6	53,8
• Median	53	53	53	53
• (Interquartilsabstand)	(41 - 62)	(42 - 65)	(41 - 63)	(42 - 65)
Geschlecht				
• Frauen	57,1 %	58,1 %	58,5 %	58,8 %
• Männer	42,9 %	41,9 %	41,5 %	41,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	5,8 %	7,5 %	6,3 %	8,4 %
• PIA	94,2 %	92,5 %	93,7 %	91,6 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,4 %	1,1 %	0,3 %	1,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	4,6 %	4,5 %	4,6 %	4,6 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,0 %	7,2 %	7,7 %	7,0 %
• Abitur/Fachabitur	4,5 %	4,8 %	4,7 %	4,9 %
• Abschluss unbekannt	9,4 %	7,8 %	9,3 %	7,7 %
• Fehlende Angabe	73,1 %	74,5 %	73,4 %	74,5 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,8 %	4,3 %	3,9 %	4,2 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	13,8 %	12,6 %	13,6 %	12,5 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %
• Bachelor	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,5 %	1,2 %	1,5 %	1,6 %
• Promotion	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	7,1 %	6,1 %	6,9 %	6,1 %
• Fehlende Angabe	73,1 %	74,5 %	73,4 %	74,5 %
Pflegestufe				
• Ja	15,5 %	20,8 %	16,4 %	20,4 %
• Nein	69,6 %	55,1 %	68,5 %	54,8 %
• Fehlende Angabe	14,9 %	24,1 %	15,0 %	24,8 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	22,1 %	20,0 %	22,6 %	19,3 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	56,3 %	59,2 %	56,9 %	61,4 %
• Weder A noch B	21,6 %	20,8 %	20,5 %	19,4 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	42,9 %	46,0 %	43,2 %	44,3 %
• Familienversicherter	8,2 %	6,4 %	7,3 %	6,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	47,2 %	45,3 %	47,7 %	46,7 %
• Fehlende Angabe	1,7 %	2,3 %	1,8 %	2,3 %

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

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Kinder und Jugendliche

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

Ca. 85 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten und fast 80 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten wiesen nur eine psychiatrische Diagnose zum Zeitpunkt des Einschusses in die Evaluation auf (Einfach-Diagnose, Population I) (Tabelle 7). Die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen waren sowohl in Interventions- wie auch Kontrollgruppe und bei klinikneuen und klinikbekannten Patienten verschiedene Kombination von

- depressive Episoden (F32)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- hyperkinetische Störungen (90)
- Störungen des Sozialverhaltens (F91)
- emotionale Störungen des Kindesalters (F93)
- andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98).

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

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	593	594
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	84,1 %	87,5 %
• Zwei Diagnosen	15,0 %	11,4 %
• Drei Diagnosen	0,8 %	1,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	13	11
2. F93 & F98	8	7
3. IG: F43 & F93 / KG: F32 & F43	5	7

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.304	1.318
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	78,6 %	78,5 %
• Zwei Diagnosen	19,3 %	18,4 %
• Drei Diagnosen	2,0 %	2,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	40	46
2. F93 & F98	24	19
3. IG: F91 & F93 / KG: F90 & F98	14	14

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

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

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	499	520	593	594
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 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	12,8 %	13,5 %	14,8 %	15,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,2 %	15,0 %	15,0 %	16,0 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,6 %	1,2 %	1,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,2 %	4,2 %	6,9 %	5,7 %
• F 50 (Essstörungen)	1,0 %	1,2 %	1,2 %	1,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	0,6 %	1,5 %	0,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,0 %	2,5 %	2,7 %	2,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	63,5 %	61,9 %	65,4 %	63,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,7	12,0	11,8	12,0
• Median	12	12	12	12
• (Interquartilsabstand)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht				
• Weiblich	39,3 %	42,7 %	38,8 %	42,8 %
• Männlich	60,7 %	57,3 %	61,2 %	57,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	12,2 %	12,9 %	14,3 %	15,0 %
• PIA	87,8 %	87,1 %	85,7 %	85,0 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,4 %	1,9 %	2,2 %	2,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,0 %	4,0 %	4,7 %	3,9 %
• Abitur/Fachabitur	5,8 %	4,6 %	5,9 %	4,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	3,2 %	2,9 %	3,4 %	2,9 %
Höchster beruflicher Abschluss	83,6 %	86,3 %	83,8 %	86,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	2,0 %	2,5 %	1,9 %	2,4 %
	7,2 %	6,5 %	7,1 %	6,4 %
	0,6 %	0,6 %	0,8 %	0,8 %
	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
	3,4 %	1,9 %	3,4 %	1,9 %
	0,6 %	0,0 %	0,5 %	0,0 %
	2,6 %	1,9 %	2,5 %	1,9 %
	83,6 %	86,3 %	83,8 %	86,5 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	2,2 %	2,7 %	2,7 %	2,7 %
	78,0 %	69,6 %	77,1 %	70,0 %
	19,8 %	27,7 %	20,2 %	27,3 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	8,8 %	10,0 %	9,4 %	11,3 %
	0,2 %	0,8 %	0,2 %	0,7 %
	91,0 %	89,2 %	90,4 %	88,0 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	7,0 %	6,7 %	6,6 %	6,7 %
	86,0 %	86,2 %	85,8 %	85,5 %
	4,0 %	3,1 %	4,7 %	3,7 %
	3,0 %	4,0 %	2,9 %	4,0 %

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

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.025	1.034	1.304	1.318
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 %	0,2 %	0,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	6,5 %	6,5 %	8,7 %	9,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,3 %	6,7 %	6,1 %	6,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,4 %	1,0 %	1,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,1 %	2,4 %	5,1 %	5,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,7 %	1,5 %	1,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,5 %	1,7 %	3,0 %	3,6 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,5 %	3,6 %	3,1 %	4,2 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	79,5 %	77,7 %	80,4 %	79,2 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,3	11,6	11,4	11,7
• Median	11	12	11	12
• (Interquartilsabstand)	(9 - 14)	(9 - 14)	(9 - 14)	(9 - 15)
Geschlecht				
• Weiblich	34,8 %	36,0 %	34,1 %	35,3 %
• Männlich	65,2 %	64,0 %	65,9 %	64,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	4,2 %	5,6 %	6,2 %	7,1 %
• PIA	95,8 %	94,4 %	93,8 %	92,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,9 %	2,1 %	2,6 %	1,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	4,9 %	5,0 %	5,4 %	4,9 %
• Abitur/Fachabitur	5,2 %	6,6 %	5,2 %	6,1 %
• Abschluss unbekannt	3,3 %	3,7 %	3,4 %	3,6 %
• Fehlende Angabe	83,6 %	82,3 %	83,4 %	83,2 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,5 %	2,1 %	2,3 %	2,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	6,9 %	6,9 %	7,5 %	6,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,2 %	1,1 %	0,9 %
• Bachelor	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,3 %	3,8 %	3,1 %	3,3 %
• Promotion	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %
• Abschluss unbekannt	2,4 %	3,2 %	2,5 %	3,1 %
• Fehlende Angabe	83,6 %	82,3 %	83,4 %	83,2 %
Pflegestufe				
• Ja	4,0 %	5,8 %	4,8 %	6,8 %
• Nein	70,8 %	60,6 %	69,9 %	59,9 %
• Fehlende Angabe	25,2 %	33,6 %	25,3 %	33,4 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	9,2 %	8,7 %	9,3 %	9,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,9 %	2,4 %	1,2 %	2,6 %
• Weder A noch B	90,0 %	88,9 %	89,6 %	87,8 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	5,2 %	5,5 %	4,9 %	5,5 %
• Familienversicherter	89,4 %	90,0 %	89,6 %	89,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,3 %	3,0 %	3,4 %	3,6 %
• Fehlende Angabe	2,1 %	1,5 %	2,1 %	1,2 %

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

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 dargestellt (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 56). Im Folgenden werden die einzelnen Outcomes mit den jeweils vier Analysen dargestellt.

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

Die folgenden Darstellungen unterteilen die Population in 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 Präzeitraum in den Fachabteilungen 29xx, 30xx oder 31xx bzw. der PIA der Referenz-Klinik behandelt wurden. Diese Unterteilung gibt Aufschluss über die Wirksamkeit des Modells für bereits bekannte Patienten gegenüber neu aufgetretenen Fällen.

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

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

- Zunächst werden die Hauptergebnisse des Outcomes zusammenfassend dargestellt (Kästen).
- In der darauffolgenden Tabelle bzw. Tabellen sind die deskriptiven Ergebnisse mit den Fallzahlen für die Outcomes dargestellt.
- Daraufhin folgt die Darstellung der jeweiligen graphischen Abbildungen. Wie diese Abbildungen generell zu lesen sind, ist im separaten Methodenband im Abschnitt Statistische Methoden zur Berechnung der Effektivität erläutert.
- Im Weiteren erfolgt eine Darstellung der Modellierung der Signifikanz (additive Modellierung).

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wies die IG bei den linikneuen Patienten zu jedem Zeitpunkt geringere **Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** in der IG im Vergleich zur KG auf (prä: -0,3; 1. Jahr: -9,2; 2. Jahr: -3,3; 3. Jahr: -2,1, 4. Jahr: -1,4 %-Punkte). Dieser Unterschied war im ersten Jahr nach Referenzfall am größten. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (prä: +0,1; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -2,7; 3. Jahr: -3,8, 4. Jahr: -0,7 %-Punkte). Das stärkere Absinken der Anteile in der IG im Vergleich zur KG war im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD Jahr 2: 0,8; DiD Jahr 3: 0,7). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach geringer an als in der KG und war in den weiteren Jahren zwischen den Gruppen vergleichbar (prä: +0,2; 1. Jahr: -3,4; 2. Jahr: -0,8; 3. Jahr: +0,1, 4. Jahr: -0,5 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede gab es dabei nicht. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets etwas höher bzw. vergleichbar (prä: +0,5; 1. Jahr: +1,2; 2. Jahr: +1,9; 3. Jahr: +0,4; 4. Jahr: +0,5 %-Punkte). Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum zweiten Jahr danach war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (DiD = 1,9).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein zwischen den Gruppen ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,1; KG: 1,9 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 16,4; KG: 21,3 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,0; 3,4 und 2,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,7; 4,6 und 2,8 vollstationäre Tage im 2., 3.

und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant geringer (DiD: -5,1 vollstationäre Tage). In den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG im Jahr vor und den ersten drei Jahren nach Referenzfall weniger vollstationäre Tage aufwiesen als die älteren Patienten der IG. In der KG war dies lediglich im Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall zu beobachten. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) und F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) auf, während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F00 (Demenz) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Fälle betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 296 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant geringer (DiD: -2,3 vollstationäre Tage). Auch wies die IG im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall geringere vollstationäre Tage als die KG auf (prä: +0,9; 1. Jahr: 1,4; 2. Jahr: -1,1; 3. Jahr: -2,1; 4. Jahr: +0,0 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied zum Jahr vor Referenzfall war auch für das zweite und dritte Jahr statistisch signifikant (DiD Jahr 2: -1,1; DiD Jahr 3: -2,1 vollstationäre Tage). Im vierten Jahre nach Referenzfall waren die Tage zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch signifikant (DiD: -2,0 vollstationäre Tage).

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl in der IG als auch in der KG die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) stets mehr vollstationäre Behandlungstage als die älteren Patienten aufwiesen. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F50 (Essstörungen) auf (wobei letztgenannte sehr wenige Fälle betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen.

Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 296 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Verlauf zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten stieg jedoch die Anzahl an teilstationären Behandlungstagen in der IG zum Jahr nach Referenzfall stärker als in der KG. Der stärkere Anstieg zum ersten bzw. das geringere Absinken zum zweiten Jahr nach Referenzfall (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall) war statistisch signifikant (DiD Jahr 1: +0,9; DiD Jahr 2: +0,8 teilstationäre Tage).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG geringer als in der KG (IG: +43,9 %-Punkte; KG: +48,7 %-Punkte). Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war zwischen IG und KG vergleichbar (+13,9 %; KG: +14,6 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG eine geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +15,3; KG: +18,3 vollstationäre Tage). Der Anstieg der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** dagegen war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: +6,8; KG: +6,3 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG. Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG, jedoch in einem geringeren Umfang als im ersten Jahr nach Referenzfall. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zum ersten Jahr nach Referenzfall an. Dieser Anstieg war in der IG zwar etwas geringer als in der KG, jedoch statistisch nicht signifikant.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine statistisch signifikant geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (DiD = -3,9 vollstationäre Tage). Danach fiel die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG und der KG auf einen zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Wert. Die **durchschnittliche**

teilstationäre Behandlungsdauer verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier IG und KG stets vergleichbare teilstationäre Tage aufwiesen.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten weniger stark anstieg als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten stieg dieser Anteil in der IG im selben Zeitraum weniger stark als in der KG. Weiterhin vergrößerte sich dieser Anteil über den patientenindividuellen Verlauf weiter (prä: -0,1; 1.Jahr: -2,5; 2.Jahr: -2,7; 3.Jahr: -4,0 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG weniger stark als in der KG und war ansonsten vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war ein soweit vergleichbarer Verlauf mit stets (etwas) höheren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG (IG: +15,1 vollstationäre Tage; KG: +19,1 vollstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten war, analog zu den Anteilen, eine geringere Inanspruchnahme vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG ab dem Jahr nach Referenzfall ersichtlich (prä: +0,6; 1.Jahr: -1,7; 2.Jahr: --1,2; 3.Jahr: -2,1 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Das Niveau der teilstationären Behandlungstage war zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich auch zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe mit einer etwas stärkeren Zunahme teilstationärer Behandlungstage in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,7 %	46,3 %	9,5 %	9,5 %	7,3 %	7,1 %	55,5 %	12,8 %	11,6 %	8,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,9 %	11,2 %	2,7 %	2,5 %	1,6 %	0,7 %	14,6 %	3,5 %	2,5 %	2,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,3 %	51,5 %	10,8 %	11,3 %	8,5 %	7,2 %	62,5 %	14,4 %	12,9 %	10,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,6 %	2,2 %	1,5 %	1,3 %	1,5 %	1,1 %	2,6 %	2,1 %	1,2 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	11,2 %	15,3 %	8,6 %	8,6 %	7,7 %	12,6 %	15,7 %	9,9 %	7,9 %	5,8 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,1	16,4	4,0	3,4	2,9	1,9	21,3	4,7	4,6	2,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,4	5,5	1,0	1,3	0,6	0,1	6,0	1,1	1,1	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,5	21,9	5,0	4,7	3,5	2,1	27,3	5,8	5,7	3,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,6	0,4	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4	0,2	0,4
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,8	1,2	0,9	1,1	1,9	1,8	1,2	0,9	0,8

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	14,9 %	14,7 %	10,8 %	9,3 %	10,3 %	14,8 %	17,1 %	13,5 %	13,1 %	11,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,3 %	5,1 %	3,6 %	3,0 %	2,3 %	3,8 %	3,9 %	1,7 %	2,6 %	1,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	17,4 %	17,8 %	12,6 %	11,0 %	11,5 %	16,8 %	19,0 %	14,3 %	14,1 %	11,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	2,5 %	2,2 %	1,6 %	1,4 %	1,3 %	2,8 %	2,4 %	2,0 %	1,8 %	1,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	9,4 %	11,1 %	10,1 %	10,2 %	9,3 %	11,6 %	11,9 %	11,2 %	11,0 %	11,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	6,7	6,4	4,6	4,0	5,1	5,9	7,8	5,7	6,1	5,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,6	2,6	1,6	1,3	1,3	1,5	1,6	0,7	0,9	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	8,3	9,0	6,2	5,3	6,4	7,4	9,4	6,4	7,0	5,8
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,9	0,7	0,4	0,5	0,4	0,8	0,7	0,7	0,6	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,1	1,5	1,2	1,1	1,0	1,3	1,4	1,5	1,5	1,3

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

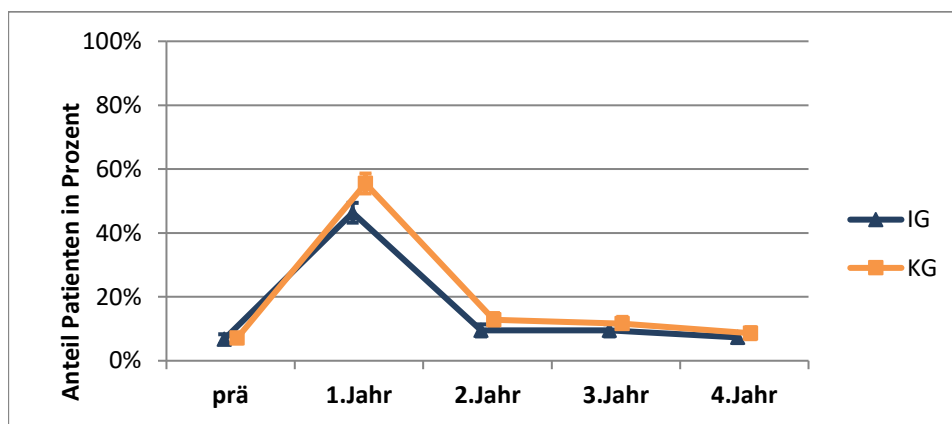
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

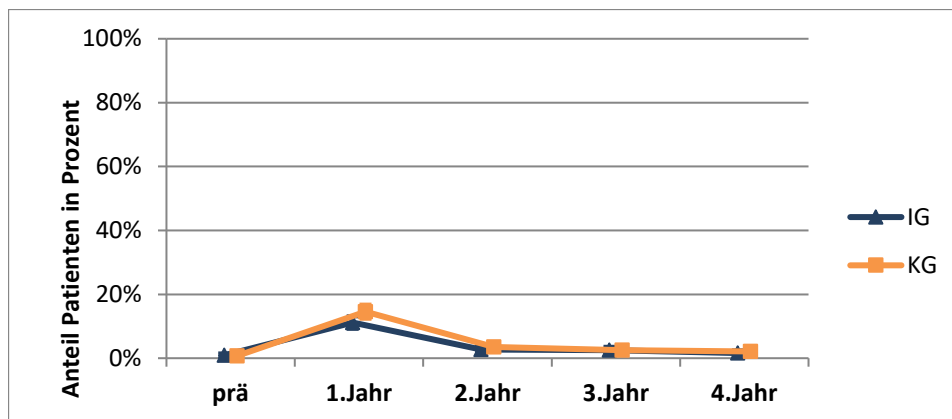
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

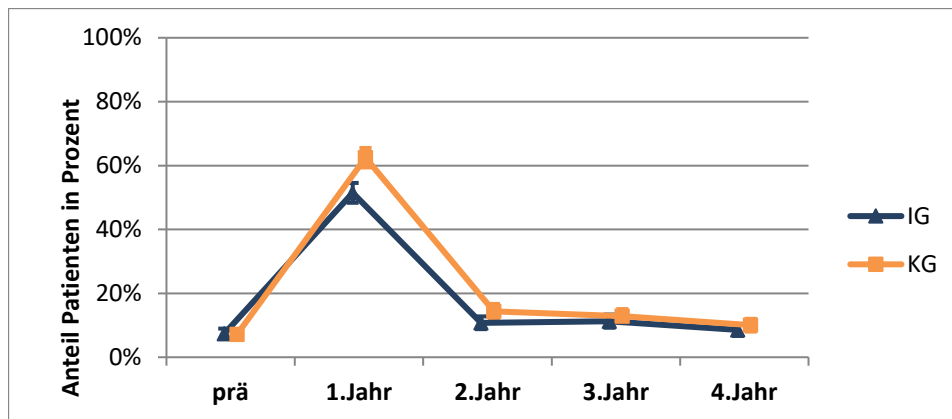
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



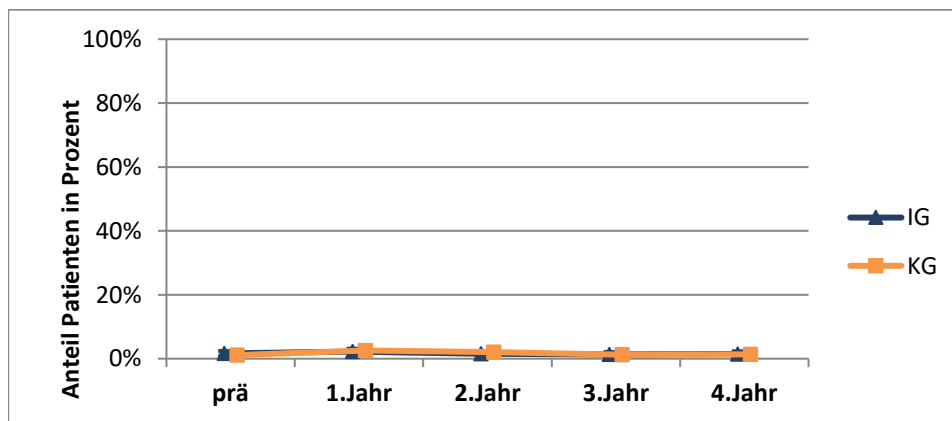
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



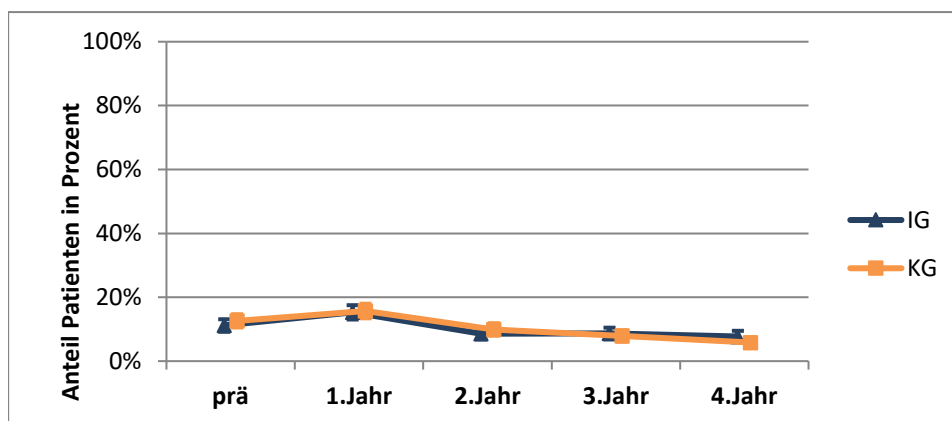
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

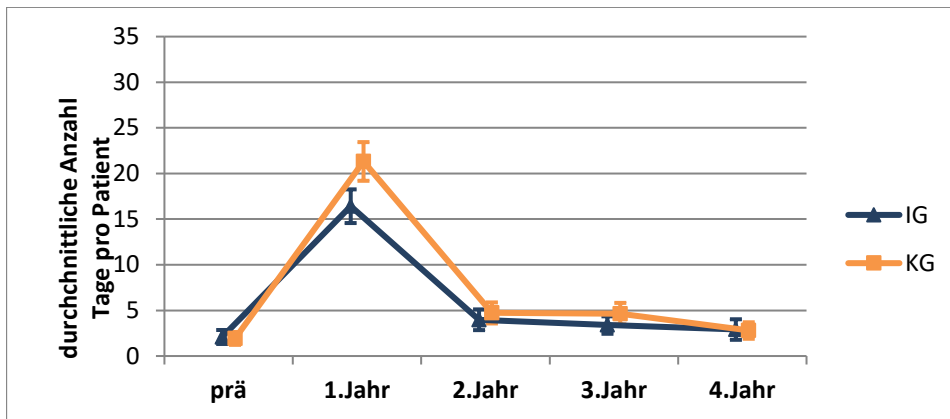


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

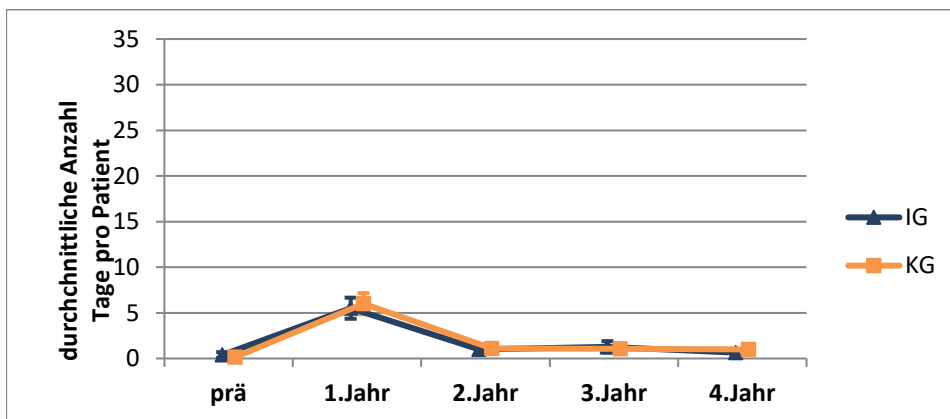


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

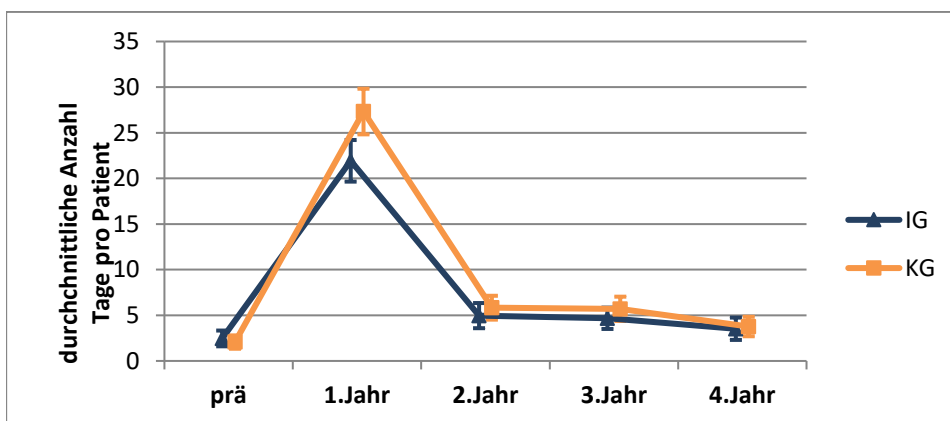
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



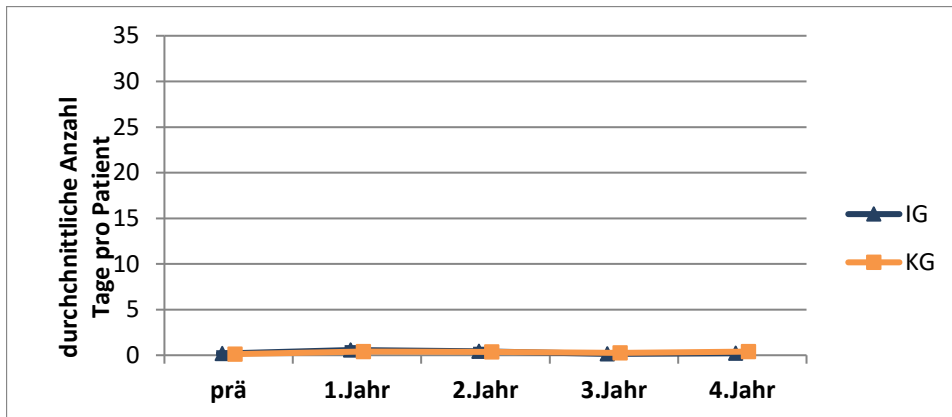
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



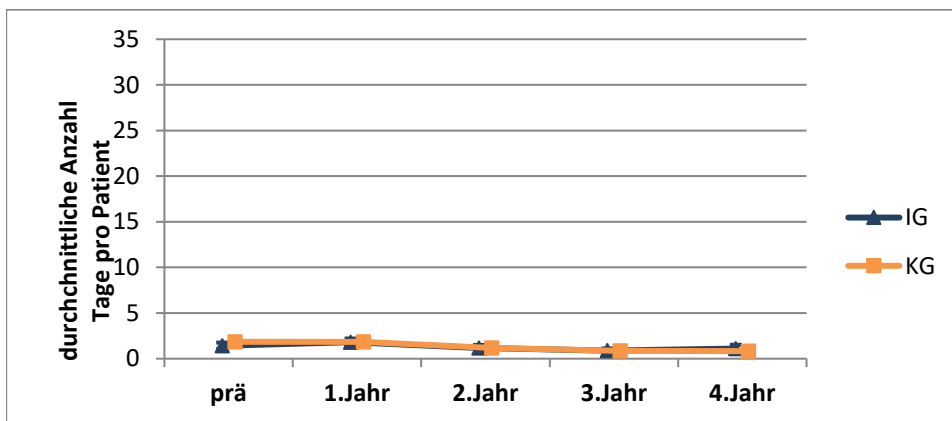
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



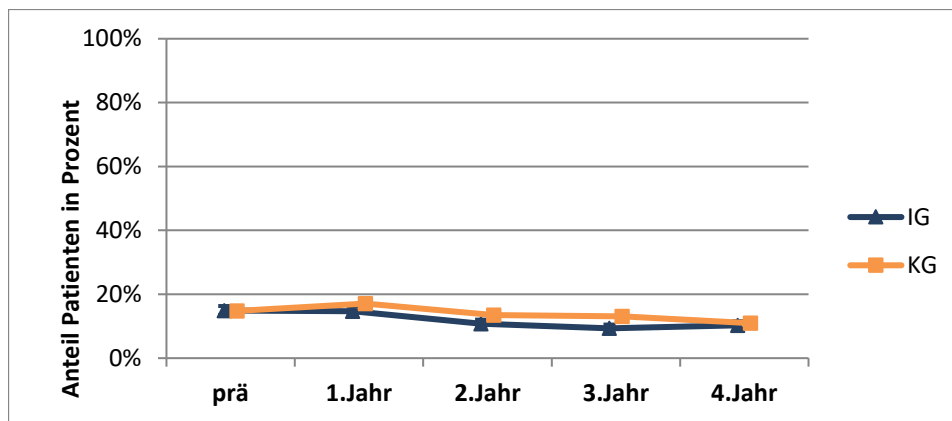
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

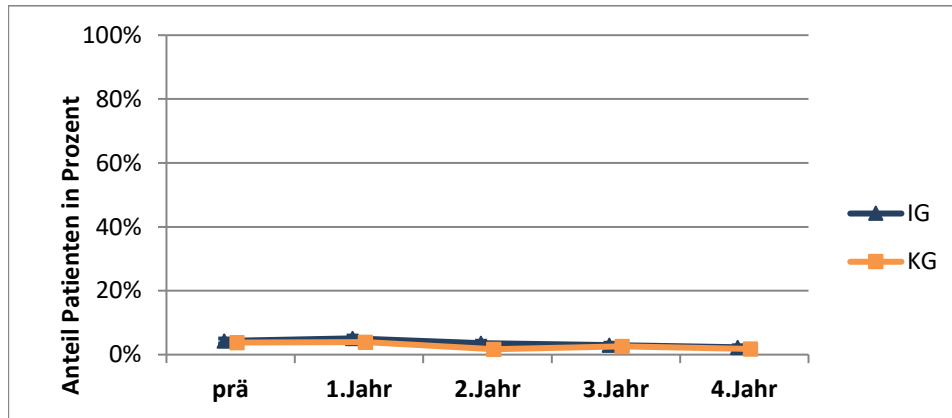
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

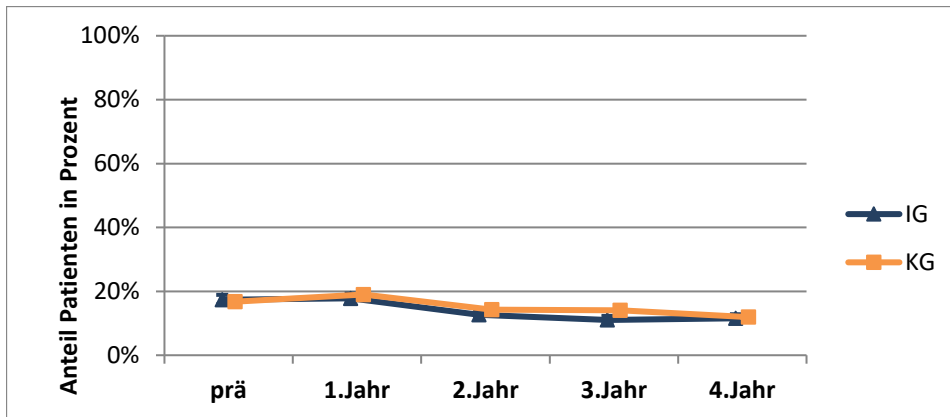
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



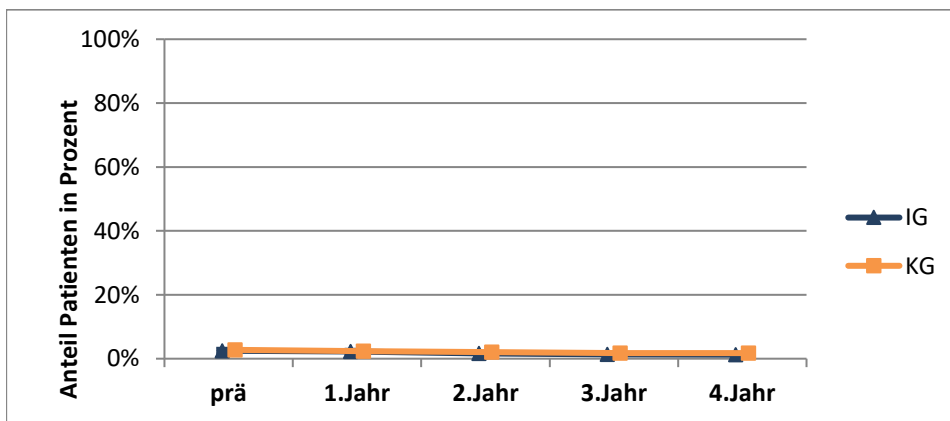
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



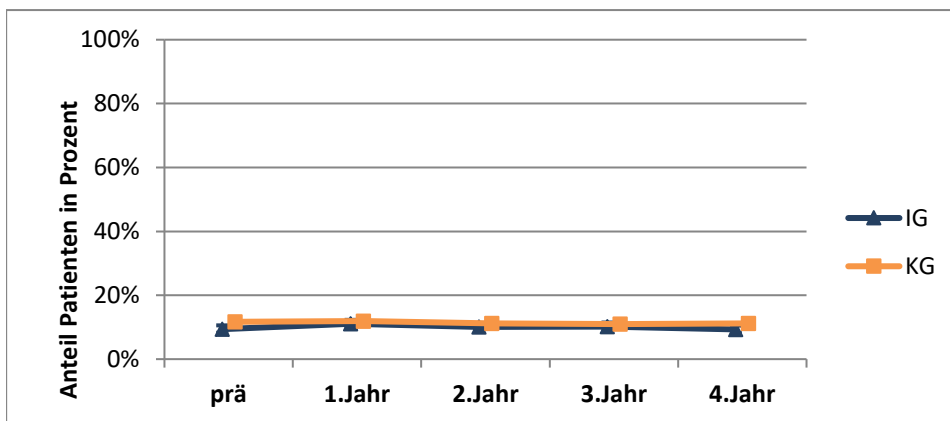
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

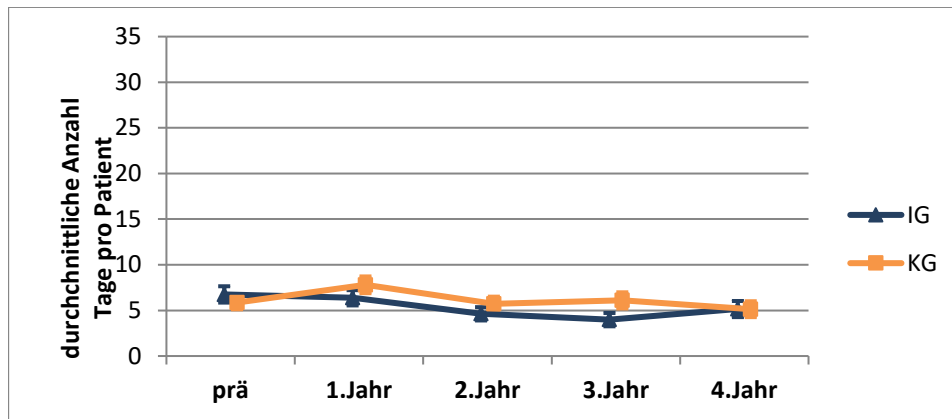


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

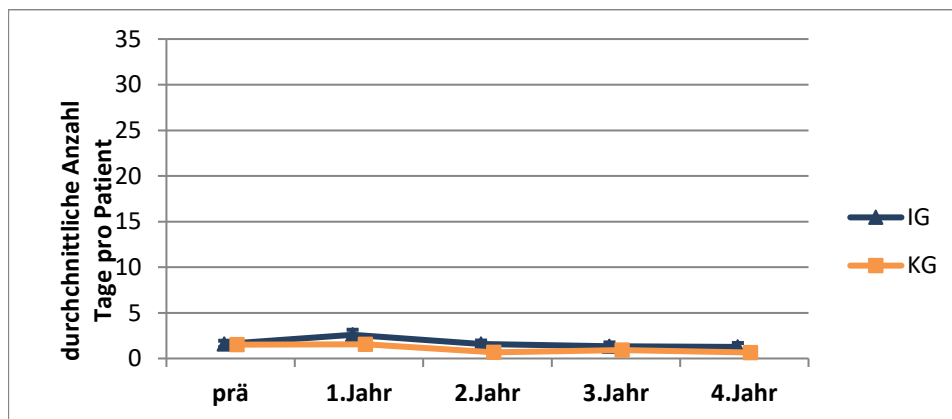


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

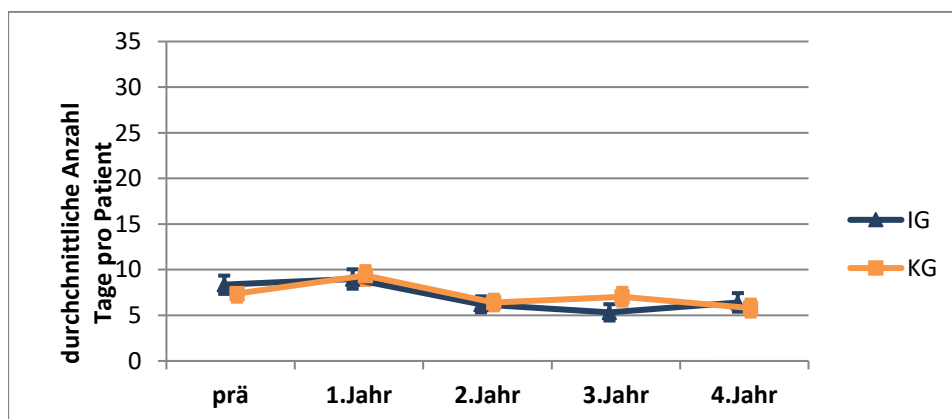
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



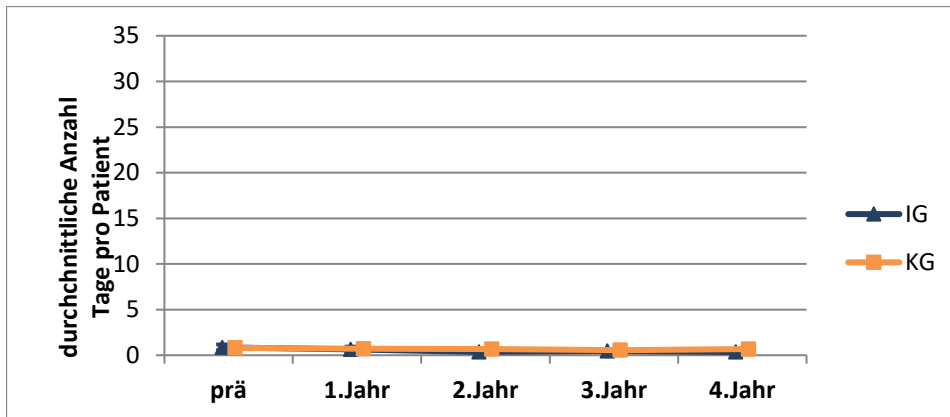
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

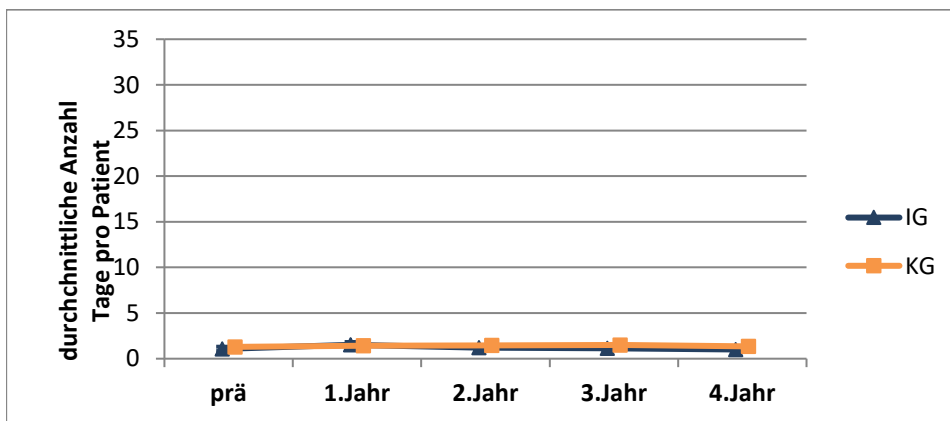


Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,69 0,46...1,05	0,57 0,20...1,60	-5,07*** -7,44...-2,69	-0,73 -2,00...0,54
DID Jahr 2	0,73 0,46...1,18	0,60 0,19...1,85	-0,90 -3,27...1,48	-0,36 -1,63...0,92
DID Jahr 3	0,84 0,52...1,35	0,81 0,26...2,58	-1,30 -3,67...1,07	-0,04 -1,32...1,23
DID Jahr 4	0,86 0,51...1,43	0,60 0,18...2,03	-0,09 -2,46...2,29	-0,55 -1,82...0,72
DID Jahr 1-4	—	—	-1,84 -3,81...0,13	-0,42 -1,44...0,60

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,64...1,02	1,16 0,78...1,73	-2,30** -3,85...-0,75	0,94* 0,21...1,68
DID Jahr 2	0,75* 0,58...0,96	1,93** 1,20...3,10	-1,92* -3,47...-0,37	0,78* 0,05...1,51
DID Jahr 3	0,66** 0,51...0,85	1,03 0,66...1,62	-2,80*** -4,35...-1,25	0,29 -0,44...1,02
DID Jahr 4	0,95 0,73...1,23	1,15 0,69...1,90	-0,78 -2,33...0,77	0,48 -0,25...1,21
DID Jahr 1-4	—	—	-1,95** -3,18...-0,73	0,62* 0,05...1,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	3.688	3.688	3.688	3.688
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	5,7 %	49,6 %	6,4 %	55,1 %
	0,6 %	14,6 %	0,5 %	15,2 %
	6,1 %	56,4 %	6,6 %	62,2 %
	1,3 %	2,6 %	1,3 %	2,5 %
	10,9 %	14,1 %	12,9 %	14,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund				
<ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,5	16,8	1,6	19,9
	0,2	7,1	0,2	6,5
	1,7	23,9	1,8	26,4
	0,3	0,7	0,2	0,6
	1,3	1,9	1,8	2,0

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

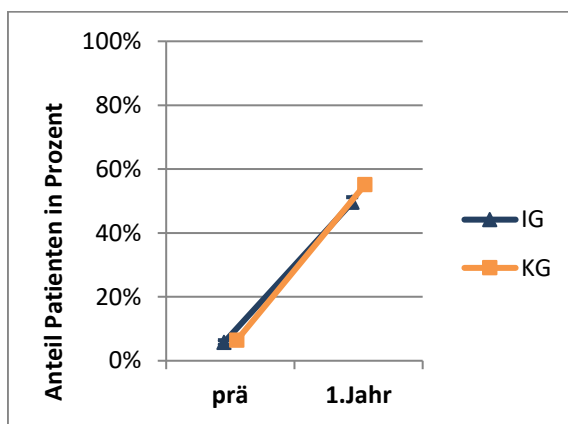
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

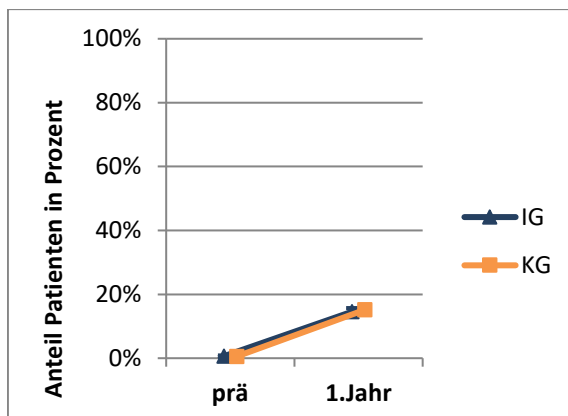
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

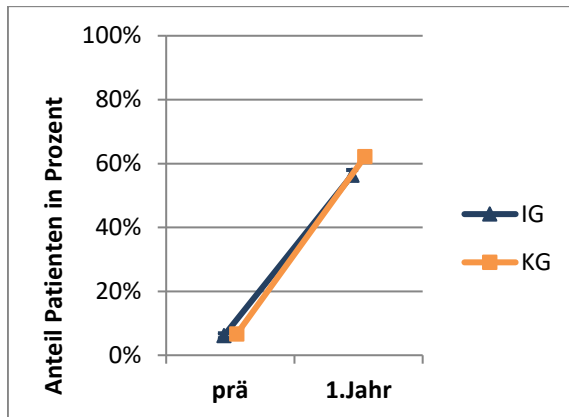
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



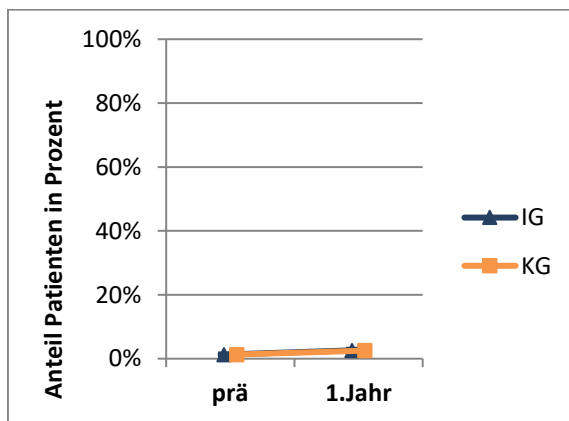
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



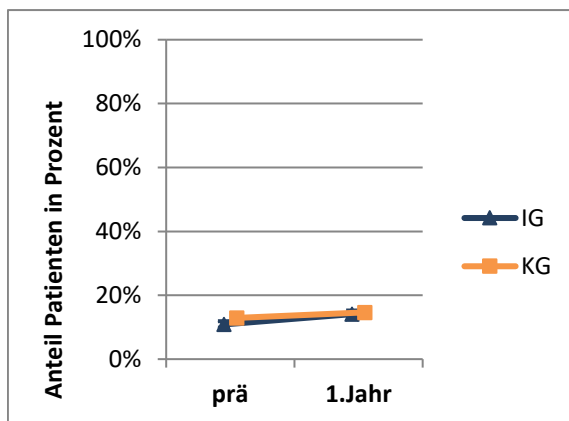
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

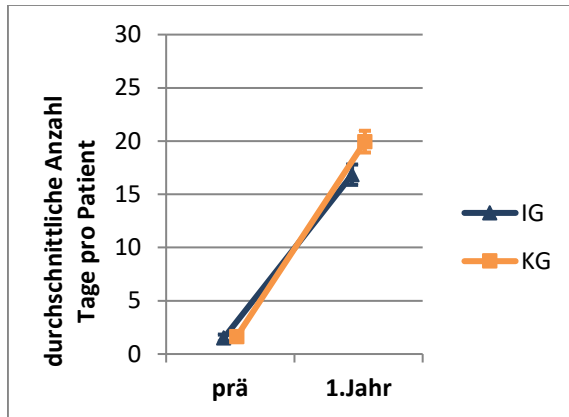


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

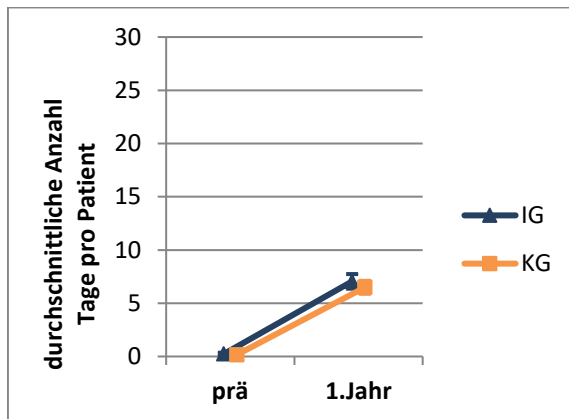


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

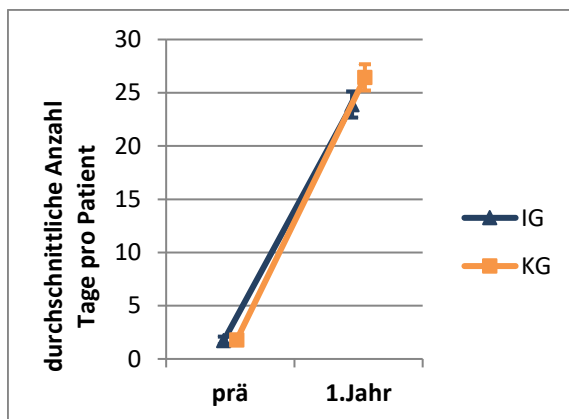
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



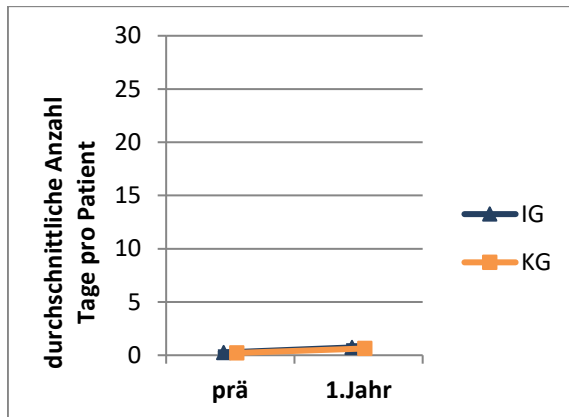
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



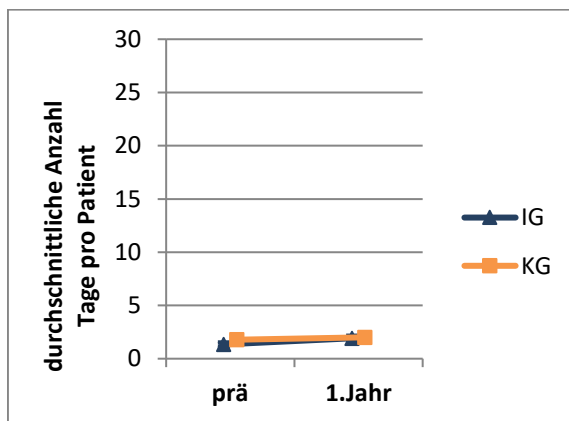
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,0 %	48,3 %	9,2 %	6,4 %	55,6 %	11,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,6 %	14,4 %	2,6 %	0,4 %	15,4 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	6,4 %	54,7 %	10,5 %	6,5 %	62,7 %	13,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,3 %	2,5 %	1,5 %	1,3 %	2,5 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,8 %	14,0 %	8,8 %	13,2 %	14,6 %	9,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,5	16,8	3,5	1,5	20,7	4,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	6,7	1,2	0,1	6,6	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,8	23,5	4,7	1,6	27,4	5,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,7	0,4	0,2	0,6	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,9	1,1	1,7	2,1	1,2

¹ Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

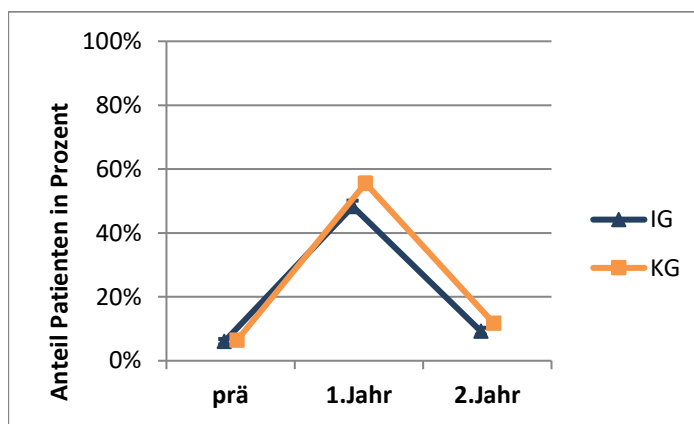
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

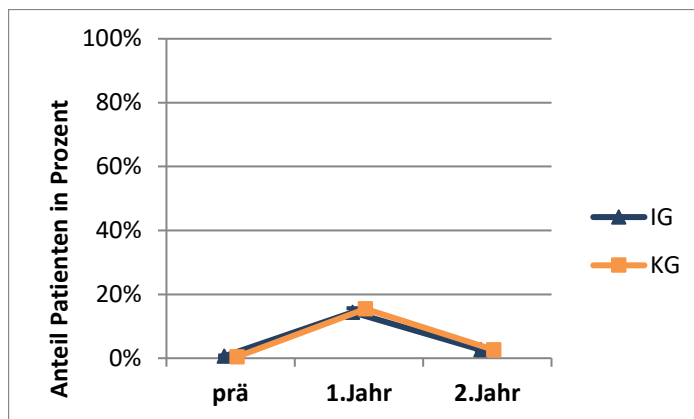
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

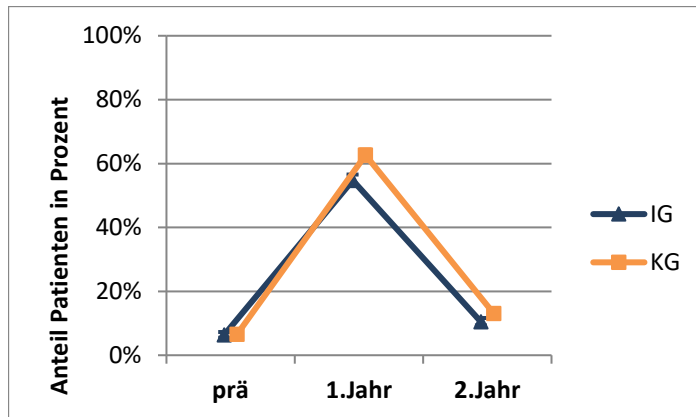
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



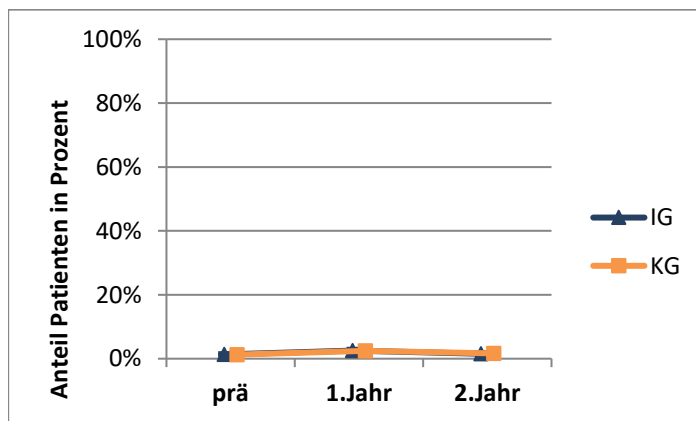
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



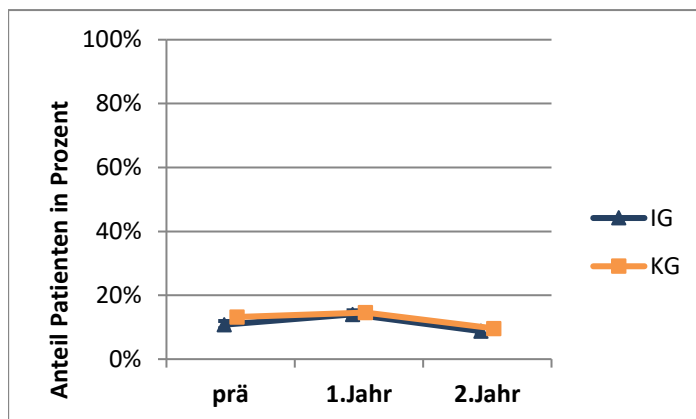
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

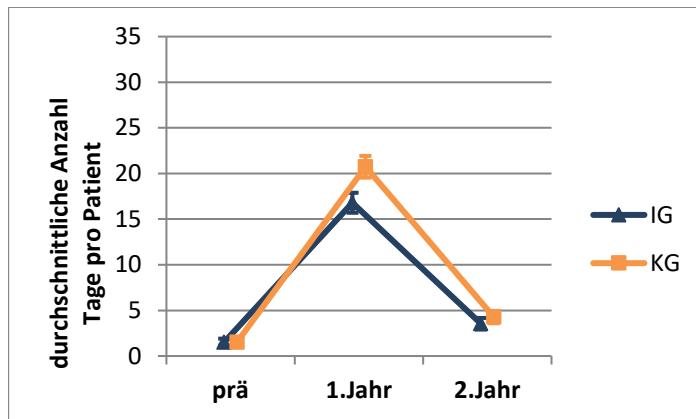


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

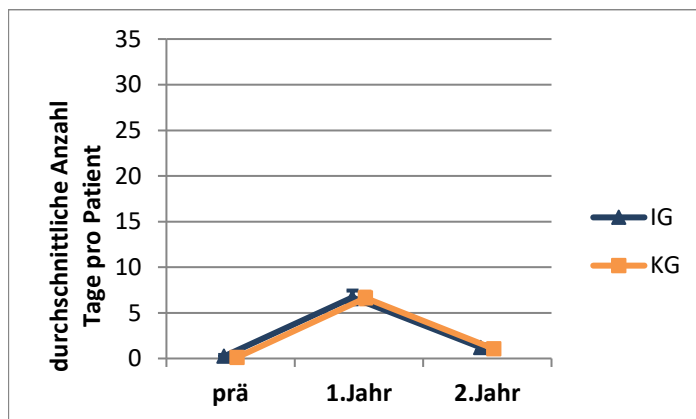


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

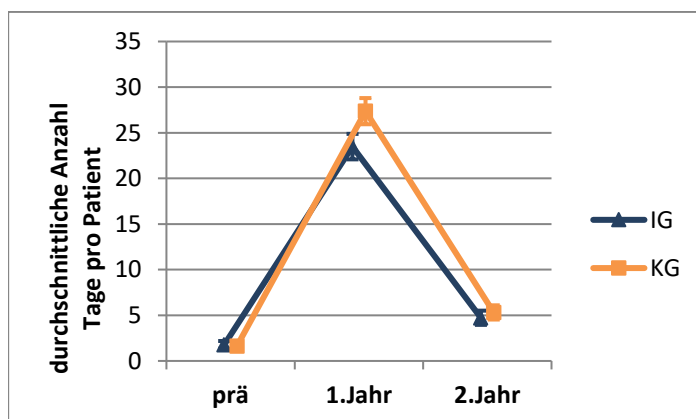
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



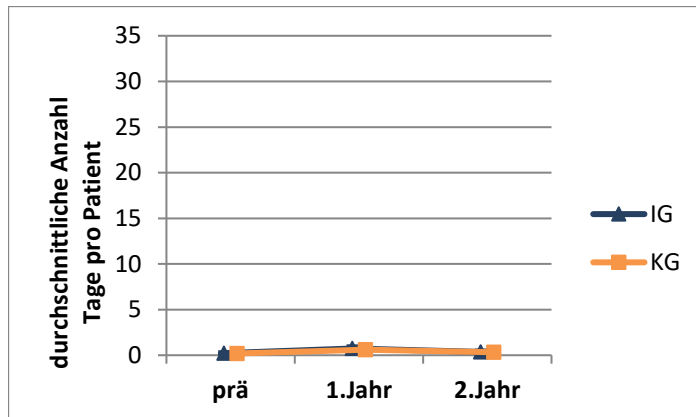
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

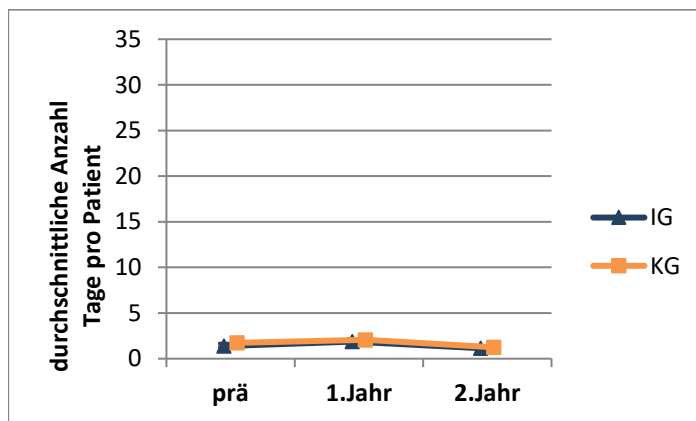


Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,62...1,04	0,69 0,33...1,45	-3,94*** -5,45...-2,44	-0,06 -0,98...0,85
DID Jahr 2	0,81 0,61...1,09	0,75 0,34...1,67	-0,70 -2,20...0,81	0,00 -0,91...0,91

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,6 %	47,3 %	9,6 %	9,0 %	6,8 %	55,6 %	12,5 %	9,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	12,8 %	3,0 %	2,2 %	0,6 %	14,7 %	2,6 %	2,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,0 %	53,2 %	10,9 %	10,2 %	7,0 %	62,5 %	13,8 %	11,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,5 %	2,6 %	1,5 %	1,5 %	1,1 %	2,6 %	1,9 %	1,4 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	10,5 %	13,7 %	8,9 %	8,6 %	13,0 %	14,6 %	10,1 %	8,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,8	16,8	3,9	3,1	1,6	20,6	4,2	3,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,3	6,0	1,3	0,9	0,2	6,1	1,0	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,1	22,9	5,2	4,1	1,7	26,8	5,2	4,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,9	0,4	0,3	0,2	0,5	0,4	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,4	1,8	1,1	1,0	1,8	2,1	1,3	0,8

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	14,6 %	15,5 %	11,0 %	9,3 %	14,6 %	18,1 %	13,7 %	13,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,2 %	5,3 %	3,7 %	3,1 %	3,7 %	4,6 %	2,0 %	2,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	17,0 %	18,6 %	12,9 %	11,0 %	16,5 %	20,2 %	14,6 %	14,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,0 %	2,5 %	1,7 %	1,4 %	3,5 %	2,7 %	2,2 %	1,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	9,3 %	10,8 %	10,0 %	10,1 %	11,7 %	12,1 %	11,4 %	10,7 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	6,5	6,6	4,6	3,9	5,9	8,4	5,9	6,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,6	2,7	1,7	1,4	1,5	1,8	0,8	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	8,1	9,4	6,4	5,3	7,3	10,2	6,6	7,0
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,1	0,8	0,4	0,5	1,0	0,8	0,7	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,1	1,5	1,2	1,1	1,3	1,4	1,4	1,5



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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

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

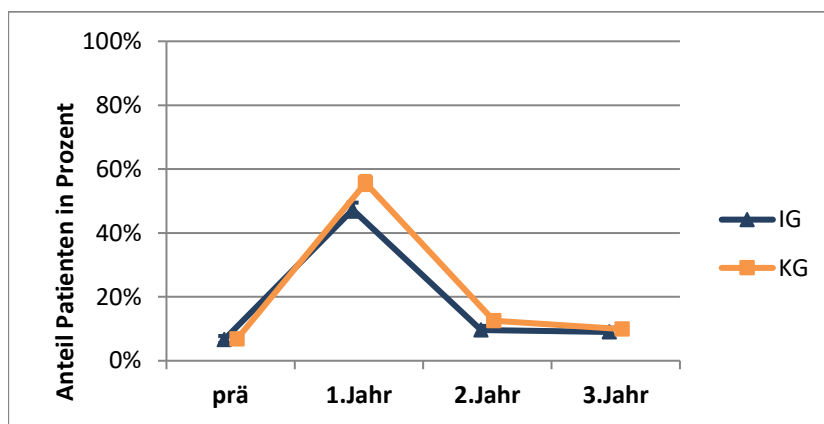
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

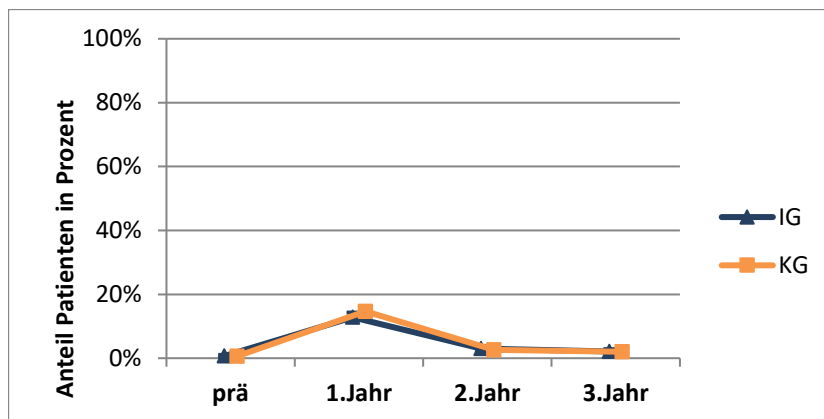
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

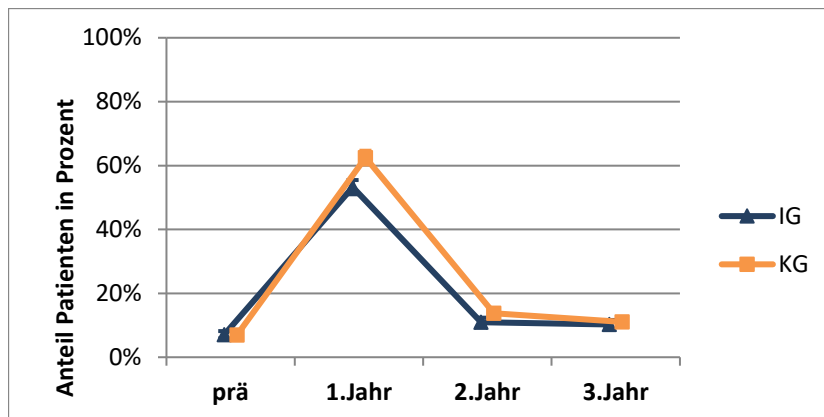
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



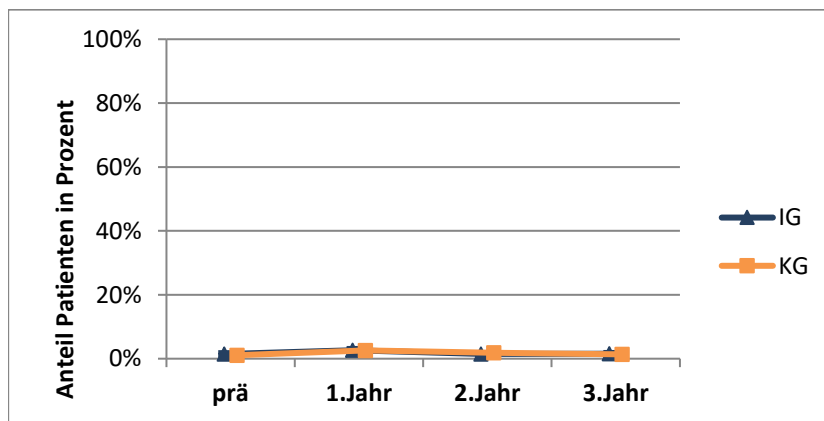
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



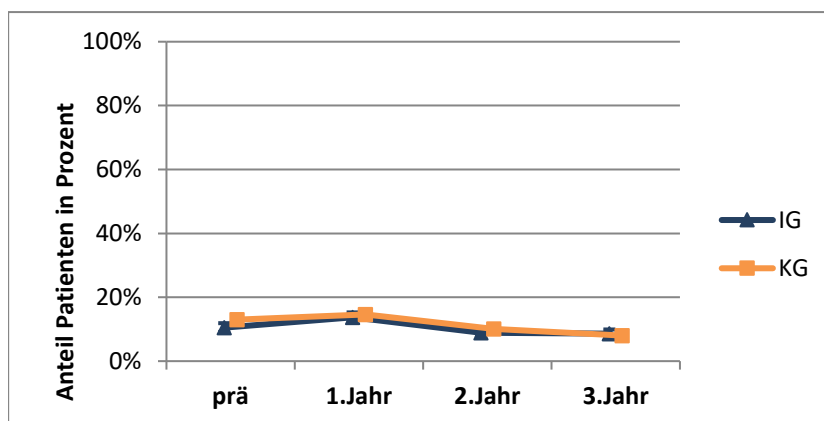
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

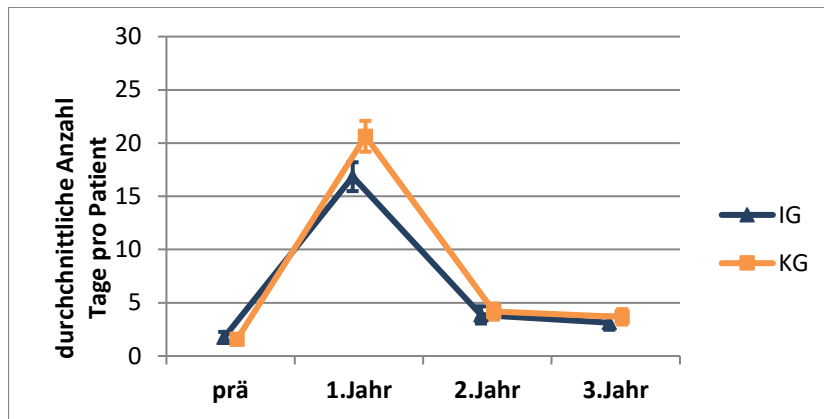


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

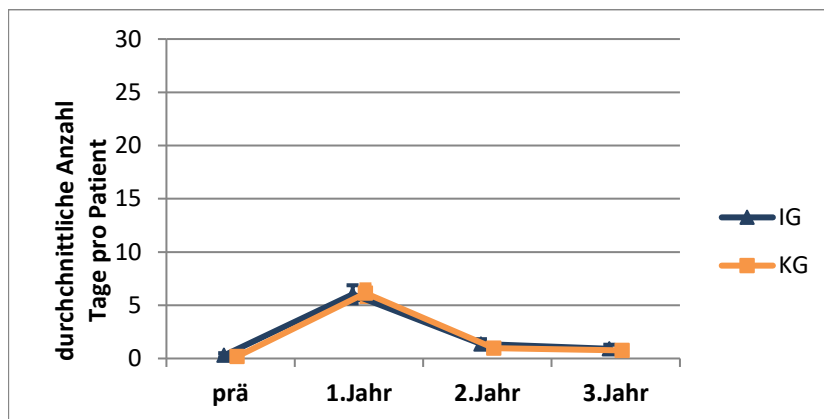


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

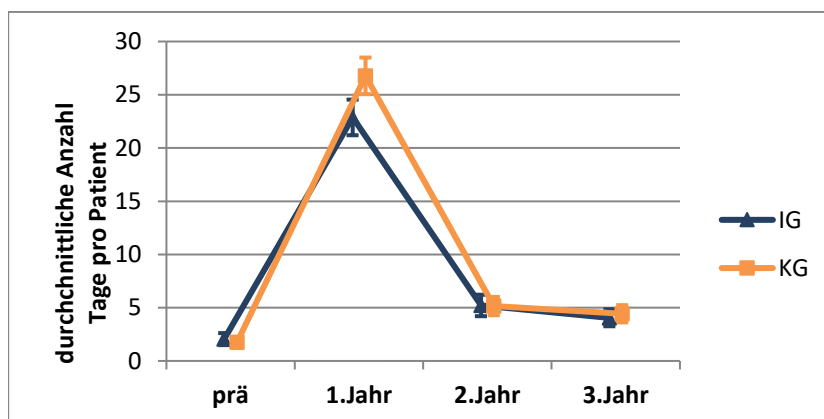
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



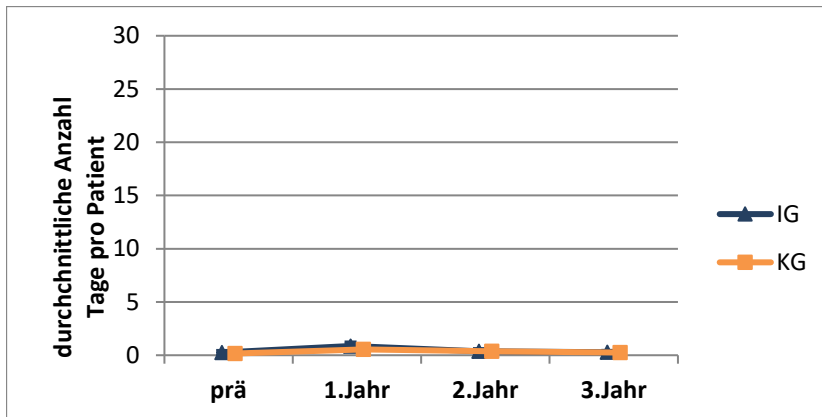
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



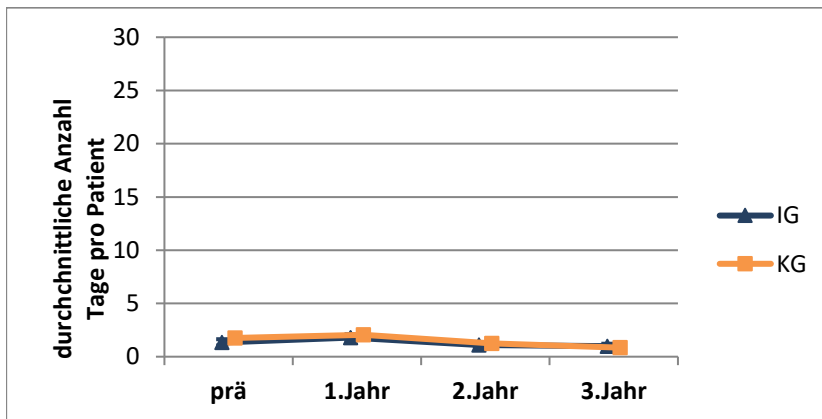
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



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



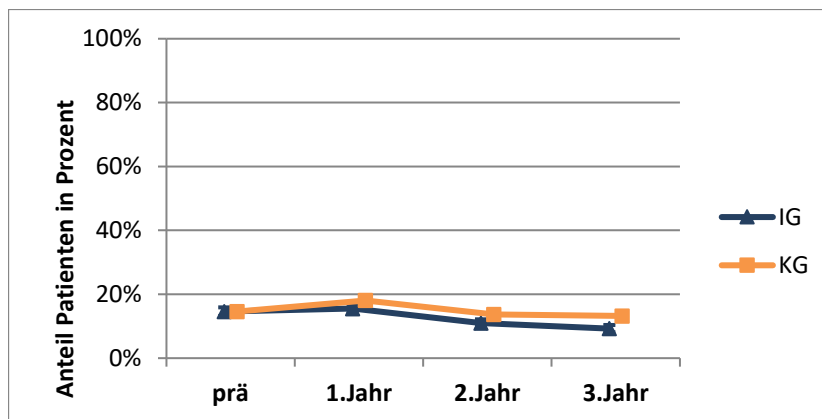
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

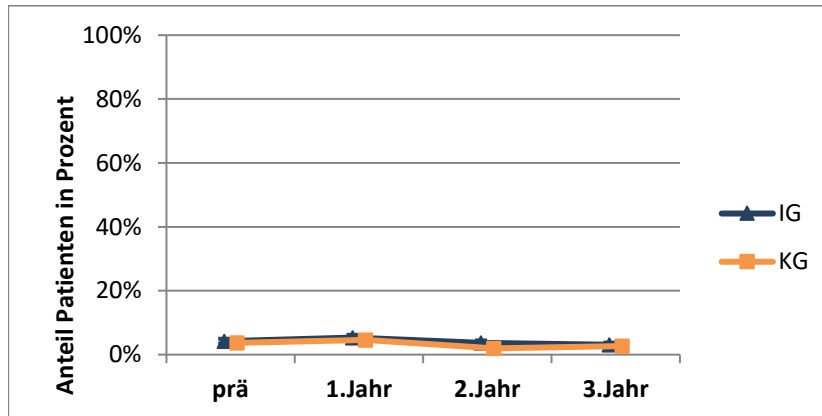
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

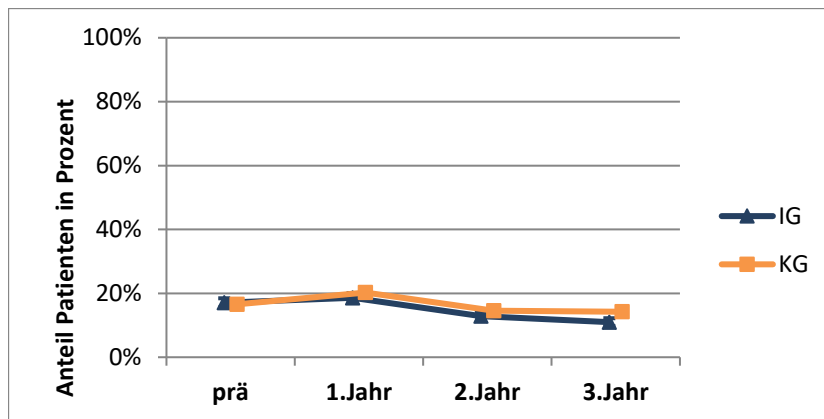
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



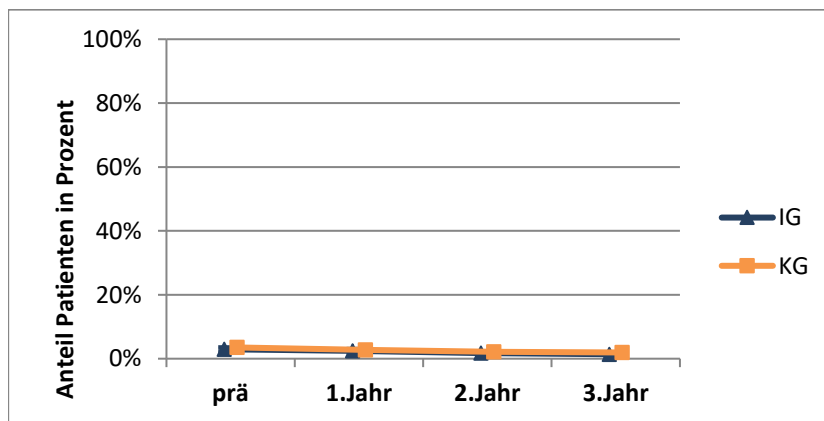
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



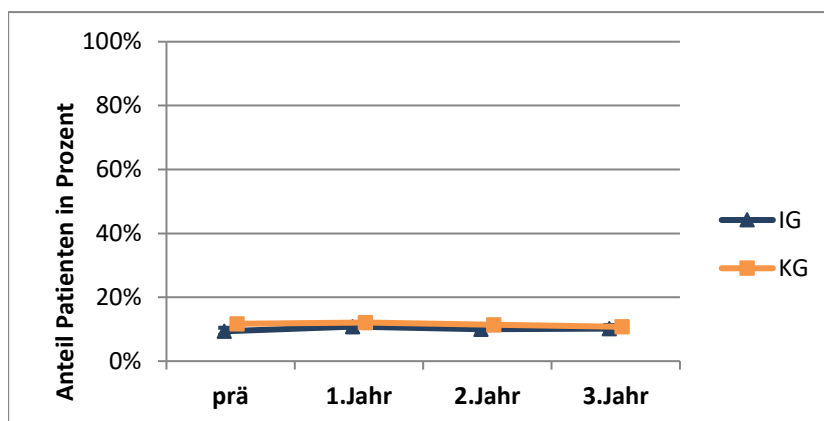
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

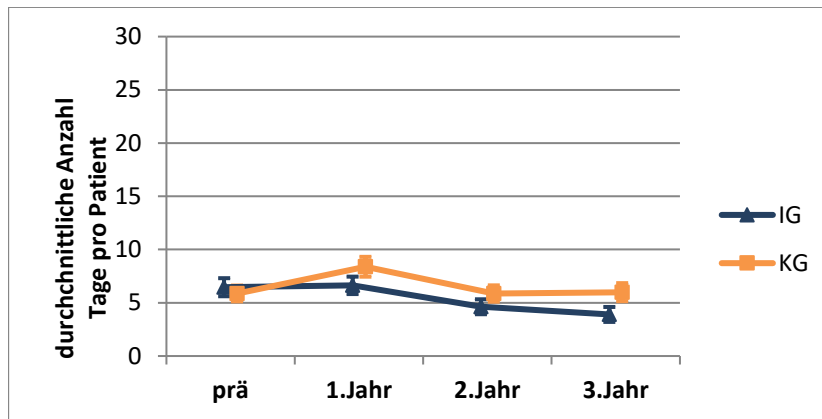


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

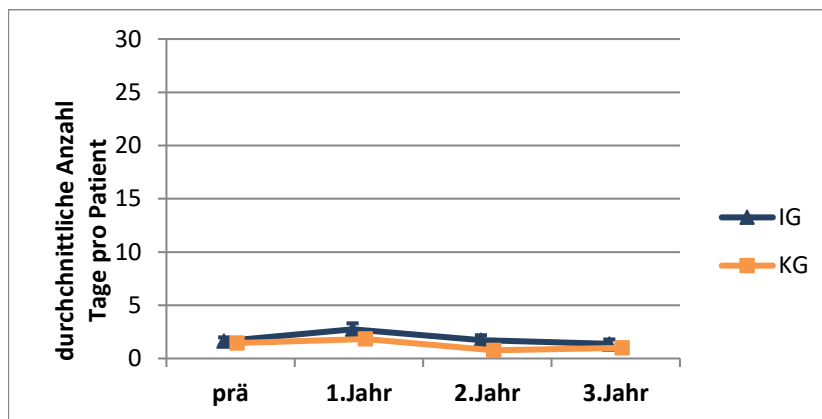


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

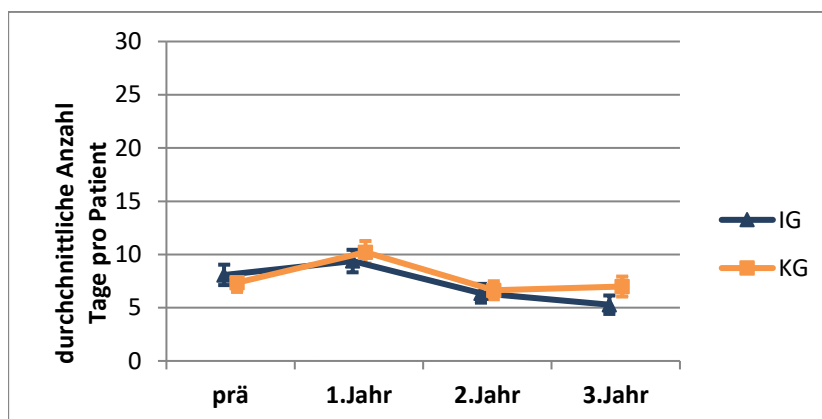
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



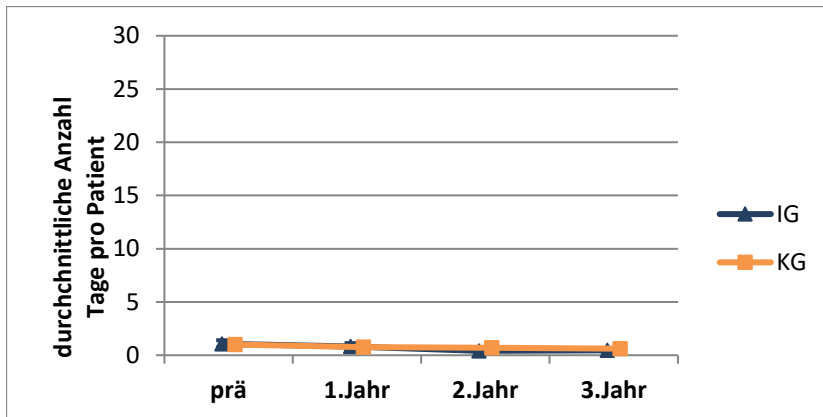
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



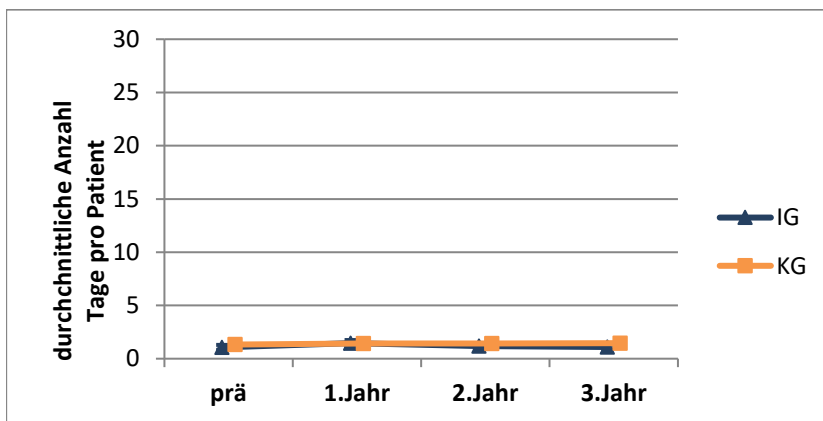
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



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



8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall mehr durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,0; 1. Jahr: +3,8; 2. Jahr: +1,4; 3. Jahr: +0,4; 4. Jahr: +0,3 PIA-Kontakte). Dabei war der unterschiedliche Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant (DiD Jahr 1: +3,8 PIA-Kontakte; DiD Jahr 2: +1,3 PIA-Kontakte). Bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hingegen eine stärkere Abnahme der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,8; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -2,6; 3. Jahr: -2,5; 4. Jahr: -3,0 PIA-Kontakte). Das stärkere Absinken der PIA-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall war in allen vier Jahren statistisch signifikant (DiD Jahr 1: -1,1; DiD Jahr 2: -1,6; DiD Jahr 3: -1,5; DiD Jahr 4: -1,8 PIA-Kontakte).

Auch bei der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war ein kleiner Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Verlauf und das Niveau der Inanspruchnahme war zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Auch bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier ein zwischen IG und KG soweit vergleichbarer Verlauf (prä: +0,0; 1. Jahr: +0,6; 2. Jahr: +0,1; 3. Jahr: -0,2; 4. Jahr: -0,2 Kontakte). Jedoch war hier die etwas stärkere Zunahme der Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG statistisch signifikant größer (DiD: +0,6). Weitere statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +7,9 Kontakte; KG: +3,8 Kontakte).

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG und der KG gleich an (IG: +1,9 Kontakte; KG: +2,0 Kontakte) und wies in beiden betrachteten Jahren jeweils ein vergleichbares Niveau auf.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +4,3 Kontakte). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme sowohl in IG als auch KG auf einem zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Niveau.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** war im Verlauf und Niveau zwischen IG und KG vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG stärker als in der KG war (IG: +8,2; KG: +4,0 PIA-Kontakte). Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder und war im dritten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG wieder vergleichbar. Bei den linikbekanntem Patienten wiesen die Patienten der IG stets geringere PIA-Kontakte als die Patienten der KG auf. Dieser Unterschied vergrößerte sich über die patientenindividuelle Zeit (prä: -0,8; 1. Jahr: -1,7; 2. Jahr: -2,4; 3. Jahr: -2,4 PIA-Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu den vorherigen Untersuchungen zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich hier zwischen den Gruppen soweit vergleichbare Verläufe. Jedoch stieg auch hier, analog zu U1, die Inanspruchnahme zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG (stärker) im Vergleich zur KG (IG: +0,4; KG: -0,2 Kontakte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	983	983	915	891	856	963	963	905	876	848
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	972	972	896	876	827	951	958	892	854	791
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,1	3,7	2,1	1,9	0,2	4,2	2,3	1,8	1,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,7	4,5	3,7	3,2	2,7	2,7	4,8	4,5	3,7	3,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,3	11,0	9,9	9,1	8,6	10,4	13,2	11,8	10,6	9,6
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	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,4	0,4	0,6	0,4	0,7	1,3	0,9	0,4	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,2	6,0	5,6	6,1	3,7	8,2	10,0	10,0	9,4	9,1
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.475	2.475	2.402	2.337	2.280	2.479	2.479	2.396	2.314	2.244
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.458	2.474	2.380	2.303	2.260	2.462	2.479	2.381	2.295	2.219
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	10,3	10,9	8,2	6,8	5,7	11,1	12,8	10,7	9,3	8,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,3	2,6	2,2	2,1	1,9	2,3	2,0	2,1	2,2	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,9	12,6	12,3	11,8	11,6	14,2	14,2	13,6	13,7	13,3

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	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3	2,3	2,5	2,0	1,5	1,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	11,5	10,9	8,7	8,1	7,3	10,2	9,7	9,4	8,8	9,3

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

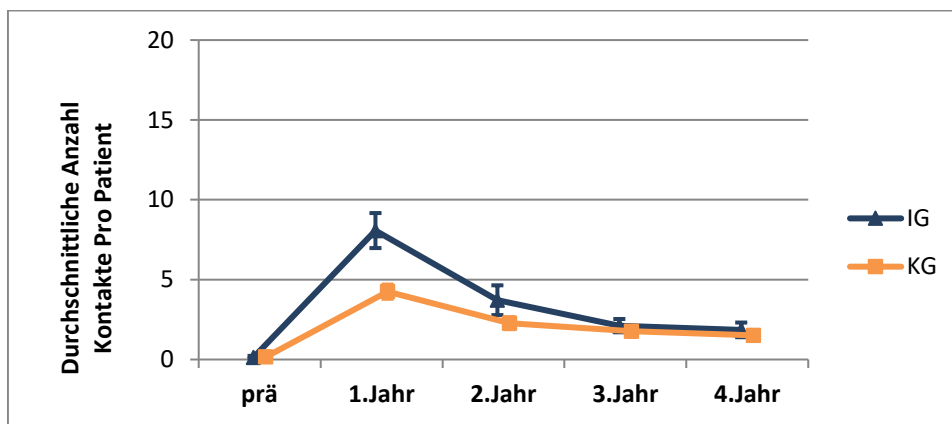
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

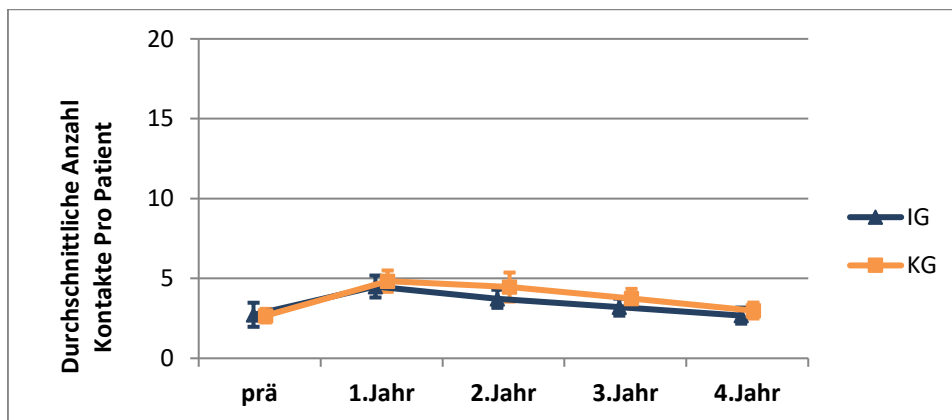
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

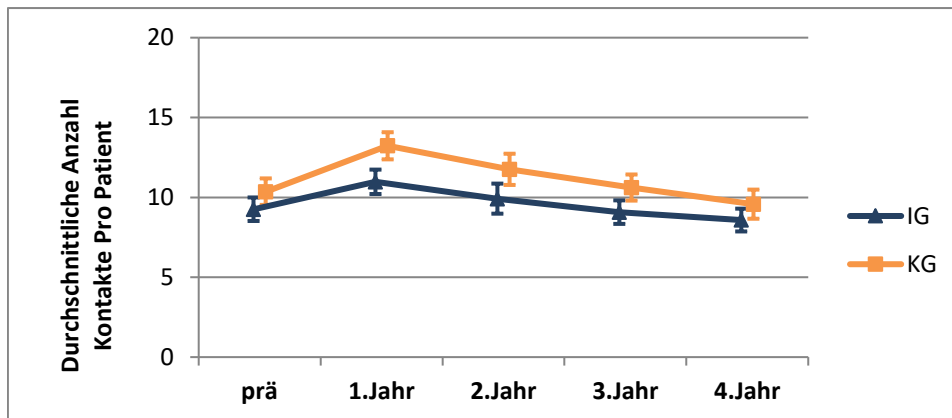
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

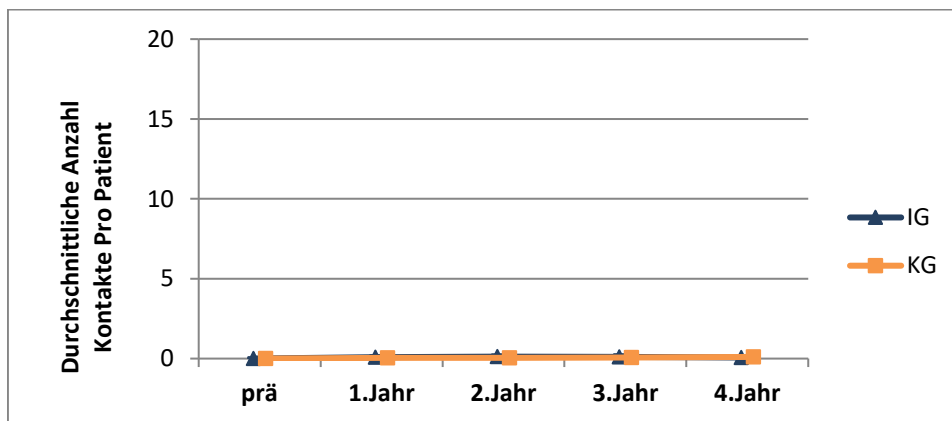


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

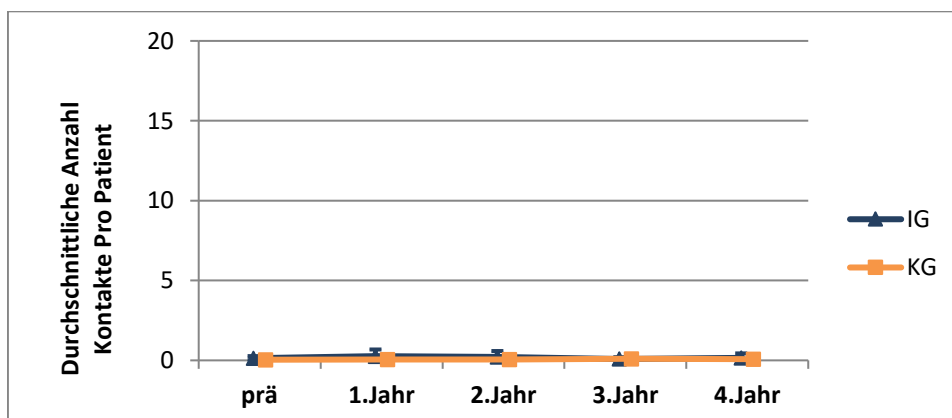


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

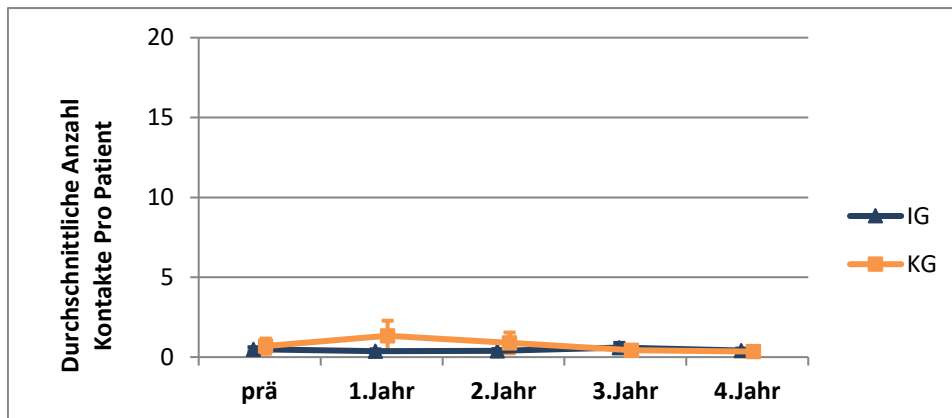
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

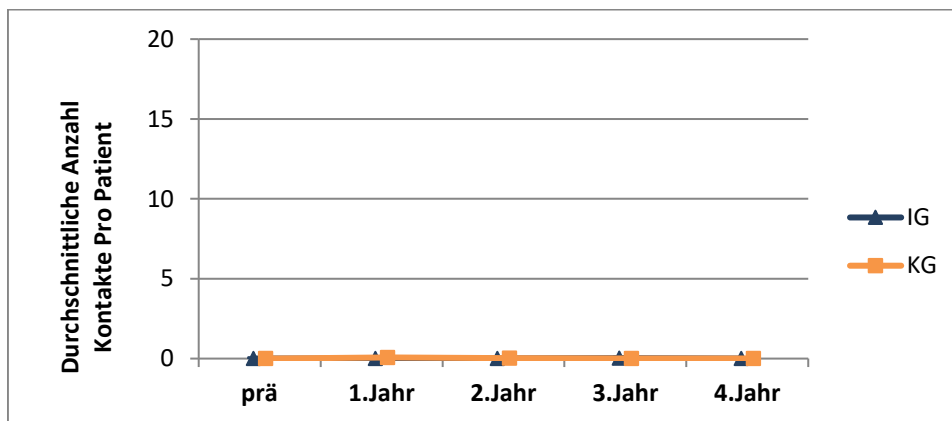


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

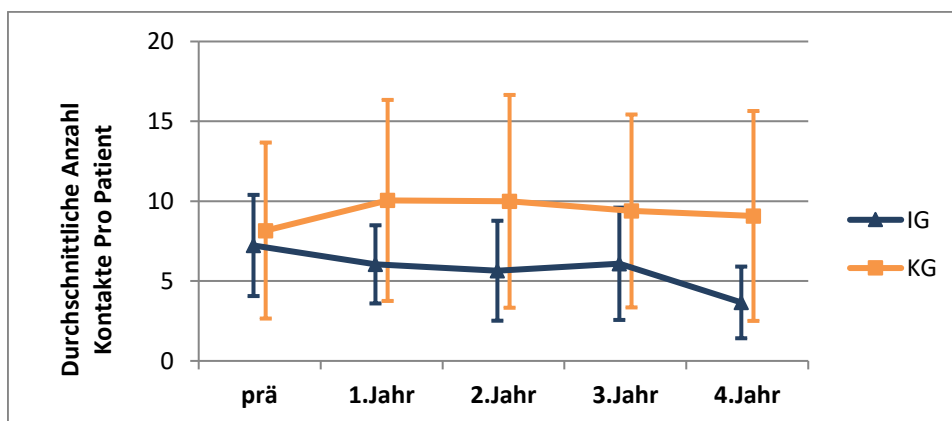


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



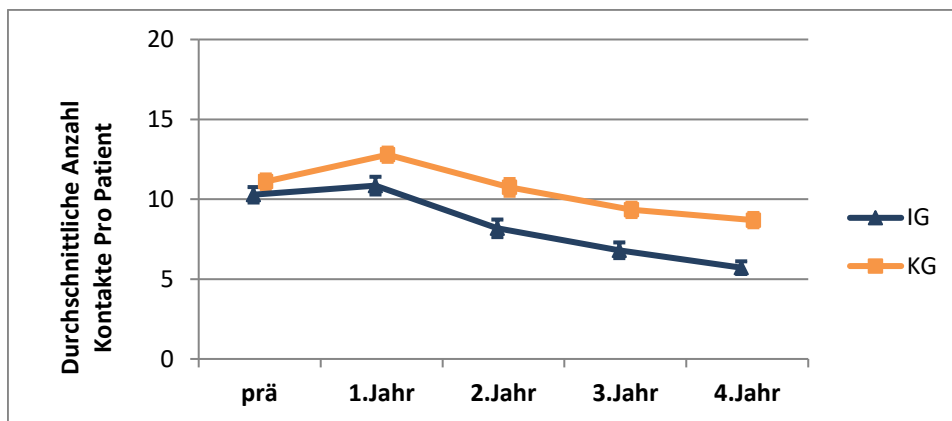
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

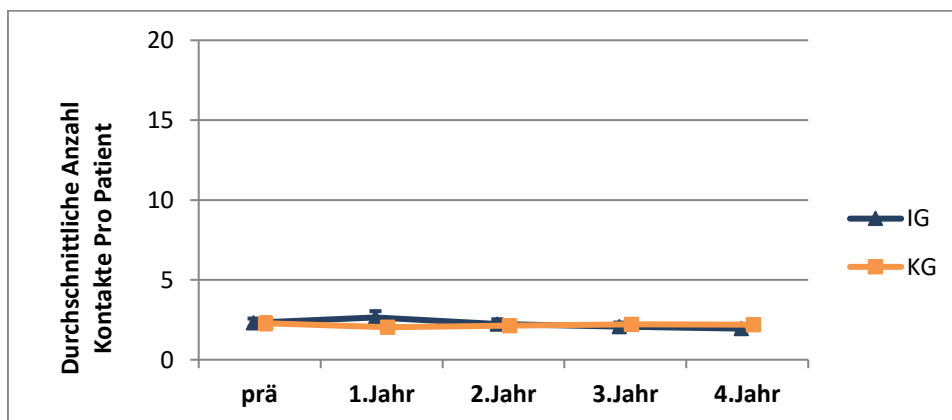
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

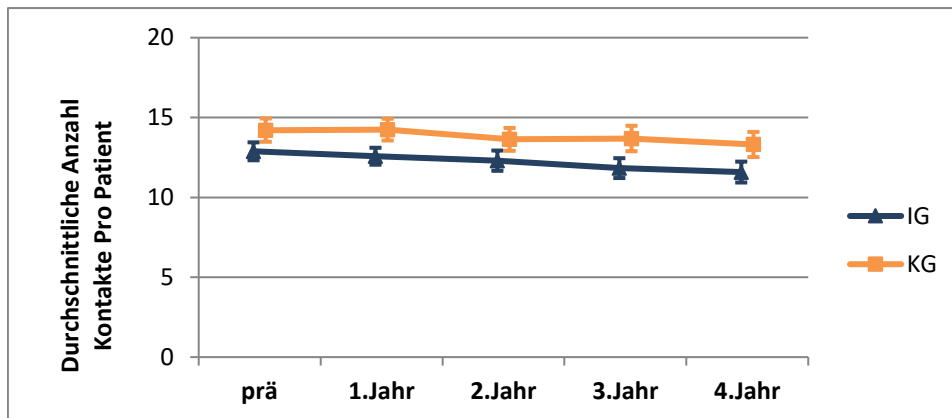
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

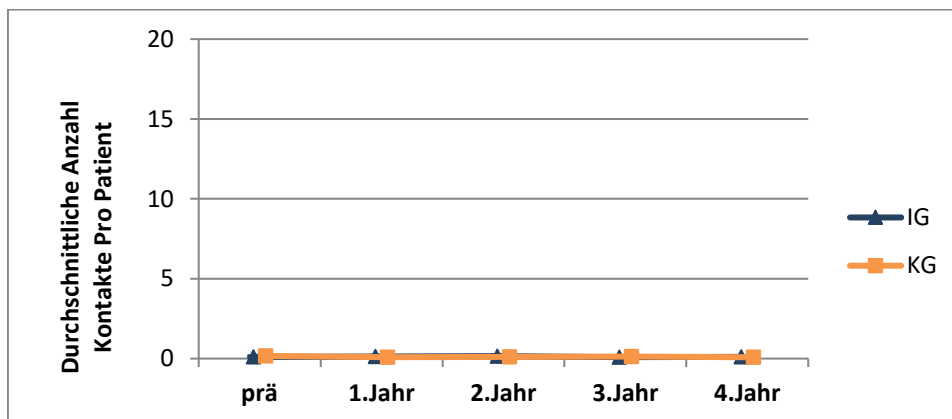


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

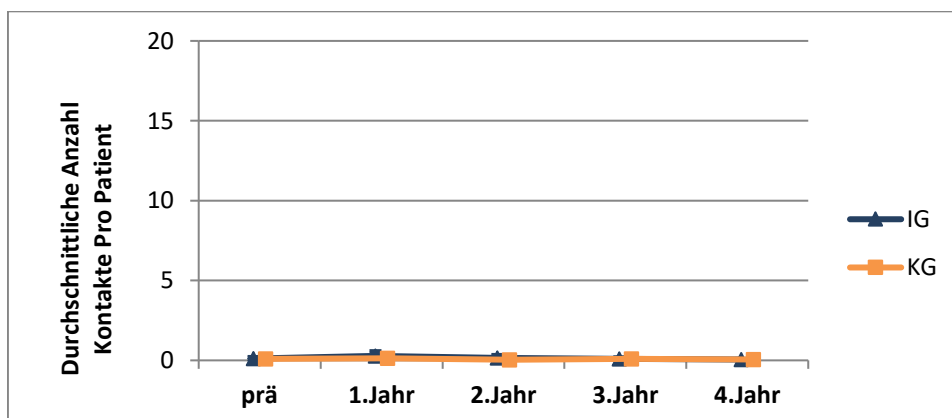


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

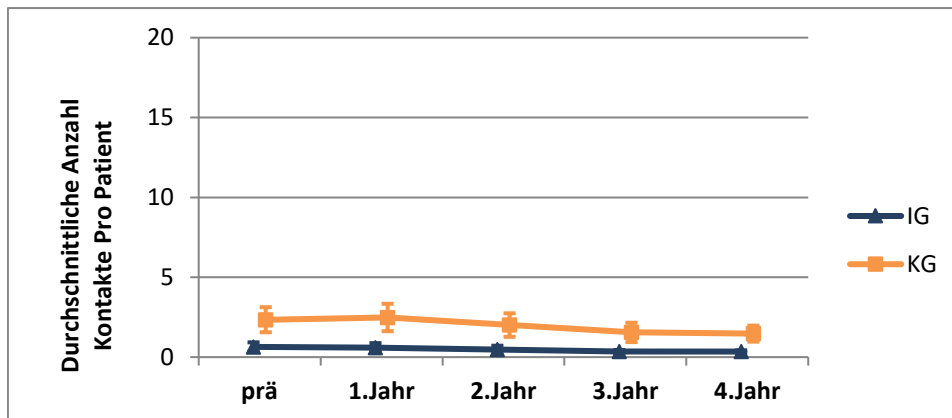
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

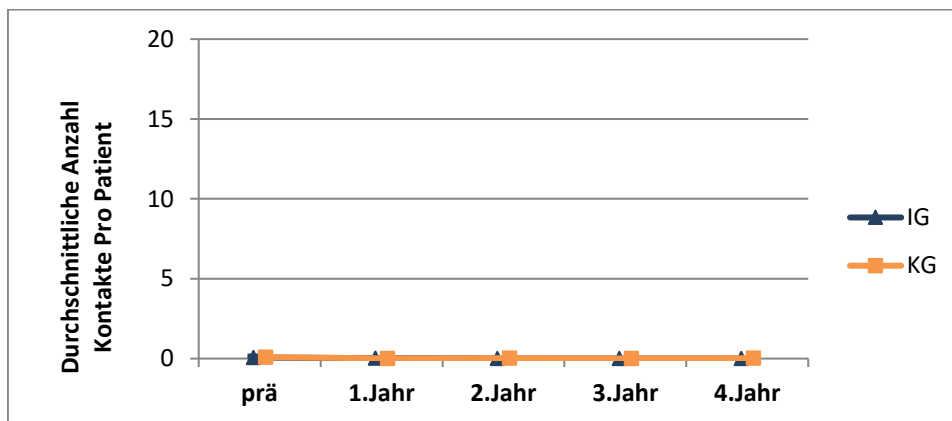


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

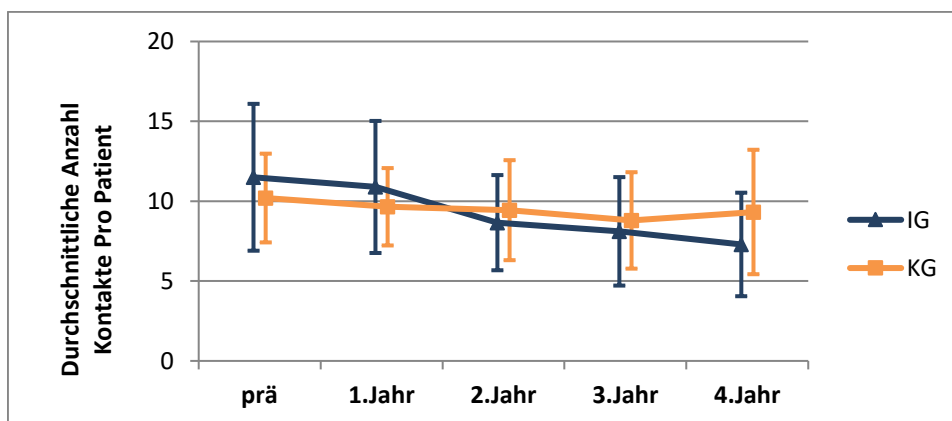


Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	3,77*** 2,72...4,81	-0,39 -1,57...0,79	-1,16 -2,64...0,33
DID Jahr 2	1,29* 0,24...2,33	-0,77 -1,95...0,40	-0,70 -2,19...0,78
DID Jahr 3	0,32 -0,72...1,37	-0,55 -1,72...0,63	-0,31 -1,80...1,18
DID Jahr 4	0,29 -0,75...1,34	-0,35 -1,53...0,82	0,16 -1,33...1,65

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,12* -2,02...-0,22	0,59* 0,02...1,16	-0,34 -1,60...0,92
DID Jahr 2	-1,61*** -2,51...-0,71	0,08 -0,50...0,65	0,09 -1,18...1,35
DID Jahr 3	-1,45** -2,34...-0,55	-0,14 -0,72...0,43	-0,28 -1,54...0,98
DID Jahr 4	-1,75*** -2,65...-0,86	-0,22 -0,79...0,36	-0,05 -1,31...1,21

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	3.688	3.688	3.688	3.688
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	3.651	3.651	3.651	3.651
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	3.600	3.620	3.601	3.624
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,0	0,2	4,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	4,4	2,5	4,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,7	10,6	10,3	12,2
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 ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	1,0	1,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,3	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,9	5,0	6,1	6,1

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

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

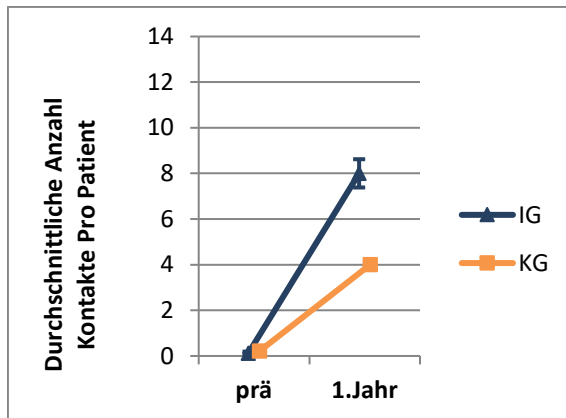
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

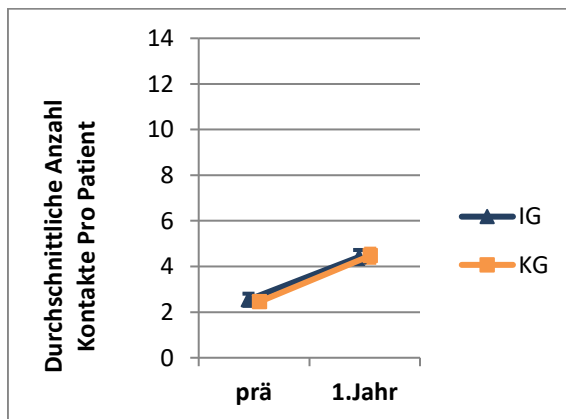
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

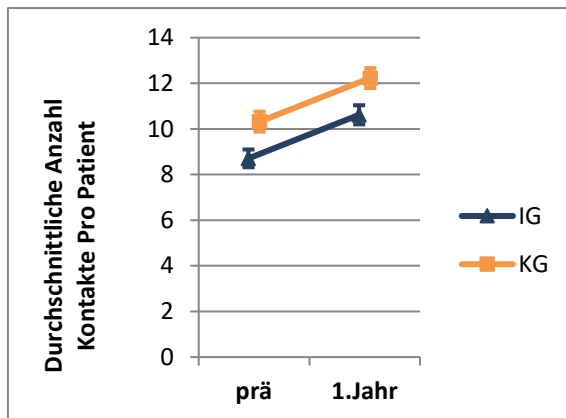
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

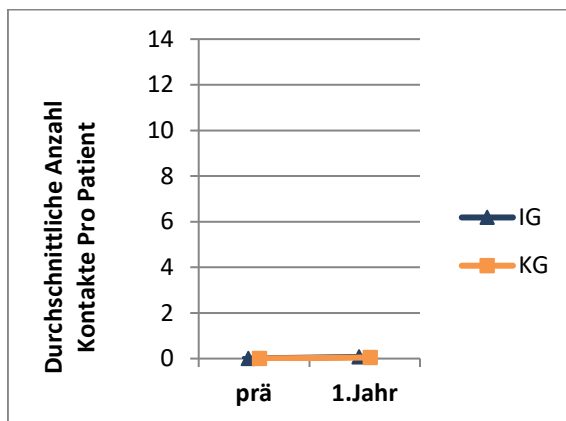


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

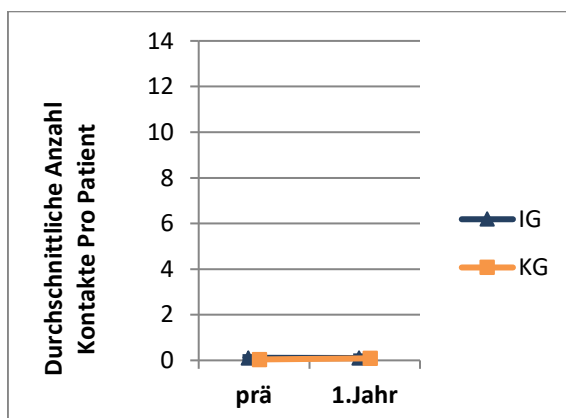


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

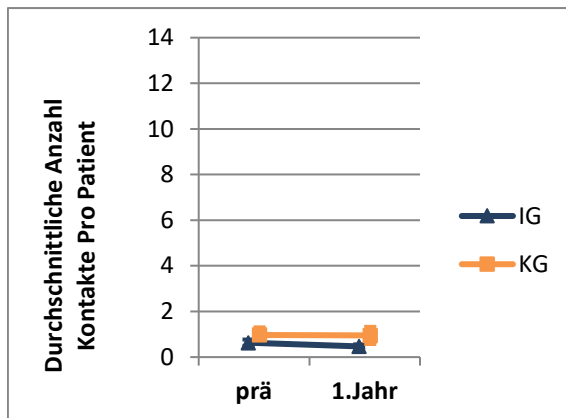
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

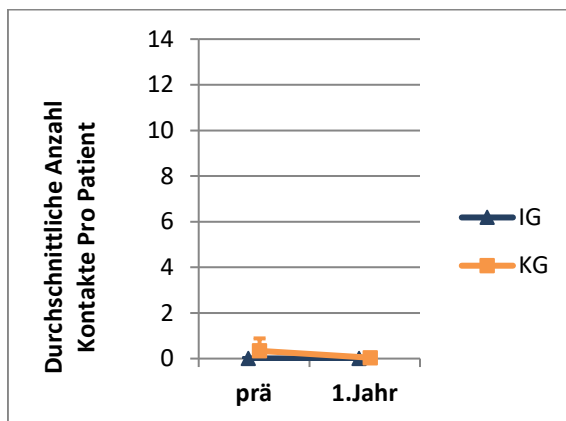


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

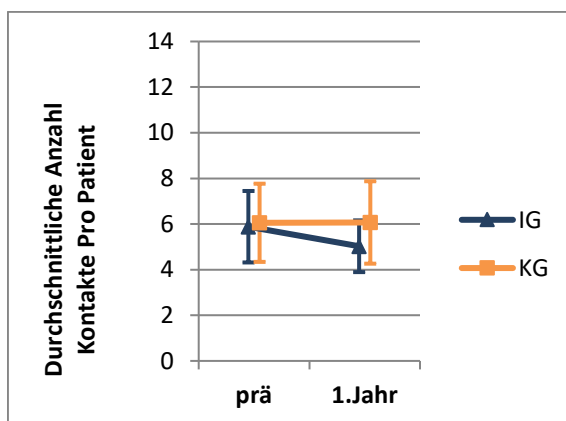


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.865	2.865	2.672	2.866	2.866	2.688
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.820	2.837	2.605	2.826	2.845	2.597
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	8,2	2,8	0,2	4,1	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,6	4,6	3,8	2,5	4,7	4,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	8,8	10,6	9,4	10,5	12,6	10,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,5	1,0	1,0	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,5	5,3	4,3	6,5	6,3	6,5
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

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

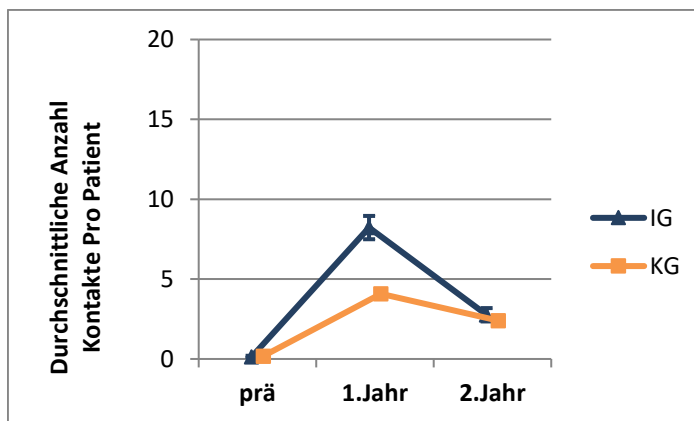
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

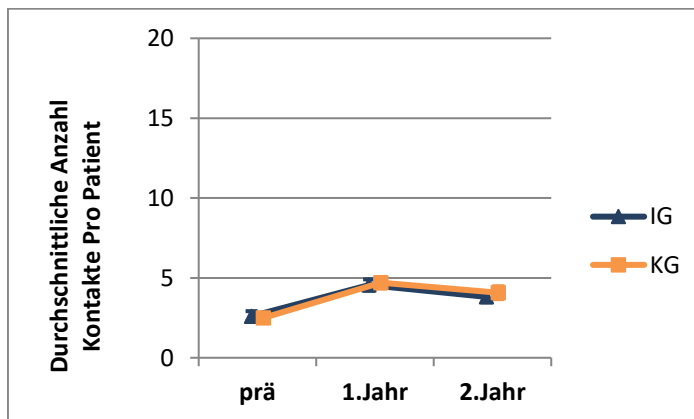
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

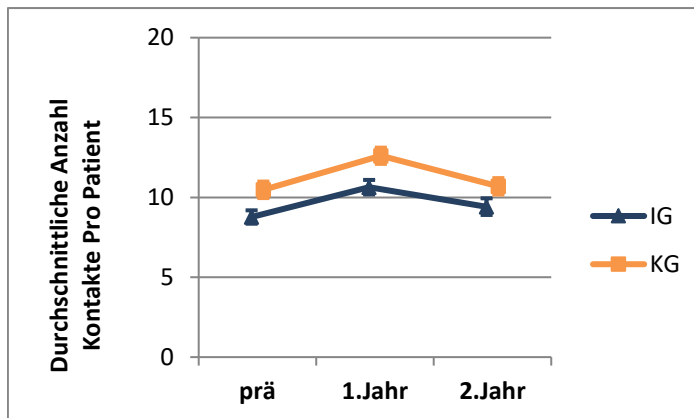
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

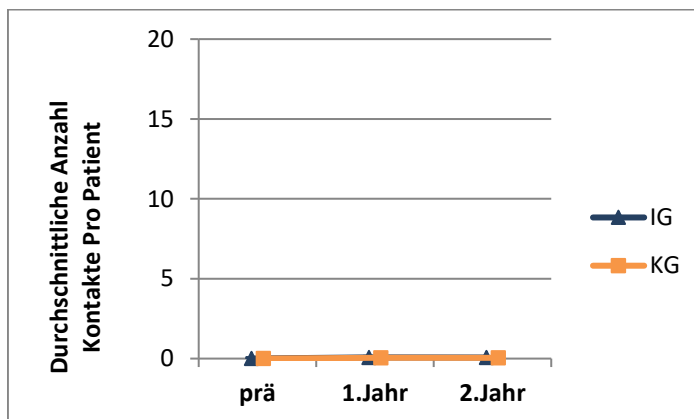


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

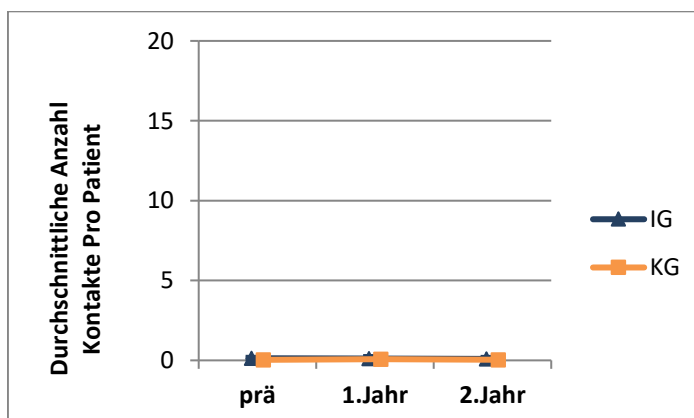


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

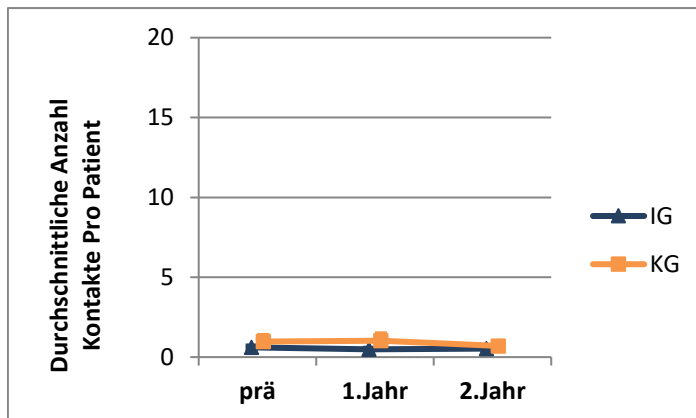
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

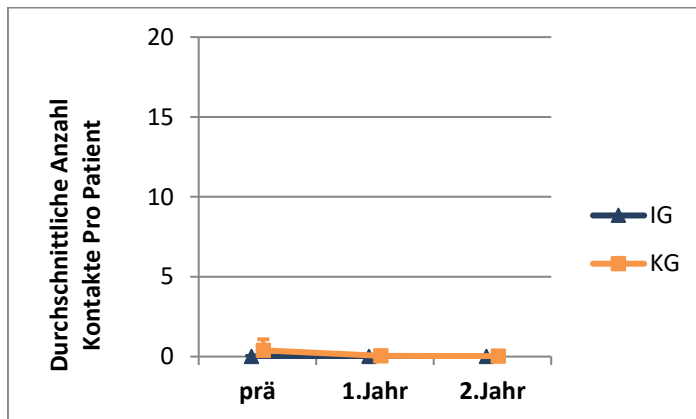


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

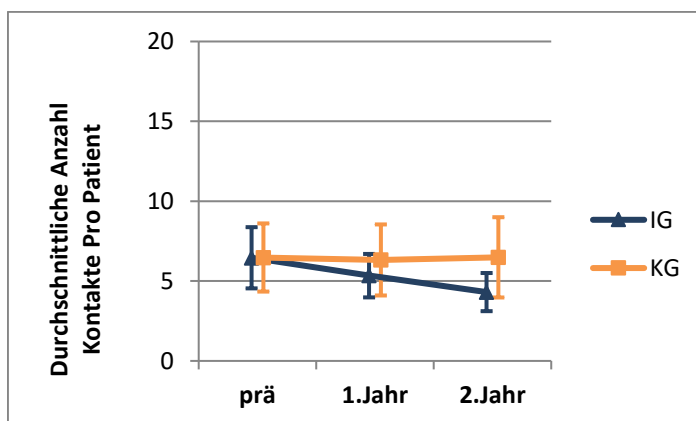


Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,25*** 3,52...4,99	-0,25 -0,89...0,39	-0,27 -1,16...0,63
DID Jahr 2	0,37 -0,36...1,11	-0,37 -1,01...0,27	0,46 -0,43...1,36

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

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

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

Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.914	1.914	1.792	1.749	1.913	1.913	1.800	1.745
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.888	1.894	1.751	1.712	1.882	1.898	1.767	1.663
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,2	8,3	3,3	1,9	0,2	4,2	2,4	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,8	4,6	3,7	3,0	2,6	4,6	4,2	3,3
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	9,0	10,7	9,7	9,0	10,4	12,8	11,3	9,9
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	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,4	0,5	0,7	0,8	0,7	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,1	0,0	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,2	5,2	4,9	4,8	7,4	7,2	7,0	6,5
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.626	2.626	2.547	2.477	2.629	2.629	2.532	2.447
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.608	2.624	2.521	2.436	2.609	2.627	2.512	2.416
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	9,8	10,7	7,9	6,6	10,5	12,4	10,4	9,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,3	2,7	2,3	2,1	2,3	2,1	2,2	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	12,7	12,6	12,2	11,7	14,1	14,3	13,6	13,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	0,7	0,6	0,5	0,3	2,5	2,6	2,0	1,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	11,2	10,6	8,3	7,9	9,8	9,3	9,2	8,4

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

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

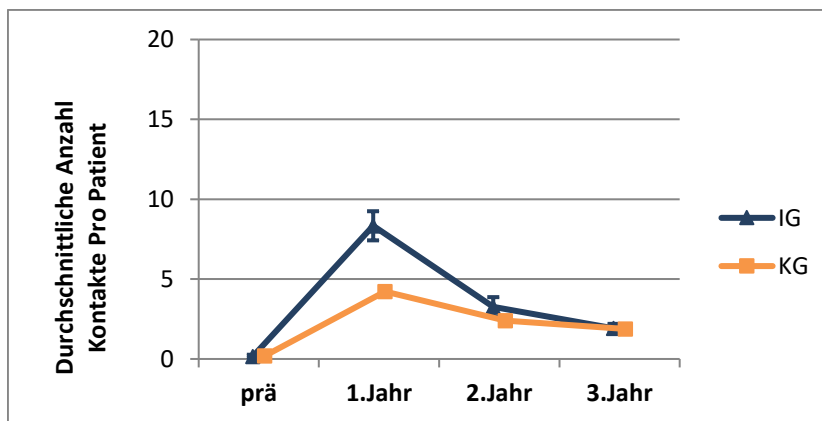
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

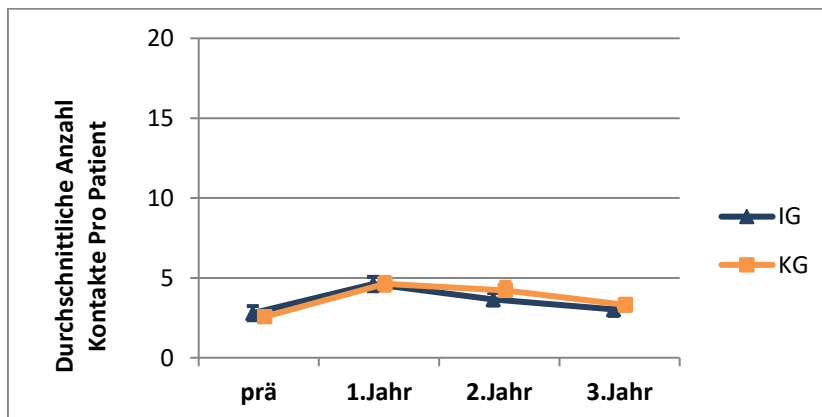
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

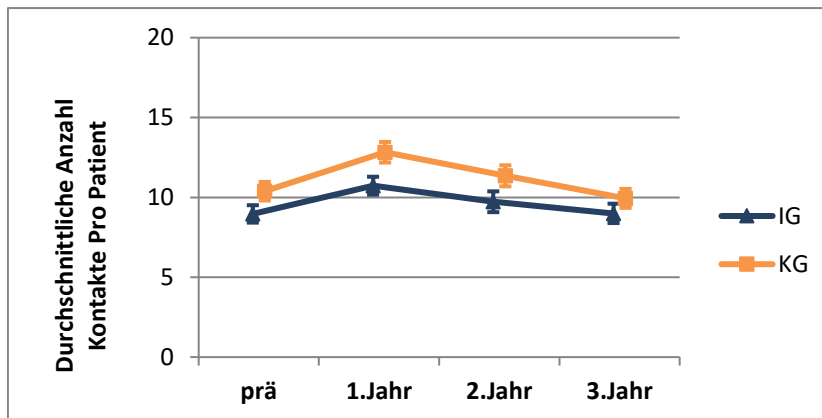
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

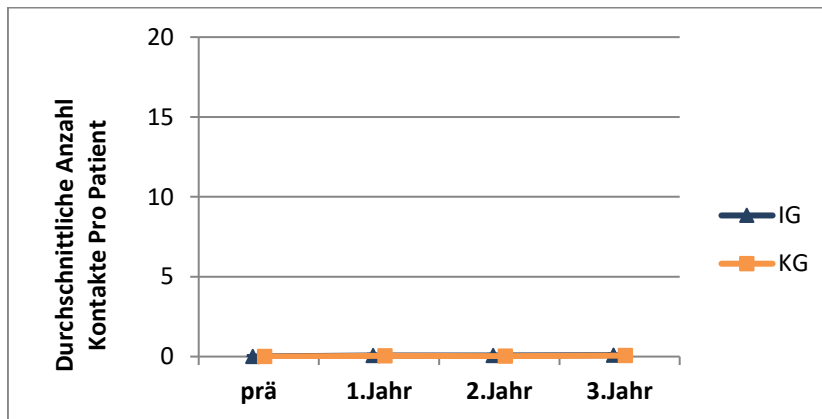


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

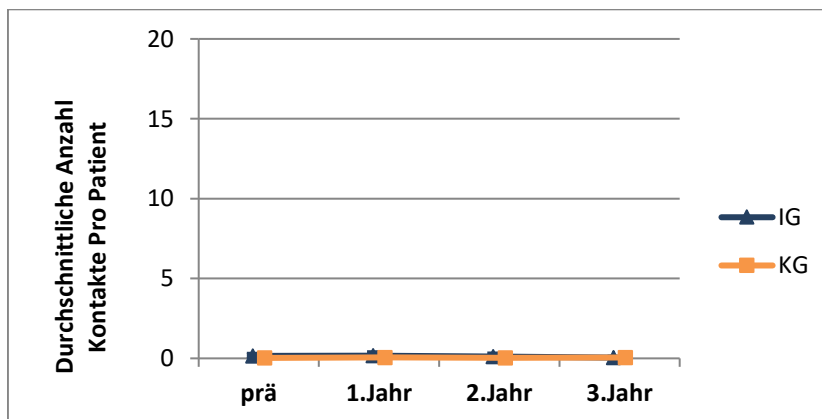


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

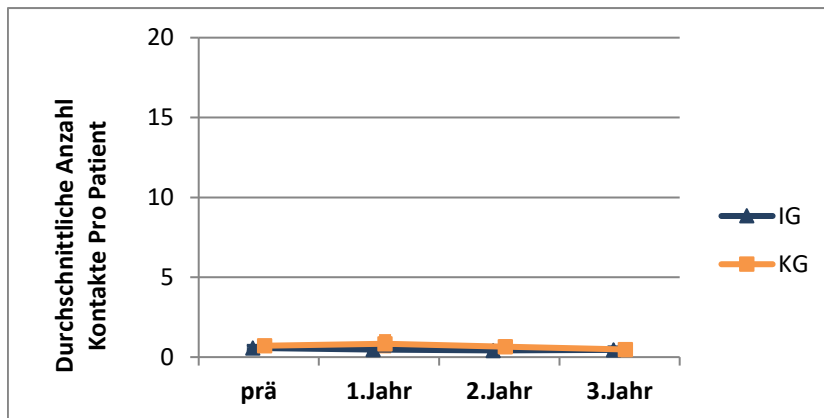
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

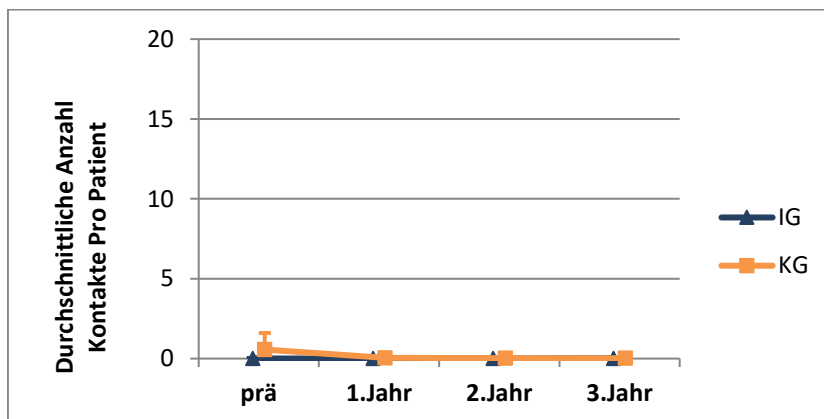


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

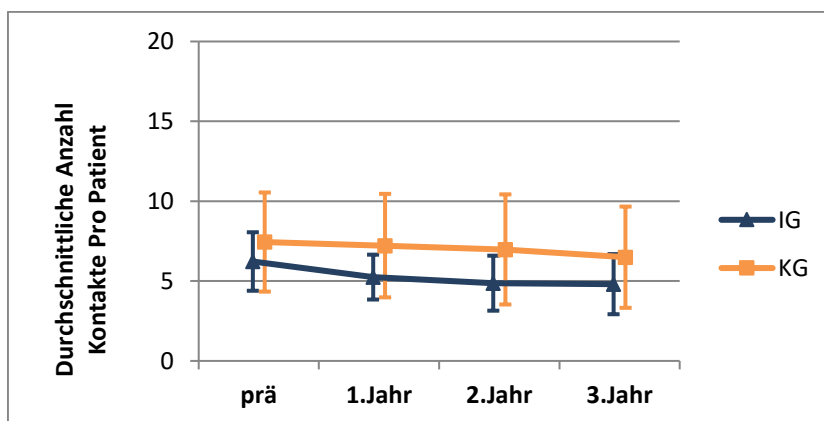


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



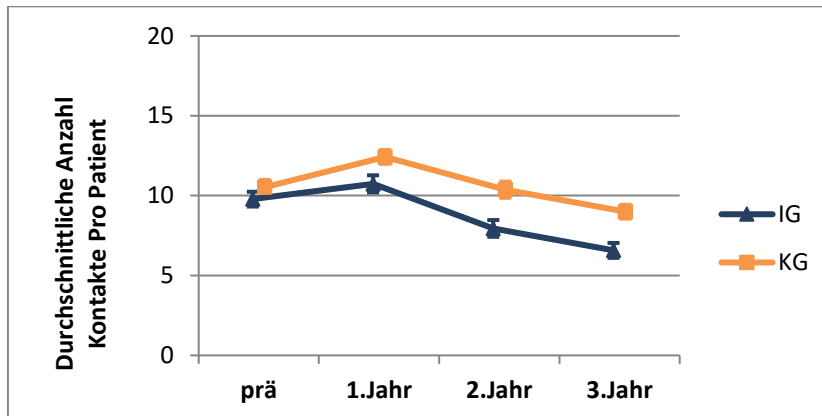
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

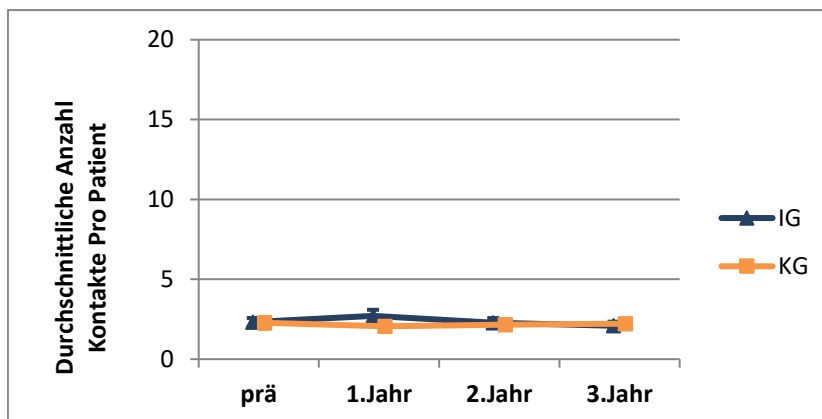
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

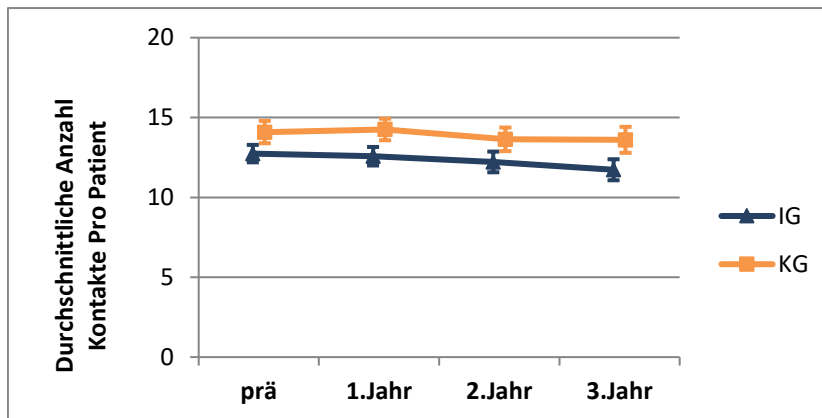
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

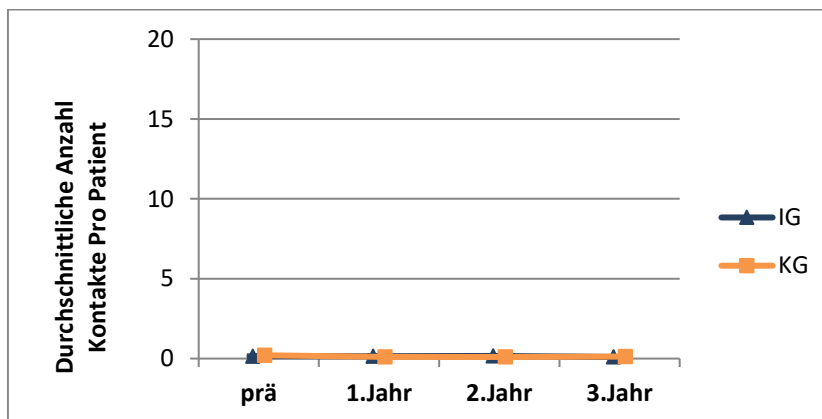


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

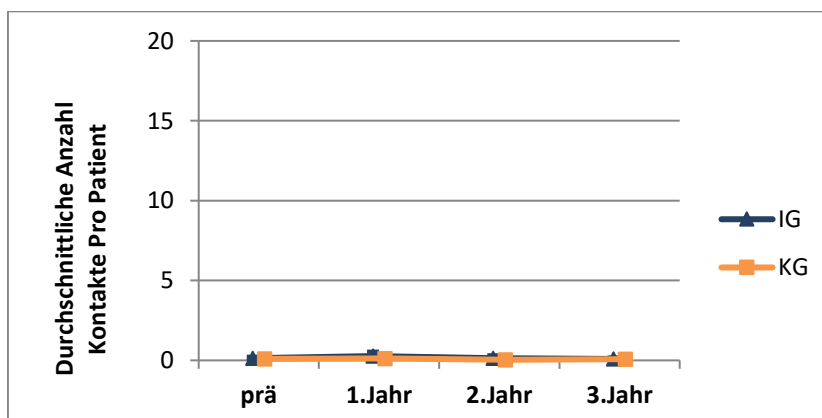


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

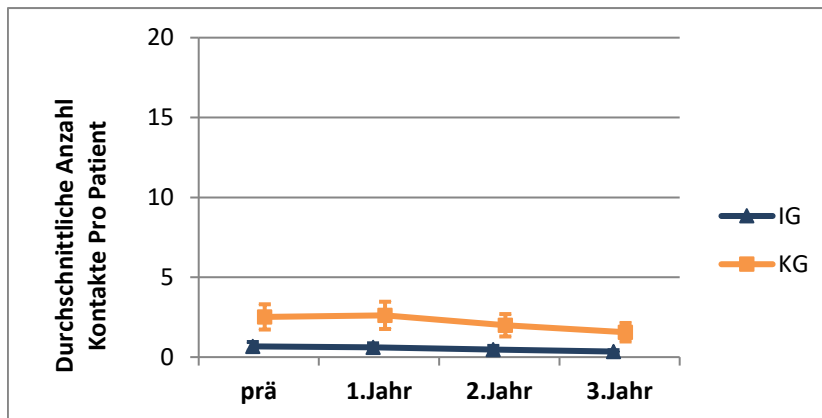
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

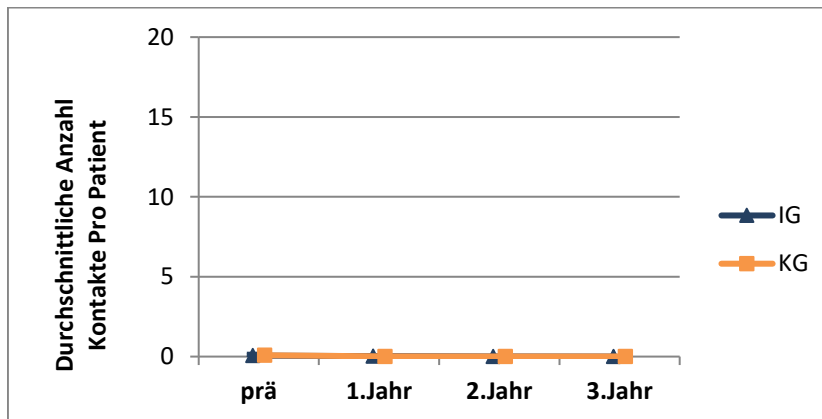


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

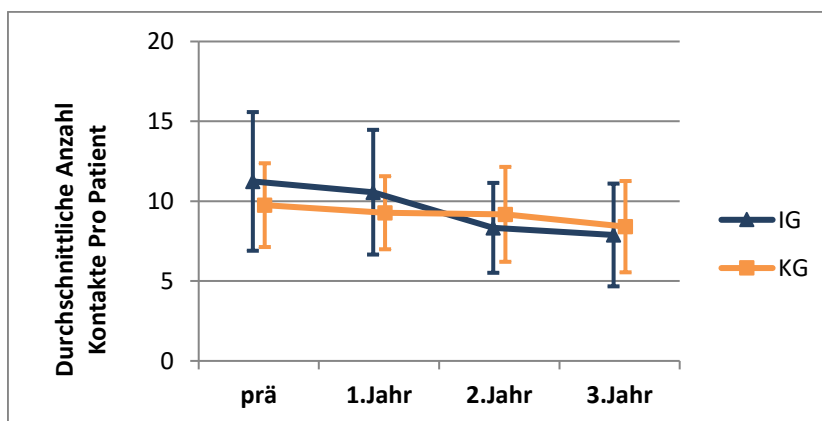


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue Patienten bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall eine statistisch signifikant größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** verglichen mit der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage: 1,9; 30 Tage: 1,5). Bei den linikbekannt Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7, 30 und 90 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant größer in der IG als in der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage: 1,8; 30 Tage: 1,4; 90 Tage: 1,4).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein größerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +8,0 %-Punkte; 30 Tage: +6,0 %-Punkte; 90 Tage: +4,1 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor im ersten Jahr nach Referenzfall in allen Nachbeobachtungszeiten in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer: 7 Tage: 1,8; 30 Tage: 1,4; 90 Tage: 1,3). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war der geringere Anteil der IG jeweils nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum

psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten in der IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall stets höher als in der KG. Auch bei den linikbekannten Patienten wies die IG im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall eine stets höhere Behandlungskontinuität als die KG auf.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	640	135	132	99	765	189	165	116
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,0 %	16,3 %	12,1 %	13,1 %	8,8 %	12,2 %	10,3 %	12,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,8 %	5,2 %	4,5 %	8,1 %	12,0 %	6,9 %	7,9 %	6,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,0 %	31,9 %	31,1 %	38,4 %	50,5 %	38,1 %	42,4 %	38,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	8,1 %	5,3 %	7,1 %	9,0 %	11,6 %	7,9 %	6,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	4,4 %	3,0 %	4,0 %	6,4 %	4,8 %	6,7 %	11,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	6,7 %	3,8 %	5,1 %	1,4 %	4,2 %	2,4 %	5,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,9 %	24,4 %	17,4 %	23,2 %	25,2 %	23,8 %	23,6 %	28,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	31,9 %	43,0 %	53,0 %	42,4 %	34,5 %	42,3 %	38,8 %	43,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	302	75	67	58	404	109	91	65
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,8 %	16,0 %	13,4 %	17,2 %	7,7 %	17,4 %	12,1 %	15,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,2 %	4,0 %	6,0 %	8,6 %	15,6 %	7,3 %	11,0 %	6,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,4 %	41,3 %	34,3 %	39,7 %	51,7 %	34,9 %	44,0 %	49,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,9 %	13,3 %	6,0 %	6,9 %	11,1 %	11,9 %	8,8 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	4,0 %	6,0 %	6,9 %	7,7 %	2,8 %	7,7 %	12,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,7 %	1,5 %	5,2 %	1,7 %	4,6 %	2,2 %	6,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	43,0 %	22,7 %	20,9 %	29,3 %	28,5 %	27,5 %	29,7 %	29,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	24,8 %	40,0 %	46,3 %	36,2 %	31,7 %	45,0 %	35,2 %	33,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	124	36	30	27	172	50	44	37
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	23,4 %	8,3 %	16,7 %	14,8 %	11,0 %	12,0 %	11,4 %	24,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,2 %	2,8 %	3,3 %	11,1 %	17,4 %	12,0 %	13,6 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,2 %	41,7 %	36,7 %	48,1 %	51,2 %	40,0 %	45,5 %	54,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,1 %	11,1 %	13,3 %	3,7 %	16,9 %	16,0 %	11,4 %	10,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	2,8 %	6,7 %	11,1 %	7,0 %	0,0 %	6,8 %	10,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,6 %	2,8 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	10,0 %	0,0 %	10,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,2 %	13,9 %	23,3 %	33,3 %	32,6 %	24,0 %	29,5 %	35,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	23,4 %	47,2 %	43,3 %	33,3 %	26,7 %	42,0 %	31,8 %	29,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	599	116	119	91	724	163	141	110
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	32,1 %	31,0 %	25,2 %	19,8 %	16,2 %	25,8 %	23,4 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,7 %	12,9 %	10,1 %	11,0 %	20,6 %	16,6 %	14,2 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,4 %	62,9 %	52,9 %	54,9 %	72,7 %	68,7 %	73,8 %	56,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,9 %	19,0 %	19,3 %	24,2 %	26,4 %	23,9 %	19,1 %	27,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,5 %	11,2 %	5,9 %	7,7 %	14,0 %	10,4 %	17,0 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	9,5 %	9,2 %	11,0 %	5,1 %	7,4 %	8,5 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,4 %	50,0 %	34,5 %	36,3 %	43,5 %	47,2 %	46,1 %	49,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,7 %	15,5 %	23,5 %	24,2 %	13,8 %	15,3 %	10,6 %	17,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	277	70	62	51	377	96	79	63
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	36,5 %	32,9 %	25,8 %	21,6 %	16,4 %	32,3 %	26,6 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,4 %	12,9 %	12,9 %	13,7 %	27,6 %	18,8 %	16,5 %	17,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,0 %	67,1 %	56,5 %	58,8 %	75,1 %	70,8 %	73,4 %	63,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,8 %	25,7 %	21,0 %	23,5 %	30,2 %	26,0 %	24,1 %	36,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,1 %	14,3 %	8,1 %	13,7 %	17,0 %	8,3 %	17,7 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,0 %	5,7 %	6,5 %	13,7 %	4,8 %	7,3 %	7,6 %	14,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,7 %	51,4 %	38,7 %	45,1 %	50,9 %	54,2 %	53,2 %	57,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,0 %	17,1 %	16,1 %	23,5 %	11,4 %	12,5 %	10,1 %	9,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	115	32	28	22	162	42	40	36
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	35,7 %	31,3 %	32,1 %	22,7 %	19,8 %	35,7 %	27,5 %	41,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	27,0 %	9,4 %	14,3 %	9,1 %	32,7 %	26,2 %	17,5 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,3 %	62,5 %	53,6 %	63,6 %	76,5 %	88,1 %	67,5 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,0 %	28,1 %	10,7 %	22,7 %	40,7 %	35,7 %	25,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	13,0 %	6,3 %	7,1 %	22,7 %	16,0 %	4,8 %	20,0 %	19,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	0,0 %	3,6 %	4,5 %	5,6 %	9,5 %	2,5 %	19,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	60,9 %	43,8 %	46,4 %	50,0 %	56,2 %	61,9 %	55,0 %	58,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	7,0 %	25,0 %	21,4 %	22,7 %	8,0 %	4,8 %	12,5 %	8,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	535	102	101	76	642	134	113	88
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	37,9 %	39,2 %	35,6 %	32,9 %	21,5 %	35,8 %	29,2 %	26,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,2 %	22,5 %	14,9 %	17,1 %	30,4 %	23,9 %	20,4 %	25,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,4 %	80,4 %	74,3 %	84,2 %	88,3 %	86,6 %	87,6 %	80,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,4 %	41,2 %	38,6 %	42,1 %	50,2 %	47,0 %	42,5 %	42,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,1 %	15,7 %	9,9 %	11,8 %	17,8 %	15,7 %	21,2 %	21,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,8 %	13,7 %	13,9 %	19,7 %	12,3 %	18,7 %	19,5 %	23,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	63,7 %	48,5 %	50,0 %	57,3 %	60,4 %	57,5 %	54,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,4 %	5,9 %	12,9 %	3,9 %	4,2 %	3,7 %	4,4 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	245	62	52	43	338	80	63	50

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,7 %	40,3 %	42,3 %	32,6 %	21,9 %	42,5 %	28,6 %	30,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,8 %	24,2 %	17,3 %	18,6 %	39,6 %	22,5 %	25,4 %	28,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,2 %	83,9 %	76,9 %	83,7 %	90,2 %	88,8 %	93,7 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	52,2 %	43,5 %	40,4 %	39,5 %	56,2 %	53,8 %	55,6 %	54,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,4 %	19,4 %	11,5 %	20,9 %	21,3 %	15,0 %	23,8 %	24,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,6 %	12,9 %	13,5 %	25,6 %	13,9 %	17,5 %	19,0 %	28,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,2 %	66,1 %	57,7 %	55,8 %	66,9 %	66,3 %	65,1 %	58,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,4 %	4,8 %	7,7 %	2,3 %	2,7 %	1,3 %	1,6 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	103	27	25	21	148	36	33	27
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,7 %	33,3 %	48,0 %	42,9 %	25,0 %	38,9 %	21,2 %	44,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	34,0 %	29,6 %	20,0 %	14,3 %	47,3 %	27,8 %	33,3 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,3 %	77,8 %	80,0 %	90,5 %	89,2 %	94,4 %	90,9 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,3 %	37,0 %	36,0 %	42,9 %	68,9 %	58,3 %	48,5 %	63,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	20,4 %	11,1 %	8,0 %	28,6 %	17,6 %	8,3 %	27,3 %	22,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,8 %	3,7 %	24,0 %	19,0 %	12,8 %	19,4 %	15,2 %	37,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,8 %	63,0 %	64,0 %	61,9 %	73,6 %	63,9 %	69,7 %	59,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,0 %	3,7 %	4,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	3,0 %	0,0 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	648	414	360	380	743	495	478	388
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	41,4 %	34,3 %	40,8 %	33,2 %	25,4 %	24,0 %	29,3 %	26,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	1,9 %	2,5 %	3,4 %	6,6 %	7,7 %	7,7 %	5,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,2 %	37,0 %	37,5 %	39,2 %	38,5 %	41,6 %	41,4 %	42,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,8 %	7,2 %	8,3 %	8,9 %	9,0 %	6,5 %	6,3 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,9 %	2,4 %	3,3 %	4,2 %	3,8 %	4,4 %	4,8 %	2,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,2 %	2,2 %	3,4 %	2,4 %	2,6 %	4,4 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,0 %	37,7 %	44,4 %	38,2 %	33,4 %	33,7 %	38,1 %	33,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,7 %	35,7 %	33,6 %	34,7 %	37,6 %	36,8 %	36,0 %	37,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	515	348	305	318	595	396	392	326
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,5 %	36,2 %	42,0 %	36,2 %	28,4 %	25,5 %	32,4 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	1,4 %	2,0 %	3,8 %	7,6 %	8,3 %	7,7 %	5,8 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	37,1 %	39,4 %	39,3 %	41,5 %	41,2 %	42,2 %	42,1 %	43,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,9 %	7,2 %	8,2 %	9,1 %	9,4 %	7,1 %	6,9 %	8,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	2,9 %	3,6 %	5,0 %	4,2 %	4,5 %	5,9 %	2,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,3 %	2,3 %	4,1 %	2,7 %	2,0 %	3,6 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,3 %	39,4 %	45,2 %	41,8 %	37,5 %	35,6 %	41,3 %	36,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,8 %	33,9 %	31,8 %	30,8 %	33,1 %	35,1 %	33,9 %	35,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	343	253	228	248	409	302	312	244
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	44,3 %	36,0 %	47,8 %	35,1 %	34,2 %	29,5 %	34,9 %	32,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,1 %	1,6 %	2,6 %	4,4 %	8,6 %	7,6 %	7,4 %	5,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,1 %	37,5 %	37,3 %	40,7 %	39,6 %	41,1 %	40,7 %	47,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,3 %	7,9 %	9,6 %	8,9 %	10,0 %	8,3 %	6,4 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	2,8 %	3,9 %	4,8 %	3,7 %	4,6 %	6,1 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	2,0 %	2,2 %	3,6 %	3,2 %	1,7 %	3,5 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,6 %	39,5 %	52,2 %	41,1 %	43,8 %	38,7 %	43,6 %	40,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,7 %	34,8 %	29,8 %	32,3 %	30,1 %	34,1 %	33,0 %	30,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	606	378	315	334	681	442	430	344
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	59,7 %	57,1 %	60,6 %	58,1 %	44,6 %	45,9 %	51,9 %	49,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,1 %	5,3 %	7,0 %	8,4 %	12,3 %	12,4 %	10,9 %	7,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,0 %	65,6 %	61,6 %	65,0 %	69,3 %	66,7 %	69,8 %	67,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	25,2 %	21,2 %	20,6 %	25,1 %	23,3 %	23,1 %	19,5 %	23,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	8,7 %	5,7 %	9,0 %	8,4 %	9,5 %	7,9 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	5,0 %	6,0 %	10,5 %	7,2 %	8,1 %	12,3 %	10,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,8 %	64,8 %	66,7 %	68,3 %	57,6 %	59,7 %	62,3 %	60,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,1 %	11,6 %	13,3 %	11,4 %	12,5 %	12,4 %	11,9 %	12,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	481	317	263	280	549	361	351	284
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	62,4 %	60,3 %	62,7 %	62,1 %	49,4 %	49,9 %	56,1 %	52,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,2 %	5,0 %	7,2 %	8,6 %	13,5 %	13,6 %	11,7 %	8,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,2 %	66,9 %	64,3 %	67,1 %	71,0 %	67,3 %	70,4 %	68,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,0 %	22,1 %	20,9 %	26,1 %	24,8 %	24,9 %	20,5 %	24,6 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,5 %	10,1 %	6,1 %	10,4 %	8,9 %	10,5 %	9,7 %	9,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	5,0 %	4,9 %	9,6 %	7,8 %	7,5 %	12,3 %	9,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,3 %	68,1 %	69,2 %	72,9 %	63,4 %	64,5 %	67,2 %	64,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,5 %	10,7 %	10,6 %	9,6 %	10,0 %	11,1 %	9,1 %	10,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	323	232	198	212	374	279	279	224
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	66,3 %	63,8 %	71,2 %	63,7 %	56,4 %	55,9 %	62,4 %	57,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	5,6 %	8,1 %	9,4 %	13,6 %	12,9 %	11,5 %	8,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,2 %	66,4 %	64,6 %	67,9 %	72,5 %	67,7 %	69,9 %	73,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,6 %	24,1 %	22,7 %	26,4 %	26,5 %	27,2 %	20,1 %	27,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,0 %	9,9 %	6,6 %	10,4 %	9,6 %	11,5 %	9,3 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	6,0 %	5,1 %	9,4 %	8,3 %	6,1 %	12,5 %	10,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,7 %	72,4 %	78,8 %	74,1 %	70,3 %	69,5 %	71,7 %	69,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,5 %	9,1 %	8,1 %	9,4 %	7,2 %	10,0 %	7,2 %	7,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	484	315	258	260	546	350	339	271
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	67,4 %	68,9 %	72,9 %	65,4 %	54,0 %	64,6 %	64,3 %	58,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,6 %	10,8 %	9,7 %	11,9 %	17,9 %	14,6 %	16,8 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,9 %	82,9 %	86,8 %	85,0 %	86,4 %	83,7 %	90,0 %	84,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,5 %	43,8 %	46,1 %	45,8 %	46,3 %	43,7 %	42,8 %	44,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,6 %	10,5 %	8,9 %	11,9 %	12,5 %	14,6 %	12,1 %	13,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,7 %	12,4 %	15,9 %	19,2 %	17,4 %	16,9 %	29,5 %	19,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	77,3 %	78,7 %	79,5 %	78,5 %	70,0 %	76,9 %	79,4 %	74,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,1 %	3,5 %	2,7 %	2,7 %	4,6 %	3,7 %	2,1 %	3,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	379	266	216	219	441	290	280	222
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	71,0 %	72,2 %	76,4 %	68,5 %	59,6 %	68,3 %	67,9 %	61,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	11,3 %	10,2 %	12,8 %	19,0 %	16,2 %	17,5 %	15,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,8 %	83,8 %	87,0 %	85,8 %	88,4 %	84,1 %	89,3 %	86,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,3 %	44,7 %	46,3 %	46,6 %	48,3 %	43,8 %	43,9 %	44,6 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,0 %	12,0 %	9,7 %	13,7 %	13,4 %	16,6 %	14,3 %	15,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,7 %	12,8 %	13,9 %	16,0 %	18,1 %	16,2 %	29,3 %	18,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	82,3 %	82,3 %	83,3 %	83,1 %	76,2 %	81,7 %	83,6 %	79,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,2 %	2,6 %	2,3 %	2,7 %	3,4 %	3,1 %	1,8 %	3,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	254	191	165	160	310	230	220	179
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	76,4 %	78,0 %	84,8 %	72,5 %	66,1 %	75,2 %	74,1 %	66,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,7 %	12,0 %	10,9 %	15,0 %	19,7 %	15,2 %	18,6 %	16,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,0 %	84,8 %	87,9 %	85,6 %	88,7 %	85,7 %	89,1 %	88,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,2 %	47,6 %	51,5 %	45,6 %	49,4 %	47,0 %	44,1 %	45,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,6 %	11,5 %	9,1 %	13,1 %	12,9 %	18,3 %	13,6 %	15,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,1 %	14,7 %	15,2 %	15,0 %	18,7 %	13,9 %	29,1 %	19,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,8 %	87,4 %	90,9 %	86,3 %	82,3 %	87,4 %	89,1 %	84,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,6 %	1,6 %	1,2 %	2,5 %	3,5 %	3,5 %	1,4 %	1,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

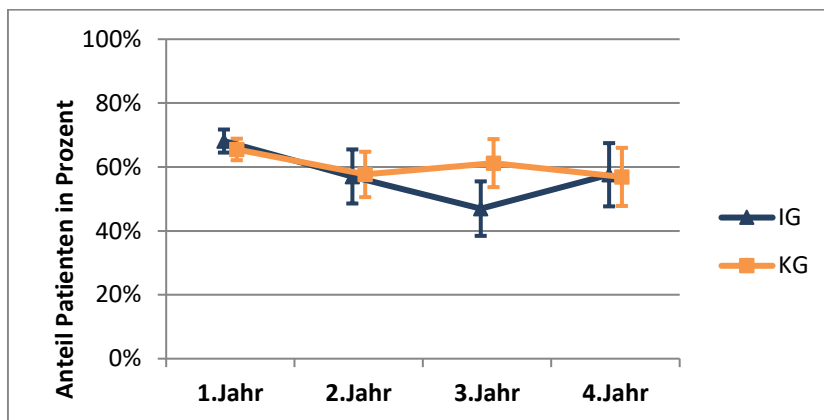
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

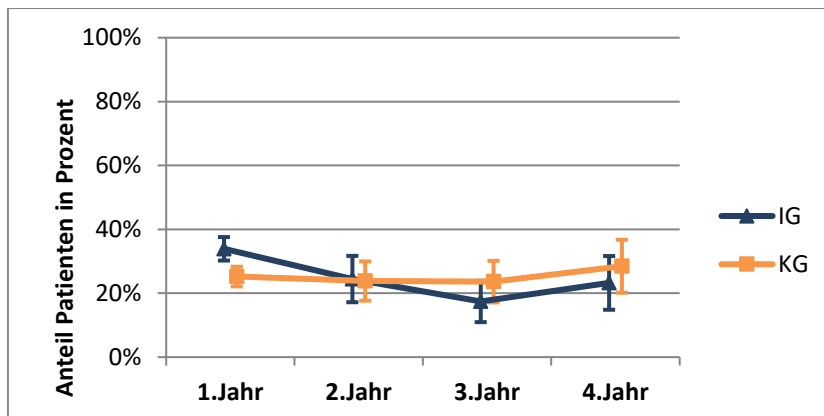
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



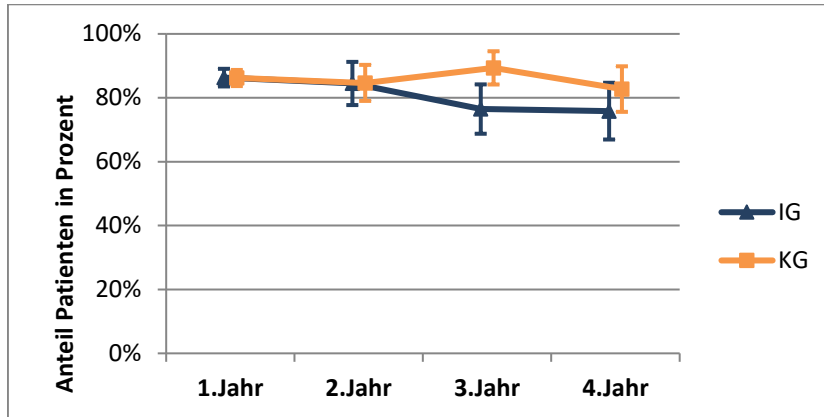
- Alle (psychiatrischer Sektor)



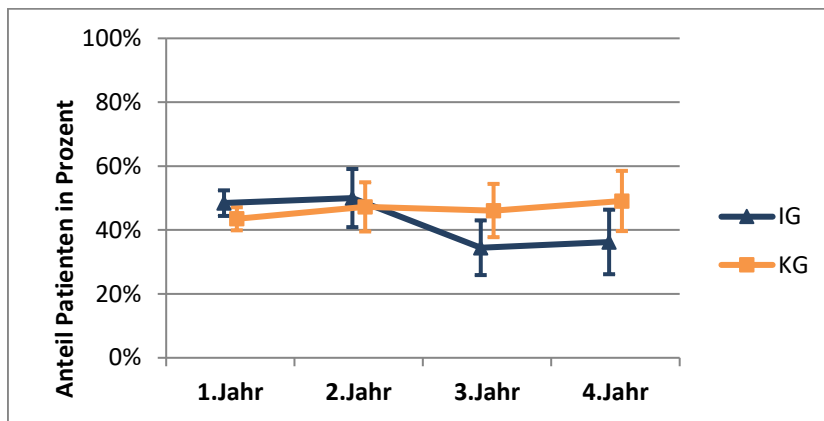
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



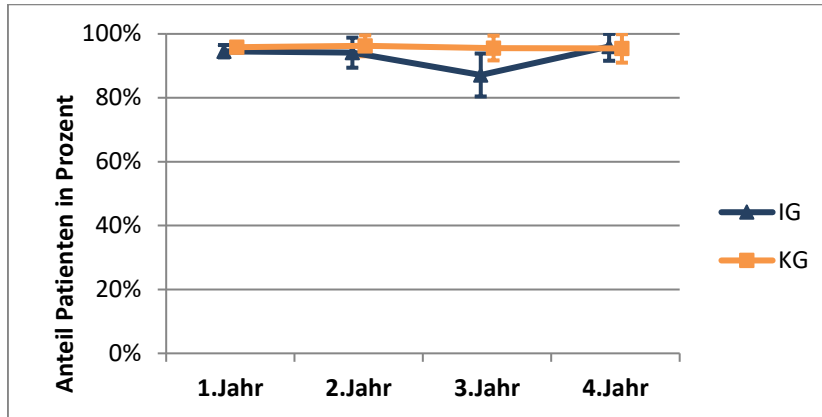
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



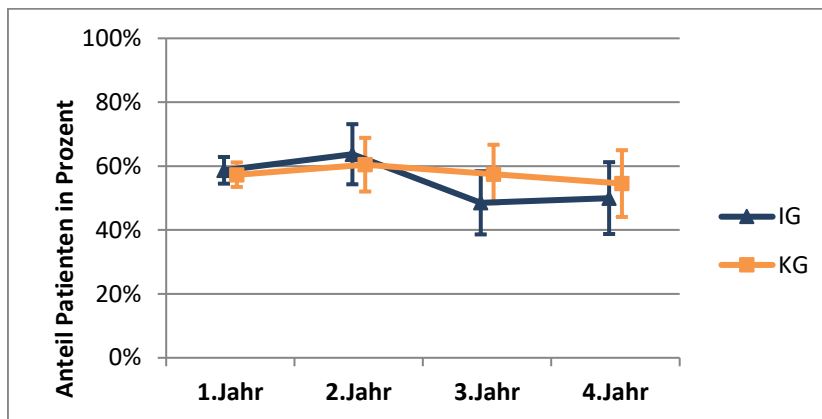
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

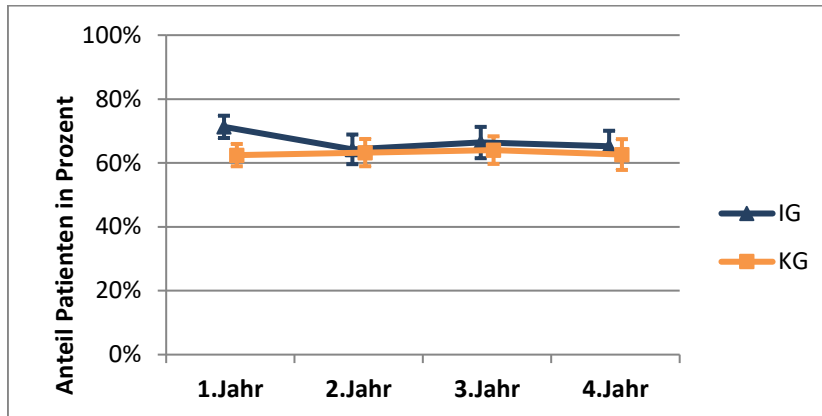
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

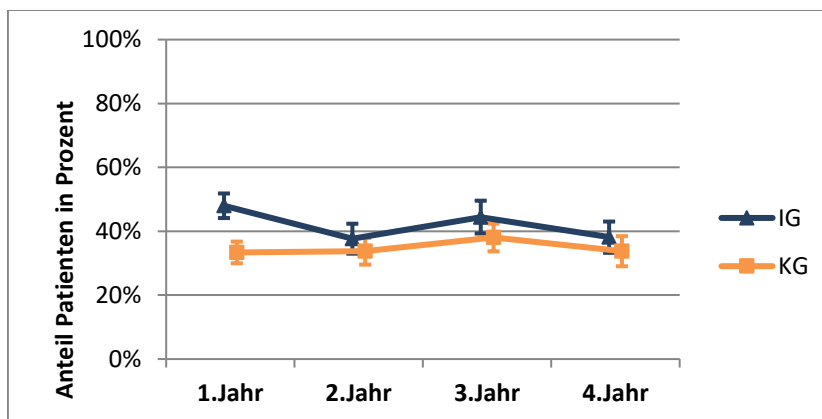
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



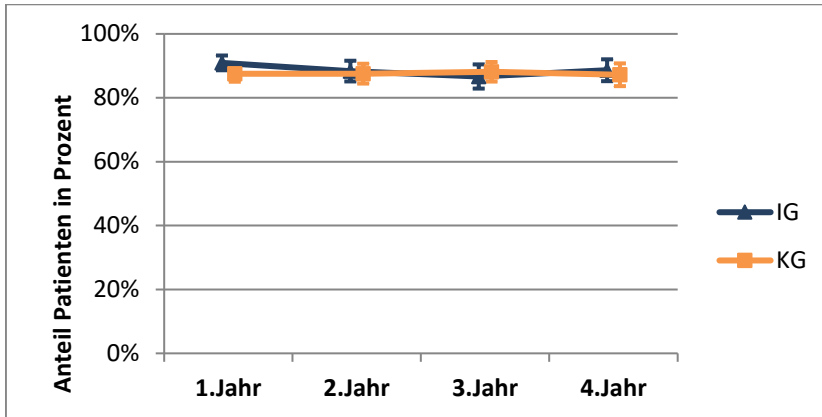
- Alle (psychiatrischer Sektor)



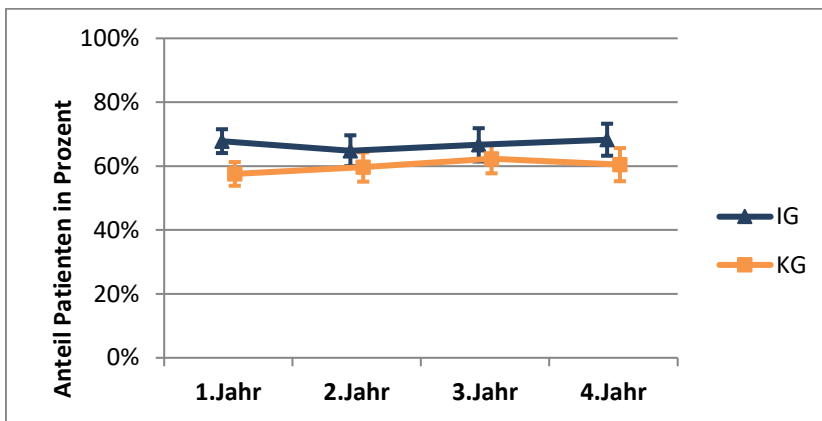
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



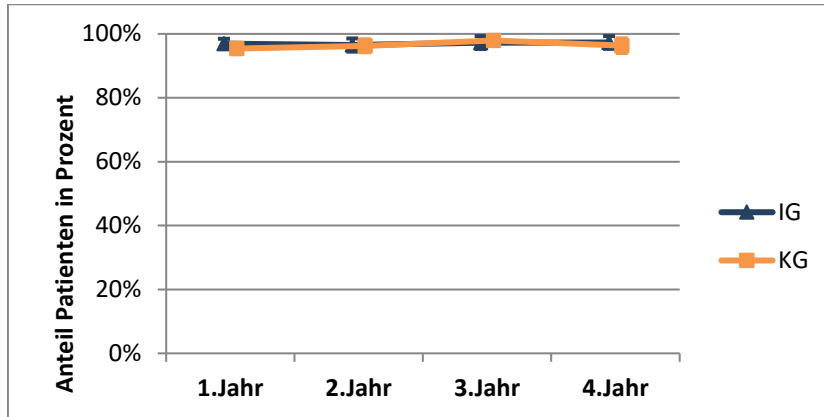
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

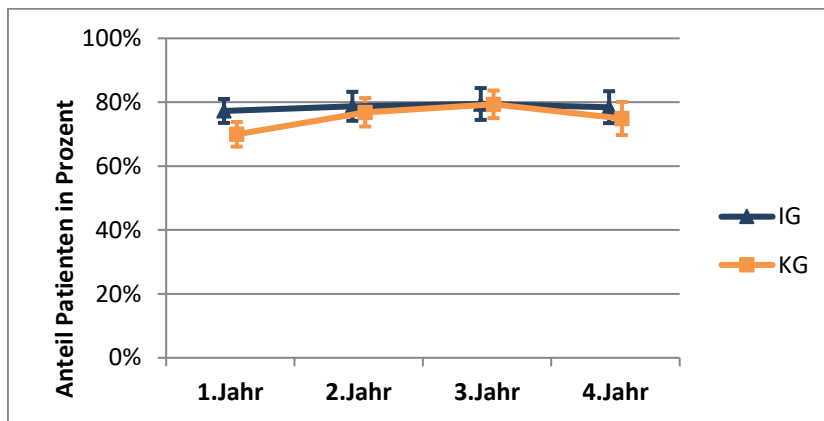


Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,87*** 1,46...2,41	1,48** 1,16...1,89	1,27 0,98...1,66
Gruppe Jahr 2	1,20 0,69...2,12	1,26 0,75...2,15	1,20 0,67...2,15
Gruppe Jahr 3	0,77 0,42...1,41	0,63 0,37...1,08	0,67 0,37...1,20
Gruppe Jahr 4	0,81 0,41...1,60	0,63 0,33...1,18	0,88 0,46...1,69

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,77*** 1,40...2,24	1,43** 1,10...1,85	1,44* 1,04...2,00
Gruppe Jahr 2	1,08 0,81...1,44	1,11 0,81...1,52	1,15 0,75...1,77
Gruppe Jahr 3	1,29 0,96...1,73	1,17 0,83...1,66	0,82 0,51...1,33
Gruppe Jahr 4	1,13 0,83...1,53	1,25 0,88...1,78	1,15 0,72...1,85

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.613	2.926
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	20,9 %	9,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,8 %	10,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,5 %	50,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,8 %	9,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,1 %	5,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,5 %	2,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	31,6 %	23,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,8 %	34,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.212	1.494
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	22,4 %	9,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,2 %	14,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	41,7 %	51,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,6 %	11,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,0 %	28,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,8 %	30,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	486	646
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	20,6 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	17,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,9 %	50,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,9 %	15,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,0 %	7,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,7 %	32,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	27,8 %	27,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.419	2.722
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	29,9 %	17,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,8 %	18,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,8 %	71,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,5 %	25,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,5 %	13,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	6,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,7 %	41,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,1 %	14,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.120	1.382
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	31,3 %	18,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,4 %	26,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,7 %	74,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,1 %	29,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,8 %	18,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	6,1 %	6,1 %
	56,6 %	51,5 %
	9,5 %	9,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	444	600
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	28,6 %	19,0 %
	30,6 %	29,7 %
	69,1 %	74,0 %
	31,8 %	34,8 %
	17,6 %	17,5 %
	6,8 %	7,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	61,0 %	54,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,3 %	8,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	2.174	2.421
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
<ul style="list-style-type: none"> • PIA (A) • Arzt für Psy. bzw. KJP (B)¹ • Allgemeinarzt / Hausarzt (C)² • anderen Vertragsärzten (D)³ • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) 	35,1 %	21,9 %
	19,7 %	26,0 %
	86,1 %	87,3 %
	49,6 %	47,2 %
	16,9 %	19,4 %
	12,6 %	14,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,7 %	53,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,0 %	5,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.014	1.227

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	36,1 %	22,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,9 %	36,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,9 %	89,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	54,4 %	53,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	22,8 %	25,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,6 %	15,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	66,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,1 %	2,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit		
	399	529
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	33,1 %	23,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,6 %	43,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,2 %	89,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,4 %	56,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	24,1 %	21,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,8 %	16,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,9 %	70,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	1,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

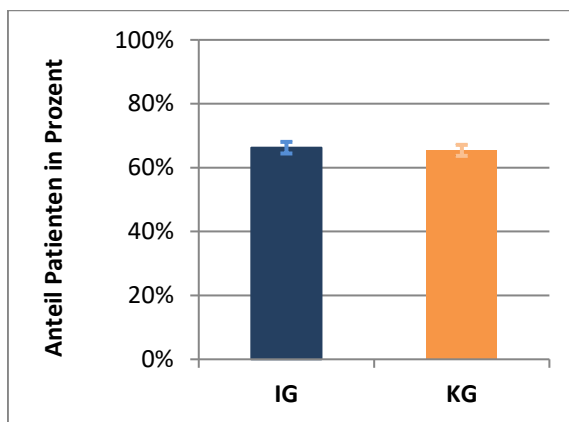
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

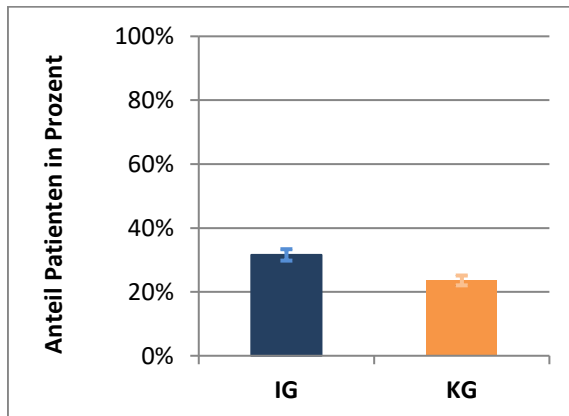
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

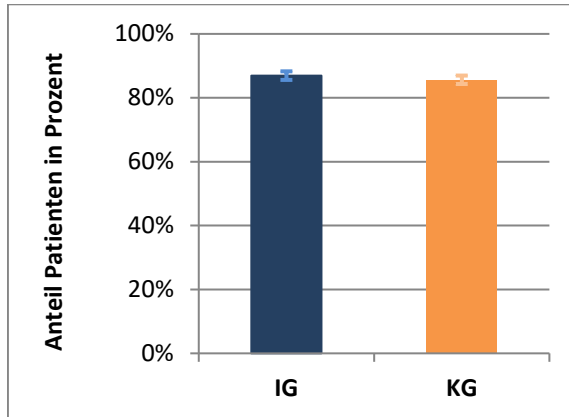
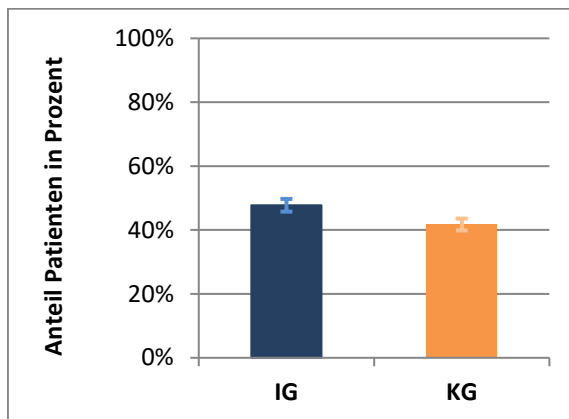
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

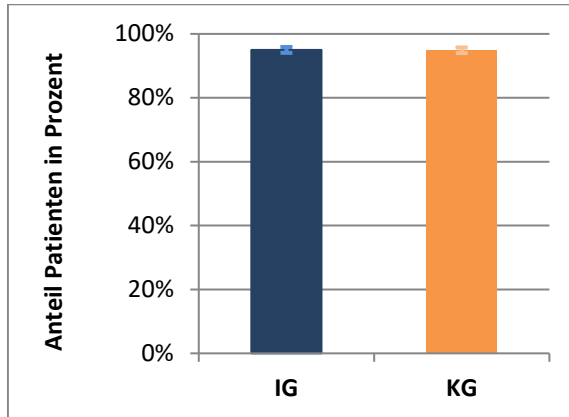
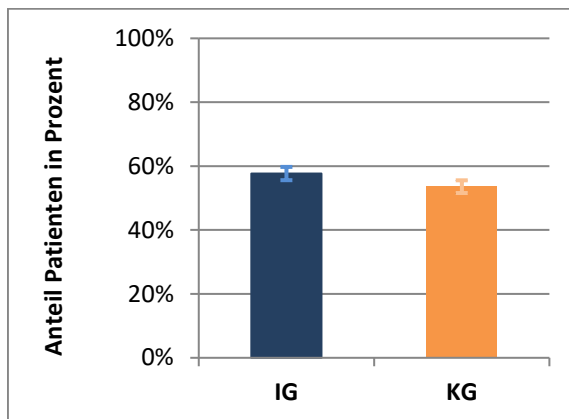
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.977	390	2.316	489
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	21,4 %	17,4 %	8,8 %	13,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	8,3 %	6,2 %	11,5 %	7,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,8 %	32,8 %	50,8 %	42,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	9,2 %	9,5 %	8,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	5,4 %	5,8 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	4,6 %	2,1 %	3,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,7 %	27,4 %	23,8 %	23,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,3 %	42,1 %	33,6 %	41,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	908	192	1.190	265
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	22,9 %	16,1 %	8,4 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,7 %	8,3 %	15,8 %	9,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,0 %	37,5 %	52,2 %	40,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,5 %	12,5 %	11,5 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	5,2 %	7,0 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	2,1 %	2,6 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	27,6 %	28,2 %	28,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,3 %	39,6 %	29,4 %	41,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	380	87	514	123
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	21,6 %	14,9 %	9,3 %	17,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	17,1 %	11,5 %	19,1 %	10,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	39,2 %	33,3 %	52,1 %	36,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,4 %	9,2 %	14,4 %	9,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,8 %	2,3 %	7,8 %	6,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	2,3 %	3,1 %	6,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,1 %	27,6 %	32,3 %	30,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,6 %	43,7 %	25,7 %	42,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1.830	334	2.149	437
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit				
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	30,1 %	30,5 %	17,2 %	26,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,6 %	13,5 %	19,2 %	15,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,8 %	61,7 %	72,2 %	65,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,5 %	21,6 %	26,1 %	23,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,6 %	12,6 %	13,5 %	11,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,0 %	8,4 %	6,0 %	7,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,5 %	49,1 %	42,6 %	45,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,4 %	15,9 %	13,7 %	16,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	833	169	1.094	239
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	31,3 %	27,8 %	17,6 %	32,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,2 %	17,2 %	27,1 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,6 %	65,1 %	74,7 %	65,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,6 %	26,0 %	29,7 %	23,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Psychotherapeuten (E)⁴ • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	15,8 %	14,8 %	17,3 %	10,9 %
	5,8 %	4,7 %	6,1 %	7,1 %
	56,8 %	50,9 %	51,6 %	54,0 %
	9,6 %	15,4 %	9,6 %	14,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	344	75	476	113
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	29,9 %	28,0 %	17,6 %	38,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	30,5 %	18,7 %	31,5 %	25,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,9 %	54,7 %	74,6 %	64,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,3 %	25,3 %	34,5 %	26,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,0 %	10,7 %	17,0 %	10,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	2,7 %	7,4 %	8,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	62,8 %	50,7 %	54,4 %	63,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,4 %	20,0 %	8,6 %	12,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	1.655	282	1.912	365
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,7 %	38,3 %	21,8 %	34,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,8 %	20,6 %	27,0 %	23,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,4 %	80,5 %	87,4 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	50,2 %	44,7 %	48,2 %	44,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,7 %	17,0 %	19,2 %	15,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,3 %	12,8 %	13,9 %	17,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,7 %	61,7 %	54,1 %	57,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,1 %	6,4 %	4,8 %	5,8 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	759	146	975	197
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	37,2 %	34,2 %	22,4 %	40,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,6 %	26,7 %	38,1 %	27,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,5 %	85,6 %	89,6 %	84,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,3 %	51,4 %	54,1 %	49,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,9 %	21,2 %	24,6 %	15,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,6 %	11,6 %	15,1 %	16,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,1 %	63,0 %	66,2 %	65,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	4,1 %	1,9 %	4,6 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	309	63	426	92
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	34,6 %	31,7 %	22,1 %	44,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,5 %	31,7 %	45,5 %	32,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,7 %	81,0 %	88,7 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	57,0 %	47,6 %	57,0 %	45,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,3 %	15,9 %	20,4 %	14,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	13,3 %	7,9 %	15,7 %	16,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,5 %	65,1 %	70,7 %	70,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,9 %	3,2 %	1,4 %	4,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

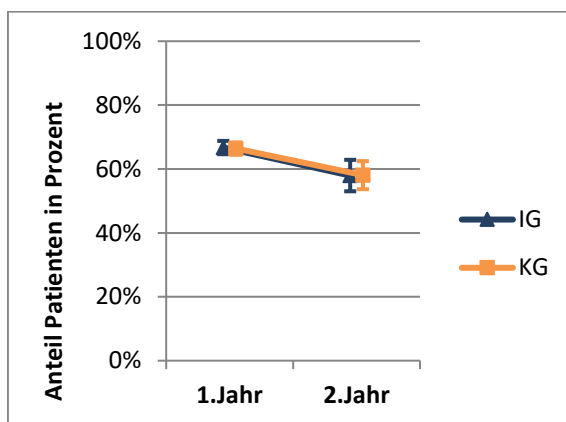
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

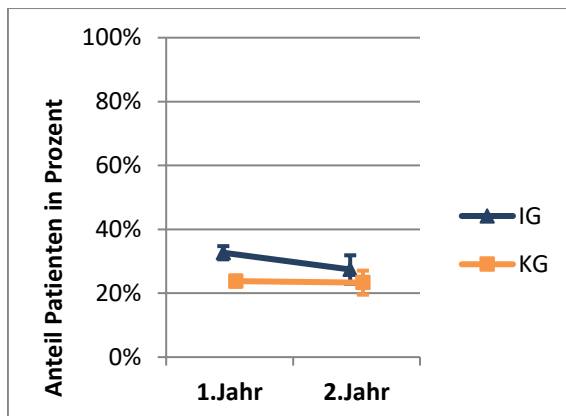
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



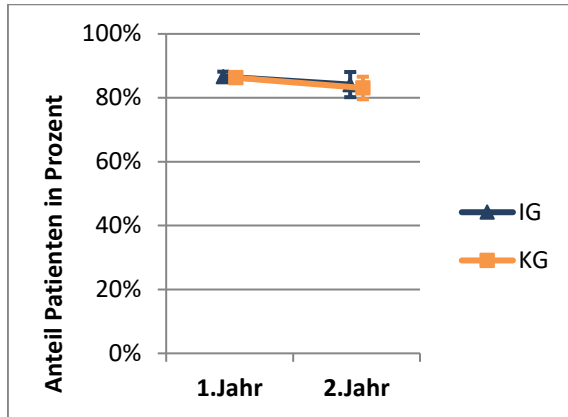
- Alle (psychiatrischer Sektor)



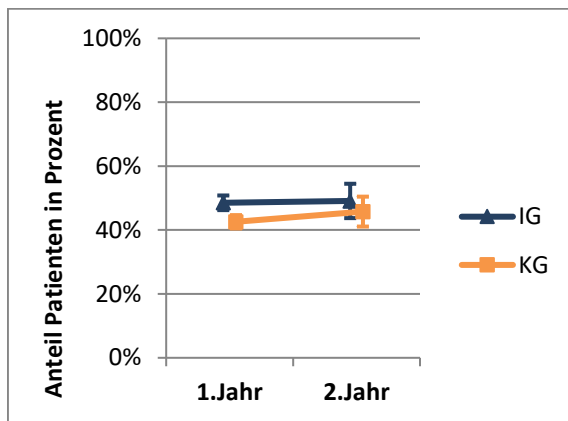
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



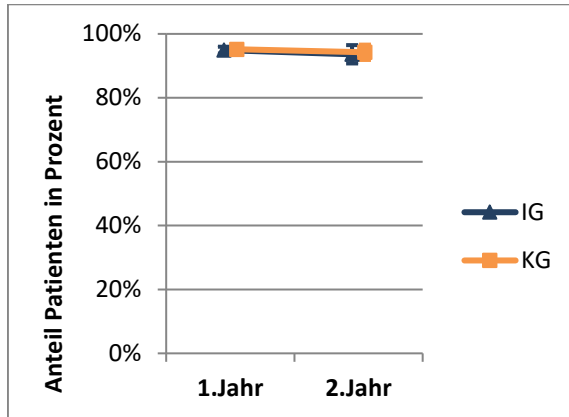
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

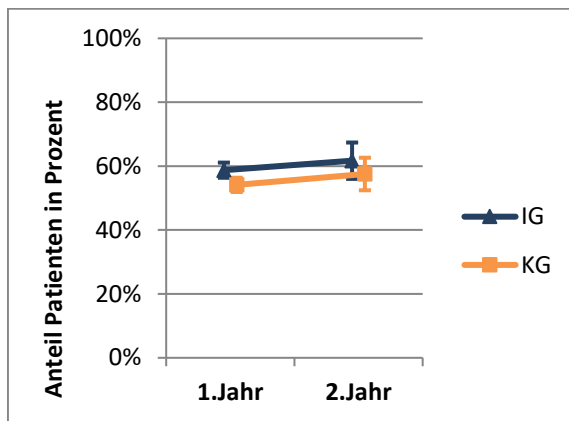


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,76*** 1,52...2,03	1,42*** 1,24...1,63	1,34*** 1,16...1,56
Gruppe Jahr 2	1,36 0,98...1,88	1,29 0,93...1,78	1,25 0,87...1,78

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.286	270	241	1.536	351	274
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,8 %	17,8 %	13,7 %	9,0 %	12,3 %	12,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,3 %	6,7 %	5,0 %	11,9 %	6,0 %	7,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,5 %	32,2 %	34,4 %	50,1 %	39,9 %	42,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,7 %	10,0 %	7,5 %	9,5 %	8,5 %	9,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,2 %	6,3 %	3,7 %	5,4 %	4,0 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,3 %	5,6 %	3,3 %	1,8 %	3,4 %	2,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,7 %	29,3 %	20,7 %	24,0 %	21,9 %	23,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	32,5 %	40,0 %	49,4 %	34,6 %	45,3 %	40,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	596	134	111	808	183	141

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	25,3 %	17,9 %	16,2 %	8,5 %	18,0 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,3 %	9,0 %	7,2 %	15,6 %	7,1 %	11,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,8 %	40,3 %	35,1 %	51,6 %	37,7 %	42,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,7 %	14,2 %	8,1 %	12,0 %	10,4 %	12,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,0 %	4,5 %	5,4 %	6,8 %	3,3 %	7,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	3,0 %	1,8 %	2,1 %	3,8 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	42,1 %	29,9 %	26,1 %	28,0 %	27,9 %	31,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,0 %	34,3 %	44,1 %	31,1 %	44,8 %	36,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	244	62	54	346	89	73
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	22,5 %	14,5 %	18,5 %	10,4 %	16,9 %	13,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,3 %	12,9 %	5,6 %	17,9 %	10,1 %	12,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,6 %	38,7 %	38,9 %	50,9 %	36,0 %	37,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,9 %	11,3 %	14,8 %	15,0 %	11,2 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,6 %	3,2 %	3,7 %	7,2 %	2,2 %	6,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	3,2 %	1,9 %	2,9 %	6,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	29,0 %	25,9 %	31,8 %	29,2 %	31,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	24,2 %	37,1 %	38,9 %	27,5 %	44,9 %	38,4 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.200	233	219	1.429	314	237
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,1 %	30,9 %	23,7 %	17,0 %	25,8 %	22,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	14,6 %	10,5 %	19,9 %	15,6 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,8 %	63,5 %	56,6 %	71,9 %	65,0 %	67,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,3 %	21,0 %	23,7 %	25,9 %	24,8 %	23,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,6 %	14,6 %	7,8 %	12,8 %	9,6 %	14,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,3 %	9,9 %	6,4 %	5,2 %	7,0 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,3 %	52,4 %	37,0 %	42,5 %	45,5 %	42,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	13,5 %	13,3 %	22,4 %	13,8 %	17,5 %	14,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	552	122	105	743	168	125
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,5 %	31,1 %	26,7 %	17,5 %	33,3 %	25,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	23,7 %	18,0 %	15,2 %	27,5 %	19,6 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,5 %	66,4 %	58,1 %	74,3 %	66,7 %	66,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,0 %	25,4 %	27,6 %	29,6 %	26,8 %	26,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,2 %	14,8 %	10,5 %	16,4 %	8,3 %	16,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	5,7 %	4,8 %	5,2 %	6,5 %	7,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,5 %	55,7 %	46,7 %	51,5 %	55,4 %	52,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	8,9 %	13,1 %	14,3 %	10,1 %	14,3 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	226	54	51	324	81	67
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	31,0 %	27,8 %	31,4 %	19,4 %	39,5 %	23,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,4 %	20,4 %	19,6 %	32,1 %	27,2 %	22,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	71,7 %	61,1 %	60,8 %	74,7 %	70,4 %	58,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,3 %	25,9 %	29,4 %	35,8 %	32,1 %	23,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	16,8 %	11,1 %	5,9 %	15,7 %	6,2 %	14,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,8 %	3,7 %	3,9 %	6,8 %	7,4 %	3,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,7 %	53,7 %	52,9 %	55,6 %	67,9 %	53,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,2 %	16,7 %	11,8 %	9,0 %	8,6 %	14,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	1.081	201	179	1.277	263	193
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	35,9 %	38,3 %	34,6 %	21,2 %	35,0 %	29,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,9 %	23,9 %	16,2 %	28,0 %	21,3 %	20,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	86,2 %	79,6 %	77,1 %	87,2 %	82,1 %	84,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	49,8 %	42,8 %	42,5 %	48,4 %	45,6 %	48,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,7 %	18,4 %	13,4 %	17,9 %	14,1 %	19,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,8 %	14,4 %	13,4 %	12,7 %	17,1 %	16,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,8 %	65,2 %	53,1 %	54,3 %	58,2 %	53,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,1 %	5,5 %	11,7 %	5,1 %	6,1 %	5,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	499	109	86	668	141	103

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,3 %	37,6 %	40,7 %	22,2 %	42,6 %	28,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,5 %	29,4 %	22,1 %	39,1 %	24,1 %	28,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,4 %	83,5 %	80,2 %	88,9 %	85,8 %	86,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,9 %	45,9 %	50,0 %	53,7 %	52,5 %	56,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	21,2 %	19,3 %	16,3 %	22,8 %	13,5 %	22,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,4 %	13,8 %	12,8 %	14,2 %	19,1 %	14,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,9 %	67,9 %	66,3 %	66,6 %	67,4 %	61,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	3,7 %	4,7 %	2,7 %	3,5 %	2,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	202	48	43	294	69	55
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	36,1 %	31,3 %	44,2 %	24,1 %	47,8 %	21,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	39,1 %	35,4 %	25,6 %	47,6 %	30,4 %	34,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,6 %	77,1 %	83,7 %	88,4 %	85,5 %	81,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	55,0 %	39,6 %	58,1 %	60,2 %	49,3 %	50,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	23,8 %	14,6 %	9,3 %	18,0 %	10,1 %	23,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,9 %	10,4 %	20,9 %	14,6 %	17,4 %	10,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,8 %	68,8 %	69,8 %	72,4 %	75,4 %	65,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,5 %	4,2 %	2,3 %	1,7 %	1,4 %	3,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	715	439	380	853	537	512
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,9 %	33,3 %	39,7 %	24,5 %	24,2 %	28,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,2 %	2,1 %	2,4 %	6,6 %	7,6 %	8,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,6 %	37,1 %	36,1 %	38,5 %	40,6 %	40,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,1 %	7,3 %	8,7 %	9,0 %	6,3 %	6,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,6 %	2,5 %	3,4 %	3,6 %	4,5 %	5,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,8 %	2,1 %	2,1 %	2,5 %	2,6 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,6 %	36,9 %	43,2 %	32,2 %	34,1 %	38,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,5 %	35,8 %	35,0 %	38,0 %	37,2 %	36,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	570	368	320	688	434	426
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	41,1 %	35,3 %	40,9 %	27,0 %	25,3 %	31,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,1 %	1,6 %	1,9 %	7,3 %	8,3 %	8,0 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	36,3 %	39,1 %	37,8 %	40,6 %	41,0 %	40,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	7,1 %	8,4 %	9,2 %	6,9 %	7,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,2 %	3,0 %	3,8 %	4,1 %	4,6 %	6,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,9 %	2,2 %	2,2 %	2,6 %	2,1 %	3,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,9 %	38,9 %	44,1 %	35,6 %	35,7 %	41,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,6 %	34,0 %	33,4 %	34,3 %	35,7 %	34,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	368	262	236	461	324	327
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	43,2 %	35,9 %	47,5 %	32,5 %	28,7 %	33,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,3 %	1,5 %	2,5 %	8,0 %	8,0 %	7,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,3 %	37,4 %	36,4 %	38,6 %	38,9 %	39,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,1 %	7,6 %	9,7 %	10,2 %	8,3 %	6,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,5 %	3,1 %	4,2 %	3,9 %	4,6 %	7,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,4 %	1,9 %	2,1 %	2,8 %	1,9 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,8 %	39,7 %	51,7 %	41,4 %	38,6 %	43,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,8 %	34,7 %	30,5 %	32,1 %	35,5 %	33,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	669	402	334	775	476	460
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	57,4 %	56,2 %	59,6 %	43,4 %	46,0 %	51,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	5,2 %	6,6 %	12,4 %	12,6 %	11,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	64,1 %	65,2 %	60,8 %	68,5 %	65,5 %	68,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,0 %	20,9 %	21,0 %	22,8 %	23,1 %	19,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,3 %	8,5 %	5,7 %	8,3 %	9,7 %	8,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,5 %	5,0 %	6,0 %	7,9 %	8,0 %	12,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,4 %	63,9 %	65,3 %	56,5 %	60,3 %	62,6 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	10,0 %	11,9 %	13,8 %	13,0 %	12,8 %	12,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	532	336	277	626	391	381
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	59,8 %	59,8 %	61,7 %	47,6 %	49,6 %	55,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	5,1 %	6,9 %	13,4 %	13,8 %	12,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,3 %	66,4 %	62,8 %	69,6 %	66,0 %	68,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,0 %	21,4 %	20,9 %	24,1 %	24,8 %	20,5 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,6 %	9,8 %	6,1 %	8,8 %	10,7 %	10,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,1 %	5,1 %	4,7 %	8,5 %	7,4 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,7 %	67,9 %	67,9 %	61,8 %	65,0 %	67,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	9,4 %	11,0 %	11,6 %	11,0 %	11,8 %	9,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	347	241	206	413	296	291
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	64,6 %	63,9 %	70,4 %	54,7 %	55,1 %	60,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,1 %	5,4 %	7,8 %	13,6 %	13,5 %	12,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,3 %	65,6 %	64,6 %	70,9 %	65,2 %	68,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,2 %	23,7 %	23,3 %	26,4 %	27,7 %	20,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,4 %	10,0 %	6,8 %	9,7 %	11,8 %	10,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	5,8 %	4,9 %	8,2 %	6,1 %	12,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,9 %	72,6 %	77,7 %	68,5 %	69,6 %	71,1 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,9 %	9,5 %	7,8 %	8,7 %	11,1 %	7,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	537	337	275	612	377	361
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	65,7 %	68,0 %	73,1 %	51,5 %	63,1 %	63,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,2 %	10,4 %	9,8 %	18,3 %	14,9 %	17,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,0 %	83,1 %	87,3 %	86,1 %	82,8 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	47,7 %	43,0 %	46,9 %	44,8 %	43,0 %	42,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,7 %	10,7 %	9,1 %	11,9 %	14,3 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	12,8 %	16,4 %	17,5 %	16,7 %	29,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	76,7 %	77,7 %	79,3 %	68,0 %	75,9 %	79,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,5 %	3,3 %	2,5 %	5,1 %	4,8 %	1,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	421	284	228	492	313	302
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	69,4 %	71,8 %	76,8 %	56,7 %	66,5 %	66,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,4 %	10,9 %	9,6 %	19,1 %	16,6 %	18,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,1 %	83,8 %	87,7 %	87,8 %	83,4 %	88,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,7 %	44,0 %	46,5 %	46,5 %	42,5 %	44,0 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	14,0 %	12,3 %	10,1 %	12,8 %	16,3 %	15,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,3 %	13,0 %	14,0 %	18,1 %	16,0 %	28,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	81,7 %	82,0 %	83,3 %	73,8 %	80,5 %	83,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,6 %	2,5 %	2,2 %	4,1 %	4,5 %	1,7 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	273	200	171	329	243	229
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	75,5 %	78,5 %	84,8 %	64,1 %	73,3 %	71,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,8 %	11,5 %	10,5 %	19,8 %	16,0 %	20,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,3 %	85,0 %	88,3 %	88,1 %	84,4 %	87,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,0 %	47,5 %	51,5 %	49,2 %	46,9 %	44,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,8 %	12,5 %	9,9 %	12,8 %	18,1 %	14,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	15,0 %	15,2 %	18,2 %	14,0 %	29,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	85,7 %	88,0 %	90,6 %	80,5 %	86,4 %	88,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,8 %	1,5 %	1,2 %	4,0 %	4,9 %	1,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

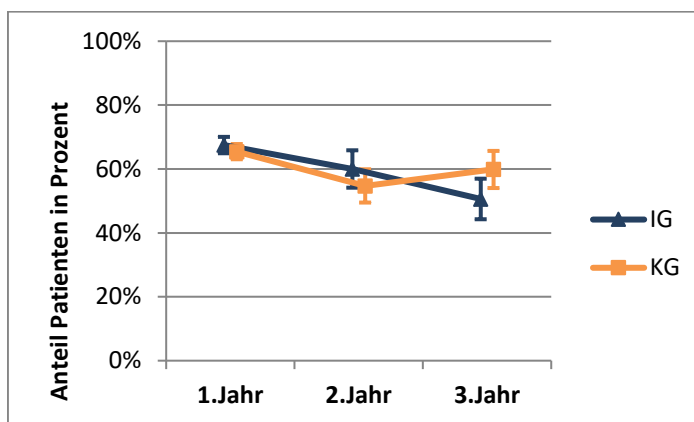
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

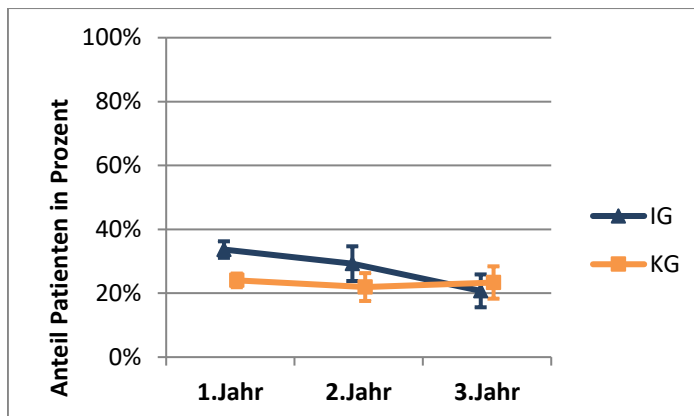
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



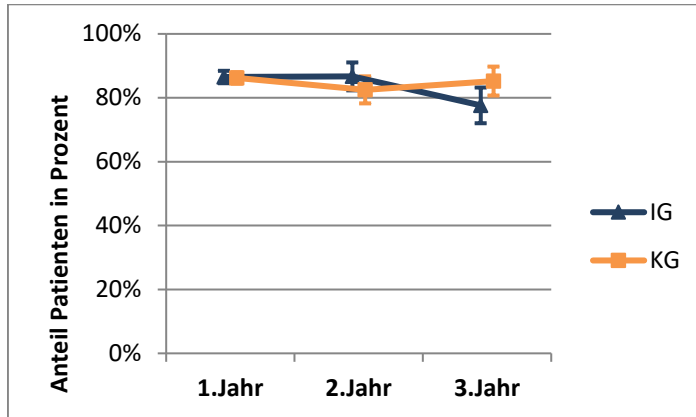
- Alle (psychiatrischer Sektor)



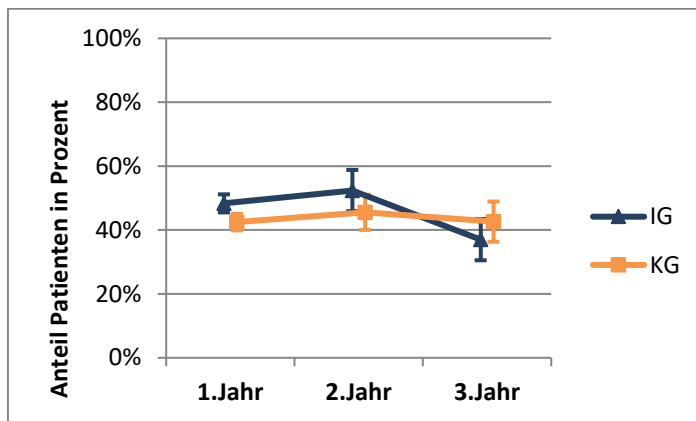
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



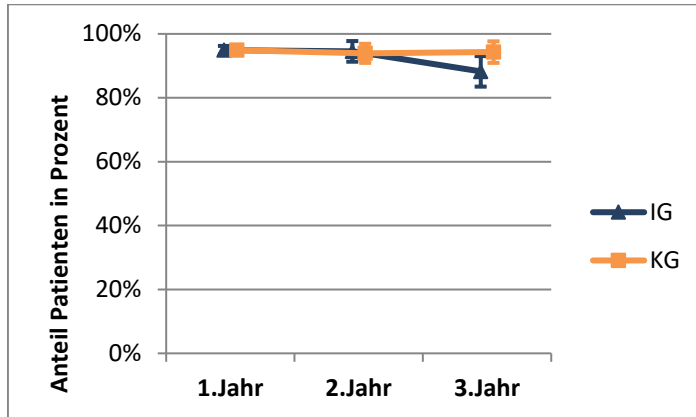
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



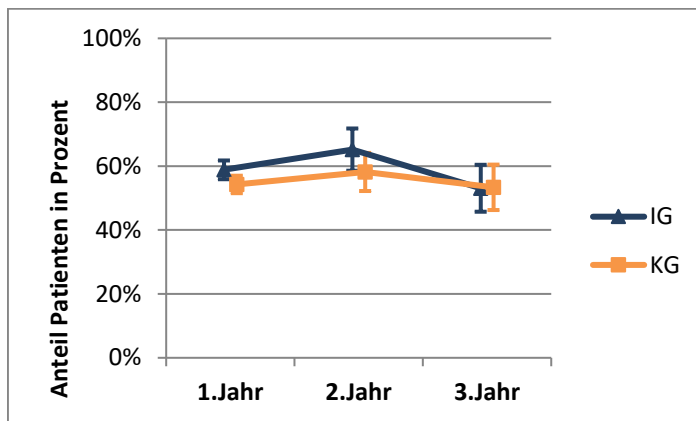
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

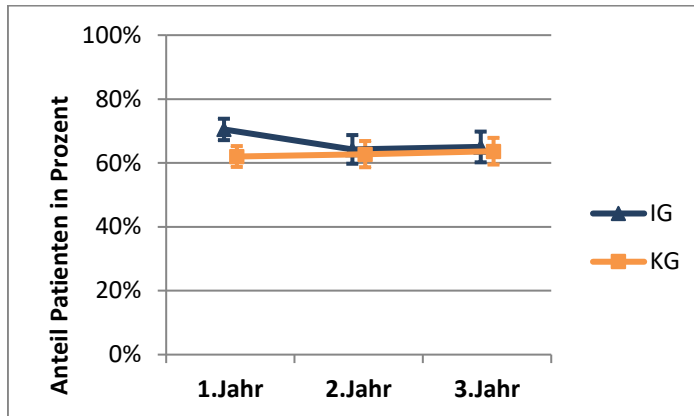
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

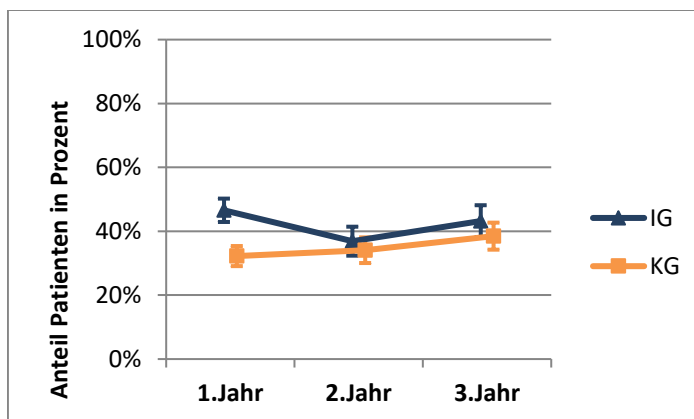
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



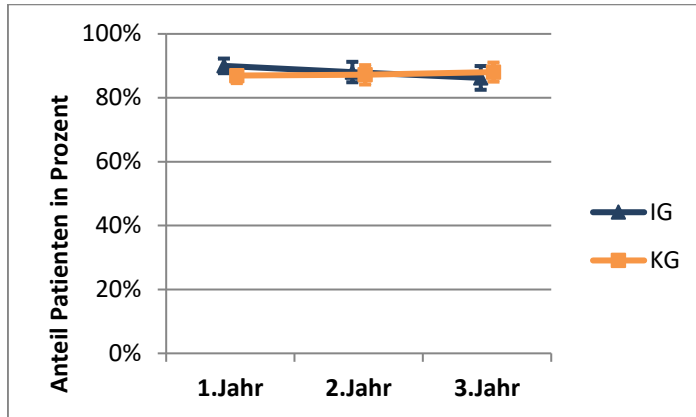
- Alle (psychiatrischer Sektor)



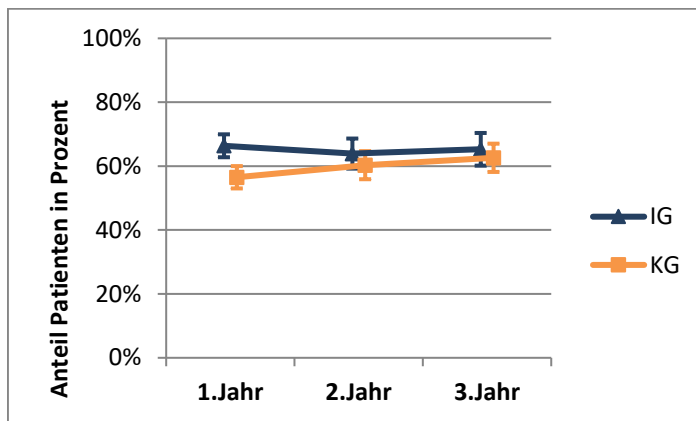
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



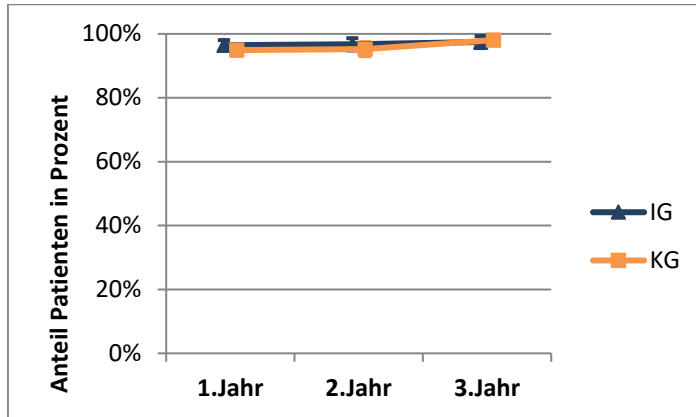
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



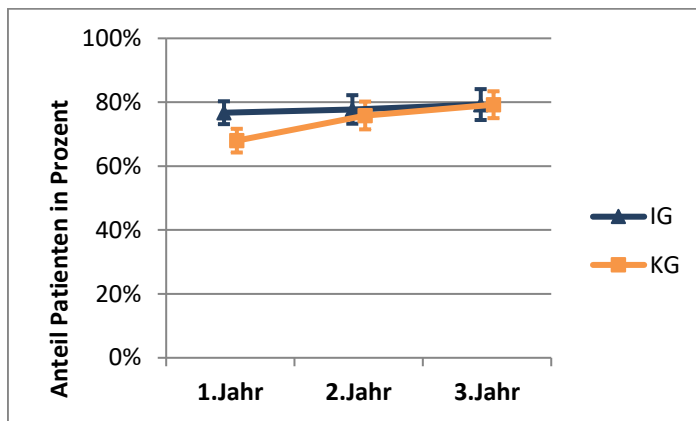
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit schweren psychischen Störungen A, Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, wies ein statistisch signifikant geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf (>90 Tage & >180 Tage: DiD: -0,1). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG statistisch signifikant geringer für die Betrachtung der >90 und >180 Tage Nachbeobachtung im Vergleich zur KG (>90 Tage: DiD = -21,6 Tage; >180 Tage: DiD = -21,9 Tage).

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum	2.617	2.617	2.628	2.628	2.617	2.617	2.628	2.628
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	130	677	143	869	130	677	143	869
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	37	231	38	328	37	230	38	327
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	18	82	16	125	18	81	16	125
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	54	269	63	378	54	269	63	378
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	16	101	19	138	16	100	19	137
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	37	10	56	<10	36	10	56

* in psych. Fachabteilungen und mind. 90/180 Tagen Nachbeobachtungszeit

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n)	2.605	2.617	2.618	2.628	2.605	2.617	2.618	2.628
Kontaktabbrüche (Zeitraum von mehr als xxx Tagen ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem ² (ambulant oder stationär)) bei Patienten mit schweren psychischen Störungen								
Anteil Patienten mit einem Kontaktabbruch								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA1)	22,5 %	28,4 %	38,5 %	29,6 %	19,4 %	26,3 %	28,7 %	24,4 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	16,7 %	24,2 %	33,3 %	25,7 %	13,0 %	20,4 %	27,0 %	20,4 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	19,4 %	10,0 %	10,5 %	13,1 %	2,8 %	5,7 %	5,3 %	11,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	12,5 %	8,9 %	5,3 %	15,2 %	0,0 %	4,0 %	0,0 %	9,5 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	5,6 %	17,1 %	0,0 %	7,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	16,2 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit einem Kontaktabbruch (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								

• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA1)	248,2	309,8	267,9	301,4	276,5	345,1	321,5	344,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	258,3	280,6	272,7	290,0	311,4	336,5	310,6	351,5
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	168,4	251,1	274,5	301,3	263,5	311,9	289,0	331,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	158,8	225,8	252,0	280,1	0,0	279,9	0,0	332,0
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	114,3	192,0	0,0	194,5	0,0	0,0	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	179,2	0,0	144,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Zeitraum ohne Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem für einen zweijährigen Nachbeobachtungszeitraum ¹	> 90 Tage				> 180 Tage			
	IG		KG		IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung A³	1.173	1.176	1.227	1.232	1.173	1.176	1.227	1.232
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,1	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	8,4	67,9	13,8	88,3	6,3	59,1	11,7	79,6

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B⁴	437	437	515	517	437	437	515	517
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,2
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	6,8	59,6	12,1	78,0	5,0	47,5	10,3	69,1

¹ Untersuchung jeweils ab stationärem Aufenthalt im Untersuchungszeitraum mit jeweils 2-jährigem Follow-up

² 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

³ 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

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

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

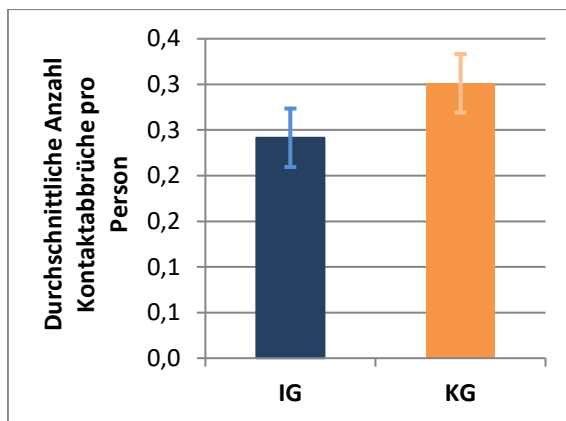
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Anteil Patienten

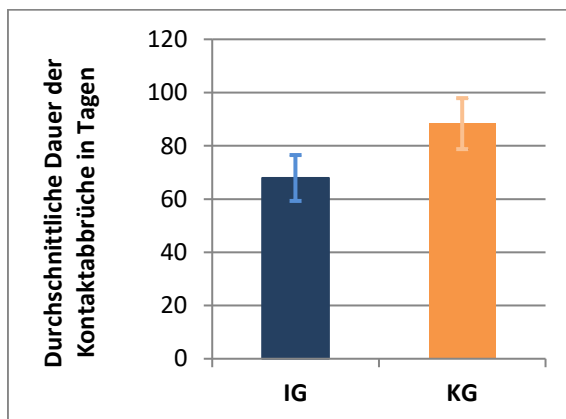
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

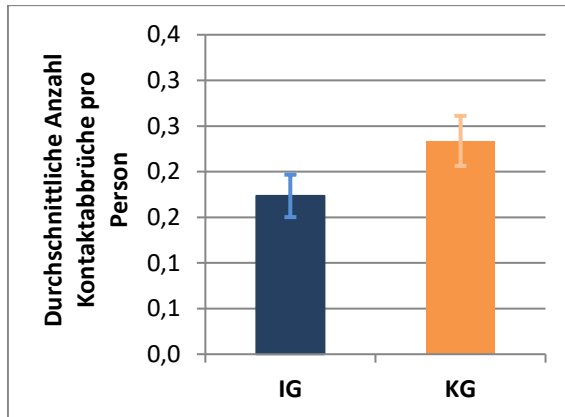
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

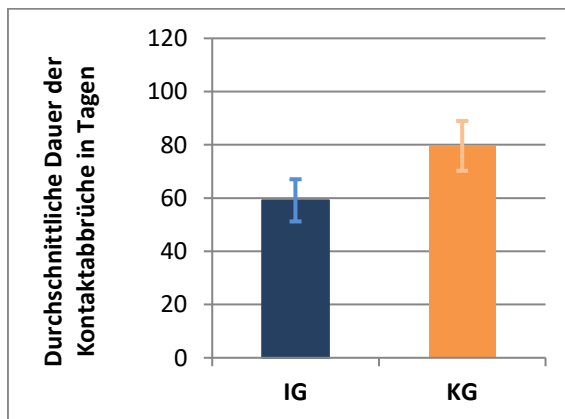


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,06** -0,11...-0,02	-21,64** -34,49...-8,79	-0,06*** -0,10...-0,03	-21,89*** -34,14...-9,63

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	995	995	995	995	995	975	975	975	975	975
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	972	972	896	876	827	951	958	892	854	792
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	1,2%	1,4%	0,7%	0,5%	0,6%	0,4%	2,2%	0,8%	0,6%	0,1%
• Vier (B)	0,2%	0,2%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.493	2.493	2.493	2.493	2.493	2.498	2.498	2.498	2.498	2.498
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.458	2.474	2.380	2.303	2.260	2.462	2.479	2.381	2.295	2.219
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,3%	0,6%	0,6%	0,3%	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	0,6%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%

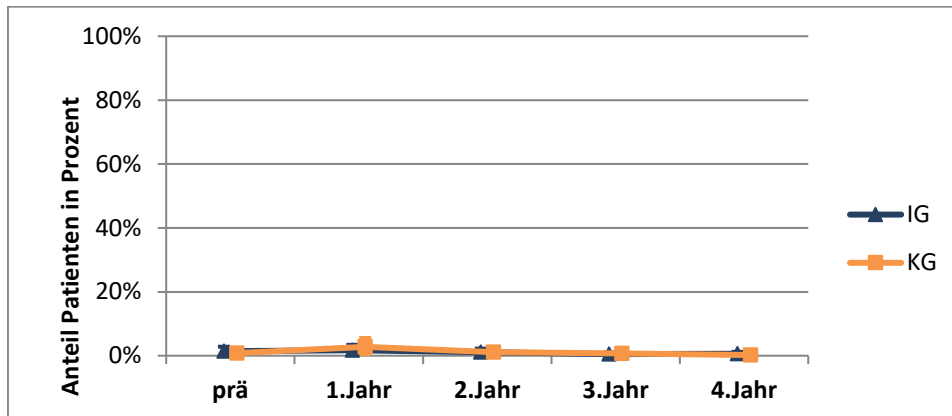
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

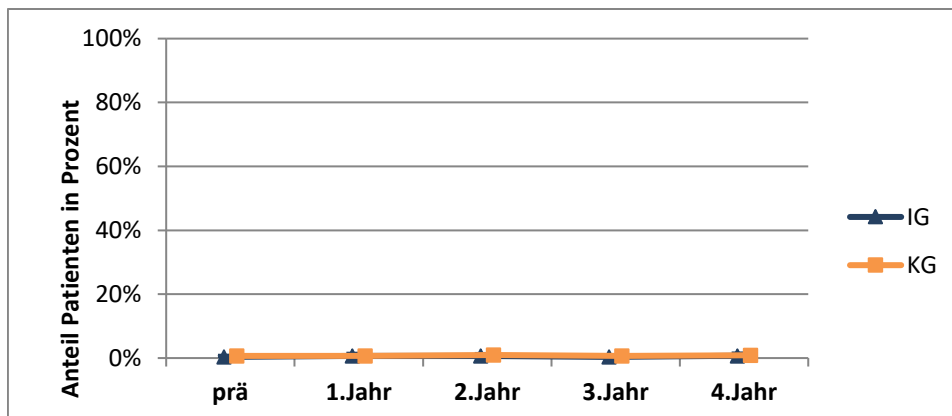


Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	3.688	3.688	3.688	3.688
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	3.600	3.620	3.601	3.624
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,9%	1,6%	0,6%	1,5%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,4%	0,1%	0,2%

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

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

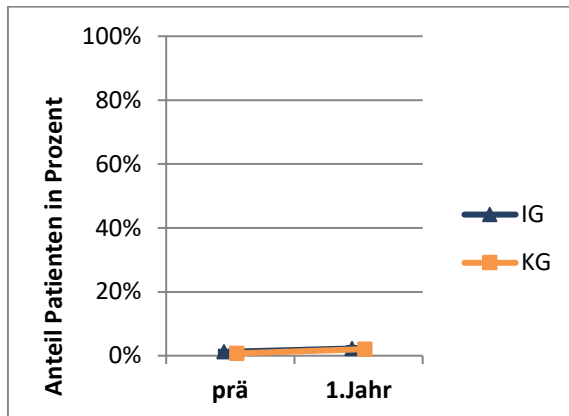
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

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

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.888	2.888	2.888	2.889	2.889	2.889
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.820	2.837	2.606	2.826	2.845	2.598
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,9%	1,5%	0,5%	0,4%	1,7%	0,8%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,3%	0,0%	0,3%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%

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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

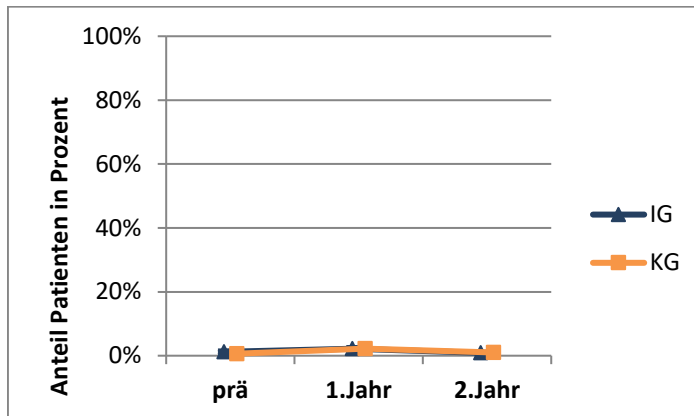


Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.931	1.931	1.931	1.931	1.930	1.930	1.930	1.930
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.888	1.894	1.751	1.712	1.882	1.898	1.768	1.663
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,8%	1,6%	0,5%	0,5%	0,4%	1,9%	0,8%	0,6%
• Vier (B)	0,2%	0,3%	0,3%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.644	2.644	2.644	2.644	2.648	2.648	2.648	2.648
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.608	2.624	2.521	2.436	2.609	2.627	2.512	2.416
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,3%	0,6%	0,5%	0,3%	0,5%	0,6%	0,8%	0,6%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%

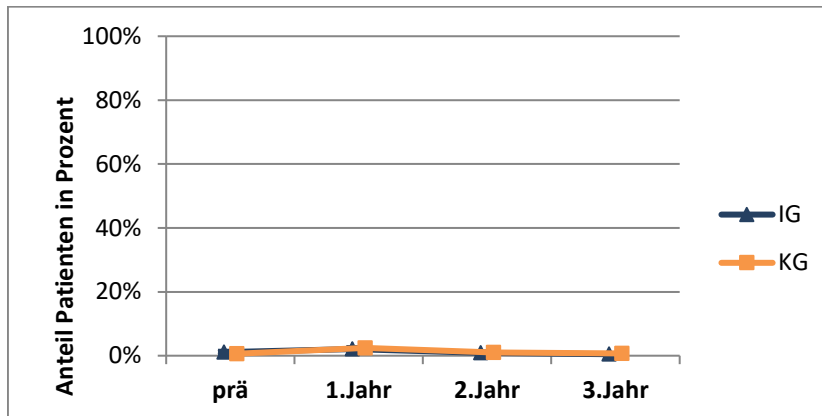
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

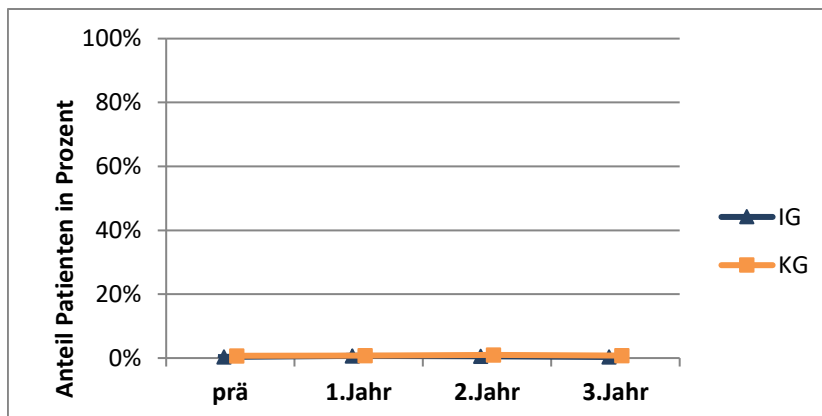
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen und linikbekannten Patienten zwischen IG und KG stets vergleichbare Anzahlen an **AU-Episoden**.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG geringer im Vergleich zur KG (IG: +50,3; KG: +63,6 AU-Tage). Dieser weniger starke Anstieg in der IG war statistisch signifikant im Vergleich zur KG (DiD = -13,4 AU-Tage). Ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall sank die Anzahl an AU-Tagen in beiden Gruppen auf einem zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Wert. Die Unterschiede zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen waren statistisch nicht signifikant.

In der IG und KG verzeichneten die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten, mit Ausnahme von Patienten der KG im vierten Jahr nach Referenzfall (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) und F07 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns) auf (wobei erst- und letztgenannte nur sehr wenige Fälle betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhafte Störung) aufwiesen (wobei hier erstgenannte nur sehr wenige Fälle betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden

konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 297 im Anhang).

Bei den klimbekannt Patienten war im Jahr vor Referenzfall in der IG ein höheres Niveau an AU-Tagen im Vergleich zur KG erkennbar (IG: 38,6 AU-Tage; KG: 27,4 AU-Tage). Im patientenindividuellen Verlauf glichen sich beide Gruppen jedoch an, so dass der Vergleich vom Jahr vor Referenzfall (+11,2 AU-Tage) zum zweiten, dritten und vierten Jahr nach Referenzfall (+1,7; + 0,7, +0,1 AU-Tage) die AU-Tage in der IG statistisch signifikant geringer anstiegen als in der KG (DiD: 2. Jahr: -9,4; 3. Jahr: -10,4; 4. Jahr -10,9 AU-Tage). Auch im Vergleich zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren danach zusammen (DiD Jahr 1-4) war das stärkere Absinken in der IG im Vergleich zur KG signifikant (DiD: -8,6 AU-Tage). Die signifikanten Unterschiede sind jedoch hauptsächlich auf die wesentlich größere Anzahl an AU-Tagen im Jahr vor Referenzfall zurückzuführen.

Die jüngeren klimbekannt Patienten in der IG verzeichneten im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall stets weniger AU-Tage als die älteren Patienten; während in der KG die jüngeren Patienten im Jahr vor und im Jahr nach Referenzfall stets mehr AU-Tage aufwiesen als die älteren (siehe Kapitel 14.2). Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F50 (Essstörungen), F45 (somatoforme Störungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenigen Fälle betrafen), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen. Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 297 im Anhang).

U2: Bei den klimbekannt Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg die Anzahl an **AU-Episoden** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG vergleichbar an (+0,4 bzw. +0,5 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG weniger stark als in der KG an (IG: +54,3 AU-Tage; KG: +60,1 AU-Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war der Verlauf der Anzahl an **AU-Episoden** zwischen IG und KG parallel mit Peak im ersten Jahr nach Referenzfall. Bei der durchschnittlichen Anzahl an **AU-Tagen** war auch ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der IG statistisch signifikant niedriger als in der KG (DiD = -10,8 AU-Tage). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall wies die IG geringere AU-Tage auf. Dieser Unterschied war jedoch nicht mehr statistisch signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog obiger Beschreibung, bei den **AU-Episoden** linikneuer und linikbekannter Patienten zwischen den Gruppen parallele erkennbar. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wieder. Bei den linikneuen Patienten war ein Peak im Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Dieser war in der IG niedriger als in der KG (IG: +52,8; KG: +62,8 AU-Tage). Bei den linikbekannten Patienten war erneut ein stärkeres Absinken der AU-Tage in der IG im Vergleich zur KG und ein höheres Niveau in der IG im Jahr vor Referenzfall ersichtlich (prä: +10,1; 1. Jahr: +6,8; 2. Jahr: +2,4; 3. Jahr: +0,3 AU-Tage).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	536	536	530	525	518	542	542	539	535	527
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,0	0,5	0,4	0,3	0,7	1,2	0,5	0,5	0,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	24,8	75,1	25,5	15,9	16,1	24,1	87,8	26,6	19,3	14,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	23,7%	13,2%	7,5%	5,7%	4,8%	26,4%	14,9%	7,6%	7,5%	4,9%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.078	1.078	1.075	1.068	1.059	1.107	1.107	1.102	1.093	1.081
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,7	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	38,6	35,3	21,0	21,2	20,3	27,4	27,7	19,3	20,5	20,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,0%	8,7%	6,3%	6,7%	5,4%	9,8%	6,7%	5,1%	5,8%	4,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,0	1,1	0,7	0,5	0,4	1,0	1,3	1,1	0,8	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%

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

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

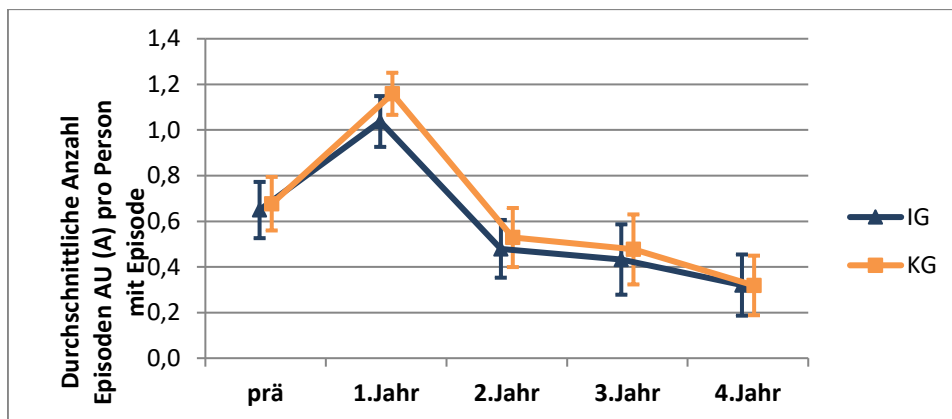
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

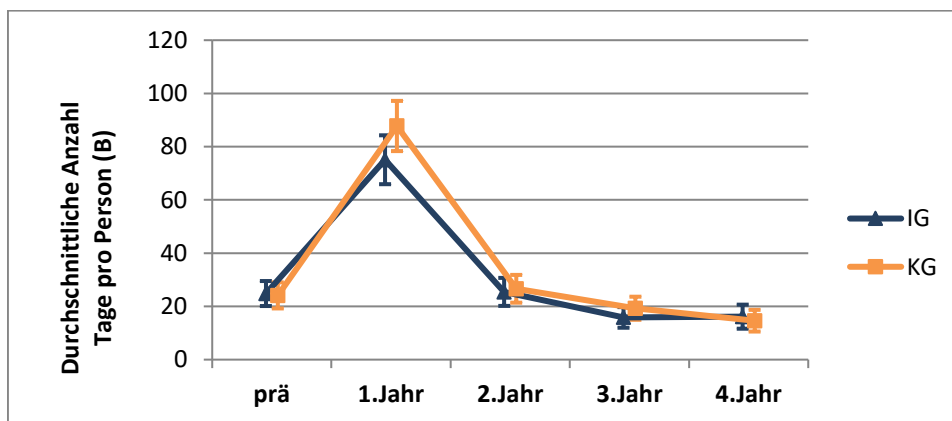
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

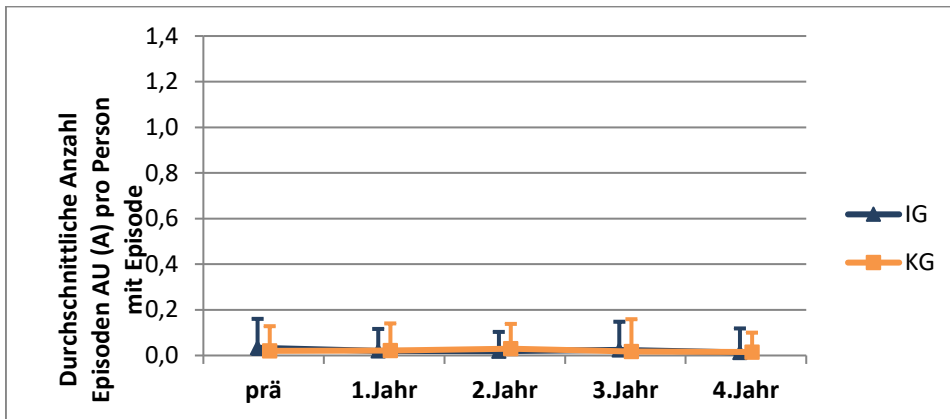


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

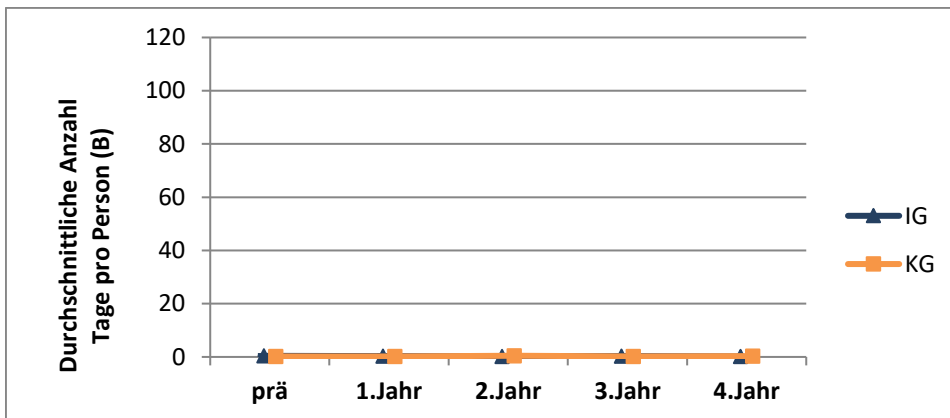


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



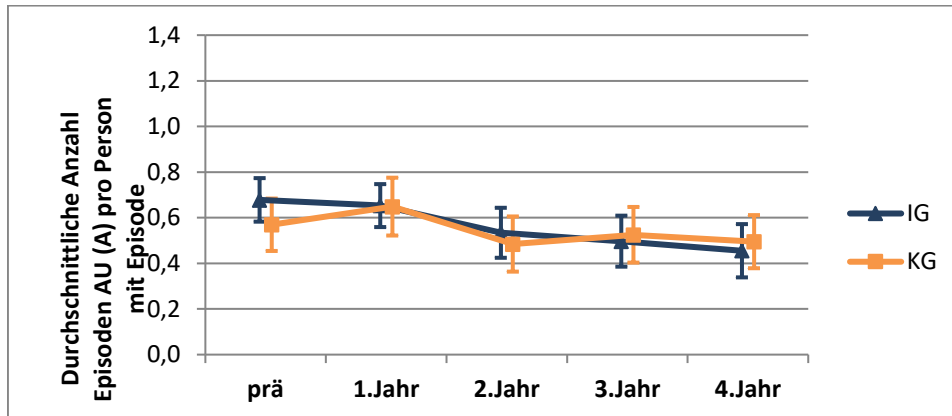
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

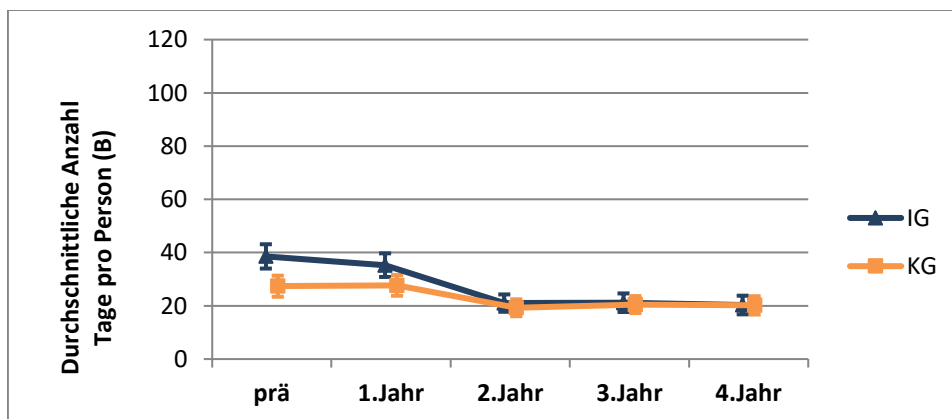
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

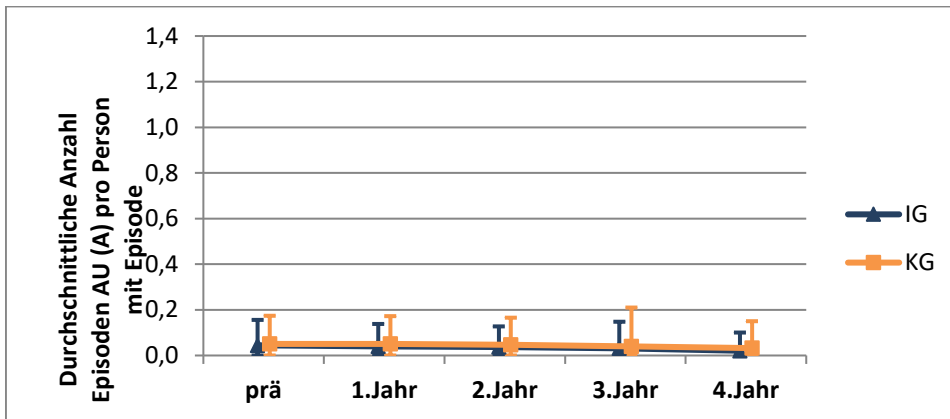


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

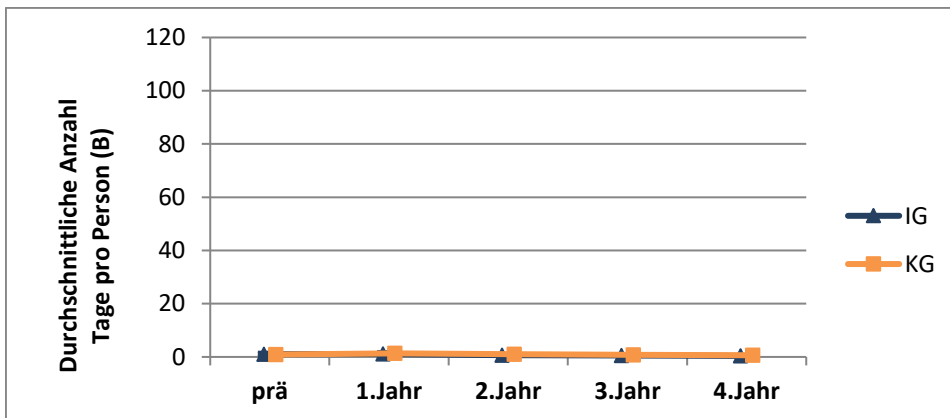


Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,24...0,05	-13,39* -24,58...-2,19
DID Jahr 2	-0,02 -0,17...0,12	-2,01 -13,20...9,19
DID Jahr 3	-0,02 -0,17...0,13	-4,22 -15,42...6,97
DID Jahr 4	0,03 -0,12...0,18	0,67 -10,53...11,86
DID Jahr 1-4	—	-4,74 -14,17...4,69

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,11 -0,23...0,02	-3,59 -10,71...3,53
DID Jahr 2	-0,06 -0,18...0,06	-9,41* -16,54...-2,29
DID Jahr 3	-0,13* -0,26...-0,01	-10,42** -17,54...-3,30
DID Jahr 4	-0,14* -0,27...-0,02	-10,94** -18,06...-3,81
DID Jahr 1-4	—	-8,59** -14,23...-2,95

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	2.080	2.080	2.124	2.124
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)² • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C) 	0,7	1,1	0,7	1,1
	26,1	80,4	28,6	88,7
	22,8%	15,5%	26,3%	15,0%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person • Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E) • Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F) 	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,4	0,5	0,3	0,4
	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

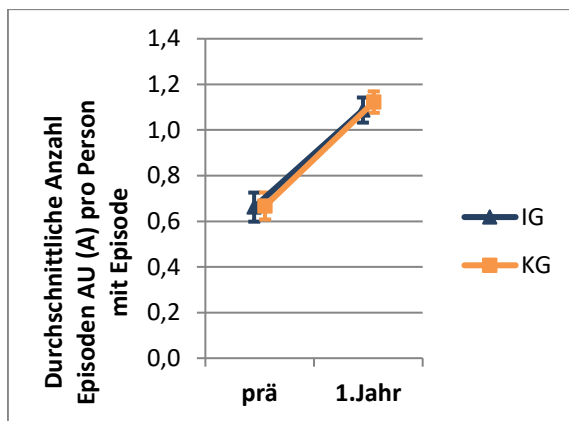
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

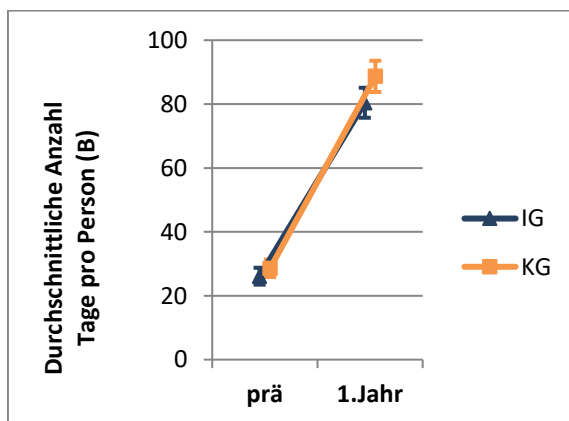
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

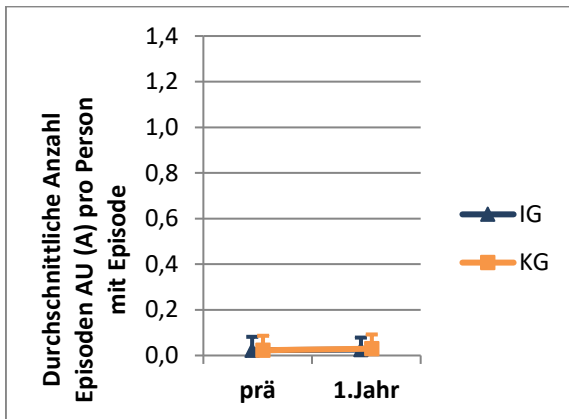


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

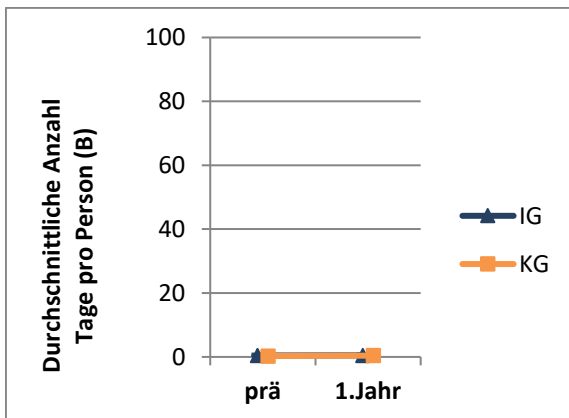


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.613	1.613	1.595	1.661	1.661	1.650
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	1,1	0,5	0,7	1,2	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,6	80,4	25,8	26,7	91,3	29,4
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,8%	15,9%	7,1%	26,4%	15,7%	7,3%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,5	0,3	0,3	0,5	0,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%

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

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

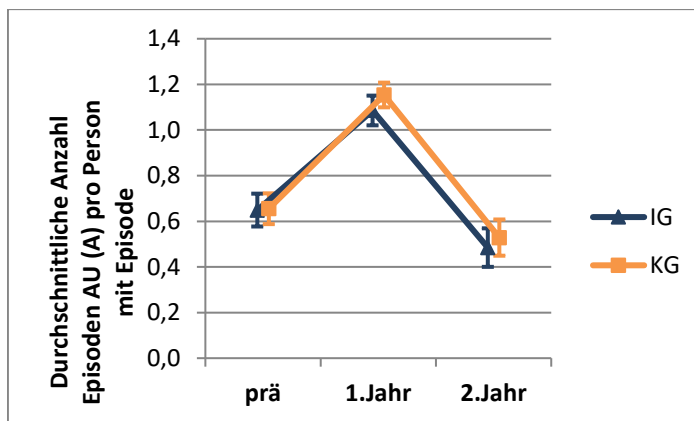
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

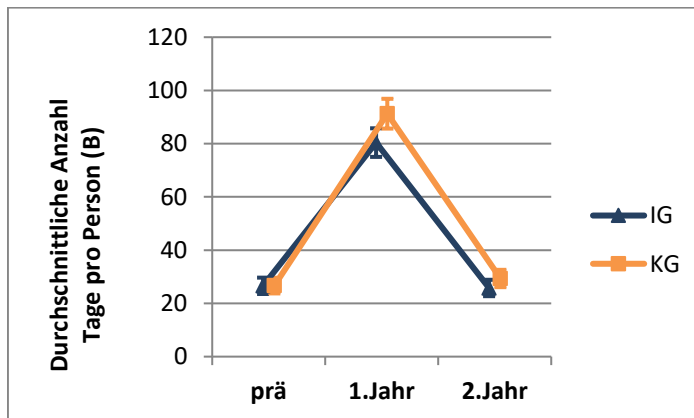
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

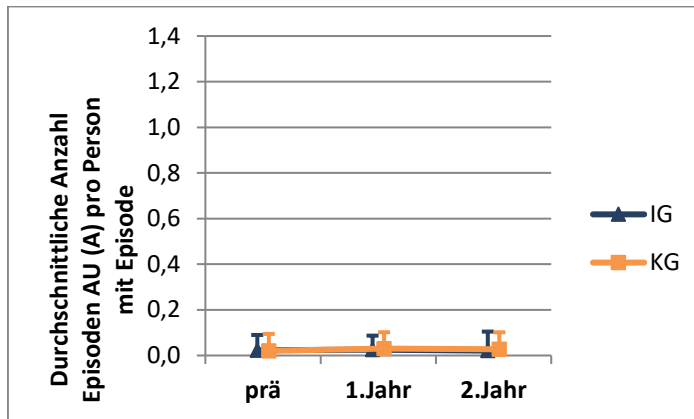


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

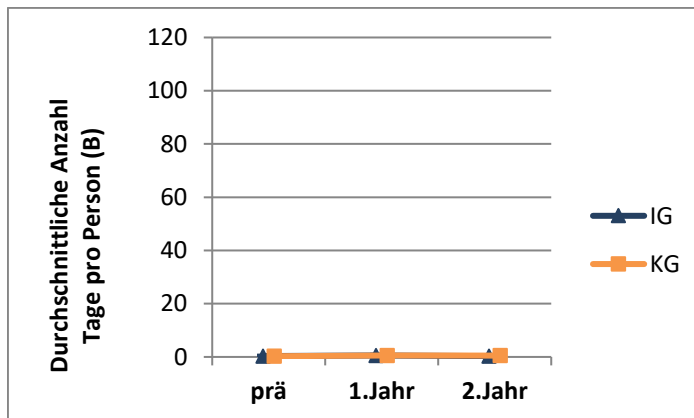


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,06 -0,15...0,03	-10,77** -18,27...-3,28
DID Jahr 2	-0,04 -0,13...0,05	-3,57 -11,07...3,92

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.068	1.068	1.055	1.046	1.085	1.085	1.078	1.071
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	1,1	0,5	0,4	0,6	1,2	0,5	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	26,6	79,4	27,1	18,3	24,6	87,3	27,0	17,9
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	22,8%	15,4%	7,9%	6,2%	25,5%	15,0%	7,8%	6,5%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,4	0,6	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n)	1.161	1.161	1.157	1.150	1.192	1.192	1.187	1.178
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,7	0,7	0,5	0,5	0,6	0,7	0,5	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	37,5	36,3	21,8	20,4	27,4	29,5	19,4	20,2
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	14,9%	9,0%	6,7%	6,5%	10,3%	7,0%	5,1%	5,7%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	1,2	1,1	0,7	0,5	1,0	1,4	1,1	0,8
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%

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

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

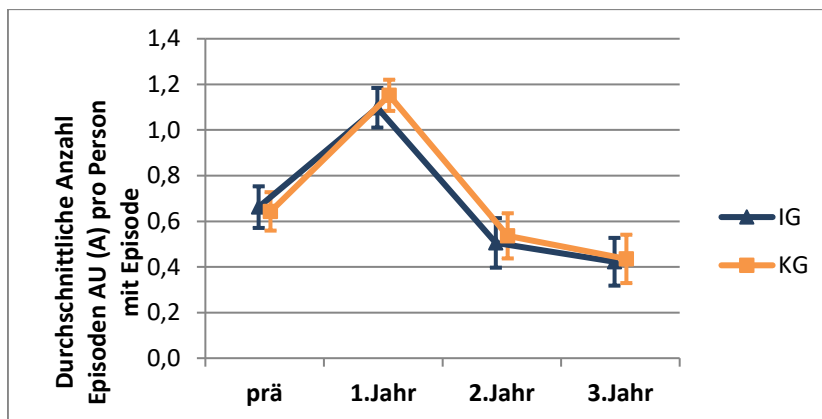
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

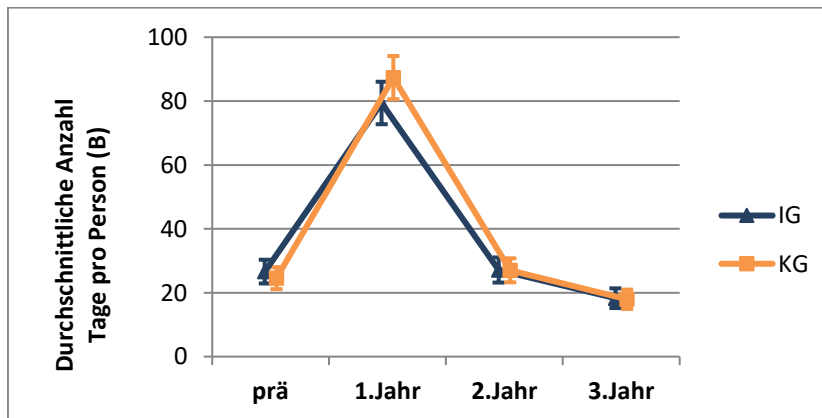
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

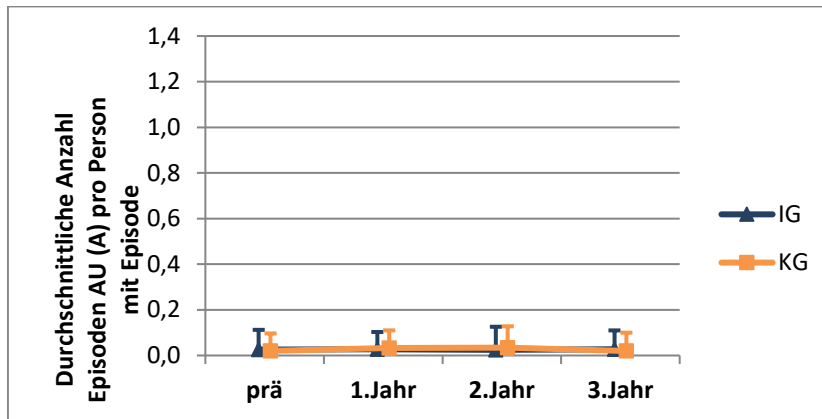


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

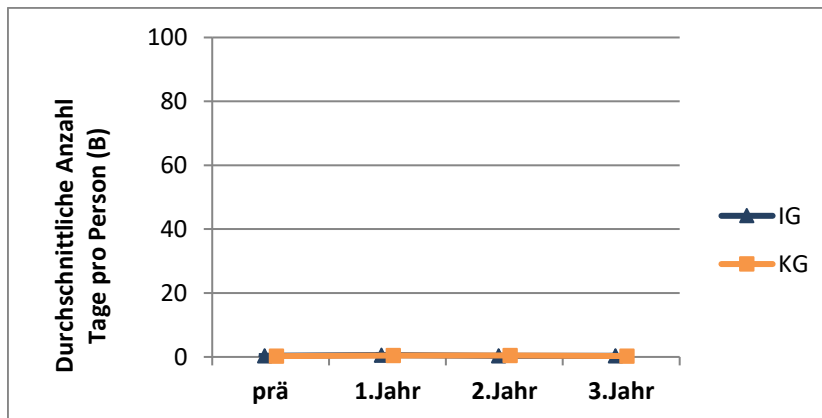


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



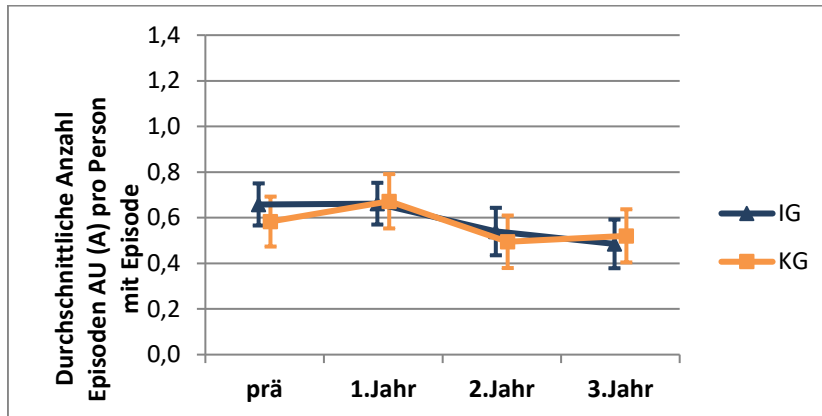
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

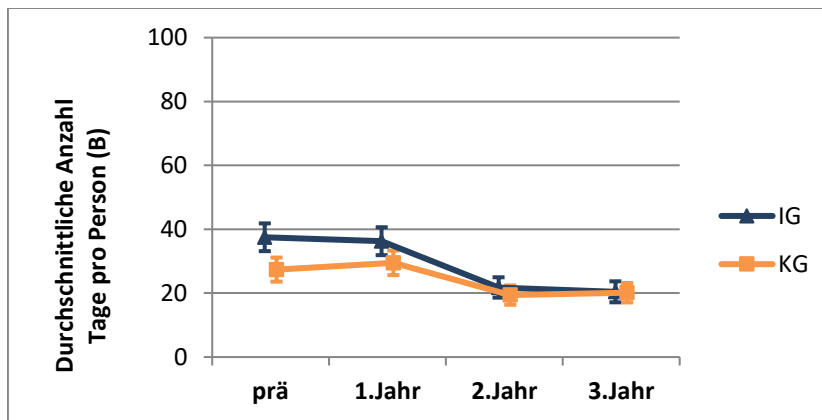
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

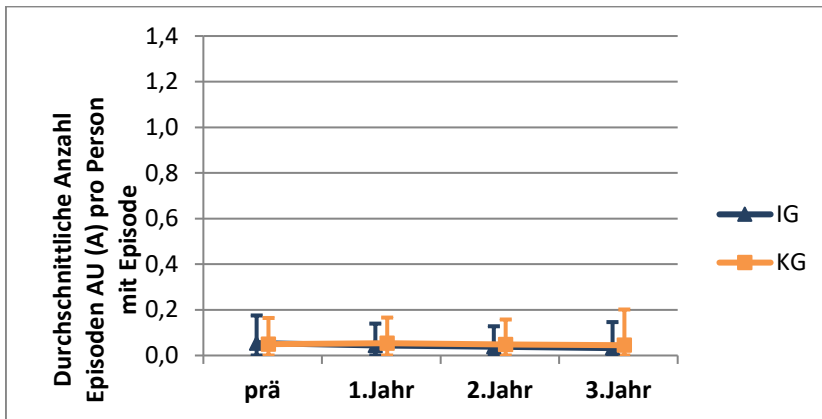


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

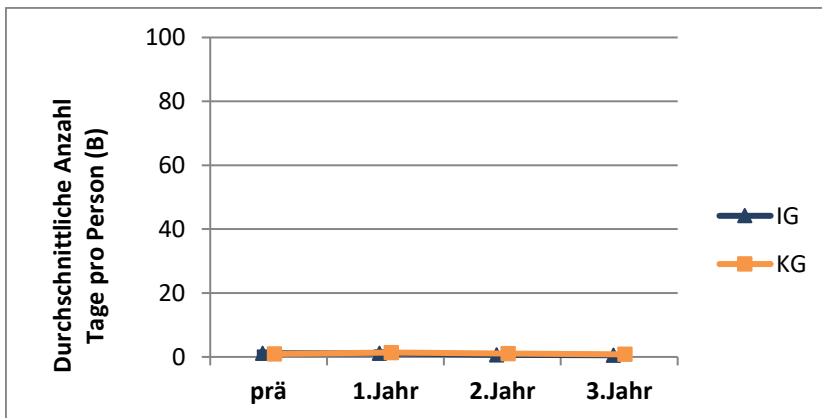


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



8.2.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 24,4 %; KG: 26,1 %). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Auch war die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** in der IG geringer als in der KG (IG: 123,5; KG: 134,1 Tage). Auch dieser Vergleich war statistisch nicht signifikant.

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	1.688	1.925
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	24,4%	26,1%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	123,5	134,1
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	759	945
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	12,5%	13,5%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	120,6	127,9
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	294	406
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	5,4%	6,3%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	123,3	130,3

¹ 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.

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

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

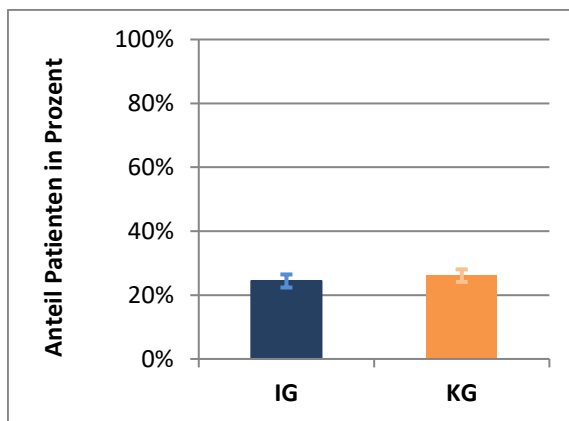
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

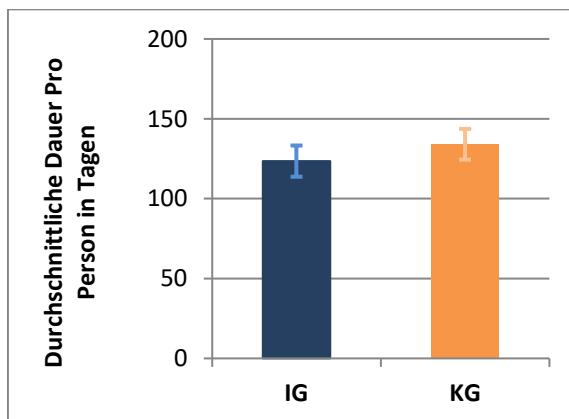


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,93 0,80...1,08	-10,61 -24,58...3,36

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

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

8.2.8 Komorbidität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung stieg der durchschnittliche **Komorbiditäts-Score** bei den linikneuen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach etwas an (IG: +0,6; KG: +0,6). Danach sank der Score erneut. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Klinikbekannte Patienten, die laut Definition bereits länger in Behandlung waren, zeigten über die gesamte Beobachtungszeit einen leicht höheren Komorbiditäts-Score im Vergleich zu den klinikneuen Patienten (3,5-3,7), jedoch kaum Unterschiede zwischen IG und KG und sehr wenig relevante Veränderungen über die Zeit.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung gab es zwischen IG und KG keine relevanten Unterschiede. Beide mittleren Komorbiditäts-Scores stiegen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, blieben aber zwischen den Gruppen vergleichbar.

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

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	2,9	3,5	3,0	3,0	3,0	3,1	3,7	3,1	3,0	2,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,6	3,5	3,5	3,6	3,5	3,7	3,6	3,7	3,7

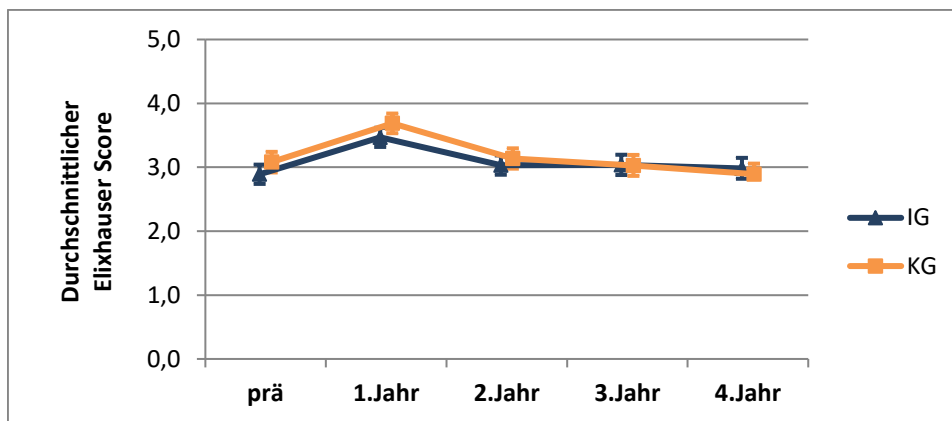
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

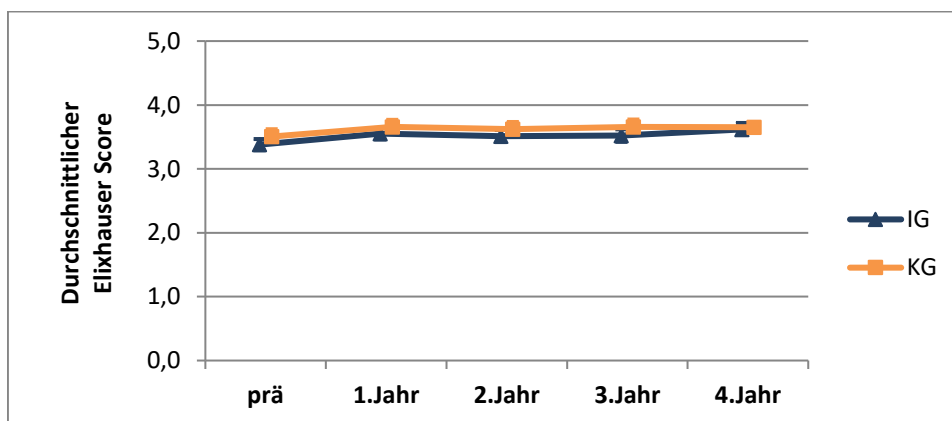


Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,31...0,25
DID Jahr 2	0,07 -0,21...0,35
DID Jahr 3	0,19 -0,09...0,48
DID Jahr 4	0,25 -0,04...0,53

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,02 -0,16...0,20
DID Jahr 2	0,04 -0,15...0,22
DID Jahr 3	0,04 -0,14...0,23
DID Jahr 4	0,15 -0,03...0,34

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	3.688	3.688	3.688	3.688
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,1	3,6

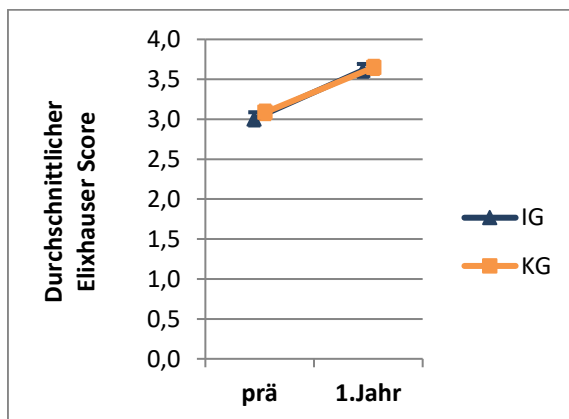
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,6	3,0	3,1	3,7	3,1

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

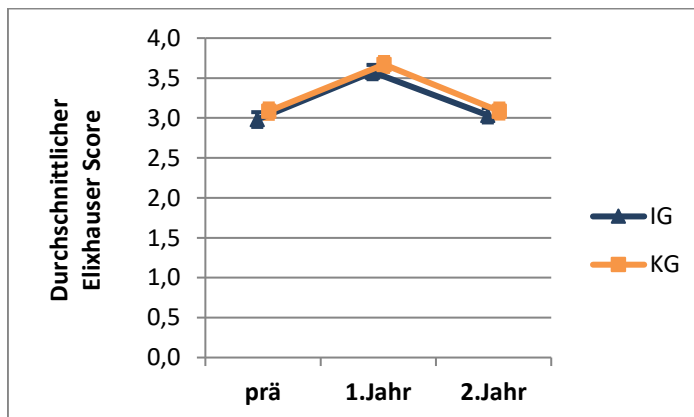


Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,01 -0,15...0,17
DID Jahr 2	0,04 -0,12...0,20

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,0	3,5	3,1	3,1	3,0	3,6	3,1	3,0

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	3,6	3,6

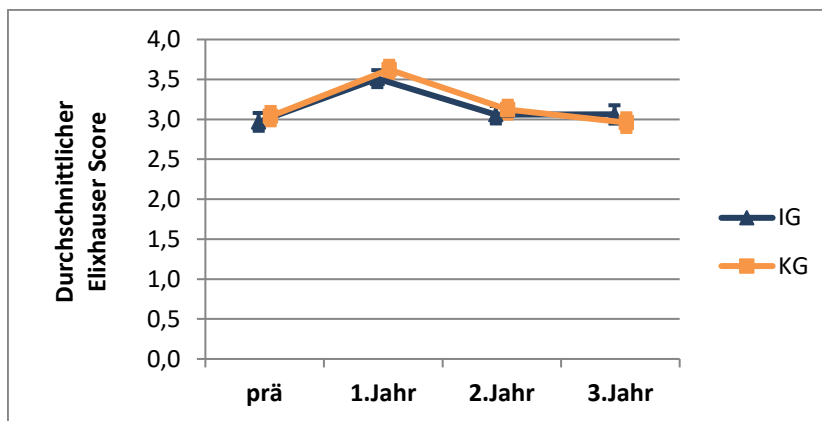
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

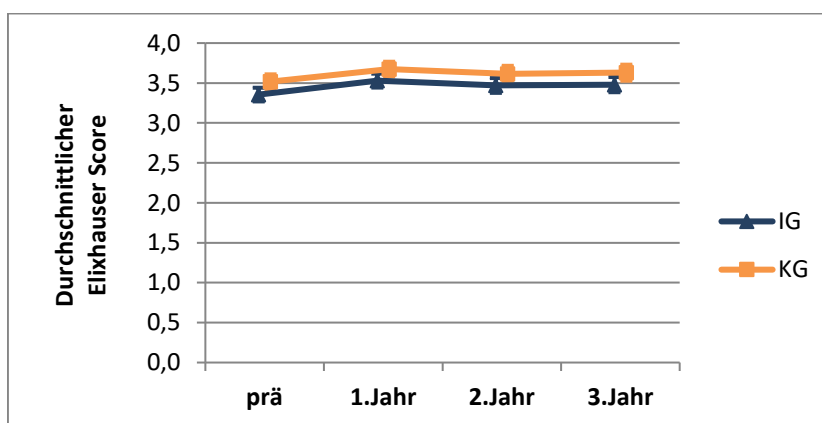


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), zwischen IG und KG vergleichbar und bei den linikbekannten Patienten der IG etwas niedriger als in der KG (-2,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der zwischen den Gruppen vergleichbaren Mortalität linikneuer Patienten für die 2-Jahres-Mortalität (+1,1 %-Punkte). Die 2-Jahres-Mortalität war bei den linikbekannten Patienten analog zu U1 erneut etwas niedriger in der IG im Vergleich zur KG (-1,8 %-Punkte).

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

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	995	975
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	14,6 %	14,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	2.493	2.498
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	9,9 %	12,1 %

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

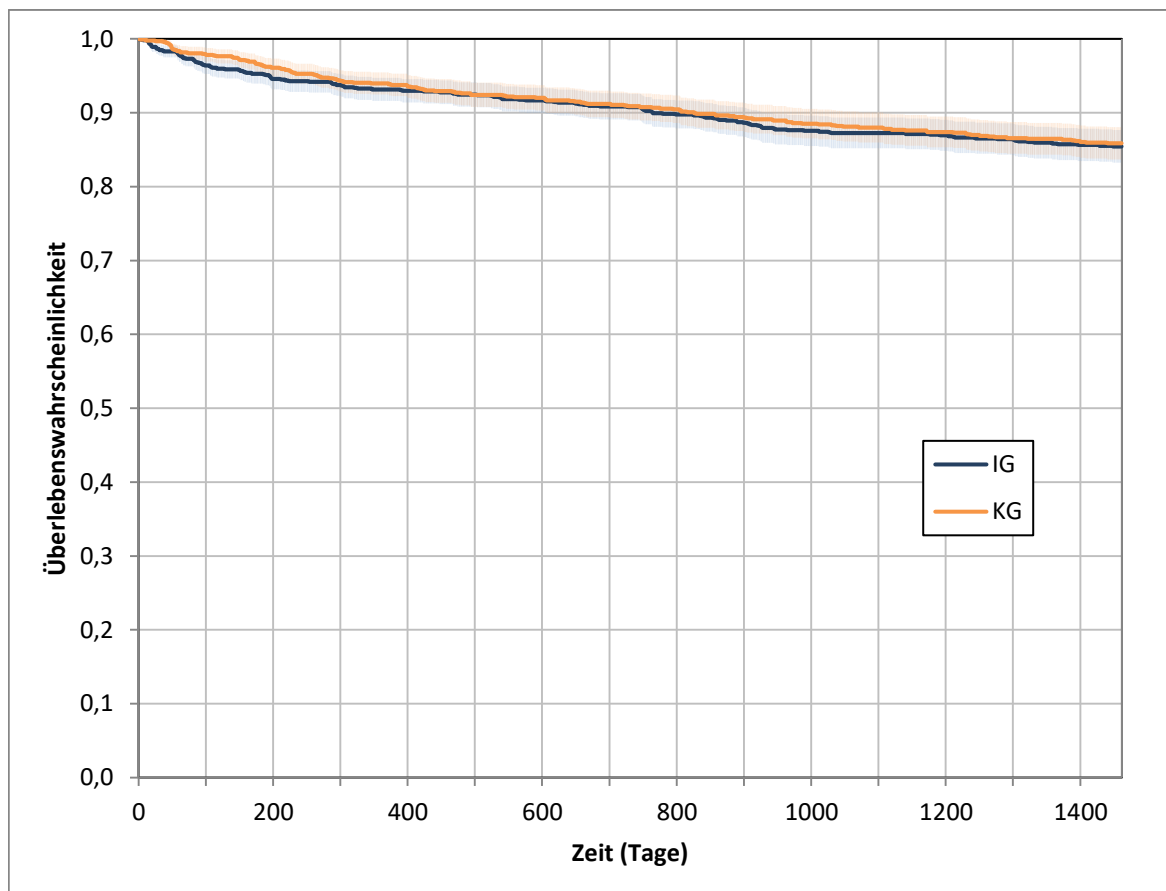
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

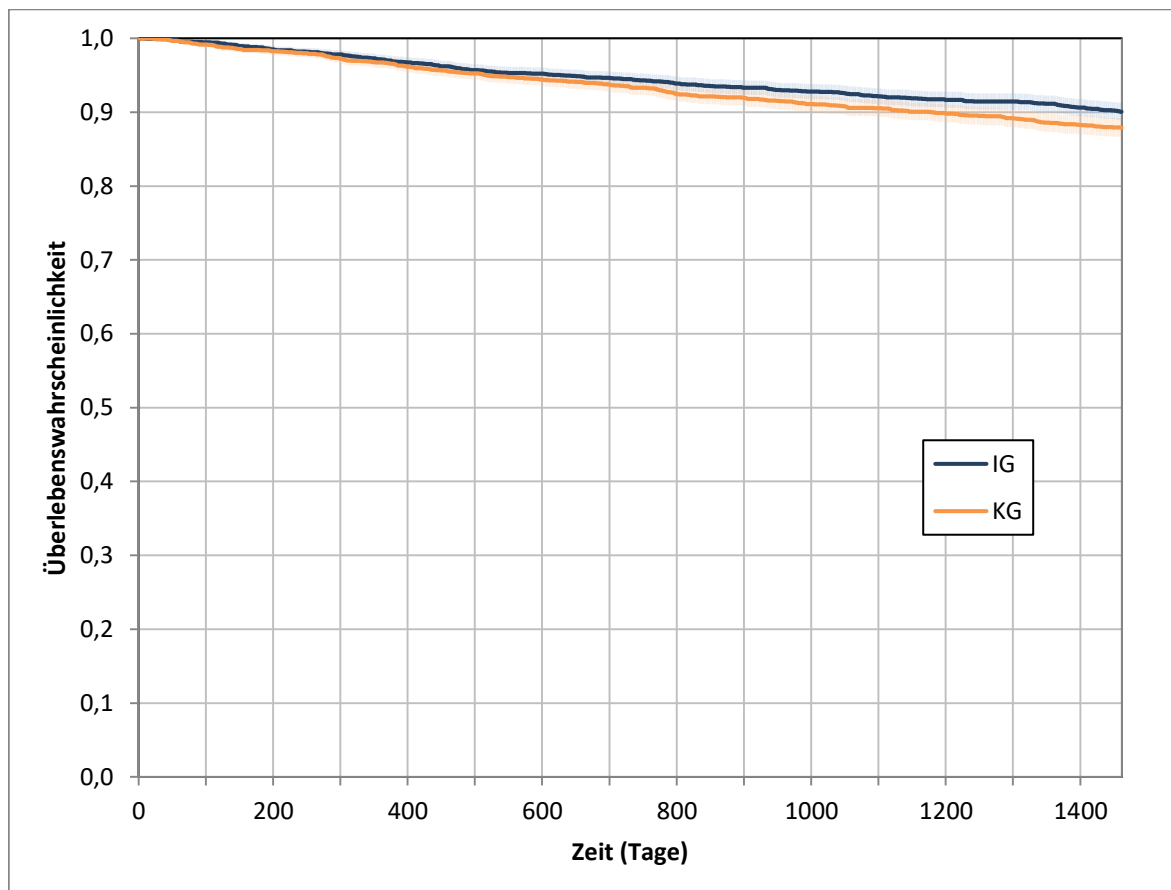
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,06 0,84...1,35

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,90 0,76...1,06

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	3.688	3.688
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	6,7 %	6,2 %

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

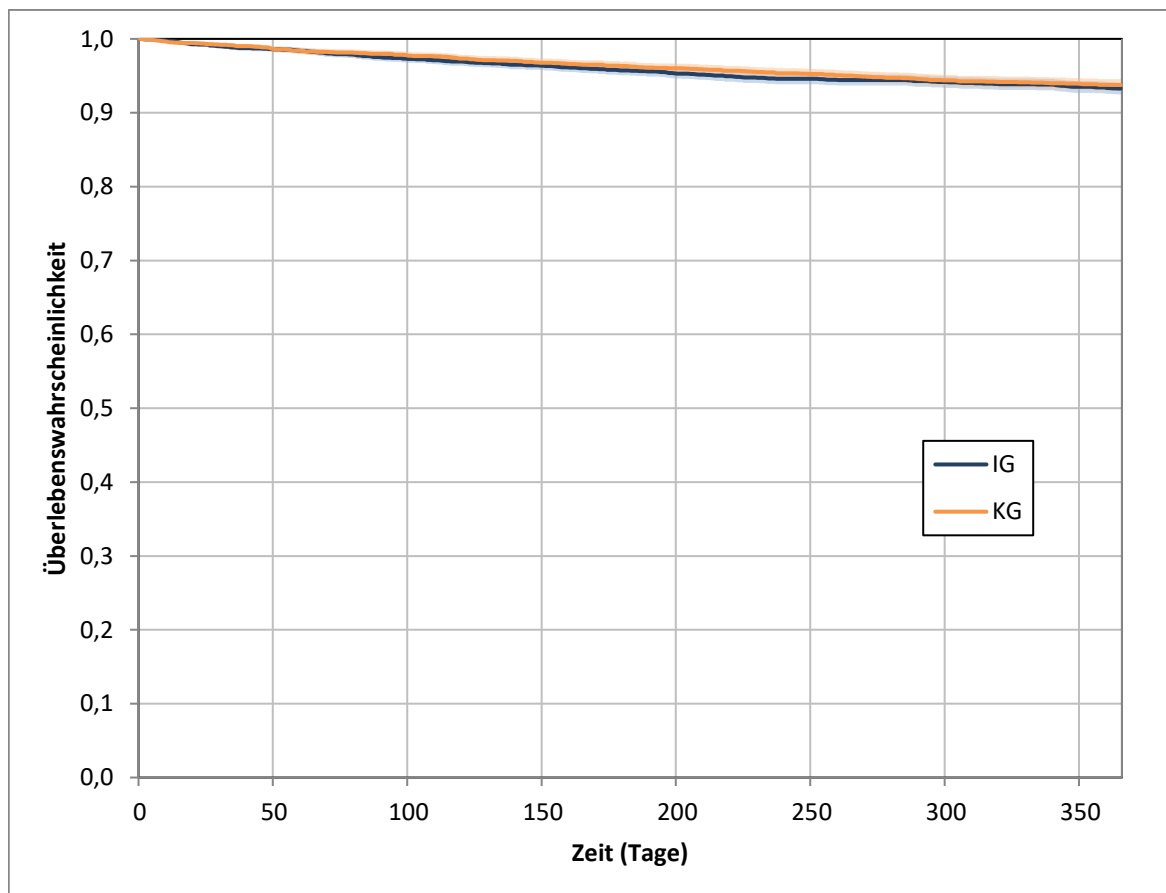
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	2.888	2.889
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A) 	9,4 %	9,0 %

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

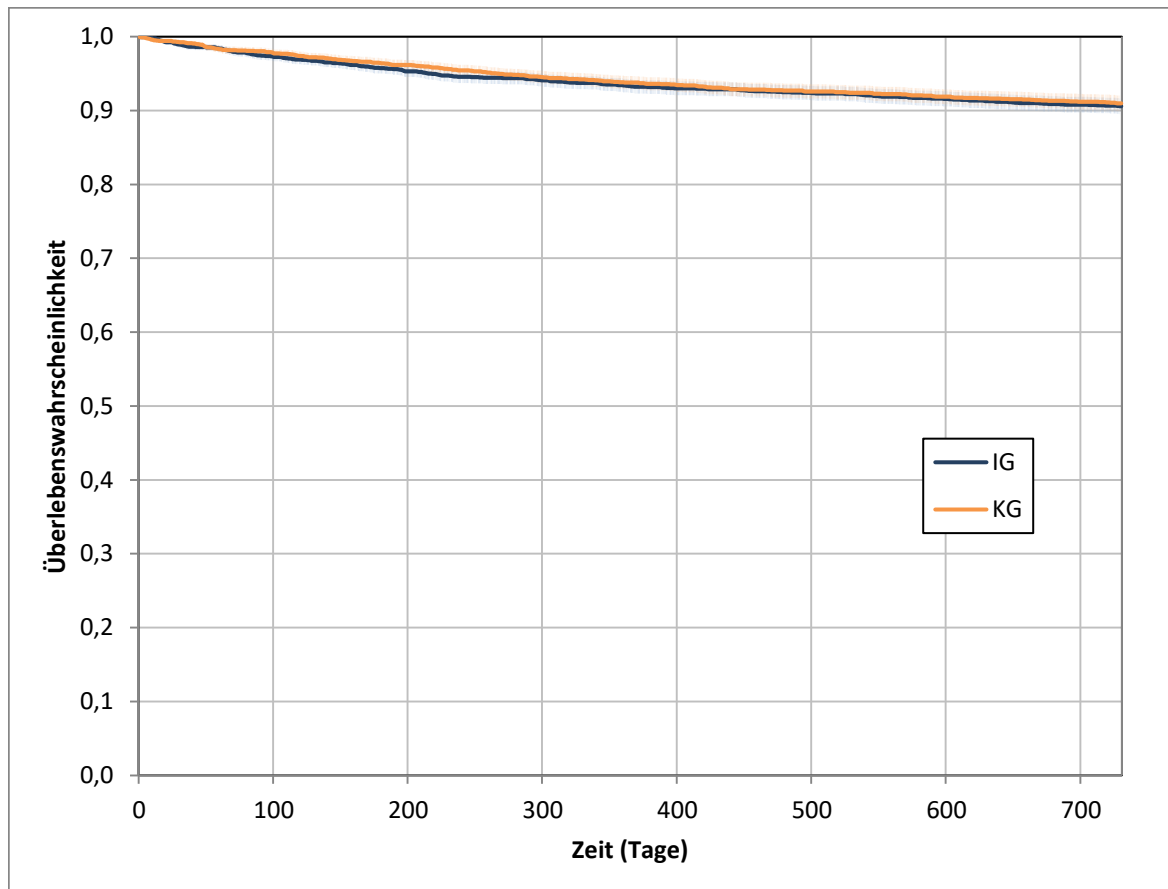


Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,08 0,91...1,28

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.931	1.930
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	12,0 %	11,6 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	2.644	2.648
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	7,9 %	9,7 %

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

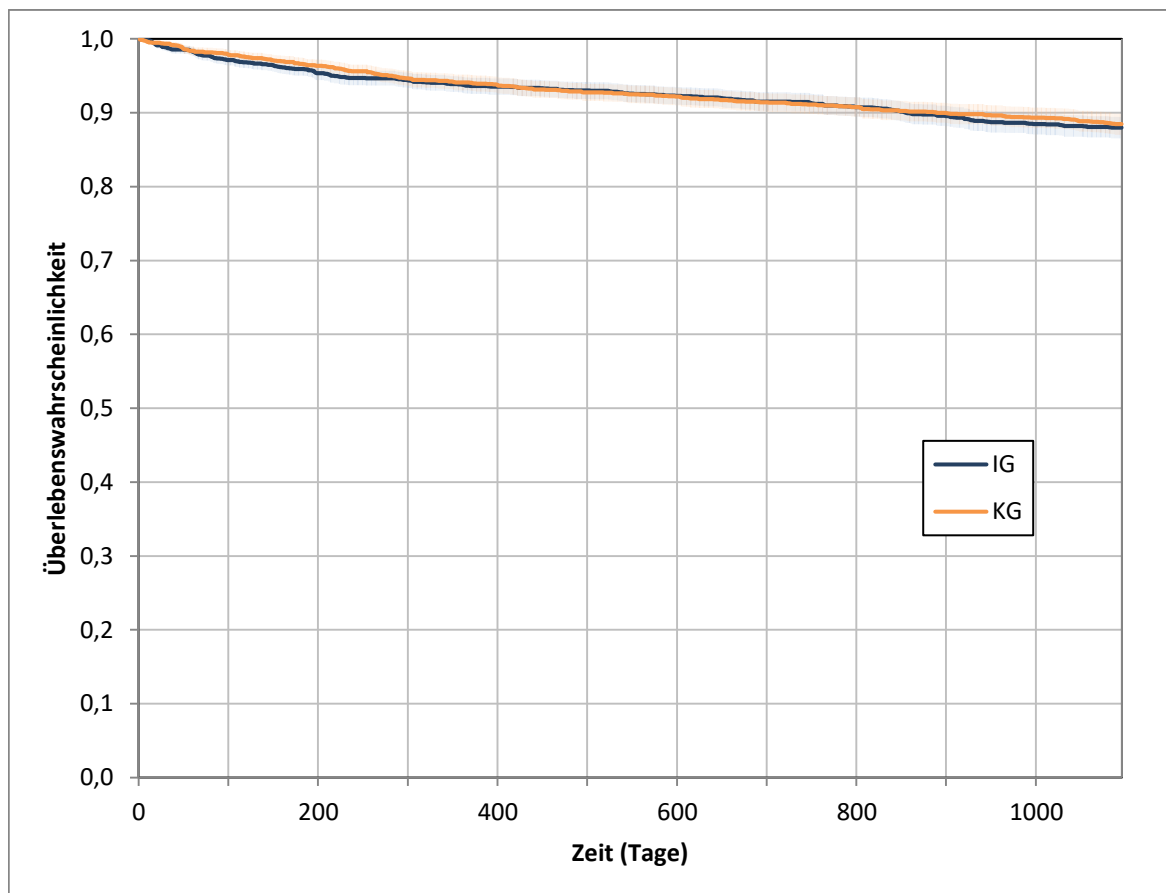
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

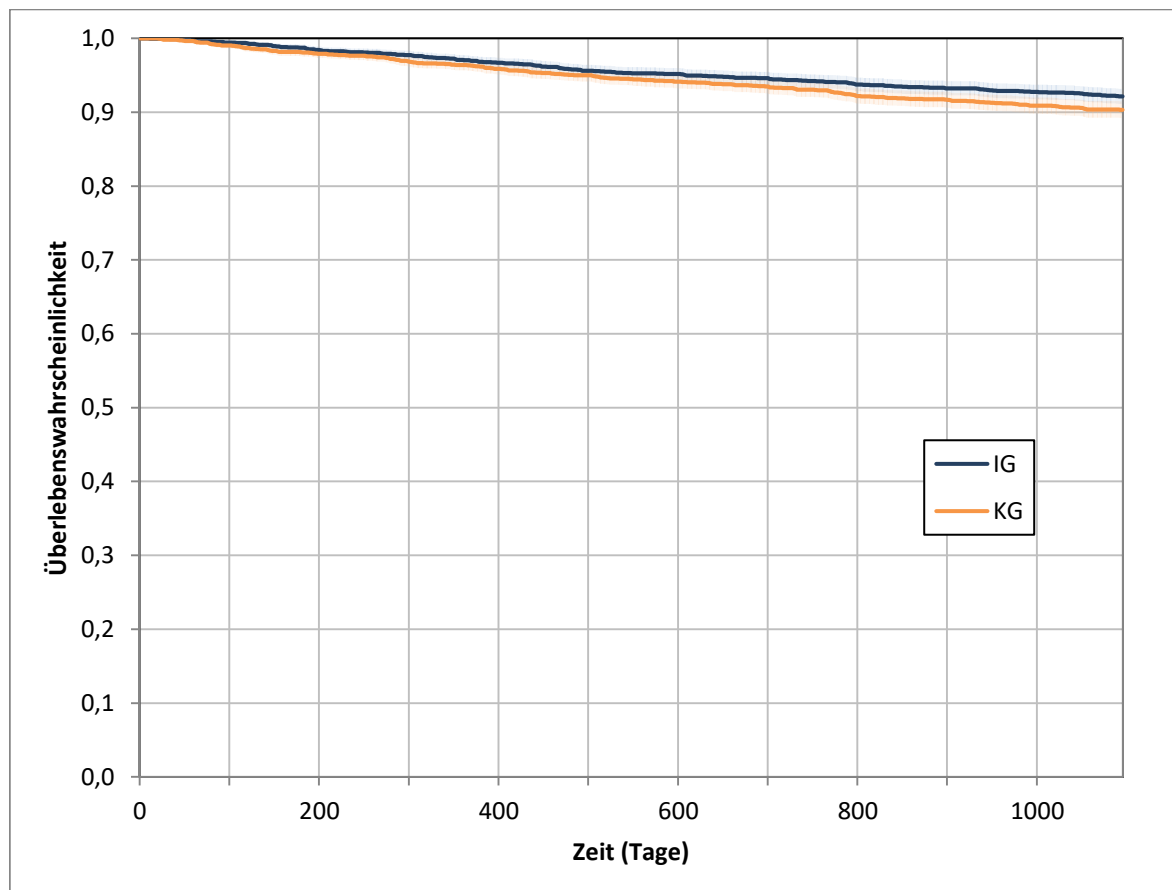


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, welcher Anteil an Personen entweder aus einer leichten/mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Episode, aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung oder aus keiner eine Suchterkrankung entwickelte. Ausführungen zur Operationalisierung dieses Outcomes finden sich im Methodenband.

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-2,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen IG und KG vergleichbar (-0,8 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung aus jeglicher depressiven Episode (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+0,2 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil geringer (-3,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen als Patienten der KG (-1,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer als in der KG (+1,3 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall in der IG um 5,3 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 2,3 %-Punkte geringer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG geringer als in der KG (-5,2 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,9 %-Punkte). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG geringer als in der KG (-2,0 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut geringer als in der KG (-5,4 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-1,6 %-Punkte), auch wenn in geringerem Ausmaße. Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu zwischen den Gruppen vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-0,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,1 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu geringeren Anteilen als die Patienten der KG (-2,4 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG jedoch größer (+1,5 %-Punkte).

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

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	850	837
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	399	352
• Jegliche depr. Episode ³	592	550
• ohne Suchterkrankung ⁵	624	621
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	21,1 %	23,9 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	9,0 %	8,7 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	26,1 %	27,2 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	2.245	2.195
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	813	611
• Jegliche depr. Episode ³	1.187	1.071
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.561	1.487
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	10,8 %	11,6 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,8 %	9,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	15,2 %	13,9 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

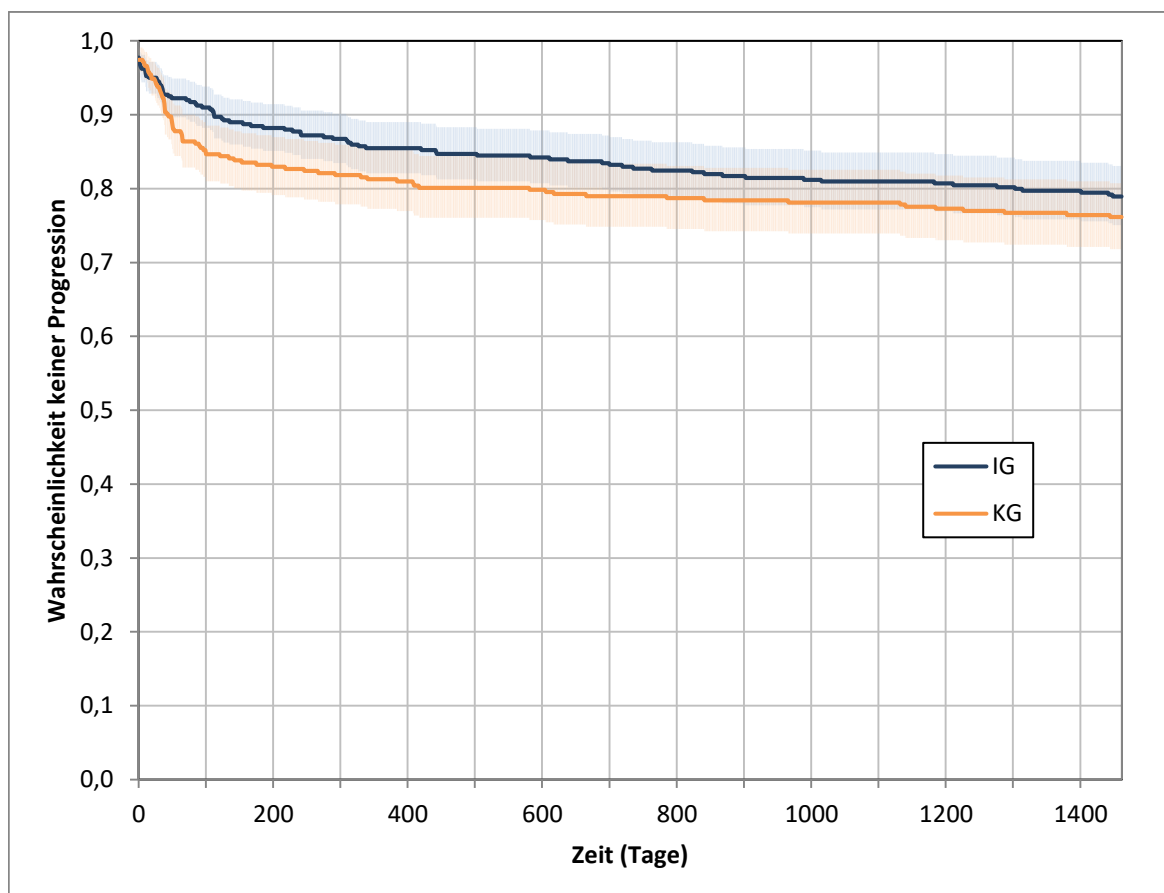
Erwachsene, klinikneue Patienten

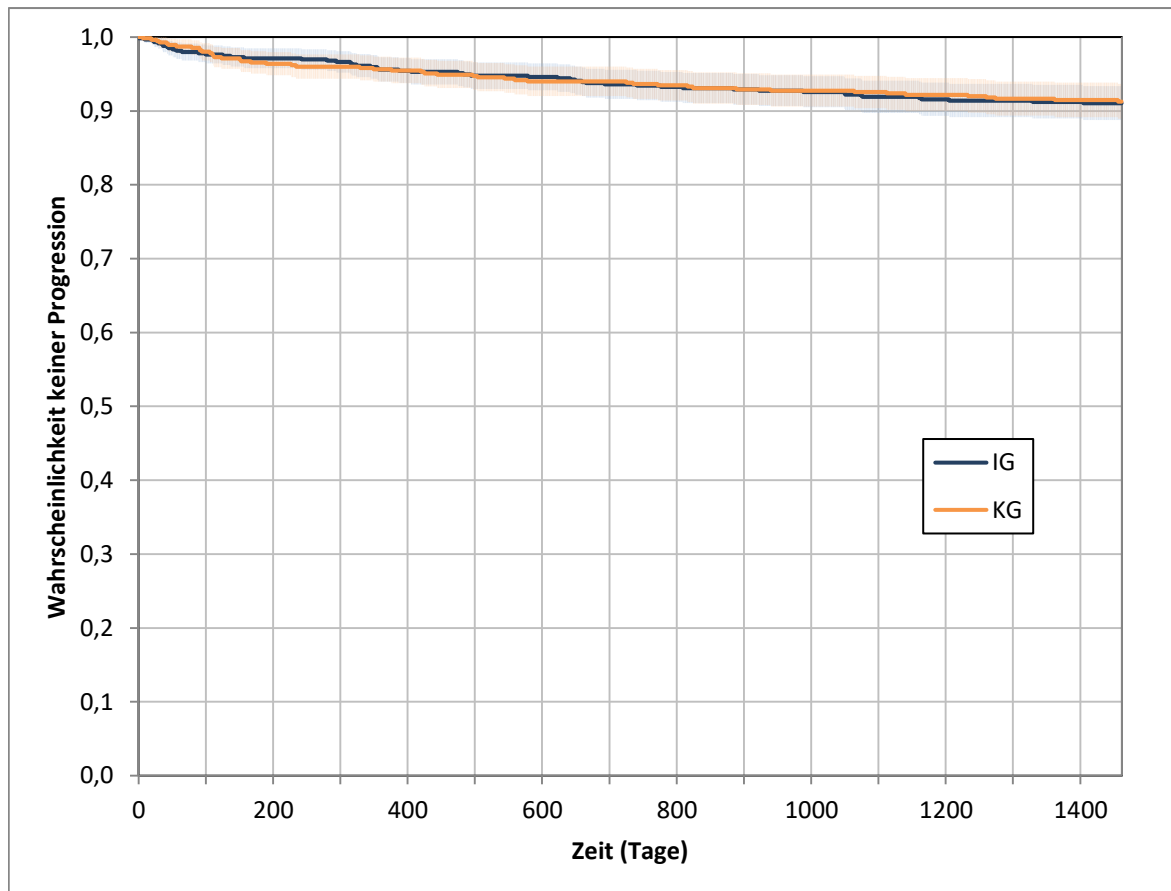
Legende für die folgenden Abbildungen:

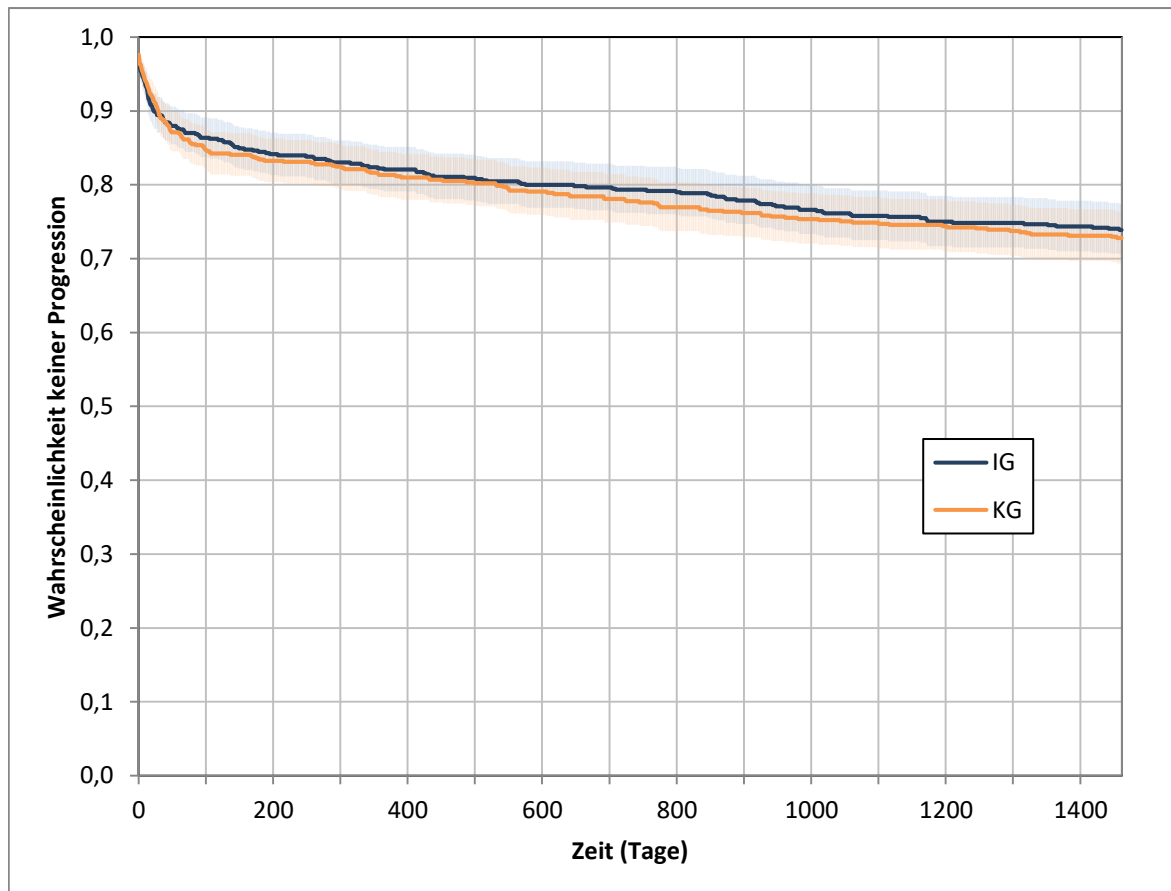
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

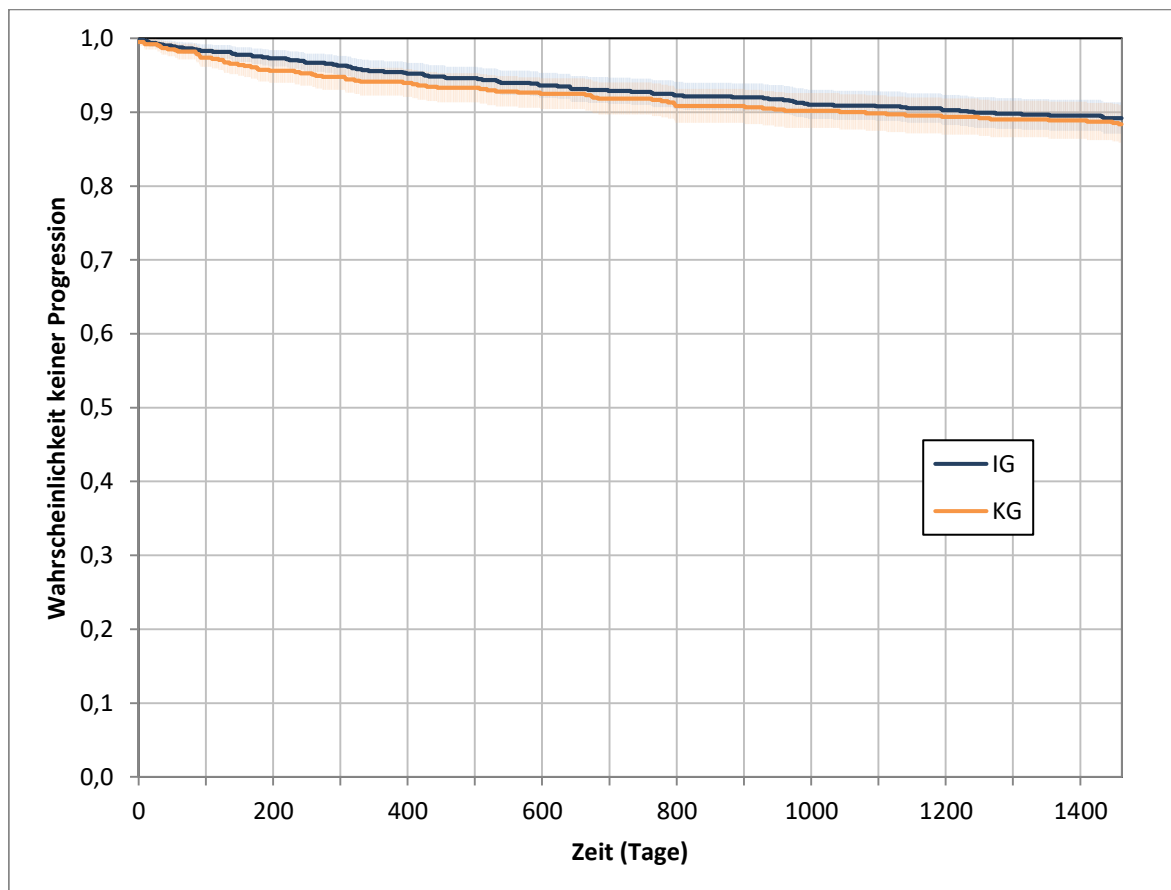
Progression C (→ Suchterkrankung)

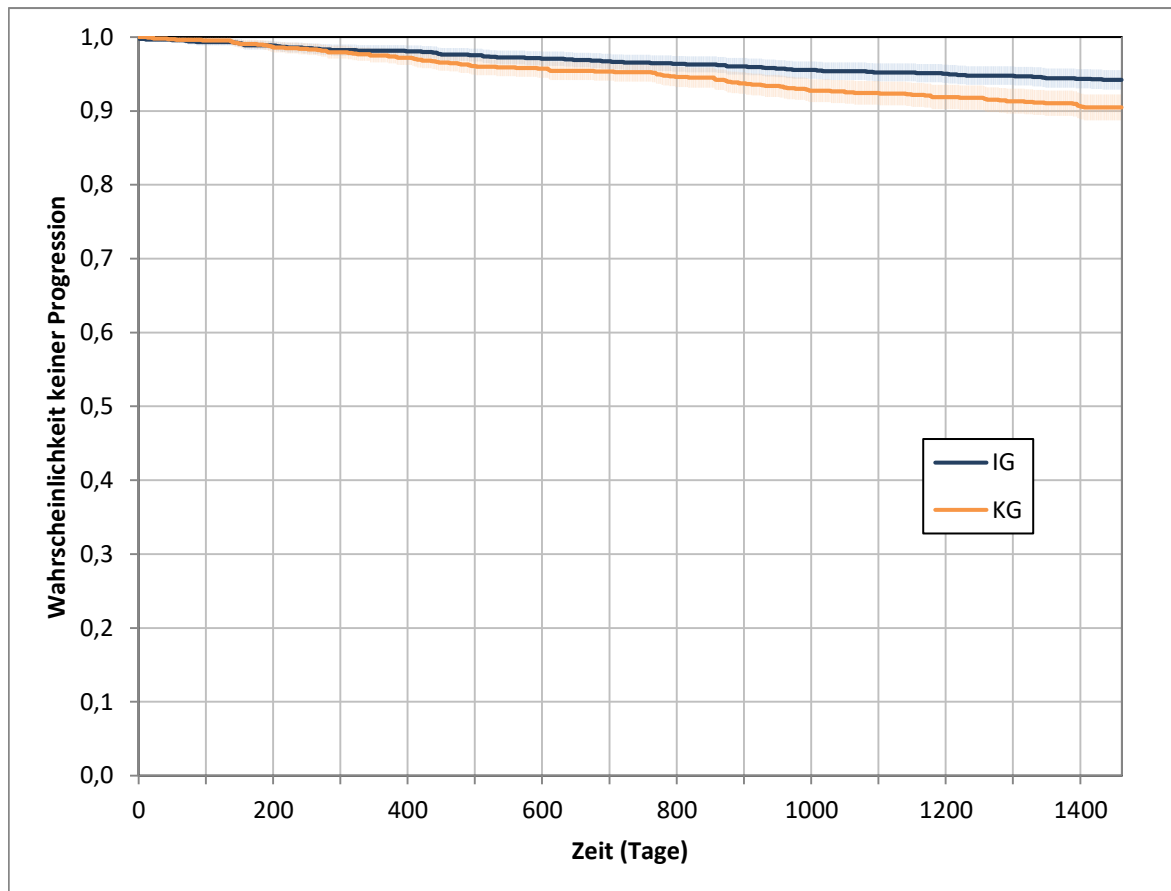
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

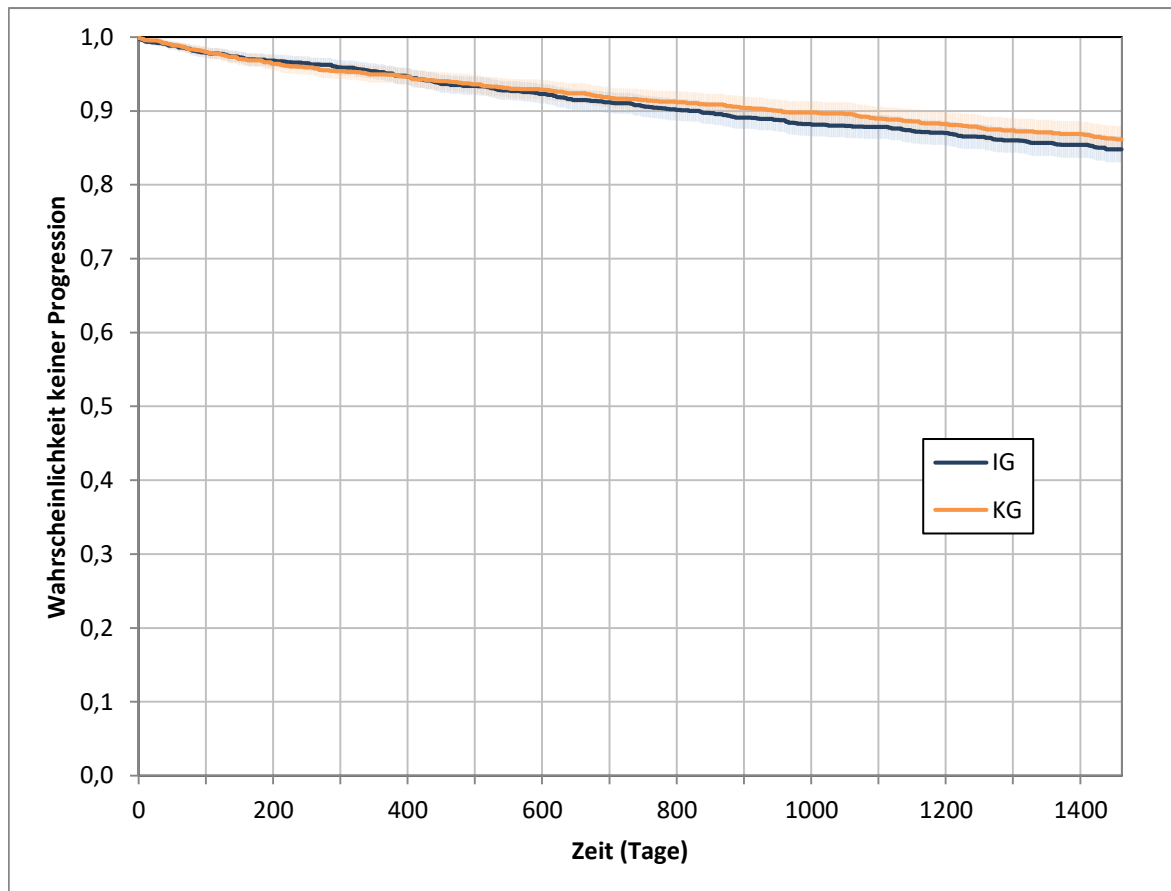
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,97 0,71...1,32	1,08 0,72...1,61	1,05 0,84...1,31

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,96 0,70...1,32	0,56*** 0,41...0,77	1,08 0,90...1,31

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	3.440	3.458
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	1.315	1.261
• Jegliche depr. Episode ³	2.148	2.120
• ohne Suchterkrankung ⁵	2.532	2.509
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	15,8 %	21,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,6 %	4,1 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	18,0 %	20,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

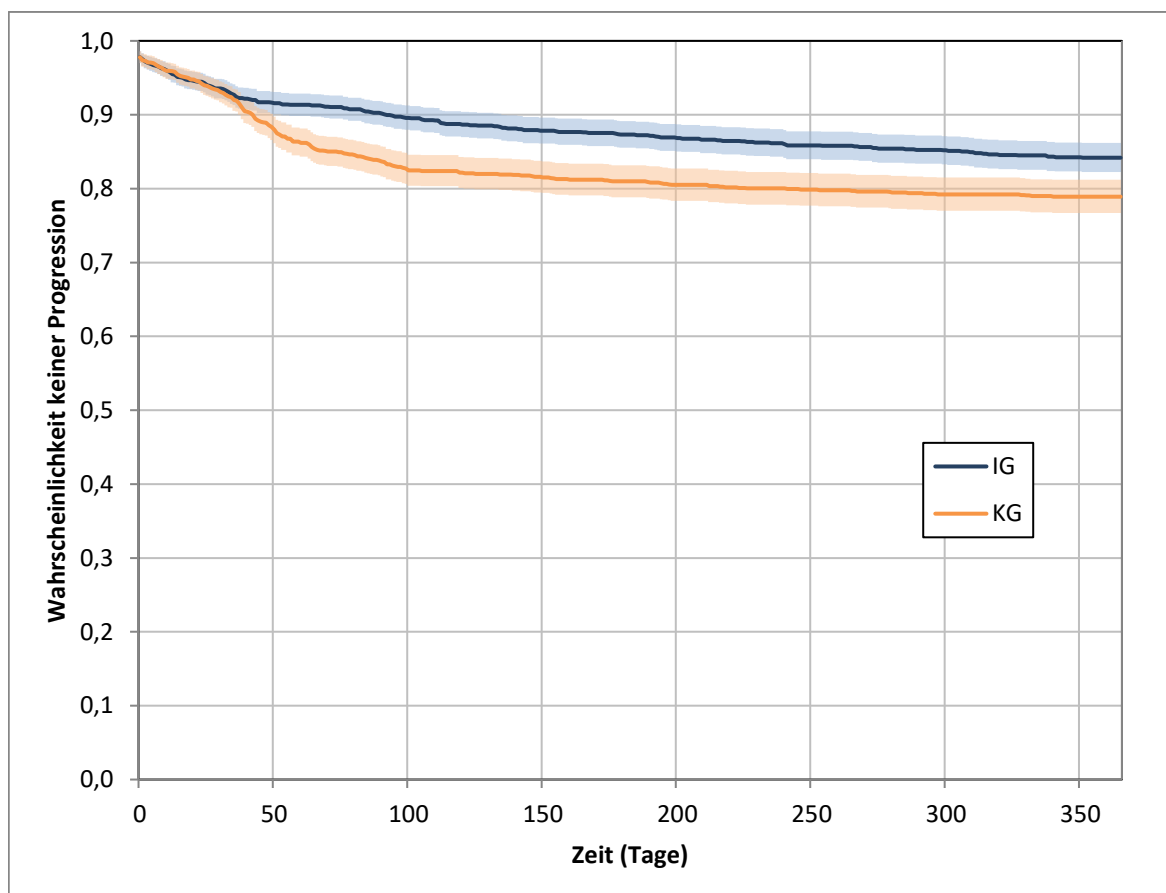
Erwachsene, klinikneue Patienten

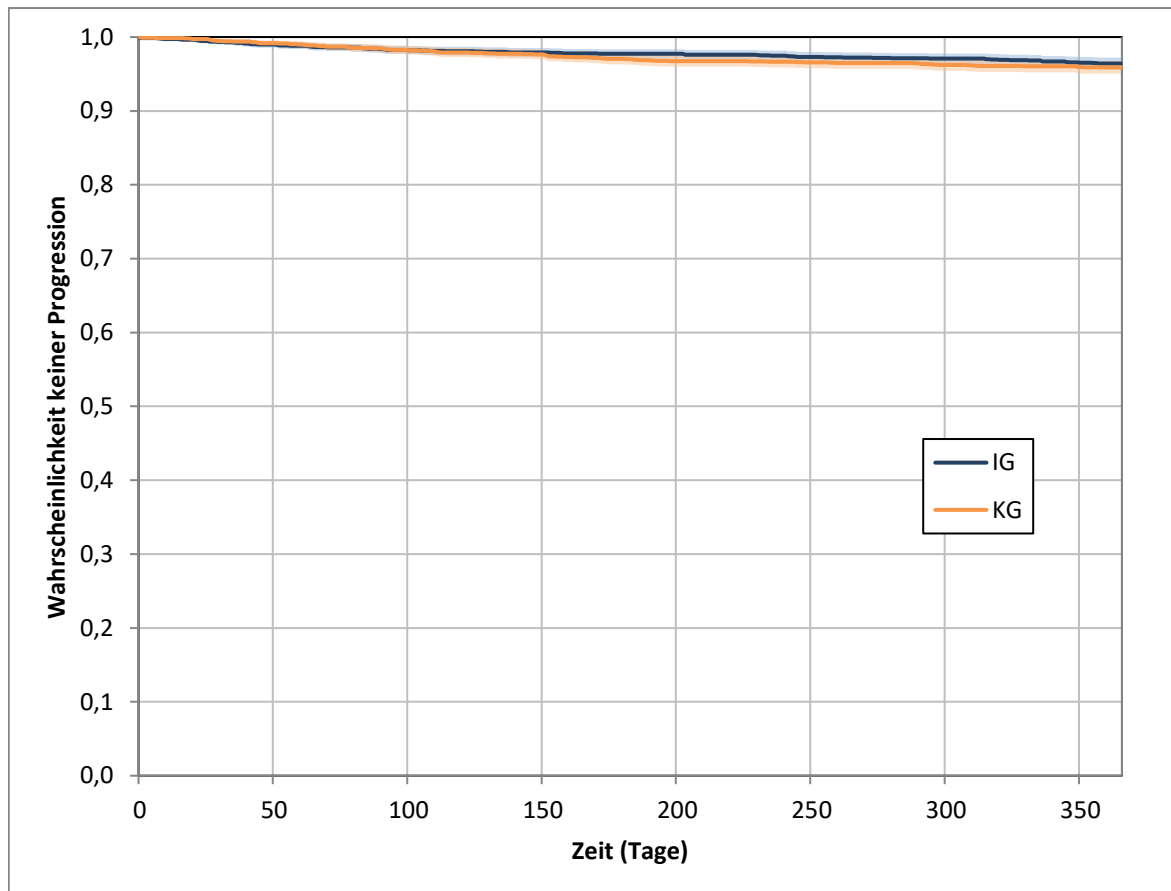
Legende für die folgenden Abbildungen:

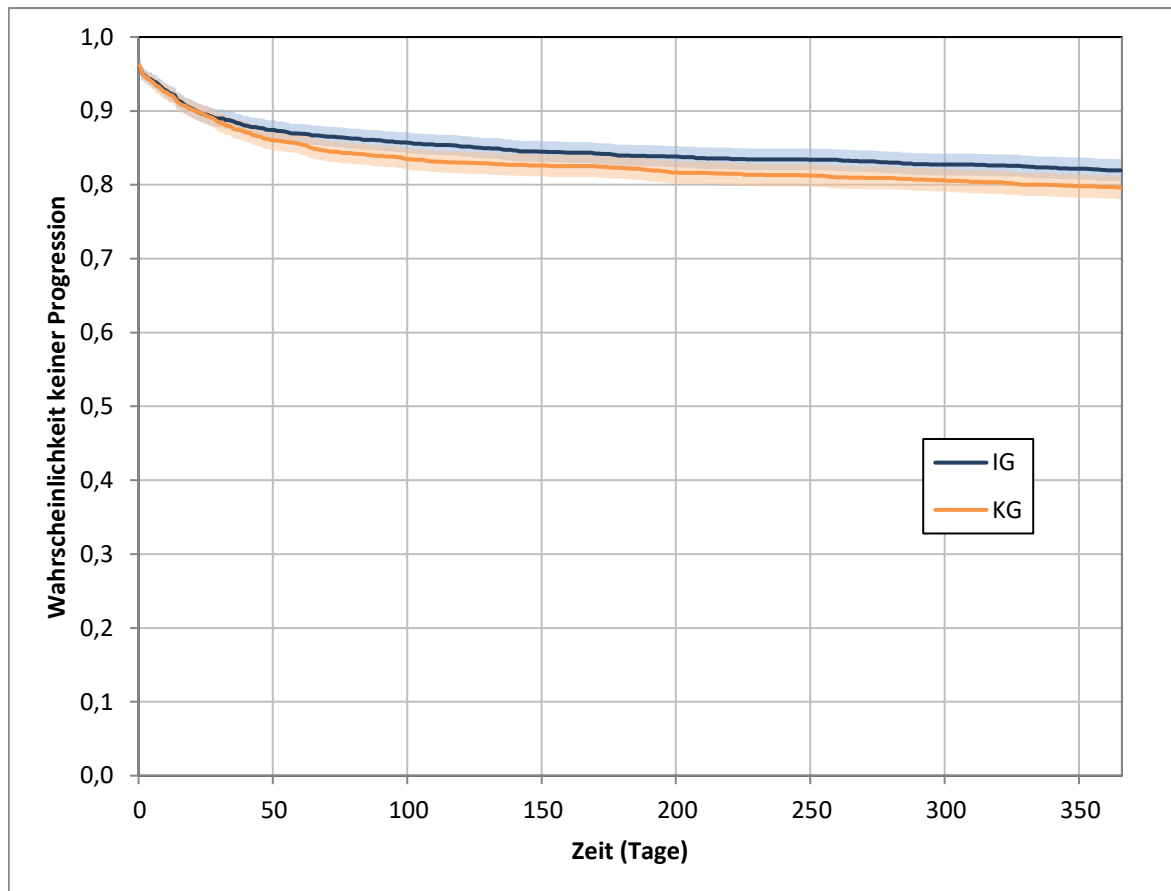
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	2.616	2.628
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	1.086	1.036
• Jegliche depr. Episode ³	1.693	1.663
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.914	1.915
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	17,5 %	22,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,4 %	6,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	21,4 %	23,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

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

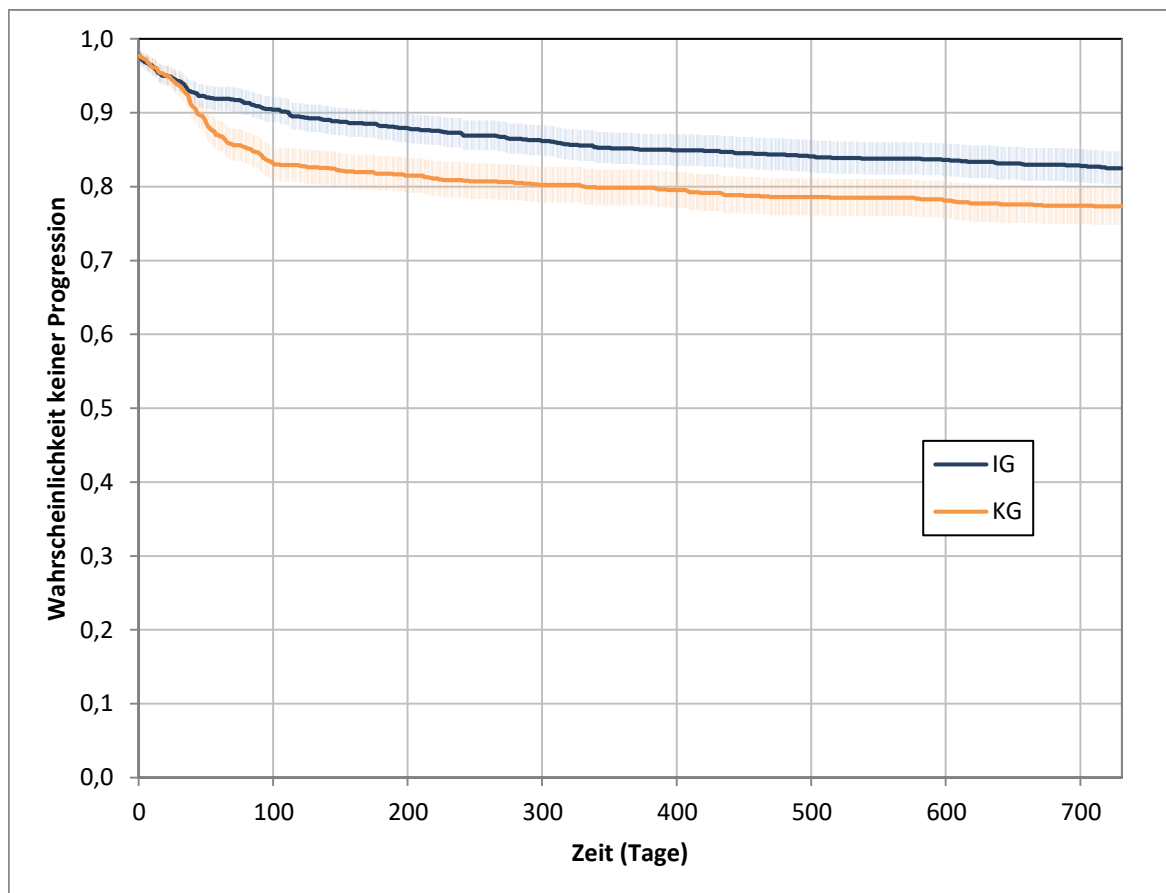
Erwachsene, klinikneue Patienten

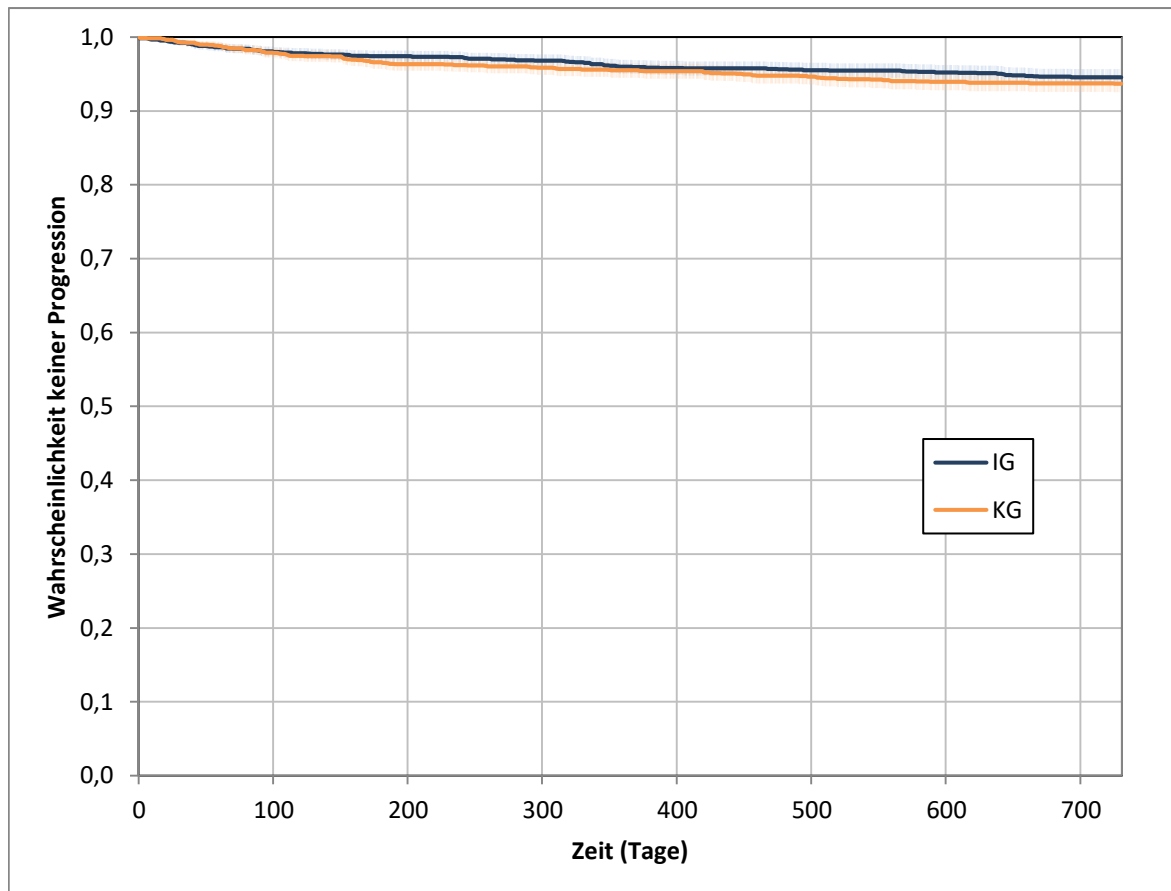
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

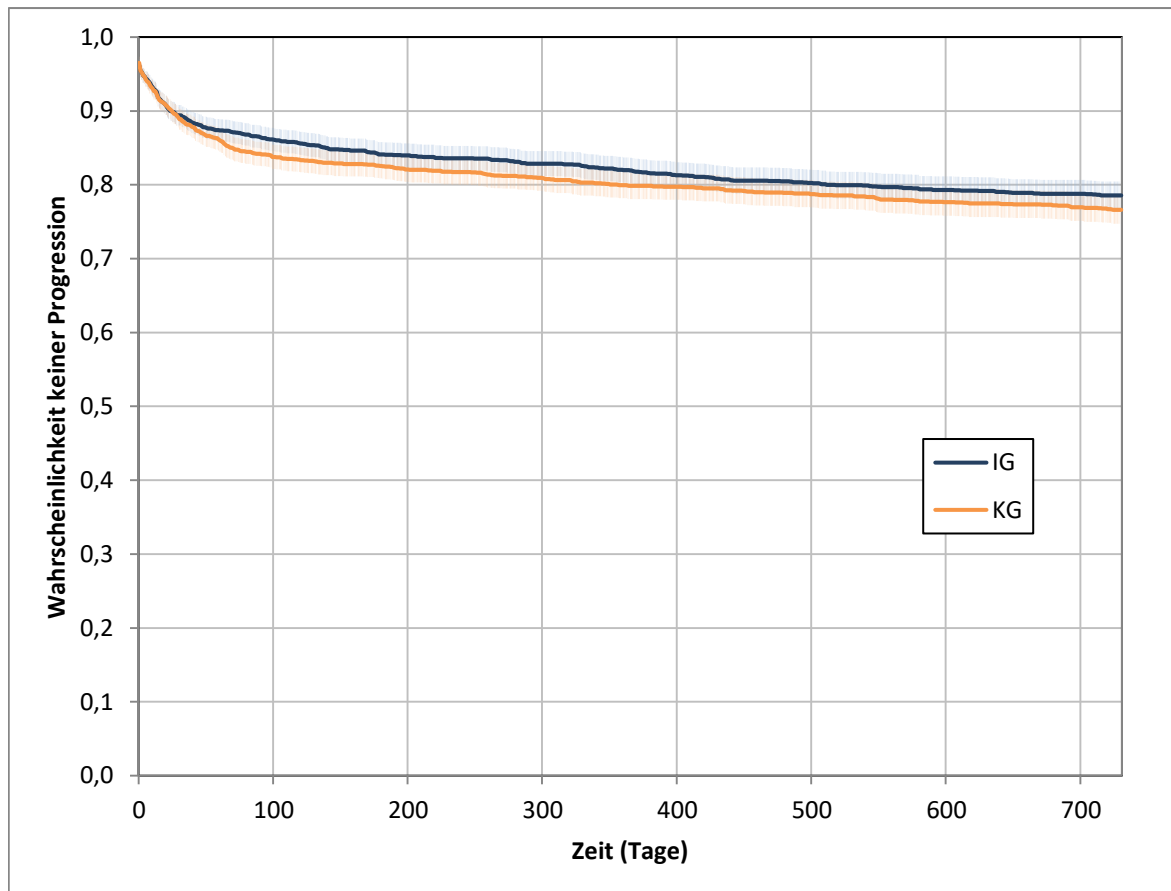
Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,83 0,68...1,00	0,85 0,64...1,13	1,11 0,97...1,27

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.699	1.707
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	742 1.118 1.246	687 1.082 1.256
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	18,9 % 7,1 % 24,5 %	24,3 % 7,8 % 26,8 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	2.436	2.392
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	874	638
• Jegliche depr. Episode ³	1.282	1.169
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.702	1.604
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	9,8 %	11,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,4 %	7,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	12,6 %	11,0 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

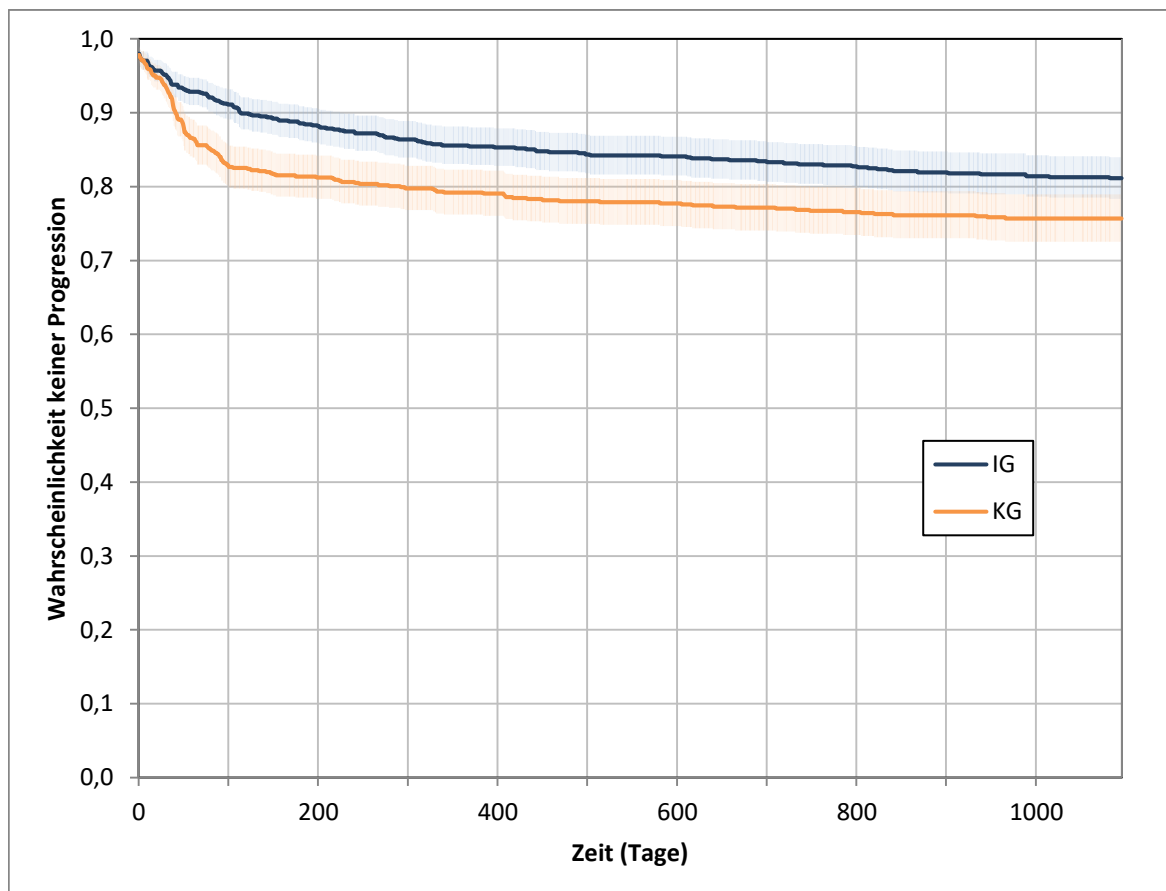
Erwachsene, klinikneue Patienten

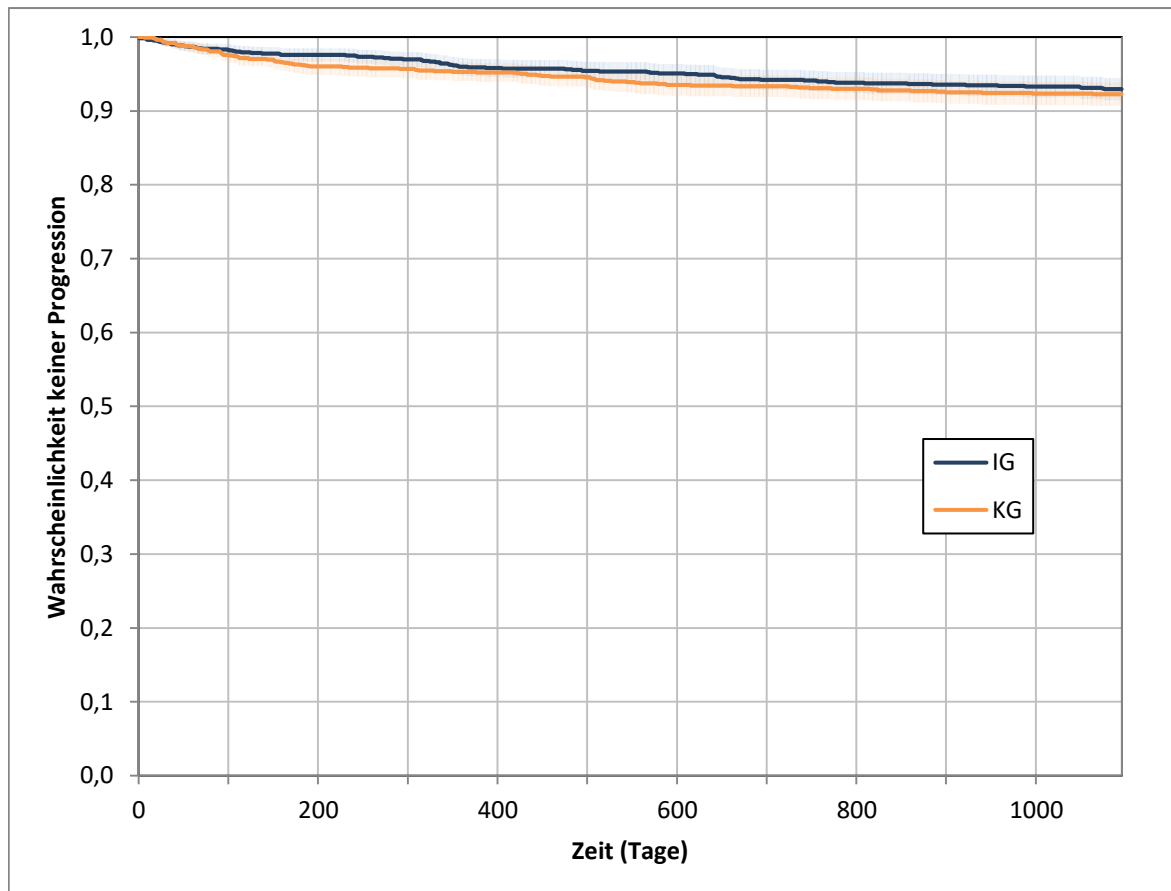
Legende für die folgenden Abbildungen:

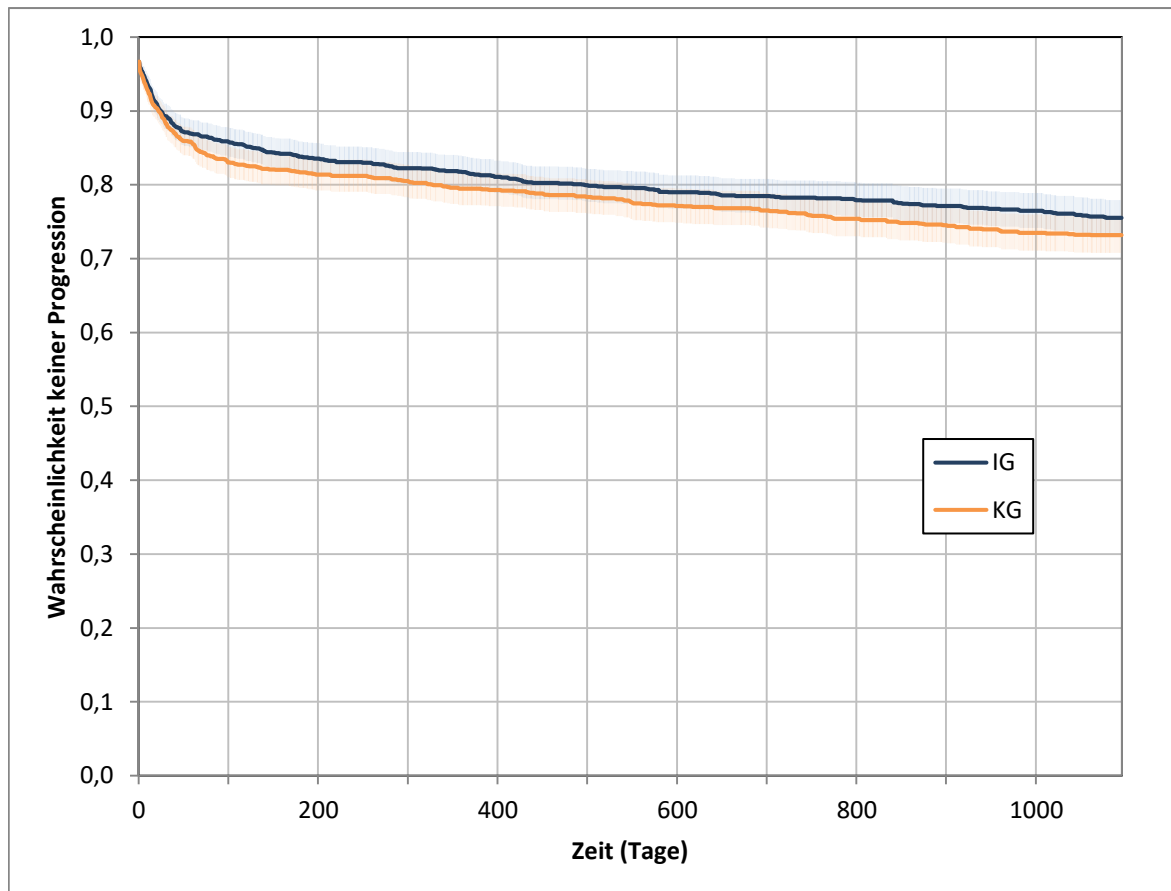
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

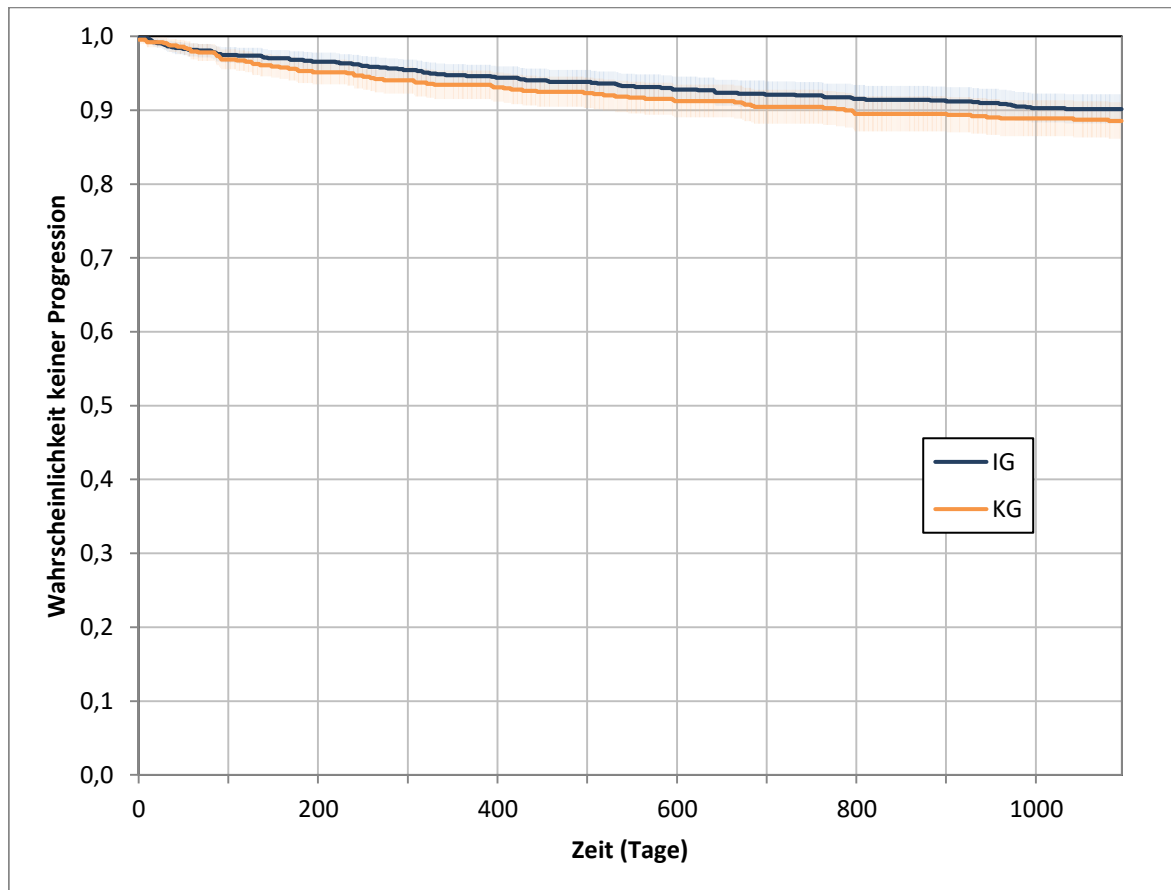
Progression C (→ Suchterkrankung)

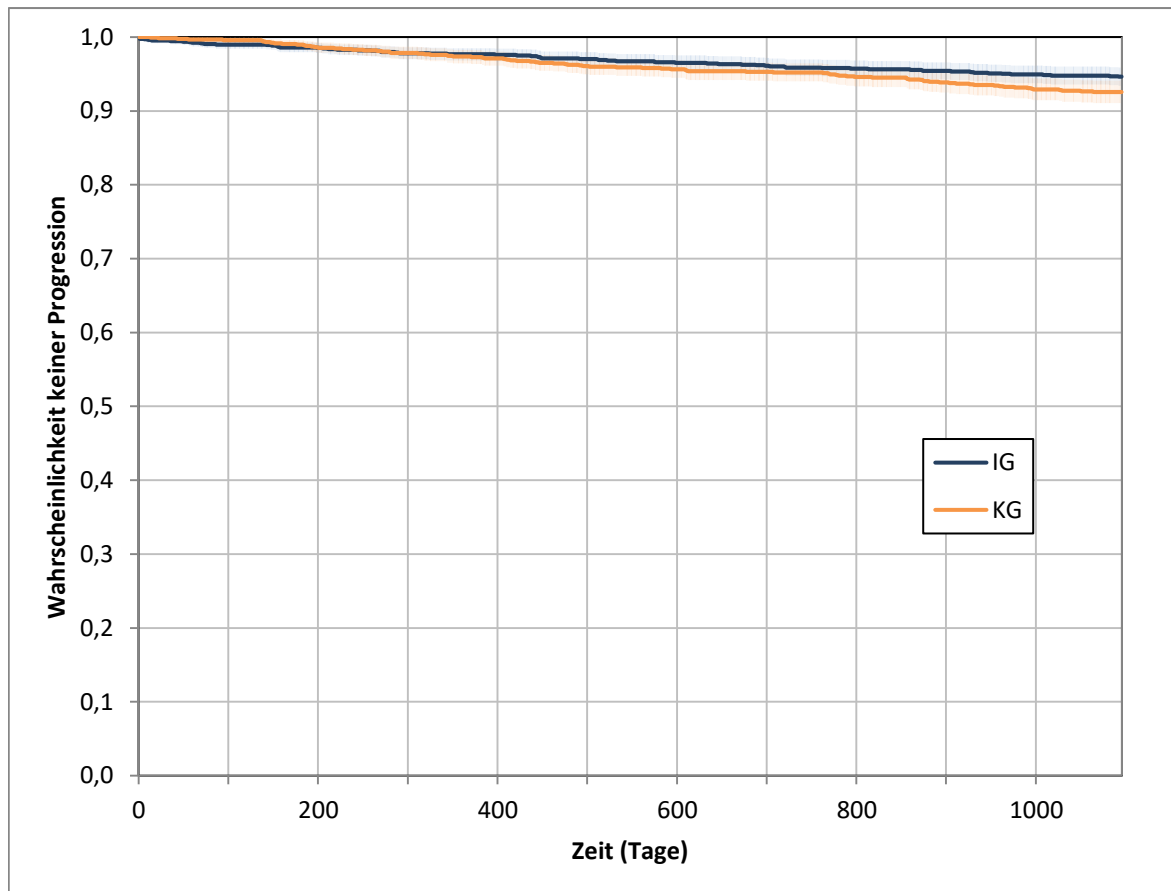
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

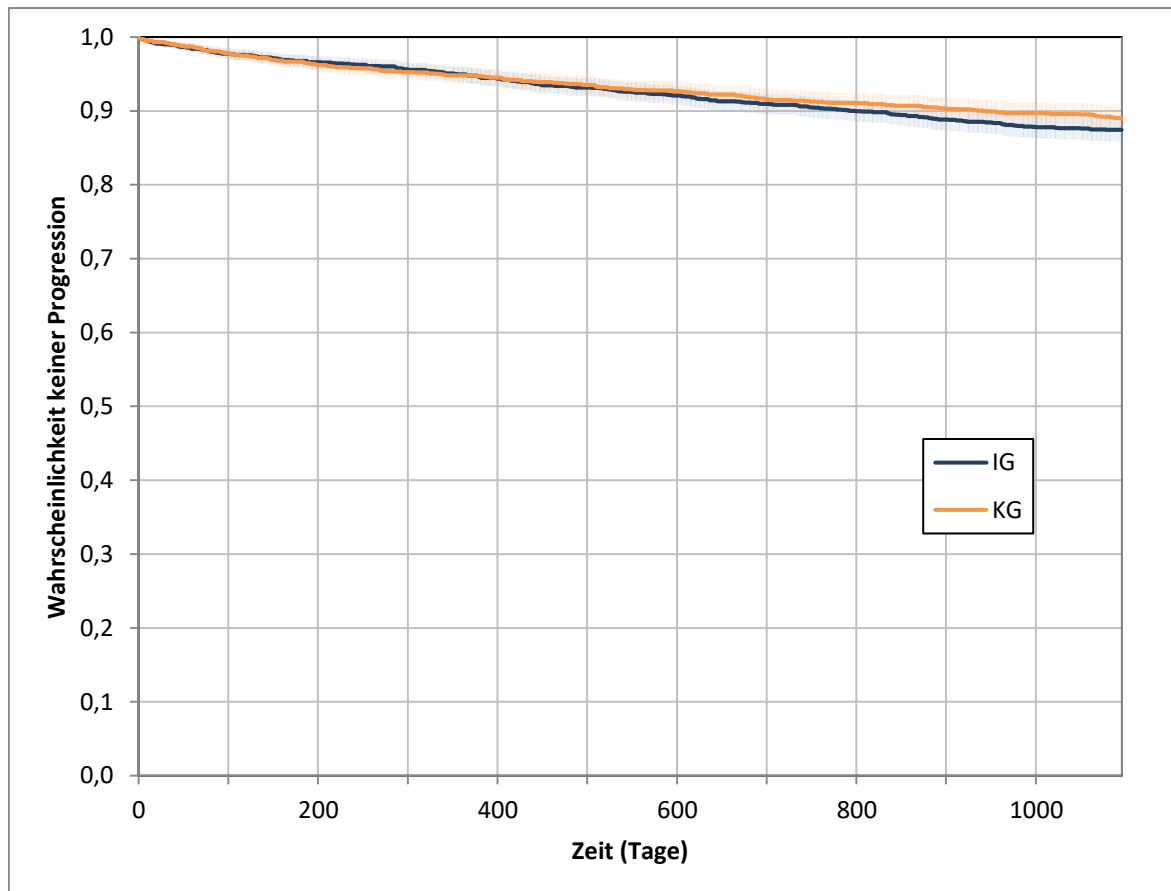
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

8.2.11 Leitlinienadhärenz

Sekundärer Outcome: Hier wurde für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenz, Depression und Schizophrenie anhand von je drei bis vier Outcomes untersucht, inwieweit die Einhaltung der Empfehlungen für die Behandlung der entsprechenden Erkrankungsgruppen in den vorhandenen Daten dokumentiert sind. Dabei wurden in der Publikation von Großimlinghaus et al. (3) aufgeführte Outcomes genutzt, auf ihre Anwendbarkeit für die verfügbaren Sekundärdaten geprüft und wo nötig angepasst (siehe 6.2.2).

Bei diesen Outcomes wird kein Zeitreihenvergleich erstellt, da diese zeitsensibel sind, z.B. ausgehend von erster Diagnose oder abhängig vom Vorzeitraum. Daher entfallen Darstellungen zu U1, U3 und U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 4,5 %; KG: 2,3 %) sowie Anteile Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 1,2 %; KG: 0,6 %).

Für die **Demenz** ergaben vergleichbar niedrige Anteile der Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose zwischen beiden Gruppen (IG: 3,6 %; KG: 4,2 %). Bei den Personen mit Demenz war der Anteil ohne Antipsychotikaverordnung in der IG geringer als in der KG (IG: 36,3 %; KG: 43,1 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei der anderen Untersuchung zur Demenz waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

Der Anteil an Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger **depressiver** Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: 46,3 %; KG: 51,5 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war auch IG und KG vergleichbar (IG: 5,7 %; KG: 6,3 %).

Der Anteil der Personen mit **Schizophrenie** und antipsychotischer Medikation war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 85,1 %; KG: 86,0 %). Auch der Anteil an Personen mit Schizophrenie und einer ersten Episode und mit antipsychotischer Medikation war zwischen beiden Gruppen vergleichbar (IG: 89,1 %; KG: 88,1 %). Bei der anderen Untersuchung zur Schizophrenie waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
ambulante Weiterbehandlung nach Krankenhausaufenthalt (B)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit³ Anteil Personen nach stationärem Aufenthalt mit mindestens einem Untersuchungstermin⁴ für mindestens sechs Monate 	<p>246 4,5 %</p>	<p>257 2,3 %</p>
medikamentöse Rückfallprophylaxe (C)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alkoholabhängigkeit⁵ Anteil Personen mit Acamprosat⁶ oder Naltrexon⁷ oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram⁸ 	<p>337 1,2 %</p>	<p>341 0,6 %</p>

³ ICD-10: F10.2

⁴ Kontakt zu folgenden Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

⁵ ambulant, PIA oder stationär, ICD-10: F10.2,

⁶ ATC-Code: N07BB03

⁷ ATC-Code: N07BB04

⁸ ATC-Code: N07BB01

Demenz

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

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

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

Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Leitlinienadhärenz Demenz (ICD-10: F00, F01, F02, F03)	IG	KG
Diagnostik / Bildgebung (D)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit neu diagnostizierter Demenz¹ Anteil Personen mit zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose² 	393 3,6 %	377 4,2 %
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	96 26,0 %	63 28,6 %
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	182 36,3 %	188 43,1 %

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

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

³ ICD-10: F00

⁴ ATC-Code: N06DA (Cholinesterasehemmer)

⁵ ATC-Code: N06DX01

⁶ ICD-10: F00, F01, F02, F03

⁷ ATC-Codes: N05A

Depression

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

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

Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Depression (ICD-10: F32)	IG	KG
Therapie / Antidepressiva (G)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit akuter mittelgradiger depressiver Episode¹ Anteil Personen mit Verordnung von Antidepressivum² innerhalb von 90 Tagen 	<p>1507 46,3 %</p>	<p>1520 51,5 %</p>
Therapie / Angebot und Durchführung einer Psychotherapie (I)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode⁷ Anteil Personen mit Psychotherapie⁸ innerhalb von 90 Tagen 	<p>1166 5,7 %</p>	<p>1292 6,3 %</p>

¹ 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)

² ATC Code: N06A

⁷ 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)

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

Schizophrenie

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

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

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

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

Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

Leitlinienadhärenz Schizophrenie (ICD-10: F20)	IG	KG
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika (J)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie² • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">221</p> <p style="text-align: center;">85,1 %</p>	<p style="text-align: center;">214</p> <p style="text-align: center;">86,0 %</p>
Pharmakotherapie – Langzeit / Verschreibung von Antipsychotika nach Entlassung (K)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie und einer ersten Episode⁴ • Anteil mit antipsychotischer Medikation³ 	<p style="text-align: center;">119</p> <p style="text-align: center;">89,1 %</p>	<p style="text-align: center;">118</p> <p style="text-align: center;">88,1 %</p>
Langzeittherapie / Monitoring von Nebenwirkungen (L)		
<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Erwachsene¹ mit Schizophrenie⁵ und Langzeitmedikation⁶ • Anteil mit Monitoring auf Nebenwirkungen⁷ und antipsychotischer Medikation³ innerhalb von sechs Monaten 	<p style="text-align: center;">33</p> <p style="text-align: center;">24,2 %</p>	<p style="text-align: center;">53</p> <p style="text-align: center;">24,5 %</p>

¹ Alter ≥ 18 Jahre

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

³ ATC-Codes: N05A

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

⁵ 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)

⁶ ≥ 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

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

Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtungszeit

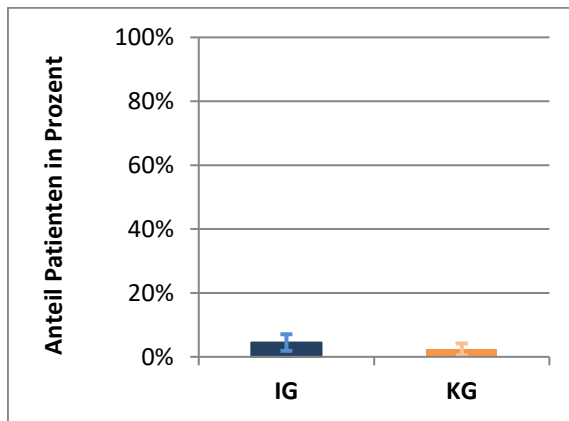
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

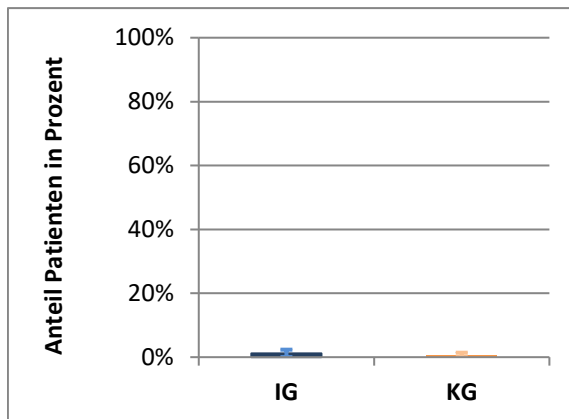
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

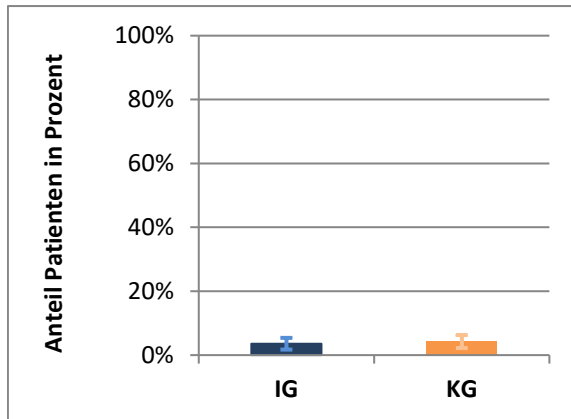
Alkoholabhängigkeit B



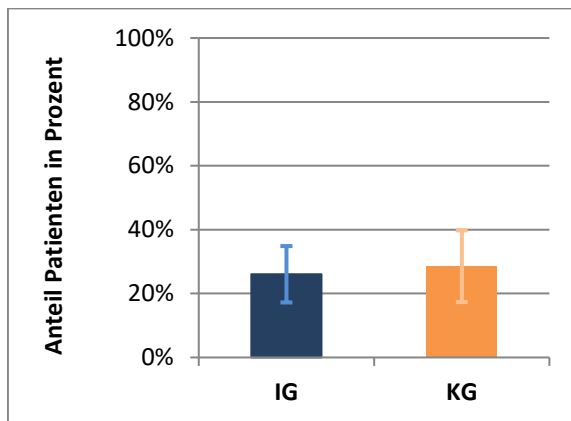
Alkoholabhängigkeit C



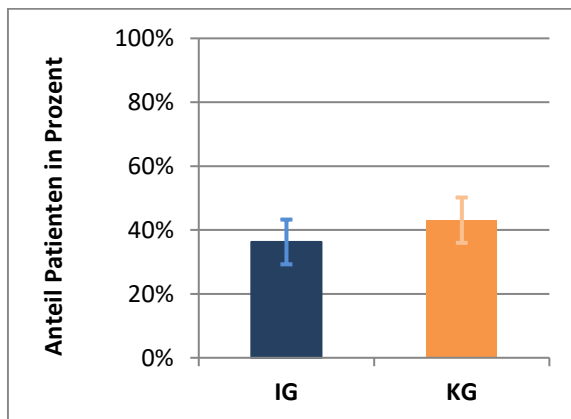
Demenz D



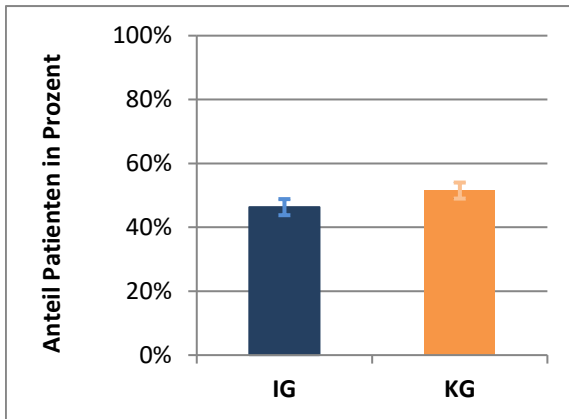
Demenz E



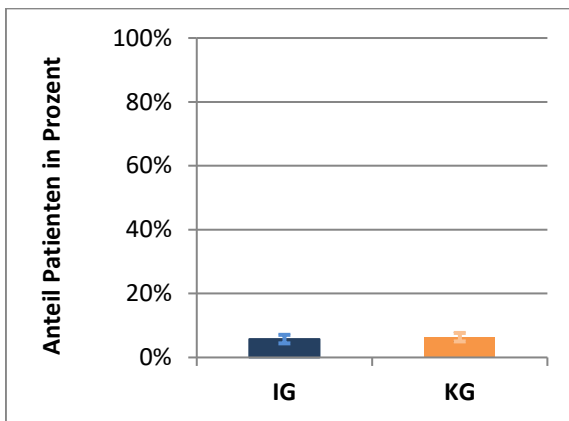
Demenz F



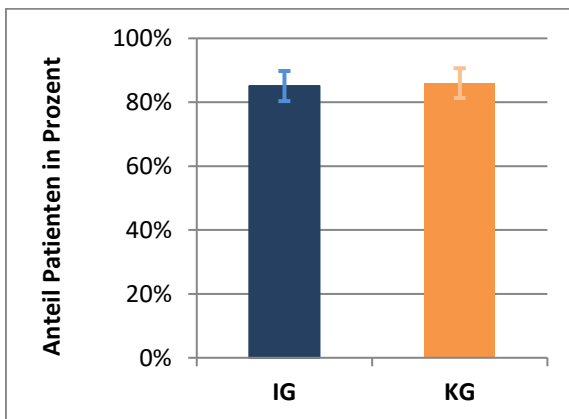
Depression G



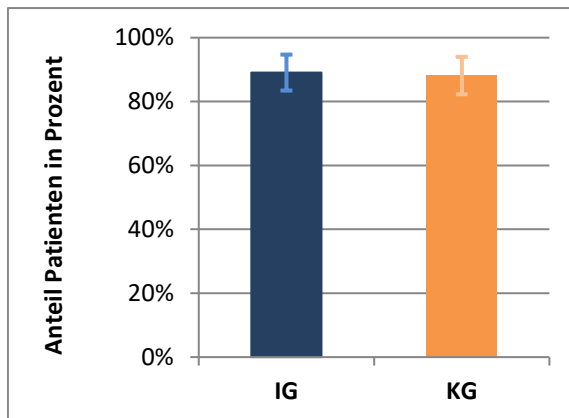
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

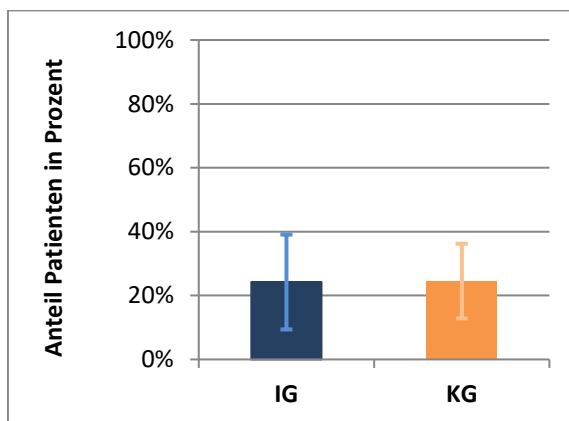


Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	<u>Alkoholabhängigkeit</u>		<u>Demenz</u>			<u>Depression</u>		<u>Schizophrenie</u>		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,87 0,56...1,36	0,84* 0,72...0,97	0,91 0,65...1,28	0,98 0,57...1,69	1,13 0,49...2,64	kf

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

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

8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche

Die Ergebnisse werden entsprechend der vier Analysen U1-U4 analog zu den Auswertungen der Erwachsenen (siehe auch Kapitel 8 auf Seite 56) hier für Kinder und Jugendliche (Alter <18 Jahre) darstellt. Einzelne Parameter, die nicht für Kinder und Jugendliche zutreffen wurden herausgenommen (siehe auch separater Methodenband).

8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den jungen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf und die Höhe des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG weitgehend vergleichbar. Zwar startete die IG auf einem etwas geringeren Niveau als die KG und erhöhte die Anteile zum Jahr nach Referenzfall etwas weniger stark im Vergleich zur KG; statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch bei den linikbekannten Patienten erhöhte sich der Anteil vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas weniger stark als in der KG. Erneut war dieser Vergleich jedoch nicht statistisch signifikant. Auch der etwas geringere Anteil im zweiten Jahr nach Referenzfall war statistisch nicht signifikant. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf und Niveau bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten stieg dieser Anteil in der IG zum Jahr nach Referenzfall etwas weniger stark als in der KG, signifikante Unterschiede gab es jedoch auch hier nicht.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den jungen linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 0,6; KG: 1,5 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 11,5; KG: 13,7 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 2,6; 1,8 und 2,0 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 4,7; 3,3 und 2,5 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Anstieg vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall war in der IG etwas geringer (IG: +10,9; KG: +12,1 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveau-Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl die jüngeren klinikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG als auch die älteren klinikneuen Patienten der IG weniger vollstationäre Behandlungstage als die Patienten der KG aufwiesen (Ausnahme: bei den älteren im Jahr vor Referenzfall). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F50 (Essstörungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F50 (Essstörungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F30-39 (affektive Störungen) aufwiesen (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 298 im Anhang).

Auch bei den linikbekannten Patienten zeichneten sich vergleichbare Verläufe vollstationärer Behandlungstage zwischen den Gruppen ab, wobei der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und das Niveau im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG war. Statistisch signifikante Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

Unterteilt man die vollstationäre Behandlungsdauer nach Alter und Diagnose (siehe Kapitel 14.2) ist ersichtlich, dass sowohl für die jüngeren klinikbekannten Patienten (jünger als medianes Alter) als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage in der IG geringer als in der KG waren. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F45 (somatoforme Störungen) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die beiden erstgenannten nur sehr wenige Fälle betrafen), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) und F50 (Essstörungen) aufwiesen (wobei die beiden letztgenannten nur sehr wenige Fälle betrafen). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und

Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 298 im Anhang).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Auch hier war der Peak im ersten Jahr in der IG etwas niedriger als in der KG (IG: +5,6; KG: +7,5 teilstationäre Tage). Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG vergleichbar. Der Unterschied zwischen dem Jahr vor Referenzfall und den vier Jahren nach Referenzfall zusammen war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekanntnen Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage nach dem ersten Jahr nach Referenzfall über die Zeit bei IG und KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** zwischen dem Jahr vor Referenzfall und dem Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: +24,2 %-Punkte; KG: +23,7 %-Punkte). Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg zwischen beiden Gruppen vergleichbar an (IG: +10,1 %; KG: +9,6 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine zwischen IG und KG vergleichbare Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage (IG: +13,2; KG: +12,9 vollstationäre Tage). Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg zwischen beiden Gruppen vergleichbar an (IG: +7,1; KG: +7,5 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Muster des Verlaufs zum **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** analog zu U1 und U2. Der Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** war im Verlauf und Niveau zwischen beiden Gruppen vergleichbar.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf. Statistisch signifikante Unterschied im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Auch die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** war zwischen beiden Gruppen im Verlauf und Niveau vergleichbar.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein zwischen IG und KG vergleichbarer

Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt**. Bei den klimbekannt Patienten war dieser Anteil in der IG im zweiten Jahr nach Referenzfall etwas geringer als in der KG, ansonsten jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den klimbekannt Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG etwas weniger stark als in der KG und war ansonsten vergleichbar. Bei den klimbekannt Patienten war ein vergleichbarer Verlauf zwischen IG und KG zu beobachten.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den klimbekannt Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr. Dabei war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +10,9 vollstationäre Tage; KG: +12,1 vollstationäre Tage). Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG, wobei die IG stets etwas geringere vollstationäre Tage aufwies als die KG (prä: -0,6; 1.Jahr: -1,2; 2.Jahr: -1,5; 3.Jahr: -0,3 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** klimbekannt Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Der Peak zum ersten Jahr nach Referenzfall war auch hier in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +5,3; KG: +8,0 teilstationäre Tage). Bei den klimbekannt Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	2,7 %	24,5 %	6,9 %	5,1 %	5,6 %	4,5 %	27,8 %	7,7 %	7,1 %	5,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,3 %	8,4 %	2,5 %	1,9 %	1,0 %	0,7 %	9,3 %	2,9 %	3,7 %	1,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	2,9 %	28,0 %	8,8 %	6,4 %	6,1 %	5,1 %	34,0 %	9,4 %	9,6 %	6,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,2 %	0,7 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %	1,3 %	0,8 %	1,0 %	1,2 %	0,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,5 %	2,7 %	1,0 %	1,5 %	2,7 %	2,2 %	3,2 %	1,0 %	0,8 %	1,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,6	11,5	2,6	1,8	2,0	1,5	13,7	4,7	3,3	2,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	5,7	1,8	1,0	0,6	0,2	7,7	1,6	2,5	0,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	0,7	17,2	4,5	2,8	2,6	1,7	21,3	6,3	5,8	3,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,3	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,4	0,2	0,1	0,3	0,3	0,1	0,1

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,4 %	10,6 %	5,6 %	5,1 %	4,8 %	7,7 %	12,0 %	7,4 %	5,4 %	4,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,0 %	6,9 %	2,3 %	1,7 %	1,5 %	3,9 %	8,2 %	3,0 %	1,6 %	1,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	10,8 %	15,3 %	7,0 %	6,1 %	5,5 %	11,2 %	17,9 %	9,7 %	6,6 %	5,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,2 %	0,3 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %	0,2 %	0,9 %	0,9 %	0,6 %	0,8 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,6 %	1,5 %	2,0 %	1,5 %	1,5 %	2,4 %	2,0 %	1,8 %	1,9 %	1,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	4,1	6,4	2,6	2,0	2,2	4,7	8,1	4,3	2,3	2,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,8	6,1	1,6	1,0	1,0	3,0	6,3	1,8	1,0	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	6,9	12,5	4,2	2,9	3,2	7,7	14,4	6,1	3,3	3,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,0	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,7	0,6	0,5	0,5	0,3

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

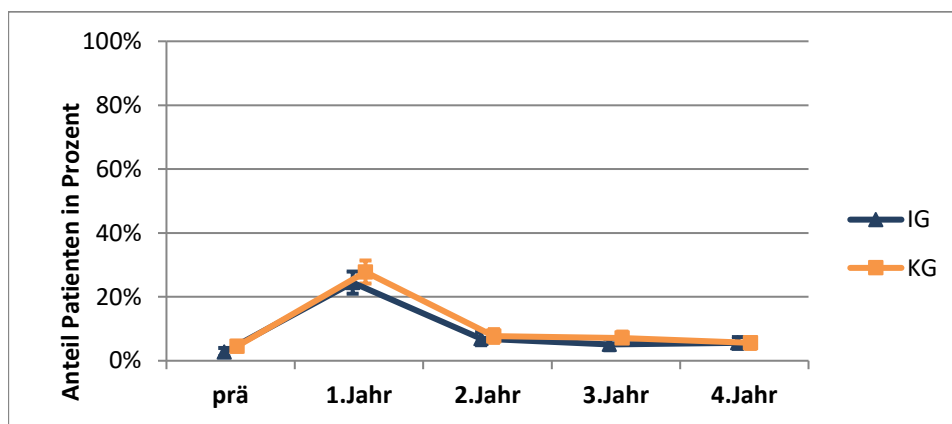
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

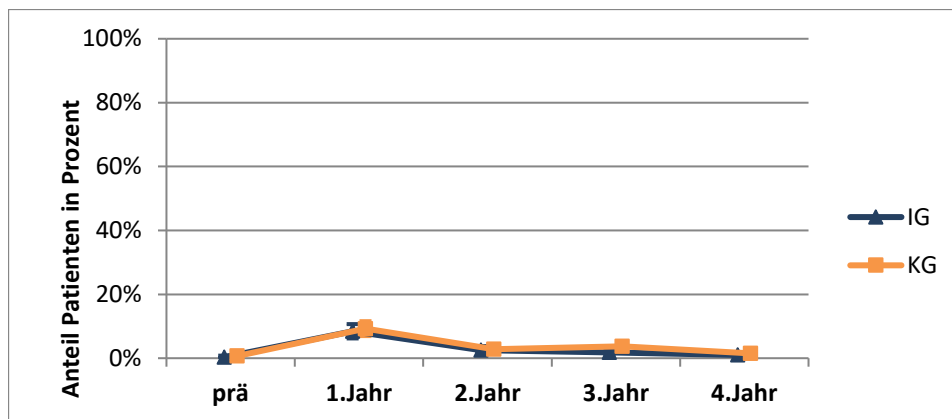
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

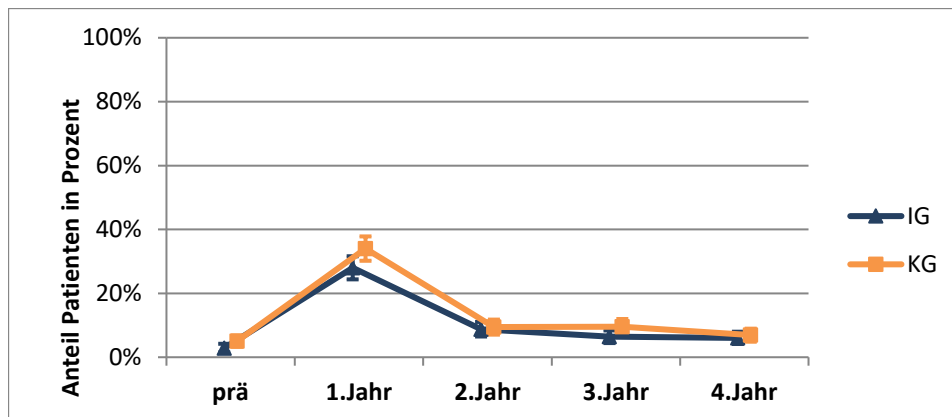
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



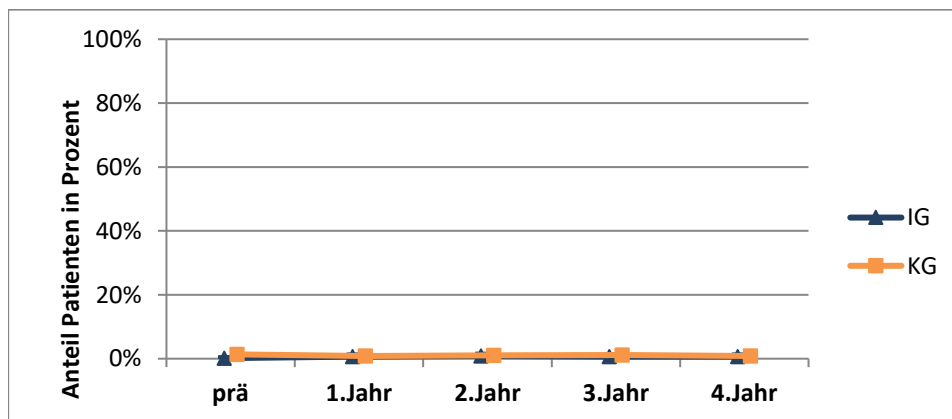
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



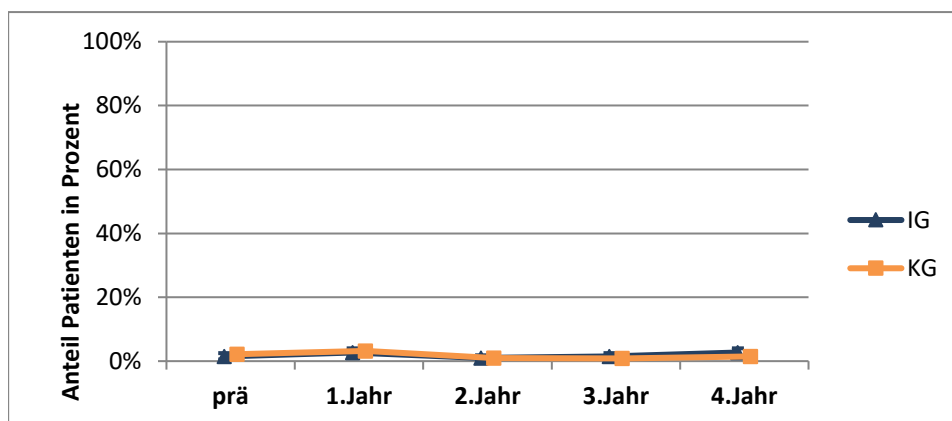
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

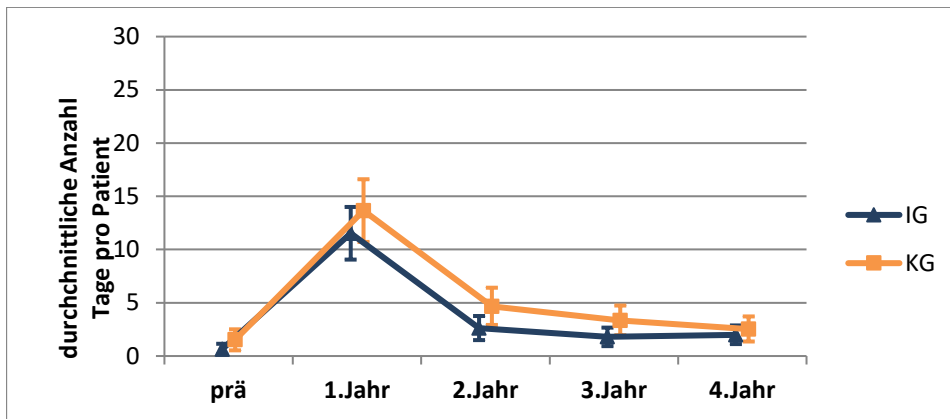


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

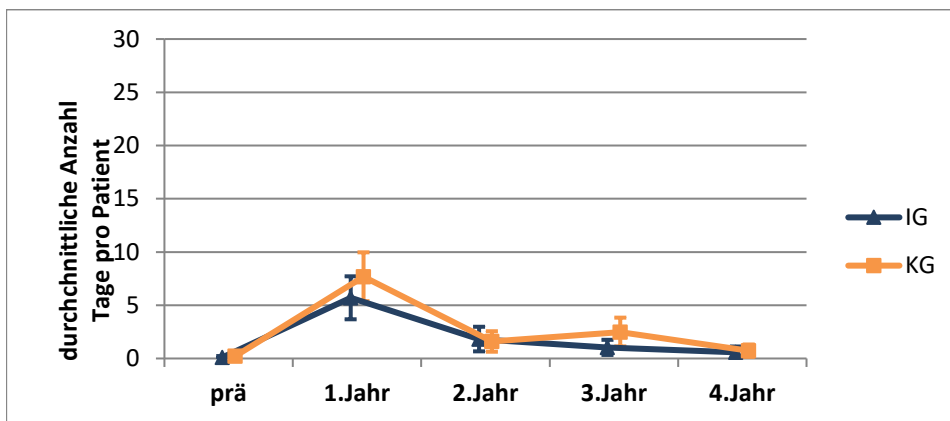


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

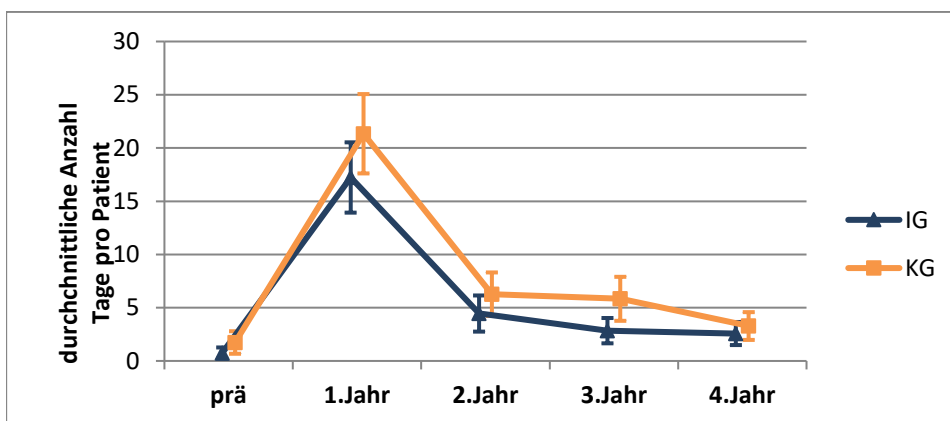
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



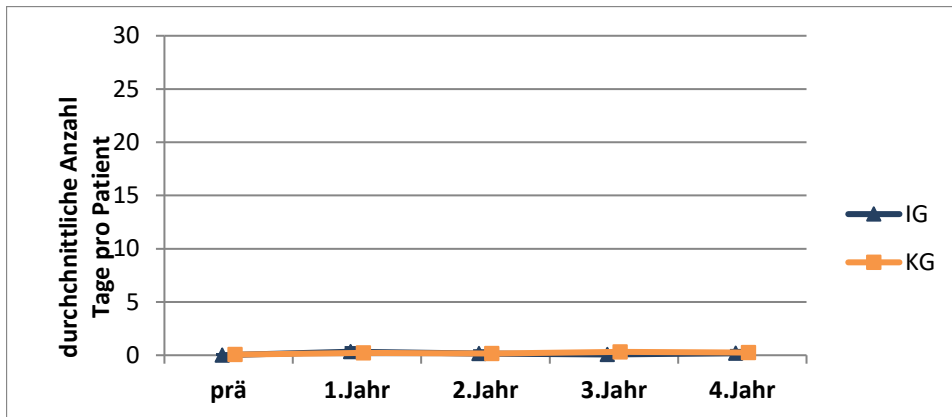
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



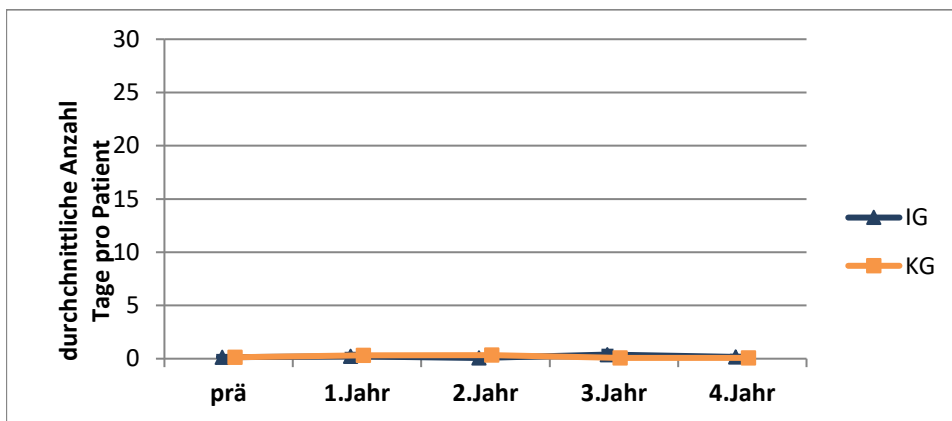
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



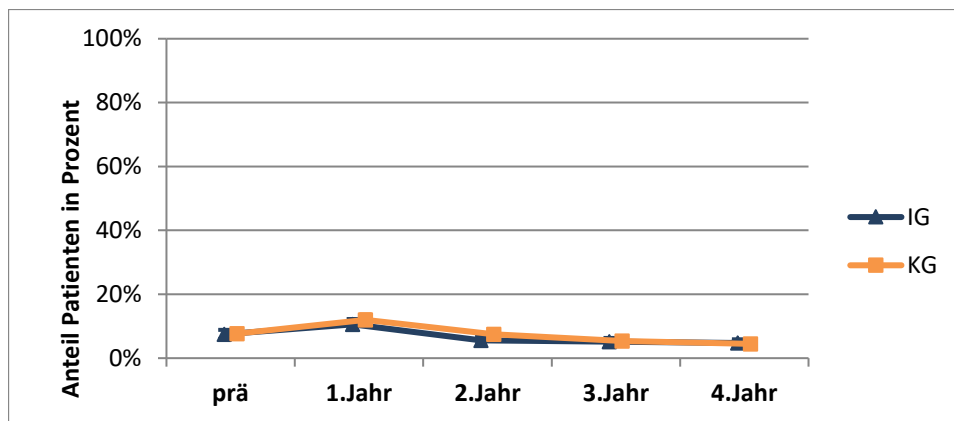
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

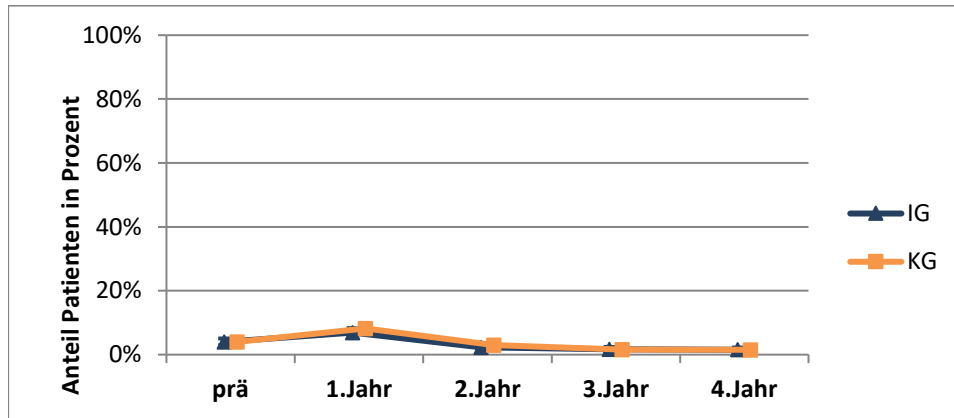
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

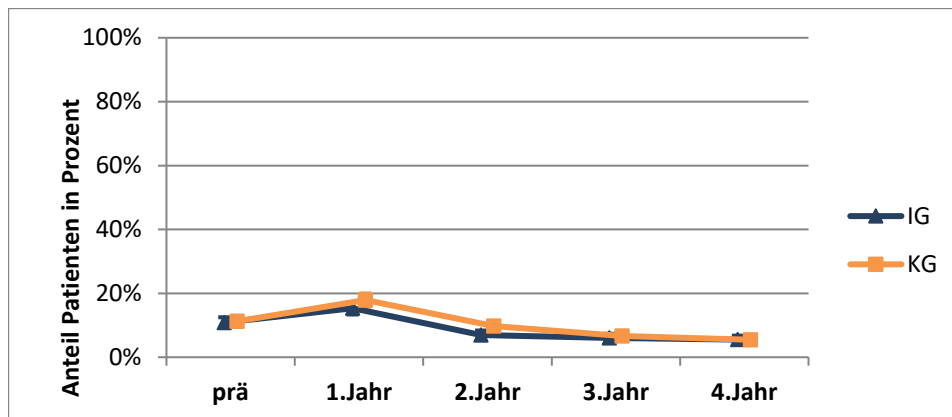
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



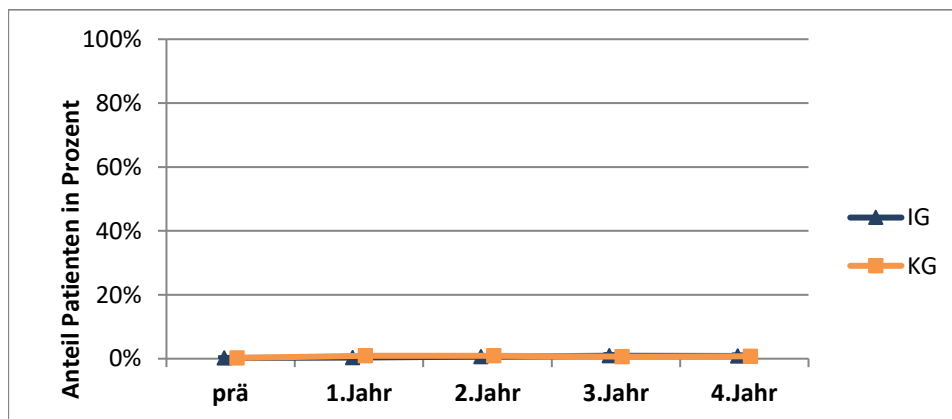
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



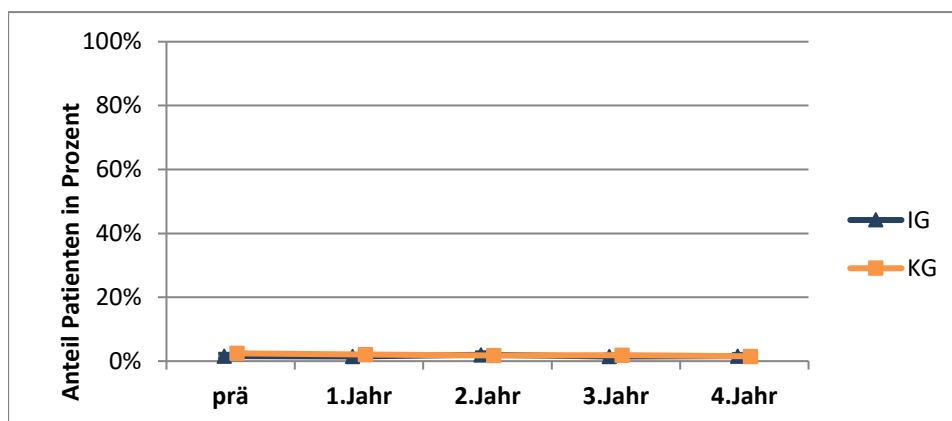
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

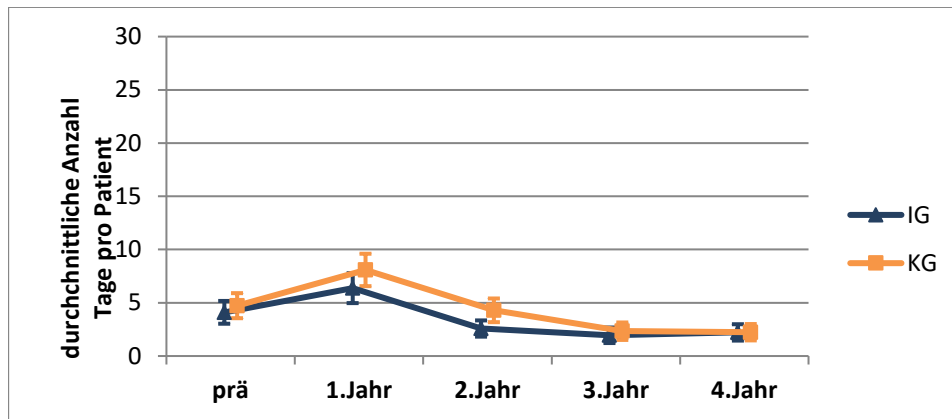


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

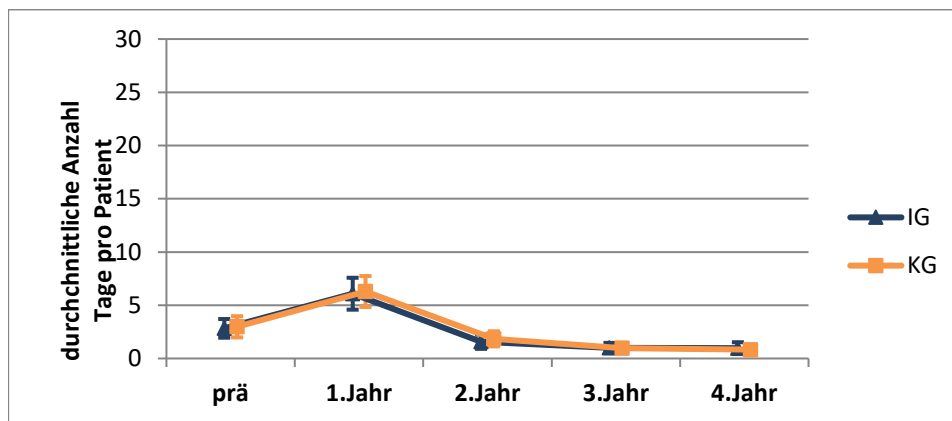


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

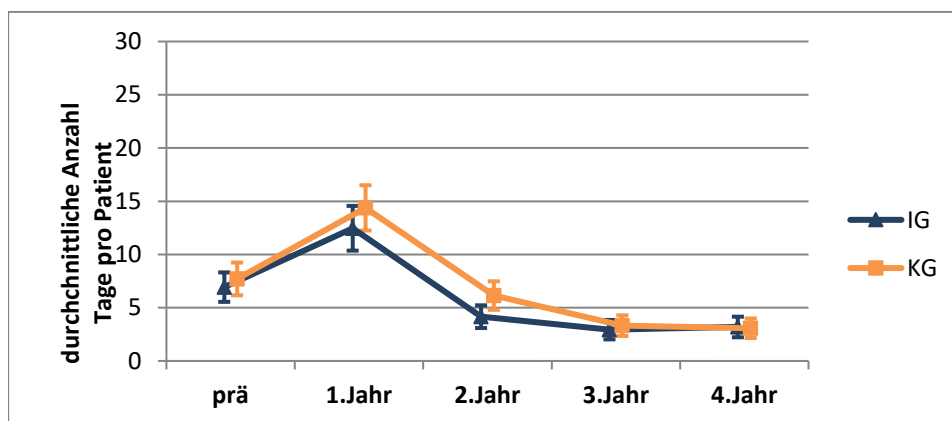
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



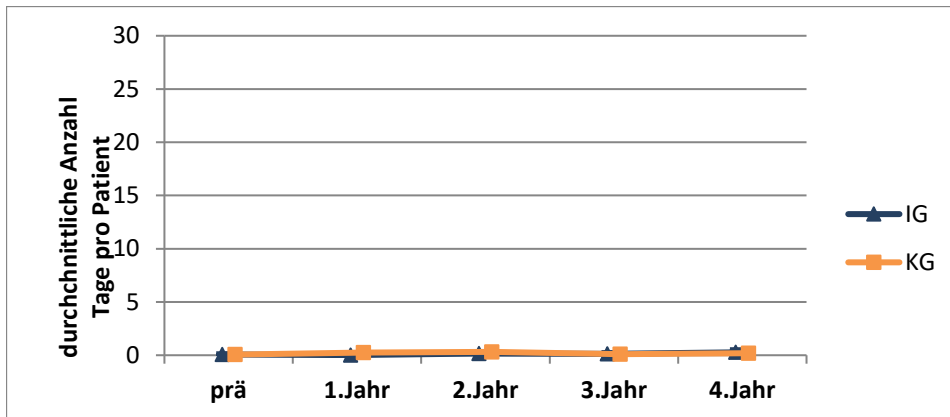
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

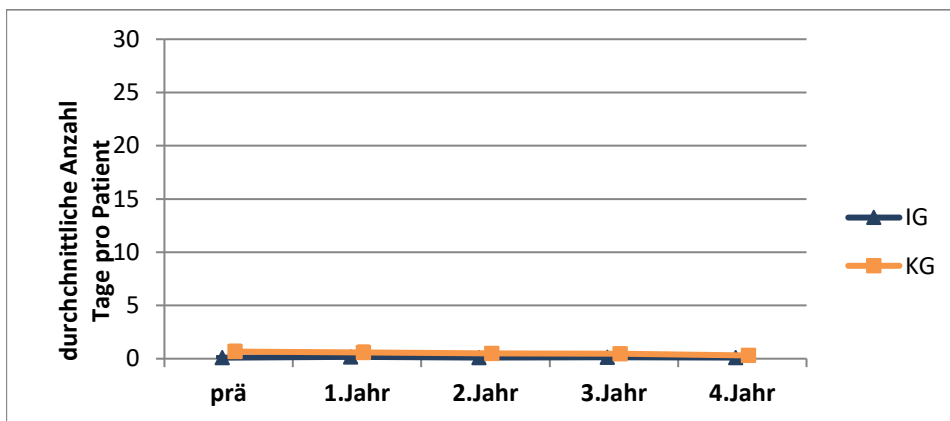


Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,44 0,71...2,93	1,81 0,31...10,38	-1,26 -4,37...1,86	-1,86 -4,28...0,55
DID Jahr 2	1,55 0,70...3,42	1,76 0,28...11,14	-1,17 -4,28...1,95	0,34 -2,07...2,75
DID Jahr 3	1,20 0,53...2,73	0,98 0,15...6,26	-0,68 -3,79...2,44	-1,33 -3,74...1,09
DID Jahr 4	1,78 0,78...4,07	1,33 0,18...9,78	0,33 -2,79...3,45	-0,05 -2,46...2,37
DID Jahr 1-4	—	—	-0,69 -3,20...1,82	-0,72 -2,65...1,20

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,87 0,58...1,30	0,81 0,49...1,34	-1,08 -3,12...0,95	-0,06 -1,84...1,71
DID Jahr 2	0,74 0,48...1,17	0,74 0,39...1,38	-1,08 -3,12...0,95	-0,13 -1,90...1,65
DID Jahr 3	0,99 0,62...1,59	1,05 0,51...2,17	0,24 -1,79...2,28	0,15 -1,63...1,93
DID Jahr 4	1,13 0,69...1,84	1,00 0,47...2,11	0,61 -1,43...2,64	0,28 -1,49...2,06
DID Jahr 1-4	—	—	-0,33 -1,95...1,29	0,06 -1,35...1,47

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

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

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

Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.243	2.243	2.243	2.243
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ² <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen (C) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E) 	3,6 %	27,7 %	3,6 %	27,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund <ul style="list-style-type: none"> • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär^{3,4} (B1) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär³ (B2) • Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär³ (B3) • anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D) • somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F) 	1,3	14,5	1,2	14,1

¹ 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.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

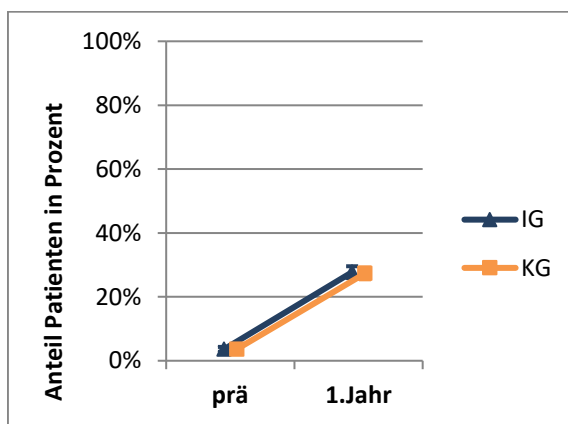
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

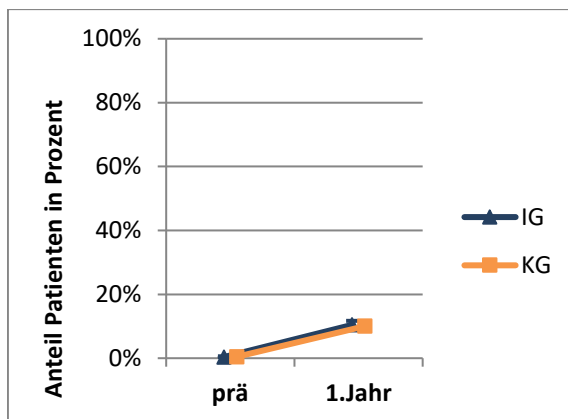
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

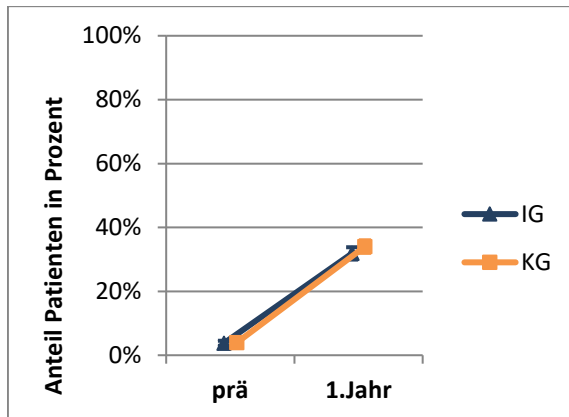
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



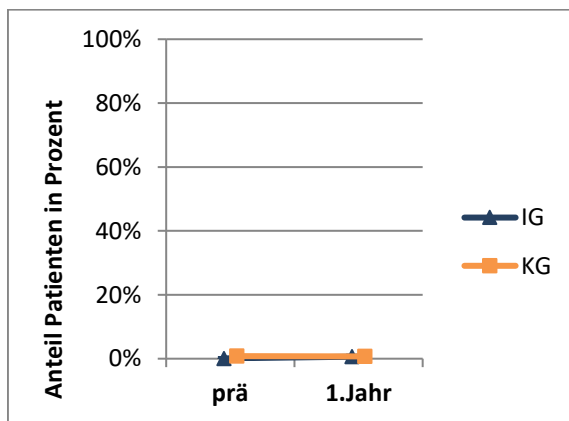
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



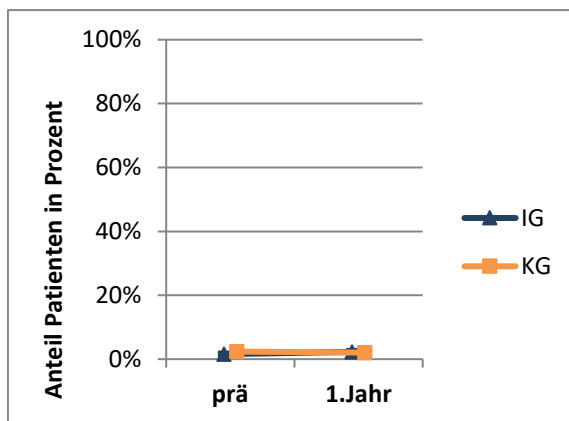
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

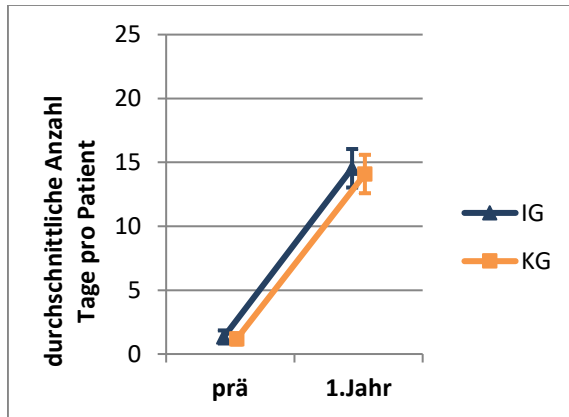


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

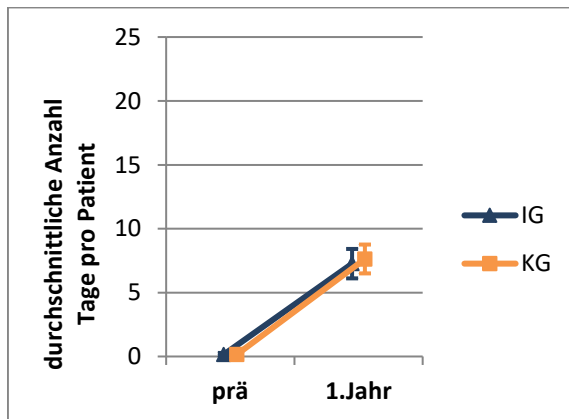


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

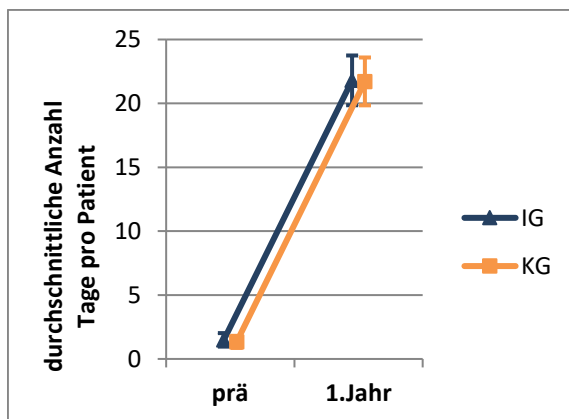
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



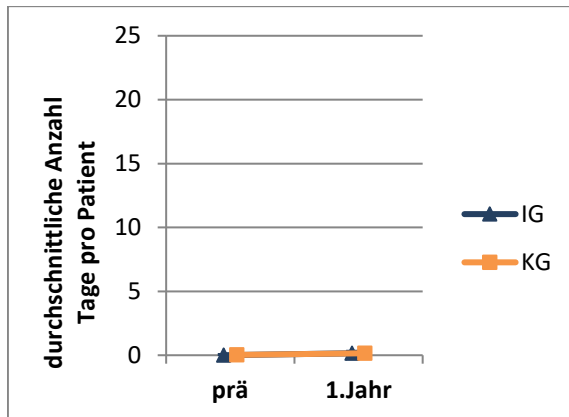
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



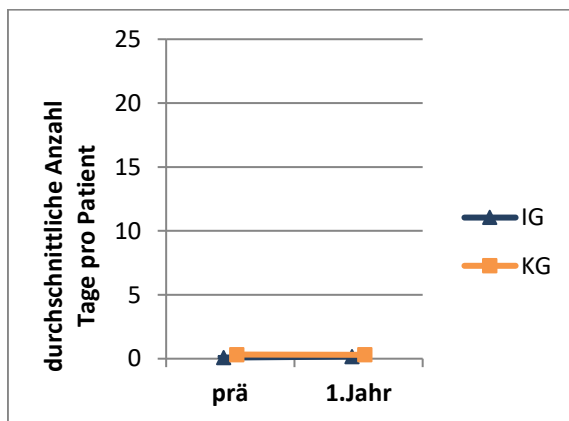
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



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

Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	3,8 %	27,3 %	8,3 %	3,4 %	27,4 %	8,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	10,3 %	3,5 %	0,5 %	10,3 %	2,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	4,0 %	31,3 %	10,9 %	3,8 %	34,1 %	10,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,1 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,8 %	2,2 %	1,5 %	2,7 %	2,4 %	1,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,3	13,5	3,7	1,1	14,1	4,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	7,0	2,5	0,2	7,9	1,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,4	20,6	6,2	1,2	22,0	6,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,2	0,2	0,0	0,2	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,4	0,4	0,3

¹ Es wird zwei Jahre ab Einschluss in IG oder KG betrachtet. Alle Fälle, die einen voll- oder teilstationären Aufenthalt mit Beginn im 2-Jahres-Follow-up haben, werden eingeschlossen.

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

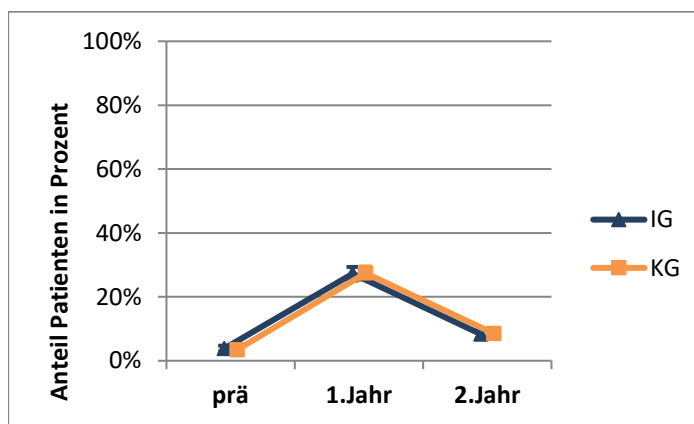
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

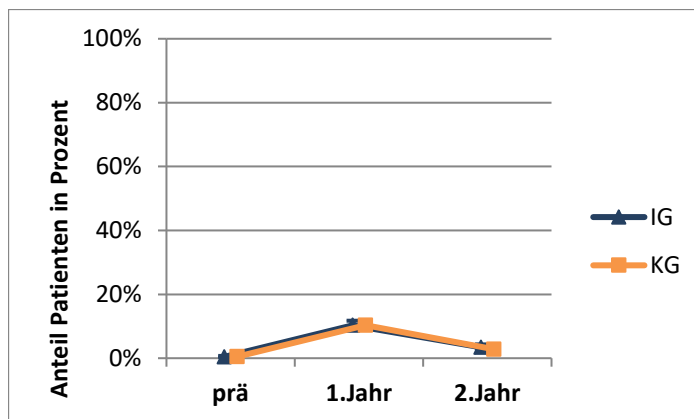
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

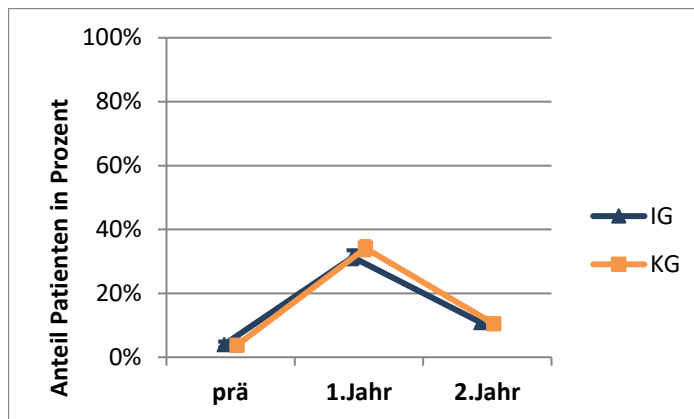
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



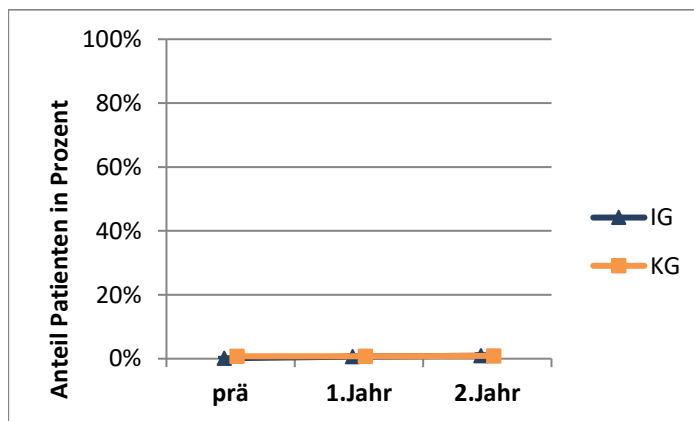
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



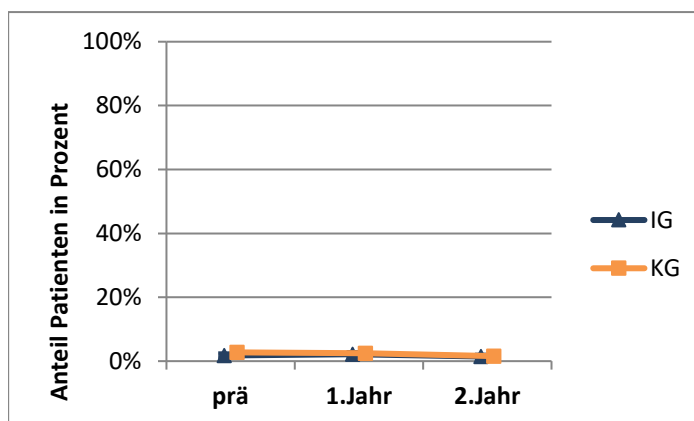
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

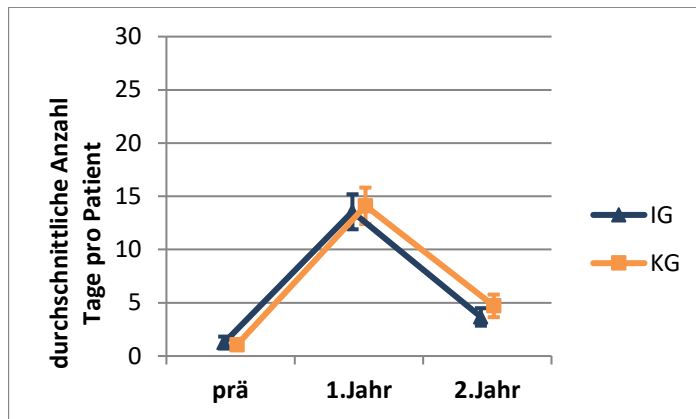


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

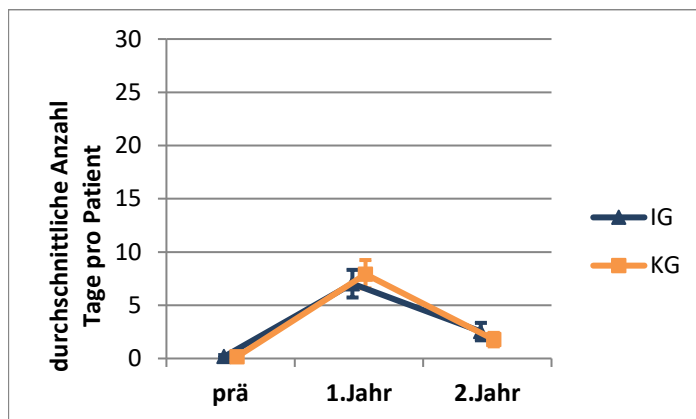


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

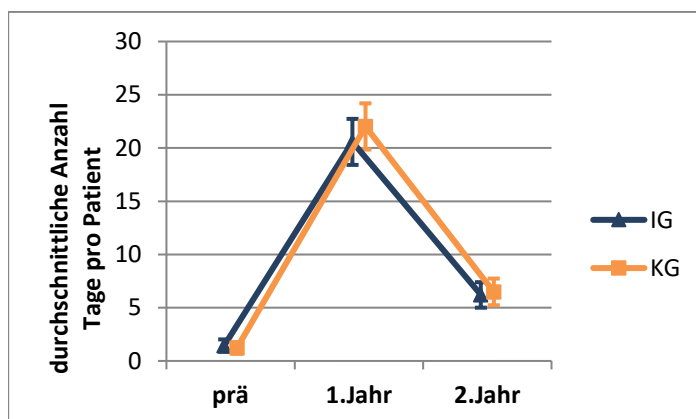
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



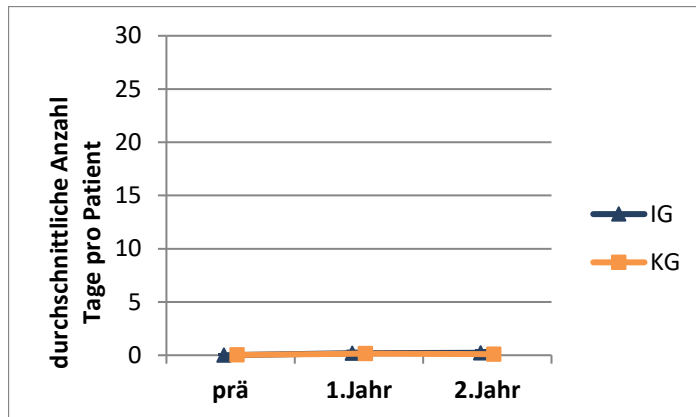
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



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

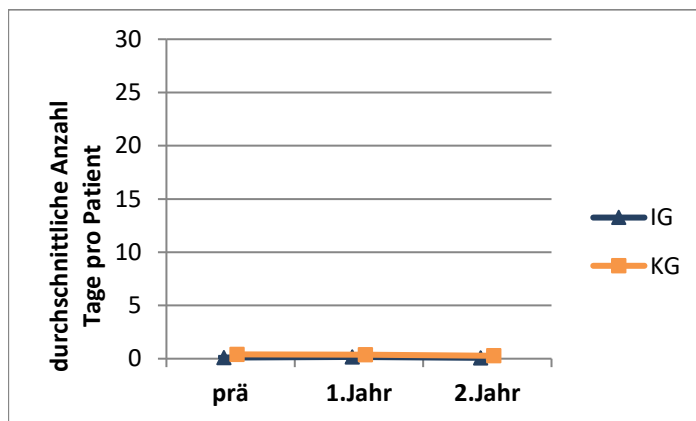


Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,89 0,59...1,34	1,14 0,40...3,22	-0,77 -3,00...1,47	-0,90 -2,64...0,85
DID Jahr 2	0,86 0,54...1,36	1,42 0,48...4,21	-1,24 -3,48...0,99	0,75 -0,99...2,49

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

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

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

Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	3,0 %	25,8 %	7,7 %	5,7 %	3,6 %	26,2 %	7,6 %	5,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	8,6 %	3,7 %	1,9 %	0,5 %	10,2 %	3,0 %	2,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	3,2 %	29,4 %	10,5 %	6,7 %	4,1 %	32,5 %	9,6 %	7,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,2 %	0,6 %	0,9 %	1,1 %	1,0 %	0,8 %	0,8 %	1,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,9 %	2,6 %	1,5 %	1,4 %	2,3 %	2,8 %	1,6 %	1,2 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	0,9	11,8	3,3	2,5	1,0	13,1	4,6	2,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,2	5,5	3,0	0,9	0,2	8,3	1,8	1,5
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,1	17,3	6,3	3,4	1,2	21,4	6,4	4,4
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4

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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	6,3 %	11,9 %	5,6 %	4,9 %	6,4 %	12,7 %	7,2 %	5,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	3,3 %	7,8 %	2,5 %	1,9 %	3,1 %	8,9 %	3,2 %	1,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	9,0 %	16,9 %	7,2 %	6,2 %	9,2 %	19,2 %	9,5 %	6,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,2 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	0,3 %	0,8 %	0,8 %	0,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	1,3 %	1,5 %	1,7 %	1,4 %	2,0 %	1,9 %	1,8 %	1,5 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,3	7,3	2,6	1,7	3,9	8,5	4,0	2,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,3	6,5	1,8	1,1	2,3	7,2	2,0	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	5,6	13,8	4,4	2,8	6,3	15,7	6,1	3,1
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,2	0,1	0,1	0,5	0,5	0,4	0,4



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

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

³ Definiert über Entgelte (siehe Anhang des separaten Methodenbandes).

Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

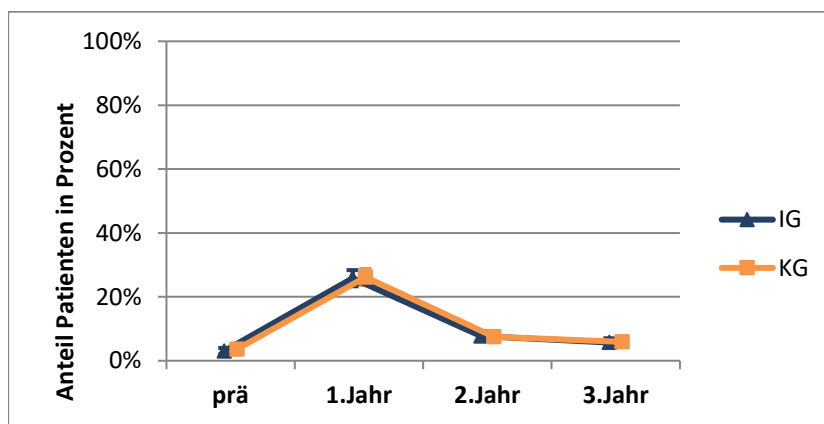
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

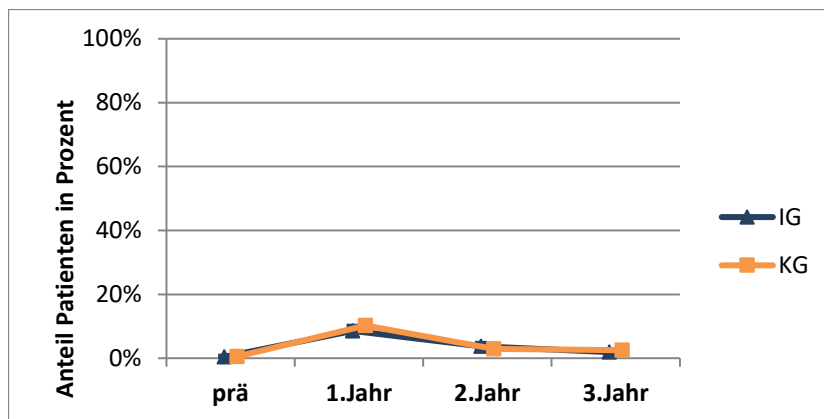
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

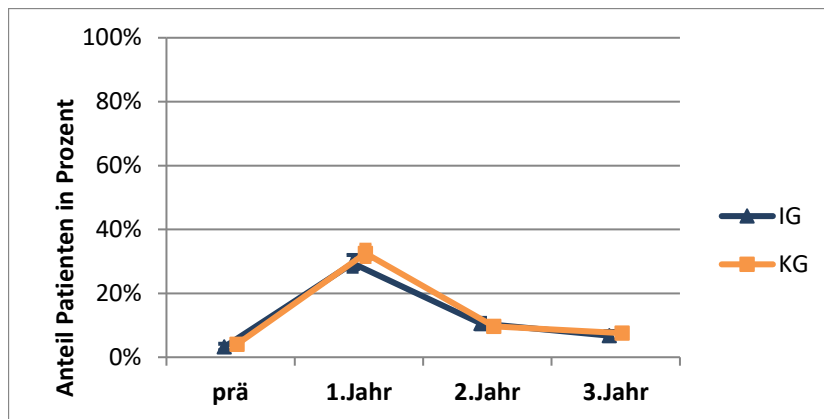
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



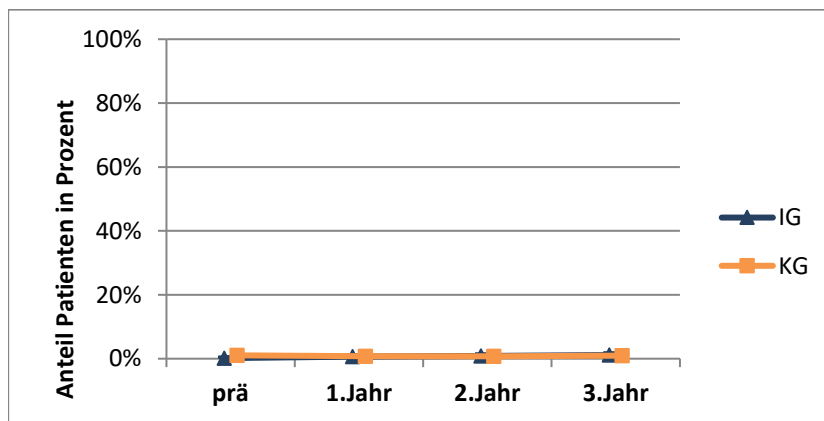
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



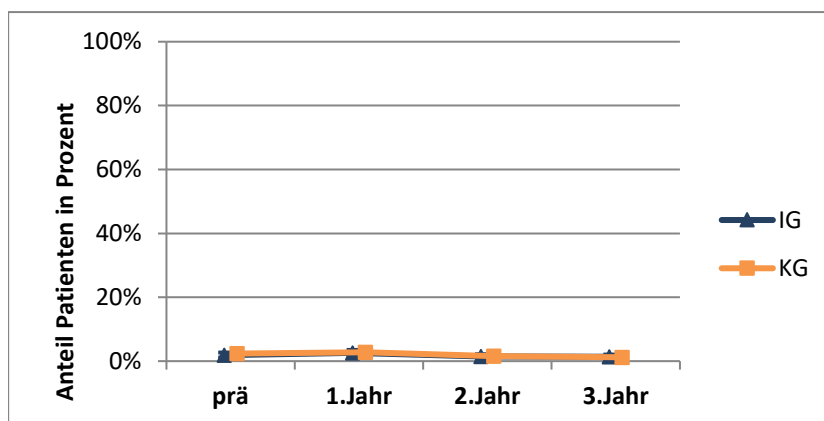
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

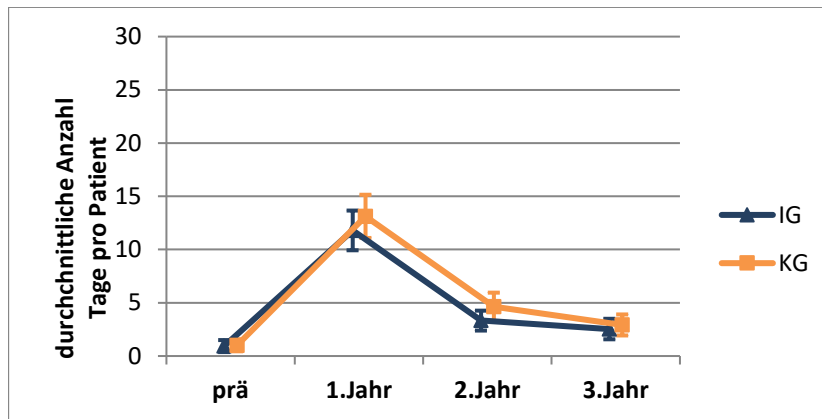


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

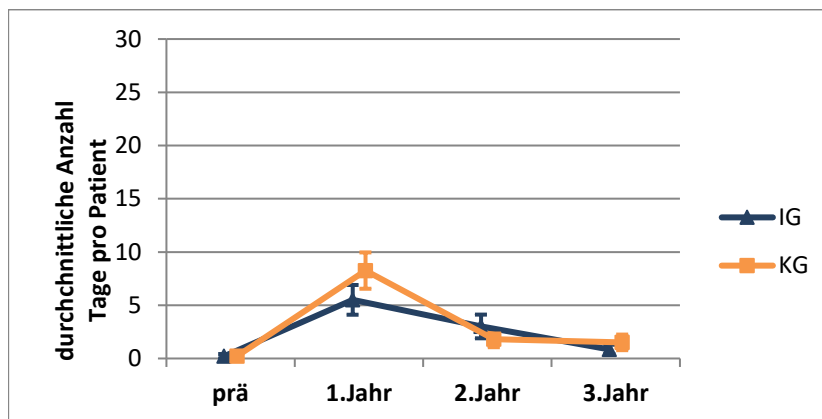


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

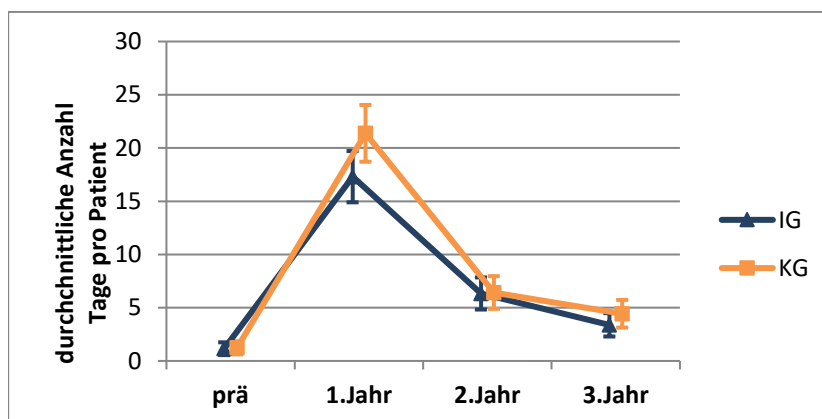
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



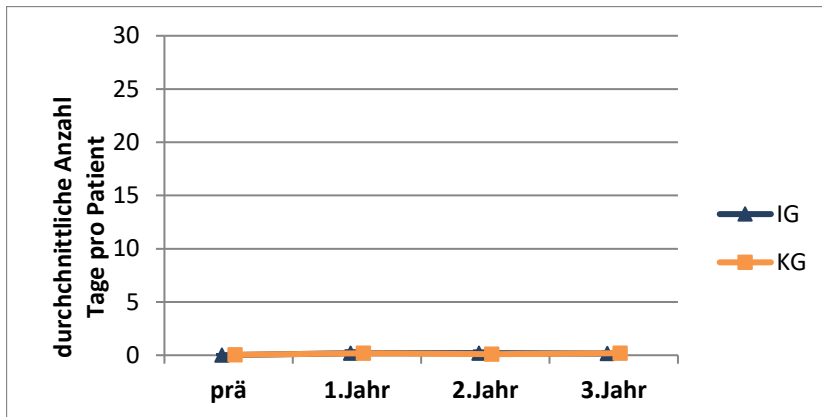
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



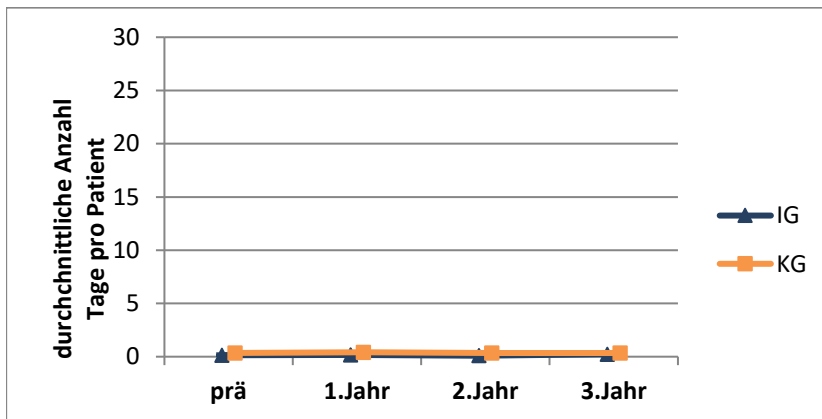
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



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



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

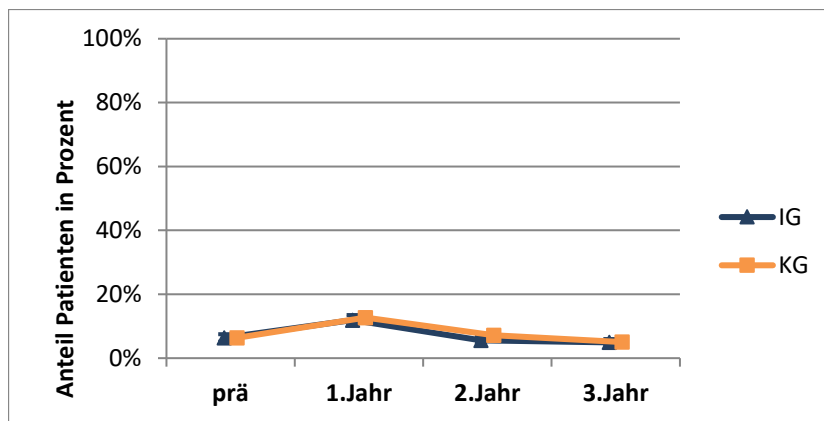
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

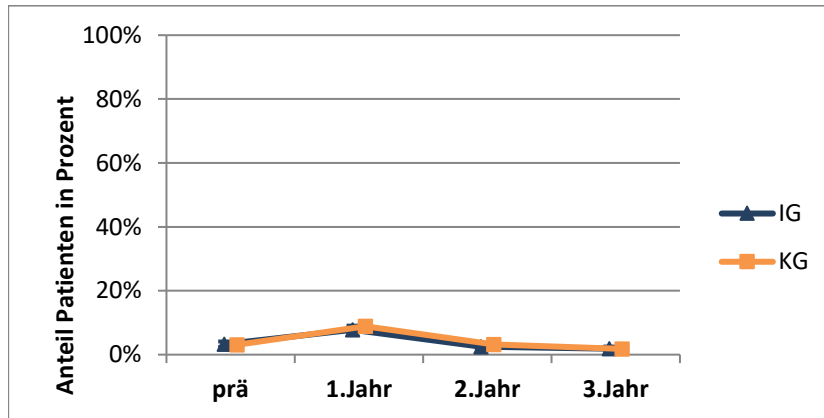
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

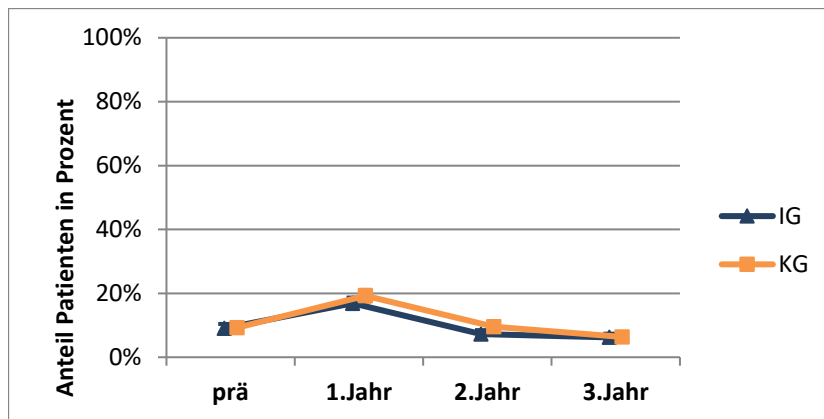
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



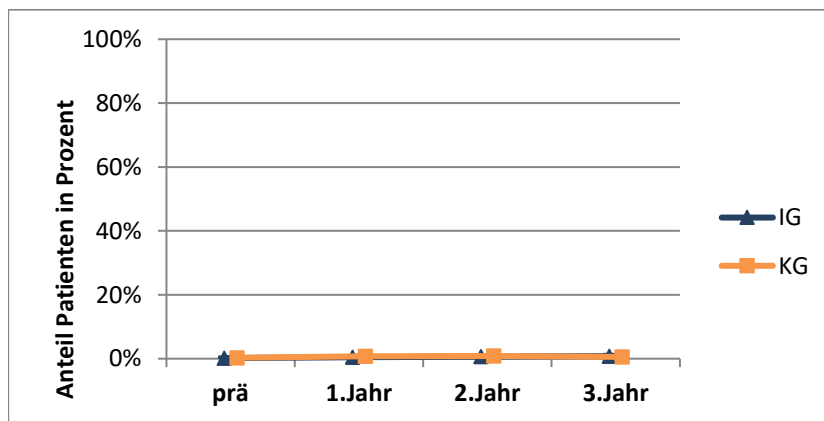
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



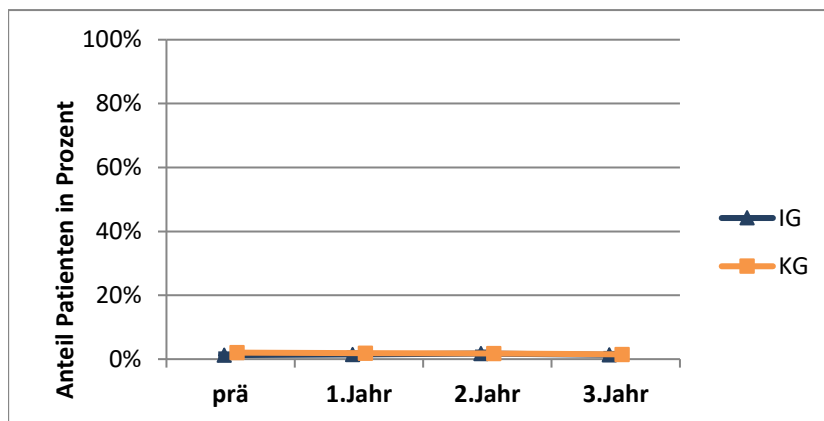
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

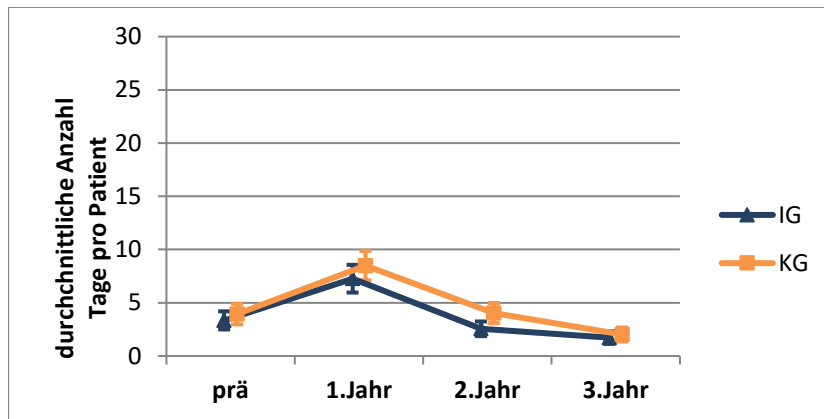


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

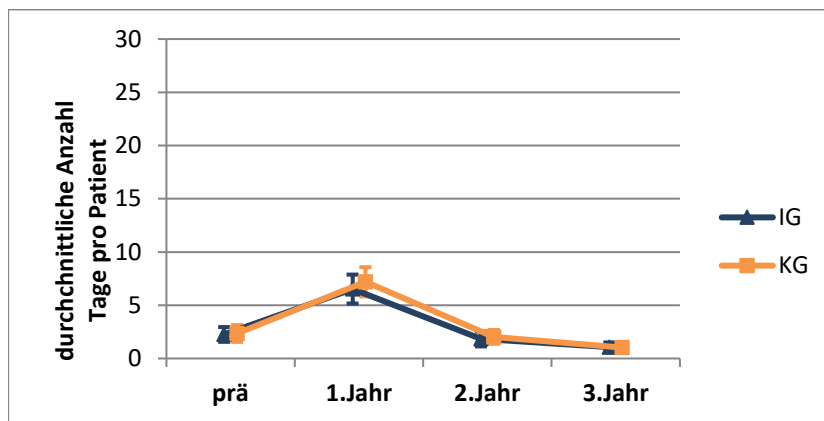


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

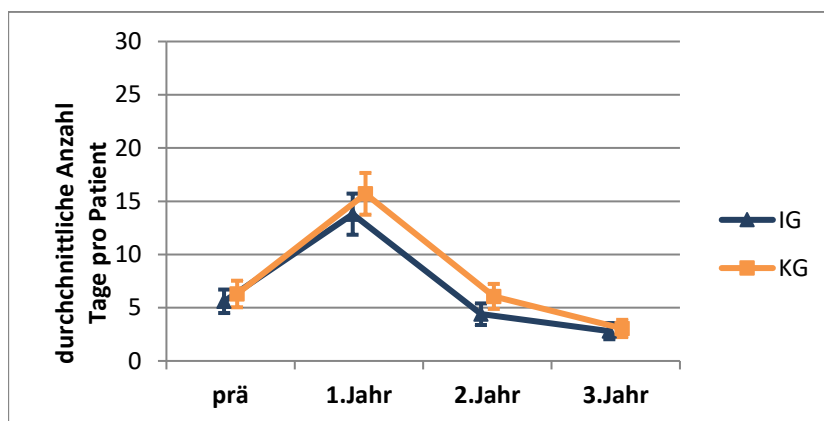
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



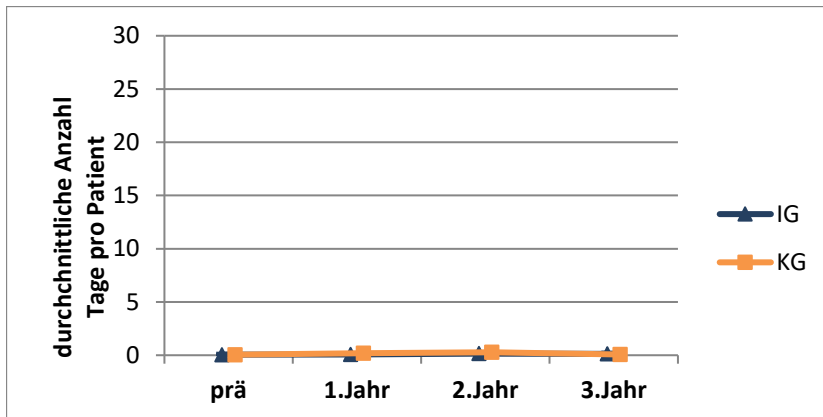
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



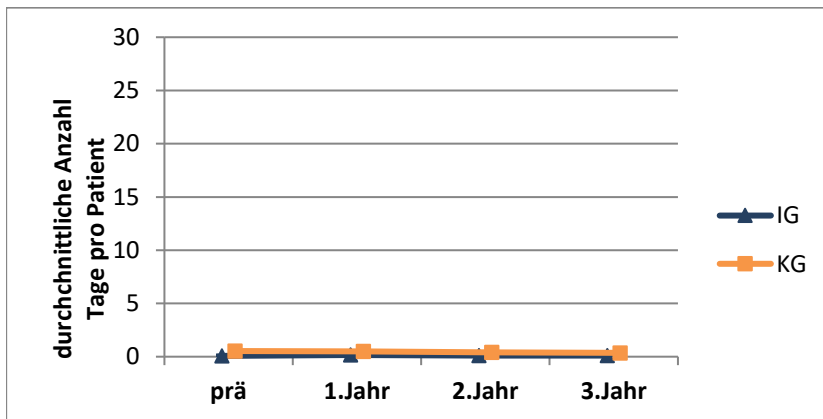
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



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



8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten über die Beobachtungszeit stets zwischen IG und KG vergleichbare Anzahlen an **PIA**-Kontakten. Der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war zwar in der IG etwas größer als in der KG (IG: +6,9; KG: +5,2 Kontakte), statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten war jedoch der geringere Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum ersten und zweiten Jahr danach statistisch signifikant (DiD: 1. Jahr = -1,4; 2. Jahr = -1,2 PIA-Kontakte).

Das Muster der ambulanten Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf.

Die Inanspruchnahme bei einem anderen **Vertragsarzt** sank in der IG über den patientenindividuellen Verlauf etwas stärker als in der KG. Dieses etwas stärkere Absinken war vom Jahr vor Referenzfall zum dritten Jahr danach statistisch signifikant (DiD = -1,3).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein etwas stärkerer Anstieg der Kontakte in der **PIA** in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +7,4 Kontakte; KG: +6,1 Kontakte). Dies ist analog zur Beobachtung in U1.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG und der KG vergleichbar an (IG: +2,3 Kontakte; KG: +2,7 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein stärkerer Anstieg der **PIA**-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = +1,0). Danach sank die PIA-Inanspruchnahme auf ein zwischen beiden Gruppen vergleichbarem Niveau.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** war zwischen IG und KG vergleichbar.

Die Inanspruchnahme bei einem anderen **Vertragsarzt** stieg in der IG etwas geringer als in der KG. Diese geringere Steigerung war vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach statistisch signifikant (DiD = -0,5).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wieder. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten stiegen sowohl in der IG als auch in der KG im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser Anstieg in der IG etwas stärker als in der KG war (IG: +7,0; KG: +6,5 Kontakte). Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder auf einem zwischen beiden Gruppen vergleichbaren Niveau. Bei den linikbekannten Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG im ersten und zweiten Jahre nach Referenzfall geringer als in der KG und ansonsten zwischen beiden Gruppen vergleichbar (prä: -0,2; 1. Jahr: -1,2; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -0,4 PIA-Kontakte).

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu U1-U3, zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	587	587	587	587	587	589	589	589	589	589
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	582	586	578	559	553	583	583	579	567	558
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,0	2,4	1,6	1,4	0,3	6,6	2,4	1,7	1,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	4,1	4,5	3,6	3,4	1,8	4,2	4,7	4,2	3,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	2,7	4,1	3,3	3,0	2,9	2,6	4,6	4,0	4,2	3,8
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	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,7	0,5	0,5	0,3	0,8	0,8	0,6	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,4	3,7	2,8	1,7	0,9	3,1	4,1	2,8	2,1	1,5
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n)	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.275	1.275	1.275	1.275	1.275	1.289	1.289	1.289	1.288	1.288
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.277	1.290	1.270	1.245	1.233	1.278	1.306	1.275	1.256	1.241
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,8	6,5	2,9	2,4	1,9	5,0	8,0	4,3	2,9	2,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,4	3,6	3,4	3,0	1,9	3,4	3,7	3,4	3,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,9	4,5	3,9	3,5	3,3	4,1	5,1	4,8	4,5	4,2

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	1,0	0,9	0,6	0,5	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	7,0	7,4	3,7	2,1	1,8	6,9	6,9	4,2	2,5	2,0

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

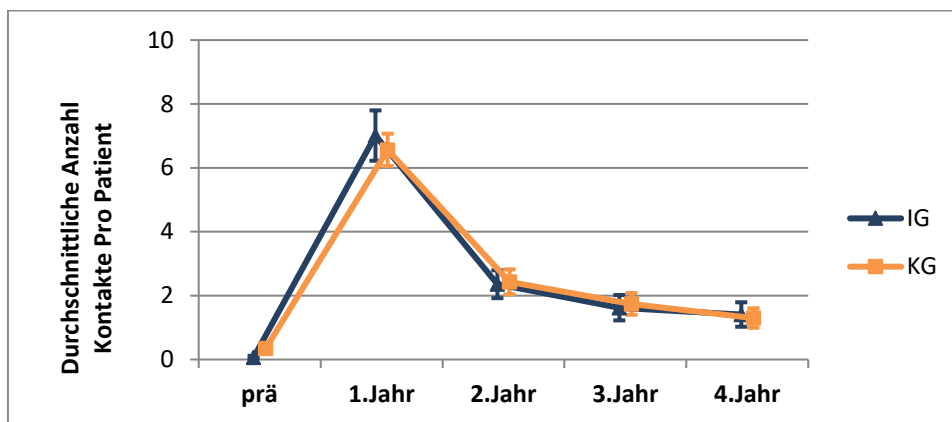
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

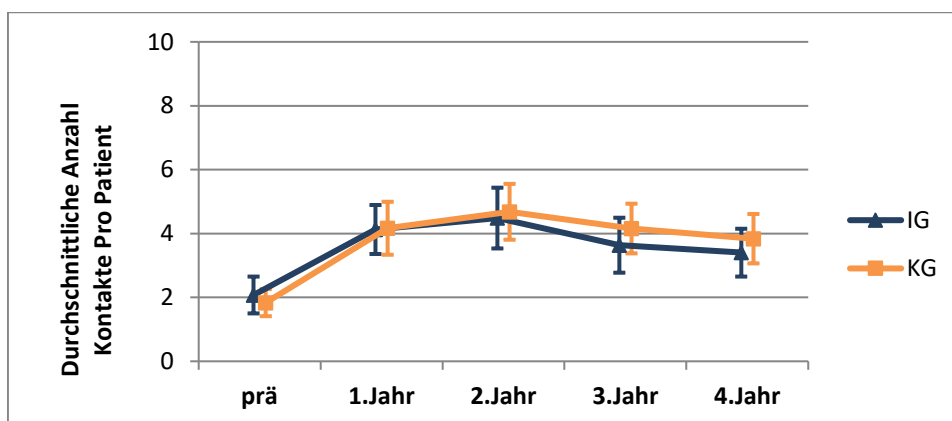
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

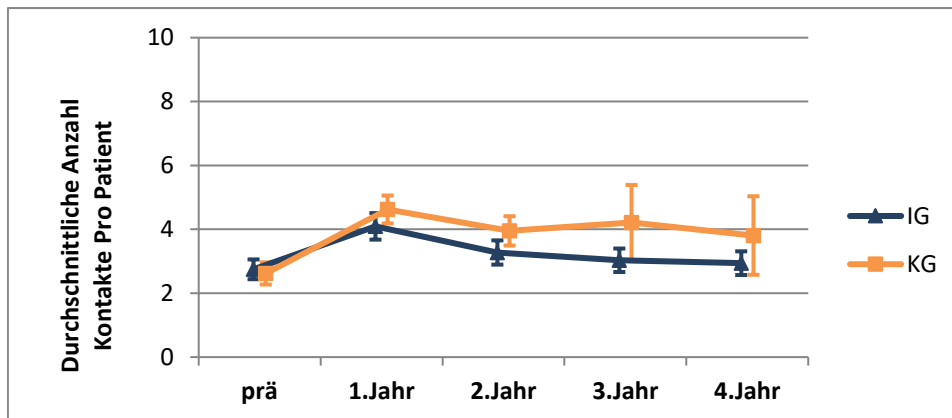
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

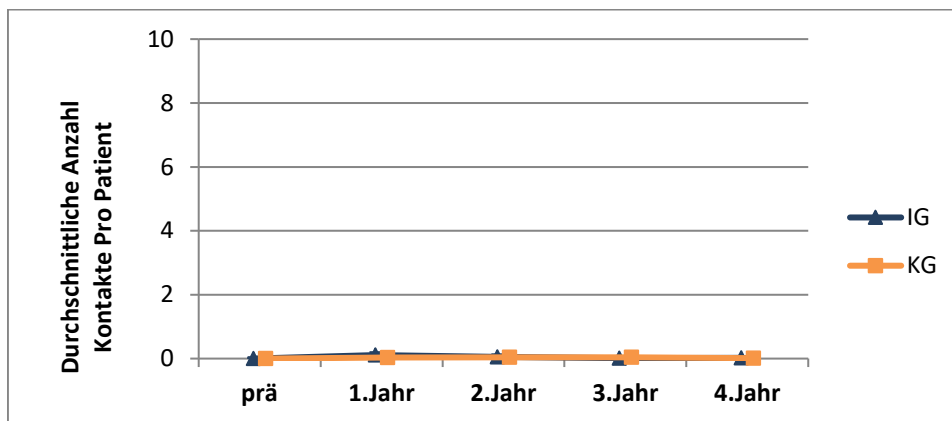


- bei anderen Vertragsärzten (E)

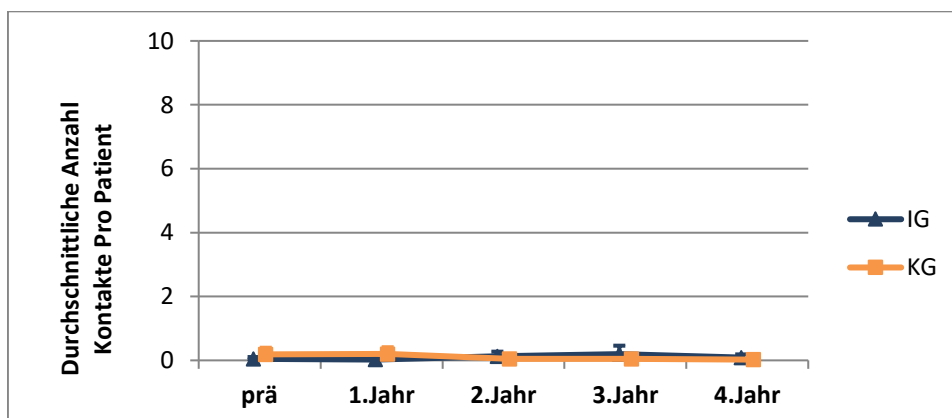


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

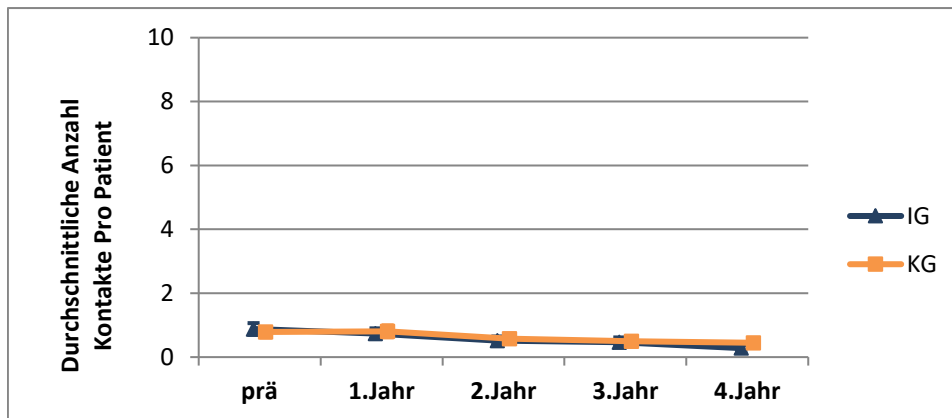
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

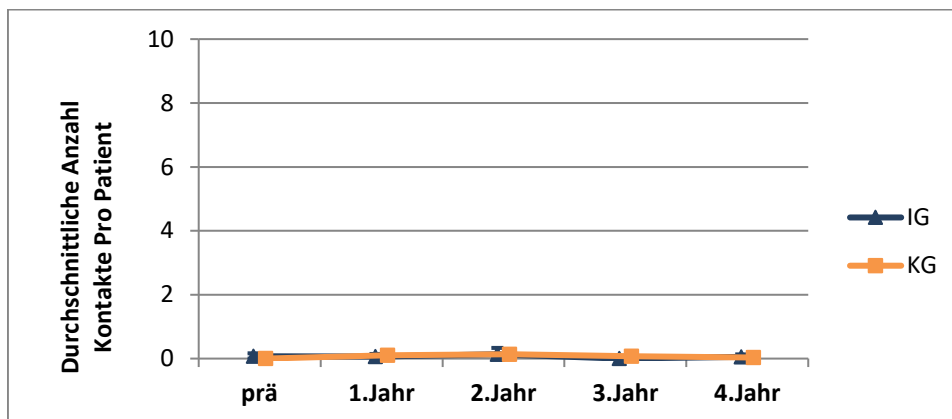


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

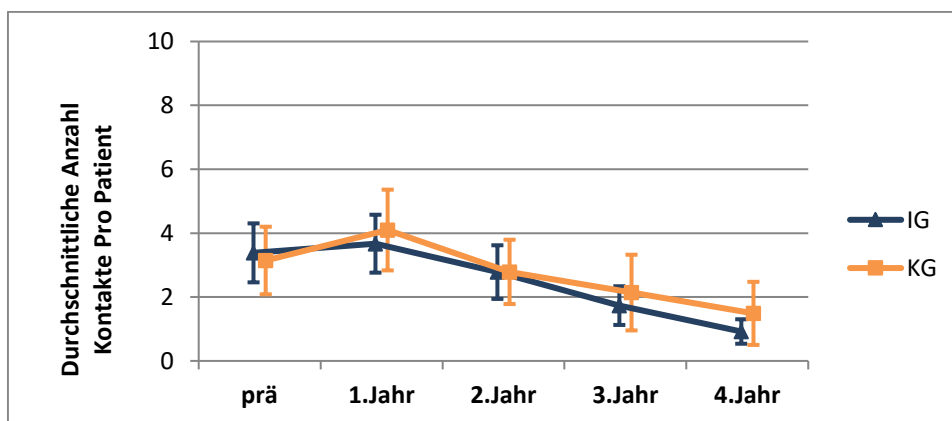


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



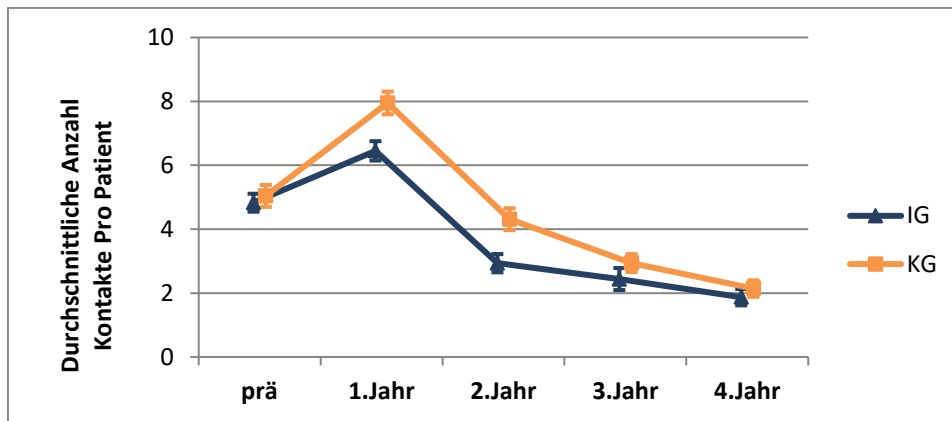
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

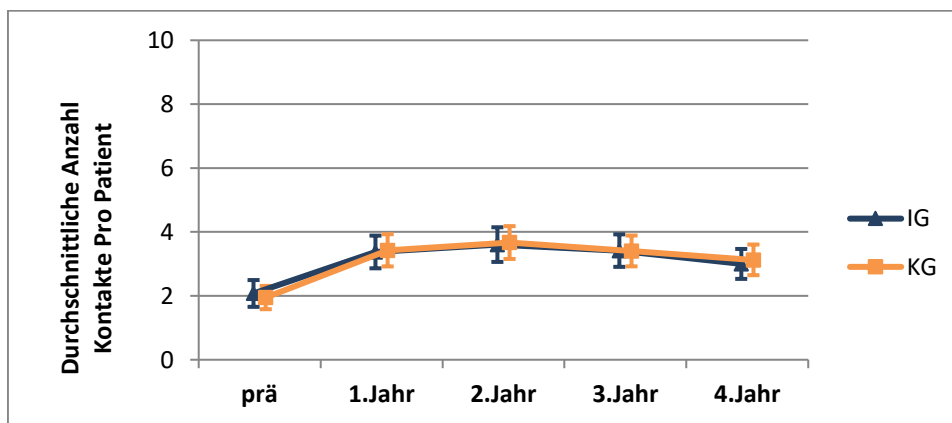
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

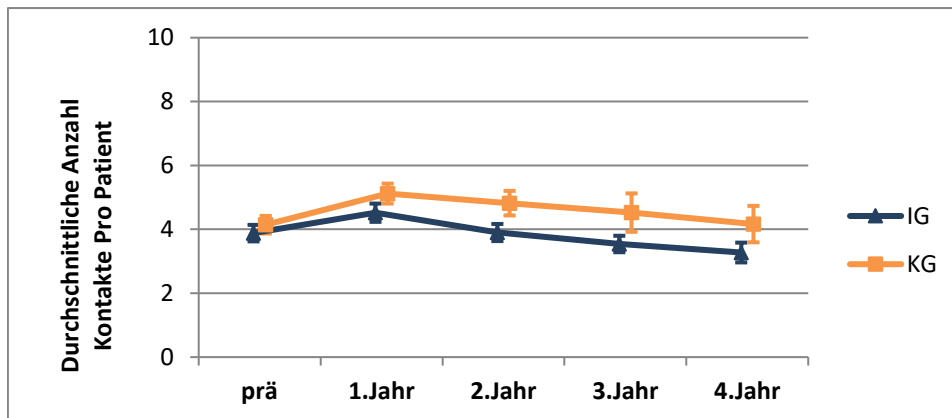
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

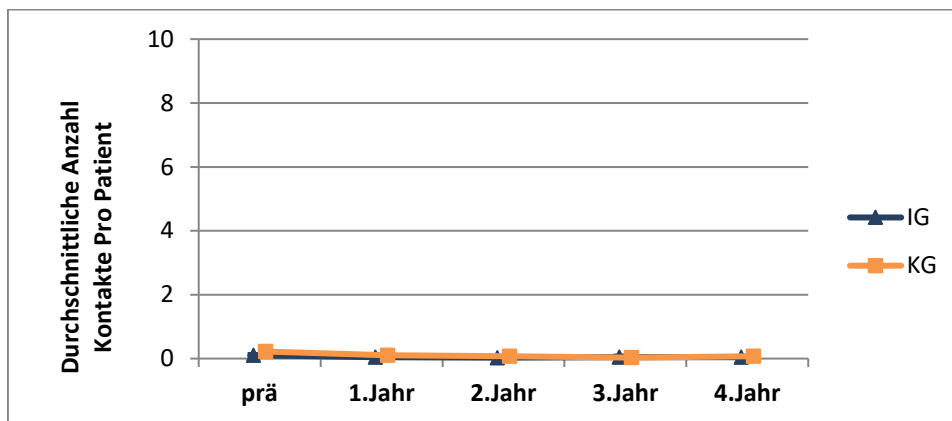


- bei anderen Vertragsärzten (E)

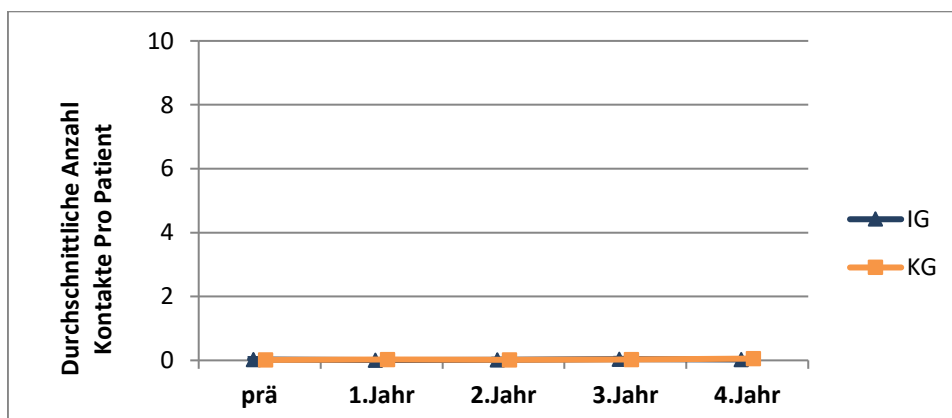


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

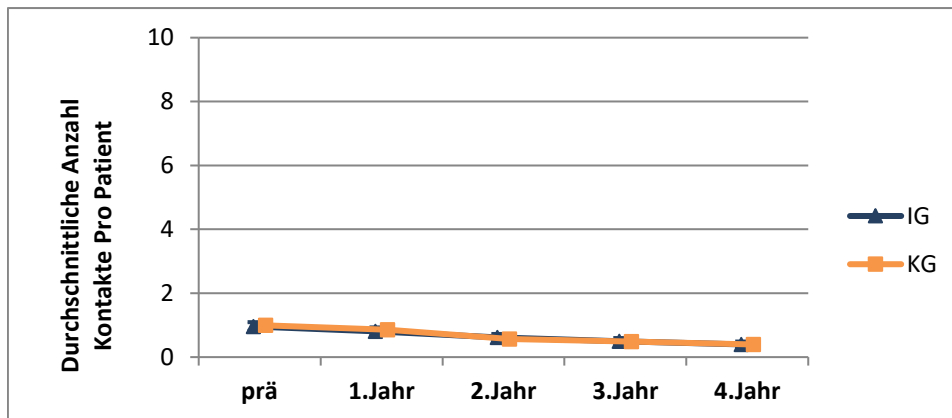
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

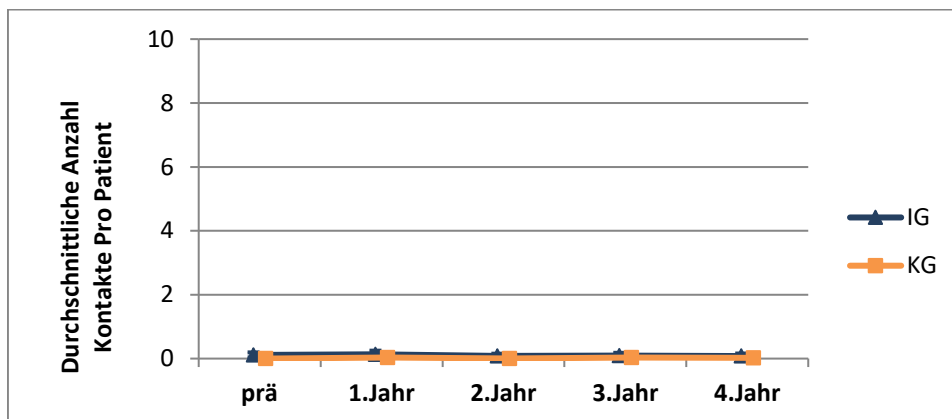


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

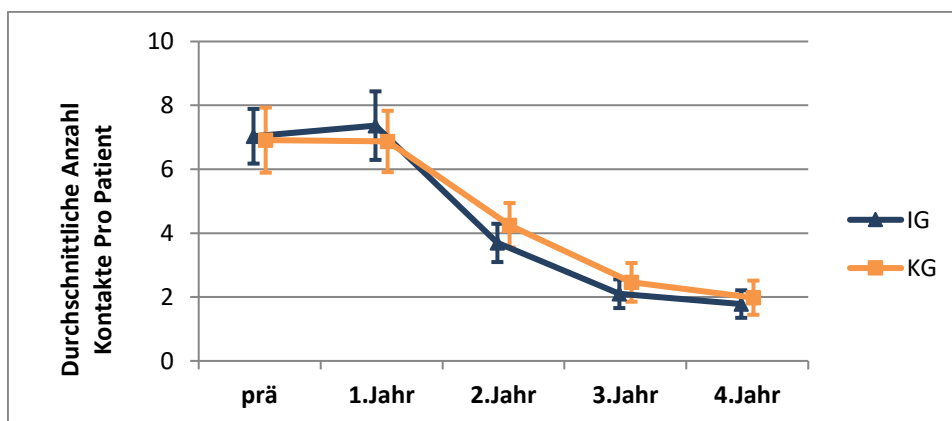


Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,73 -0,10...1,56	-0,28 -1,80...1,24	-0,66 -1,94...0,62
DID Jahr 2	0,20 -0,63...1,03	-0,44 -1,95...1,08	-0,81 -2,08...0,47
DID Jahr 3	0,17 -0,66...1,00	-0,76 -2,28...0,76	-1,31* -2,59...-0,03
DID Jahr 4	0,41 -0,43...1,23	-0,68 -2,19...0,84	-1,00 -2,27...0,28

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,37*** -1,97...-0,77	-0,18 -1,13...0,77	-0,34 -1,08...0,41
DID Jahr 2	-1,21*** -1,82...-0,61	-0,19 -1,15...0,76	-0,66 -1,40...0,09
DID Jahr 3	-0,31 -0,91...0,30	-0,12 -1,07...0,84	-0,72 -1,46...0,03
DID Jahr 4	-0,09 -0,69...0,52	-0,25 -1,21...0,70	-0,62 -1,37...0,12

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

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

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

Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Alle Patienten (n)	2.243	2.243	2.243	2.243
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	2.223	2.223	2.223	2.223
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	2.199	2.208	2.208	2.211
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	7,4	0,2	6,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	3,0	5,3	2,5	5,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	2,8	4,3	2,8	4,8
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 ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,6	0,8	0,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,1	0,1	0,1
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	3,5	3,3	3,2	3,7

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

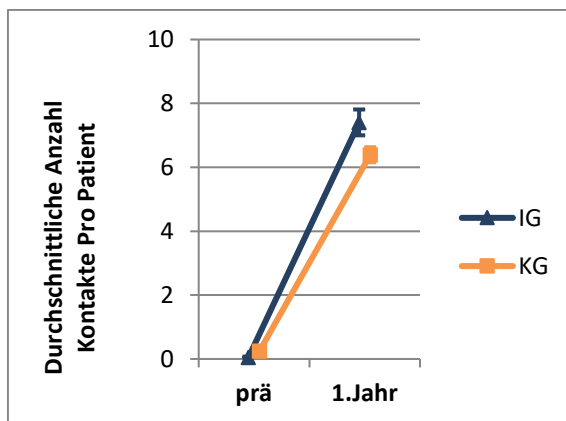
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

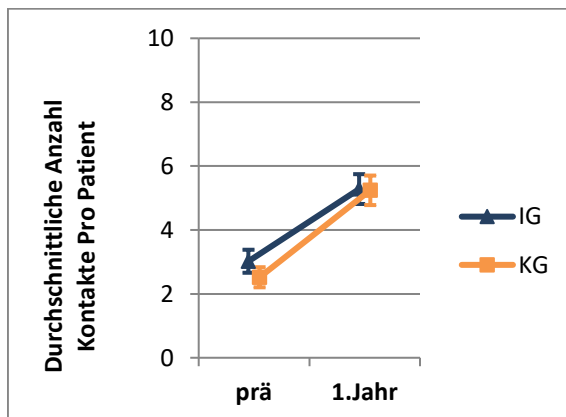
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

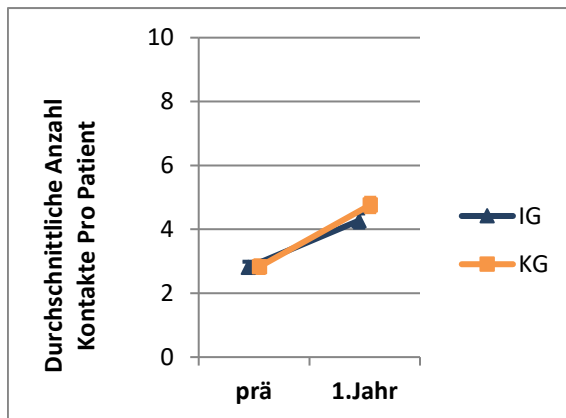
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

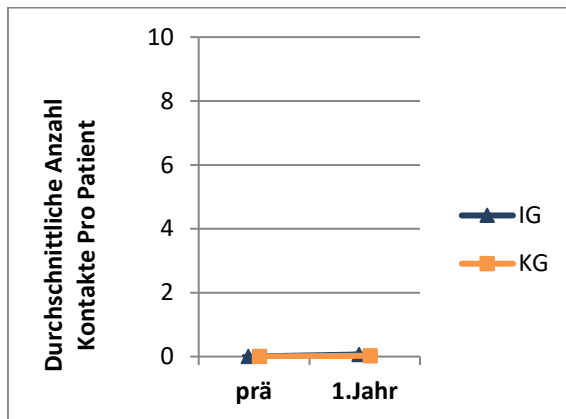


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

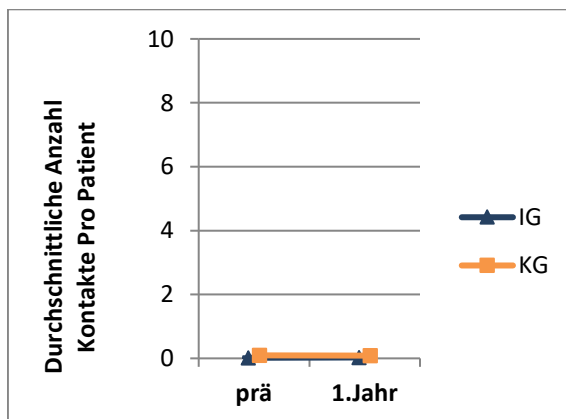


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

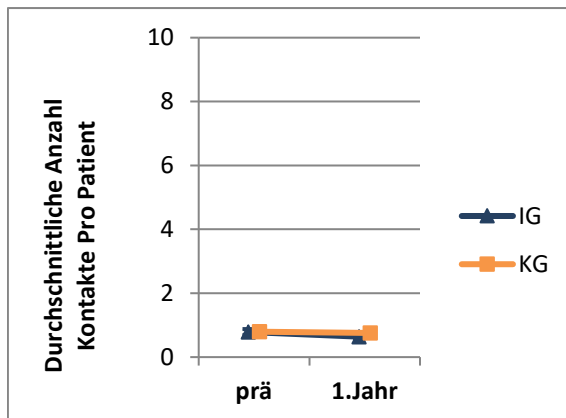
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

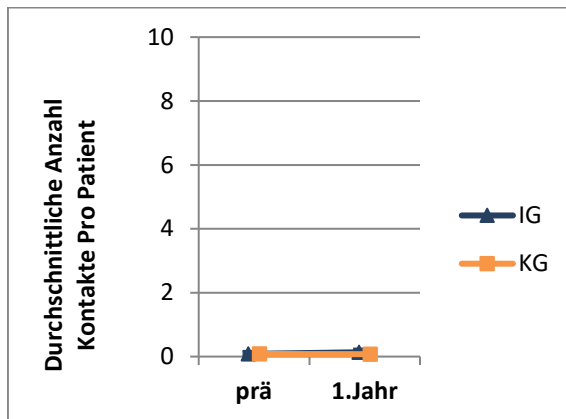


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

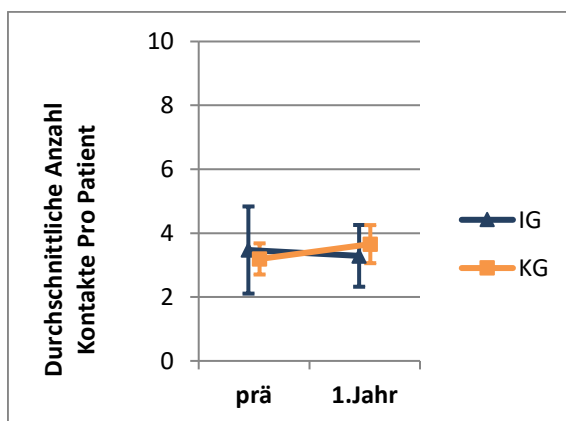


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



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

Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Alle Patienten (n)	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.697	1.697	1.697	1.700	1.700	1.699
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.677	1.680	1.654	1.691	1.692	1.643
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	7,3	2,4	0,3	6,5	2,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,9	5,2	5,2	2,4	5,0	5,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	2,8	4,3	3,6	2,8	4,7	3,9
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	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,6	0,5	0,8	0,8	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	2,8	2,8	2,1	3,1	3,5	2,7
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

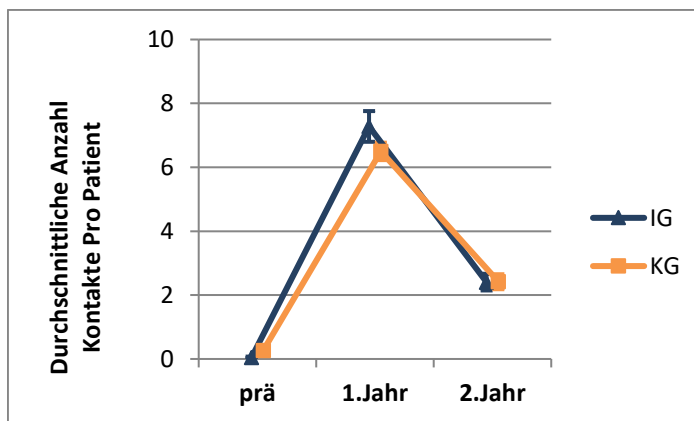
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

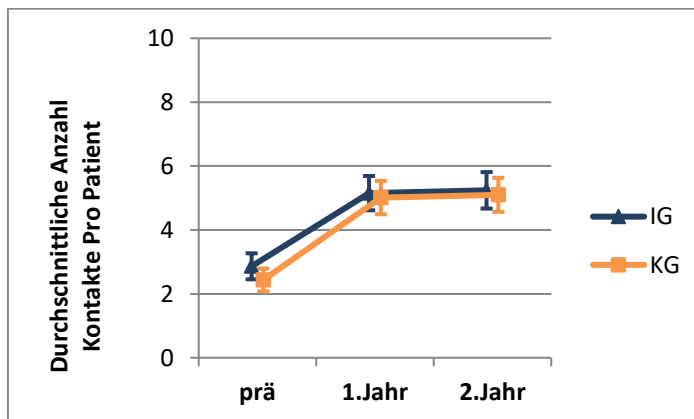
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

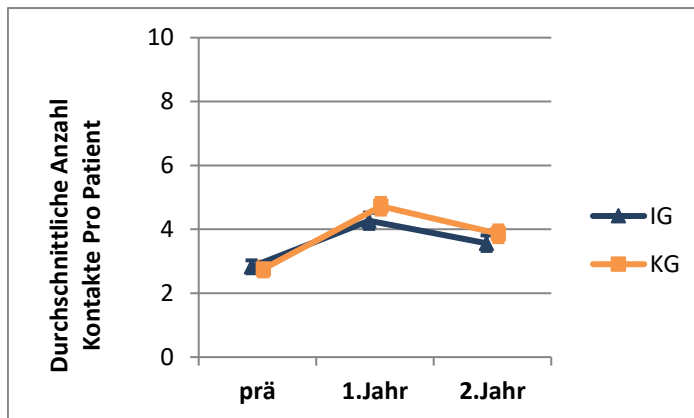
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

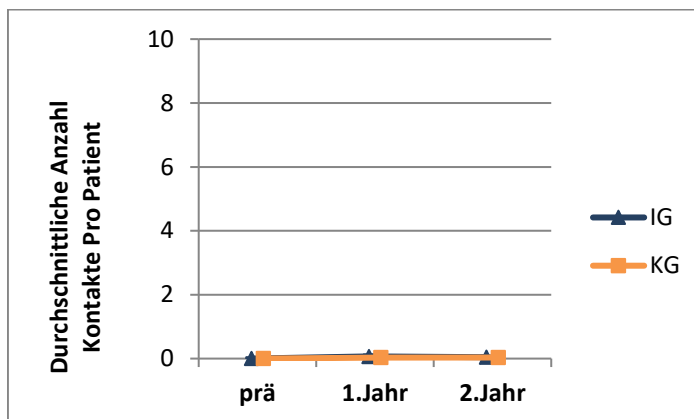


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

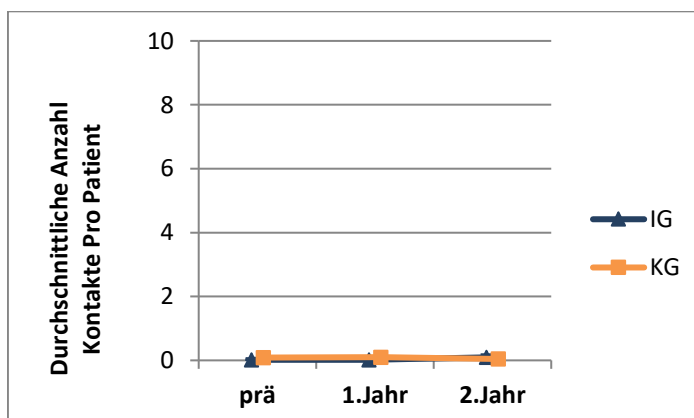


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

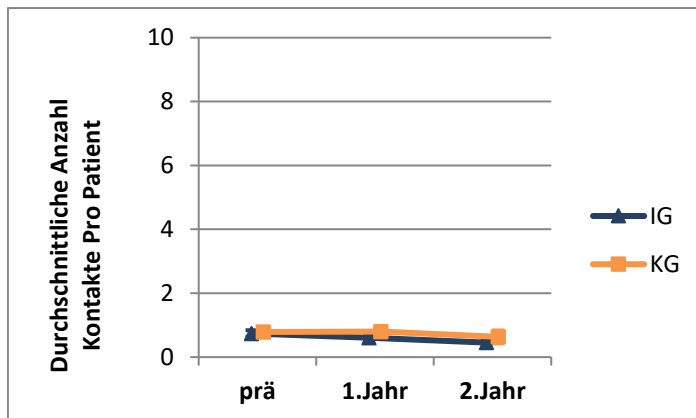
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

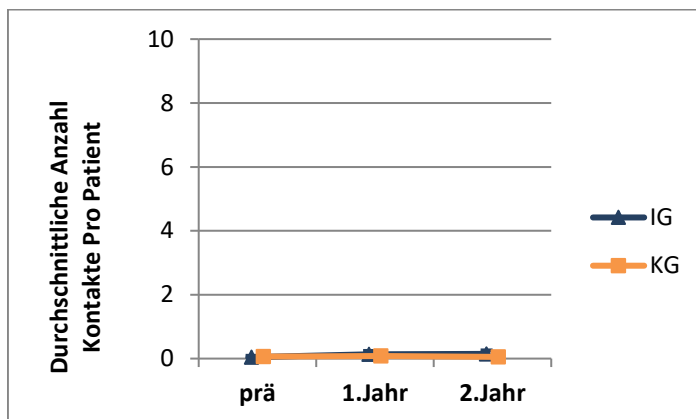


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

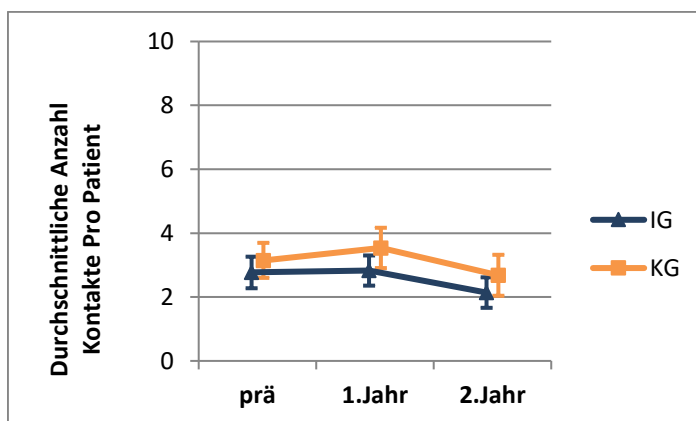


Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,00*** 0,47...1,53	-0,29 -1,25...0,67	-0,52* -1,00...-0,04
DID Jahr 2	0,20 -0,33...0,74	-0,28 -1,24...0,68	-0,36 -0,84...0,13

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

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

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

Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.148	1.148	1.148	1.148	1.143	1.143	1.142	1.142
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.137	1.141	1.121	1.093	1.135	1.138	1.120	1.083
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	7,1	2,4	1,7	0,3	6,7	2,5	1,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	5,0	4,9	4,1	2,1	4,4	4,9	4,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	2,8	4,4	3,7	3,4	2,7	4,8	4,1	3,9
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	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,7	0,5	0,4	0,8	0,8	0,6	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,2	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0

• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	2,9	3,0	2,2	1,4	3,3	4,0	2,9	2,2
---	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle Patienten (n)	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.621	1.621	1.621	1.621	1.634	1.634	1.634	1.633
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	1.629	1.638	1.612	1.578	1.628	1.654	1.615	1.586
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,9	6,5	2,9	2,4	4,1	7,7	4,1	2,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	3,5	3,6	3,3	2,0	3,4	3,9	3,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,7	4,4	3,8	3,4	4,0	4,9	4,6	4,2
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	0,1	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie³ oder einem Psychotherapeuten⁴ (D) 	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Vertragsärzten⁵ (F) 	1,0	0,8	0,6	0,5	1,1	0,9	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	6,9	7,7	4,3	2,6	6,9	7,2	5,0	3,3

¹ 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.

³ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

⁵ Facharztgruppen: alles außer 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

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

⁷ APN: alle

Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

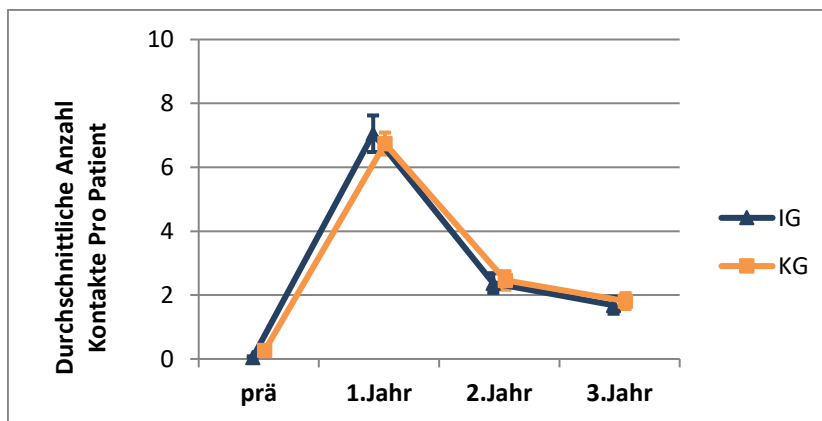
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

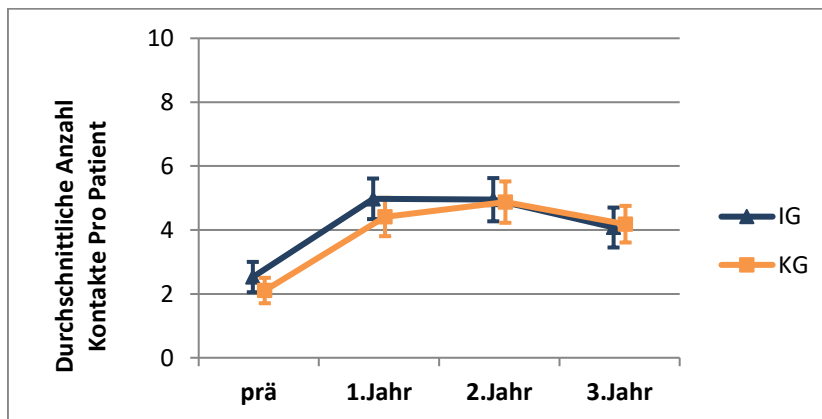
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

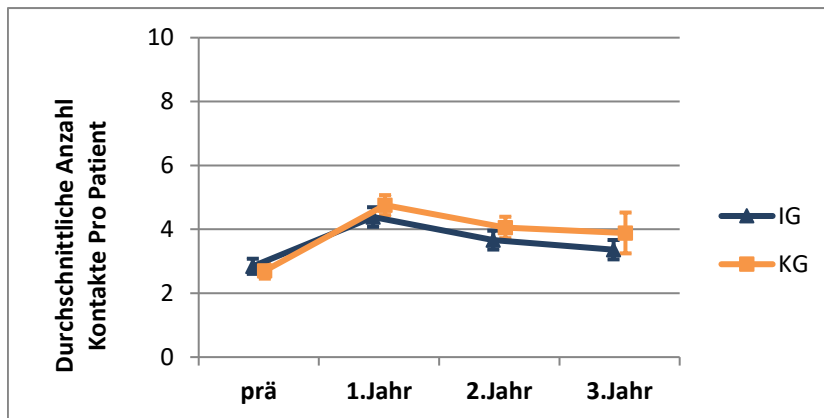
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

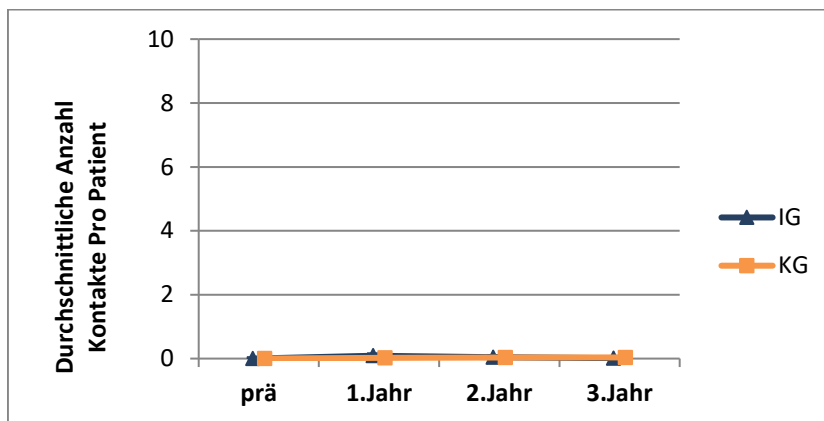


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

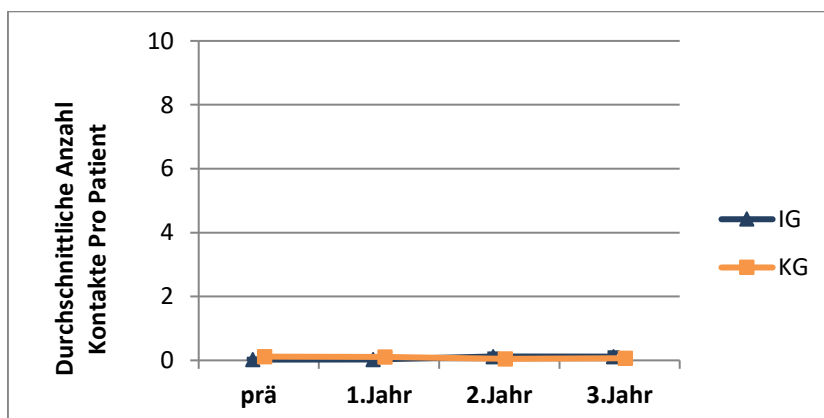


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

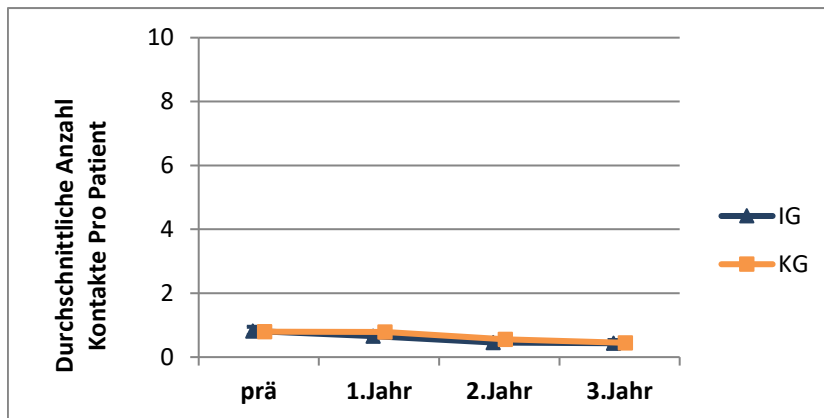
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

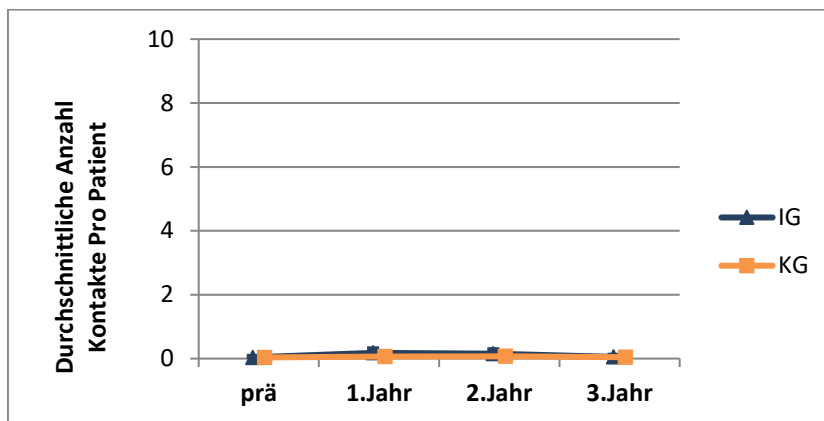


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

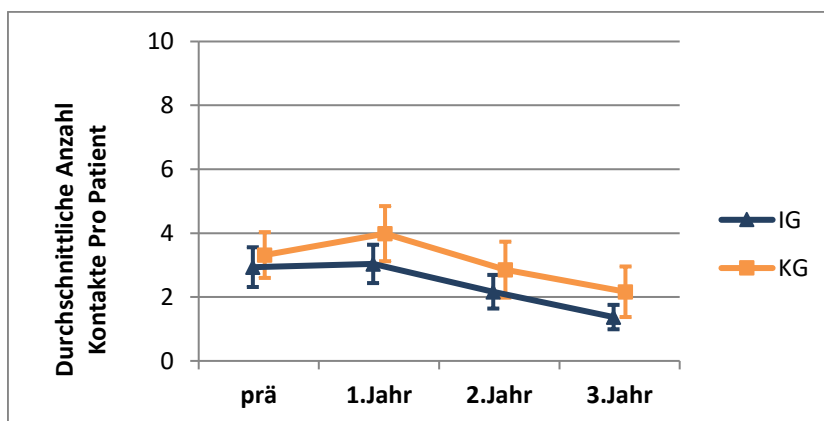


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



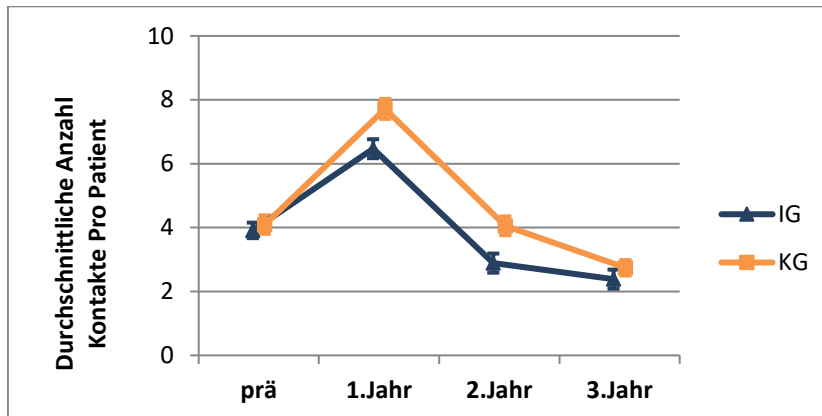
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

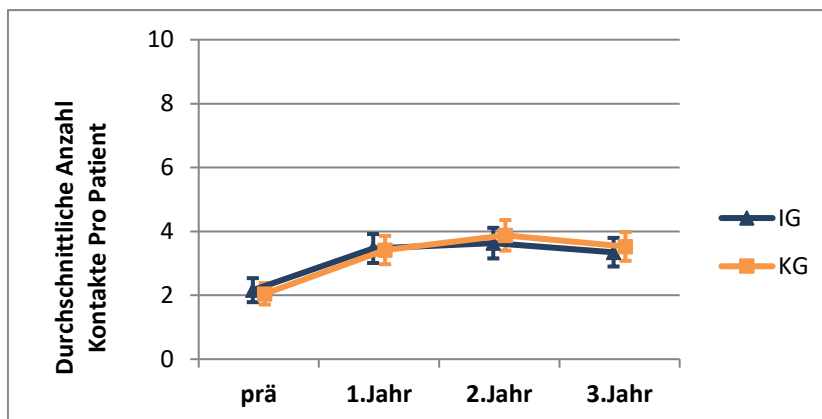
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

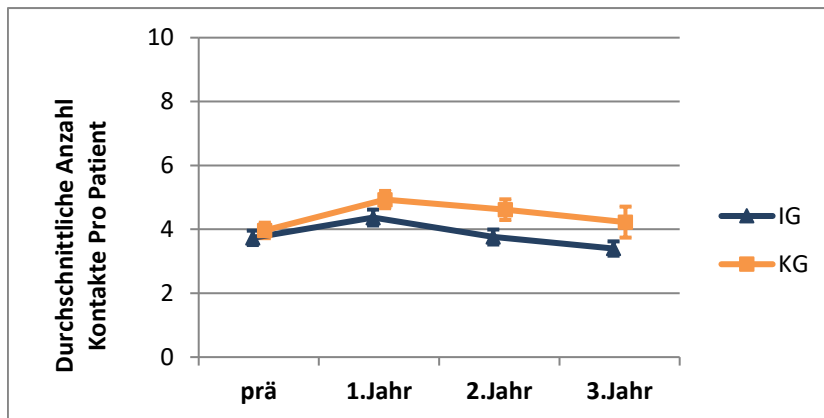
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

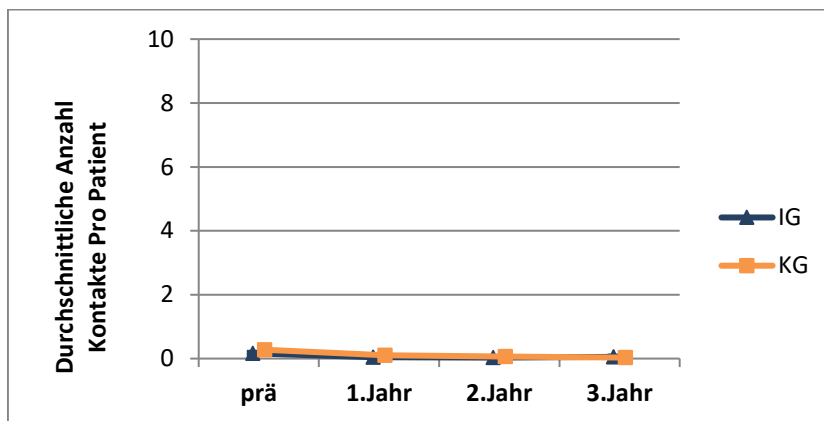


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

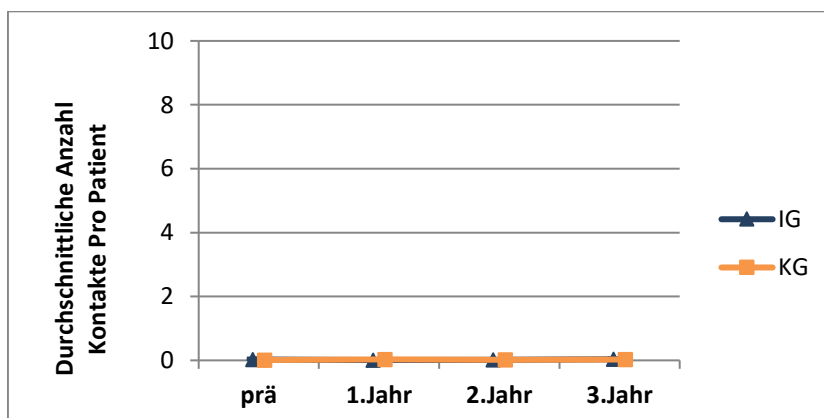


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

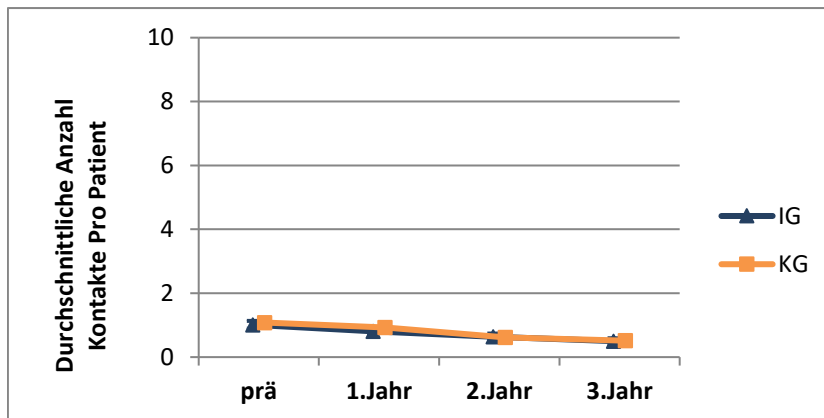
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

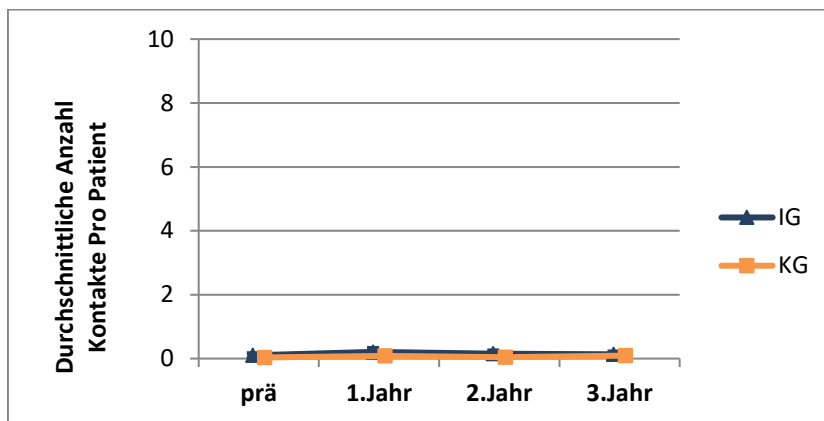


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

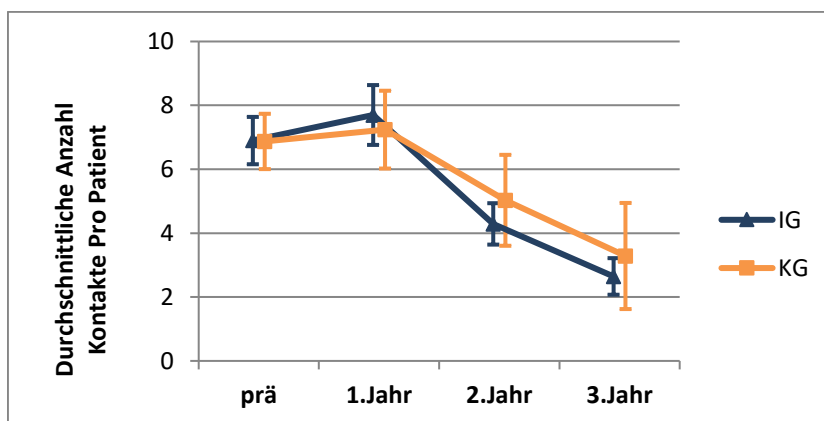


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für linikneue und linikbekannte Patienten bezüglich der **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** keine klaren Unterschiede zwischen IG und KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich für 7, 30 und 90 Tage ein etwas höherer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: +3,4 %-Punkte; 30 Tage: +1,2 %-Punkte; 90 Tage: +2,2 %-Punkte). Diese Unterschiede waren aber gering.

U3: Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigten sich für die Kontinuität zum psychiatrischen kaum Unterschiede zwischen IG und KG. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren die Anteile der Patienten mit Kontakt innerhalb von 7, 30 oder 90 Tagen zum psychiatrischen Sektor für linikneue Patienten erneut zwischen IG und KG vergleichbar bzw. war keine eindeutige Tendenz ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG im ersten Jahr nach Referenzfall stets niedrigere (7 Tage: -5,7 %-Punkte; 30 Tage: -5,3 %-Punkte; 90 Tage: -2,0 %-Punkte) und im dritten Jahr nach Referenzfall für 30 und 90 Tage eine höhere Kontinuität zum psychiatrischen Sektor (30 Tage: +2,5 %-Punkte; 90 Tage: +7,6 %-Punkte) verglichen mit der KG auf.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	199	61	43	47	265	69	69	53
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	18,1 %	16,4 %	25,6 %	19,1 %	19,2 %	21,7 %	26,1 %	18,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,0 %	4,9 %	4,7 %	2,1 %	3,4 %	4,3 %	7,2 %	3,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	18,6 %	16,4 %	25,6 %	25,5 %	27,2 %	33,3 %	34,8 %	24,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,5 %	6,6 %	11,6 %	17,0 %	3,8 %	5,8 %	15,9 %	5,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,0 %	9,8 %	25,6 %	19,1 %	10,9 %	4,3 %	11,6 %	7,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	1,6 %	2,3 %	0,0 %	1,9 %	4,3 %	8,7 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,1 %	31,1 %	48,8 %	38,3 %	30,2 %	29,0 %	39,1 %	26,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	55,3 %	57,4 %	34,9 %	38,3 %	50,2 %	47,8 %	40,6 %	41,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	188	56	37	41	242	68	65	45
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,6 %	35,7 %	40,5 %	24,4 %	37,6 %	44,1 %	49,2 %	46,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,4 %	7,1 %	13,5 %	2,4 %	11,2 %	7,4 %	15,4 %	17,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	44,1 %	39,3 %	62,2 %	41,5 %	51,7 %	64,7 %	61,5 %	57,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,1 %	21,4 %	24,3 %	31,7 %	17,8 %	14,7 %	35,4 %	24,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,6 %	19,6 %	29,7 %	29,3 %	17,8 %	11,8 %	21,5 %	17,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,3 %	5,4 %	2,7 %	4,9 %	5,0 %	13,2 %	18,5 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,5 %	51,8 %	73,0 %	51,2 %	55,8 %	58,8 %	67,7 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	22,9 %	26,8 %	10,8 %	17,1 %	21,5 %	17,6 %	10,8 %	11,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	170	51	34	37	220	54	56	36
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	49,4 %	47,1 %	47,1 %	29,7 %	46,4 %	50,0 %	55,4 %	58,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,9 %	11,8 %	26,5 %	13,5 %	20,0 %	9,3 %	28,6 %	19,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	78,2 %	76,5 %	76,5 %	67,6 %	82,3 %	83,3 %	91,1 %	77,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	45,9 %	45,1 %	52,9 %	43,2 %	39,1 %	33,3 %	51,8 %	44,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,4 %	21,6 %	38,2 %	45,9 %	25,5 %	16,7 %	28,6 %	25,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	11,8 %	8,8 %	16,2 %	14,1 %	20,4 %	28,6 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,8 %	64,7 %	88,2 %	70,3 %	71,4 %	63,0 %	80,4 %	69,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	4,7 %	7,8 %	0,0 %	5,4 %	4,5 %	7,4 %	0,0 %	2,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	225	116	91	95	289	151	100	75
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	19,1 %	21,6 %	24,2 %	24,2 %	22,8 %	31,1 %	26,0 %	22,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,7 %	12,1 %	3,3 %	5,3 %	3,5 %	4,6 %	2,0 %	5,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	24,4 %	31,0 %	24,2 %	25,3 %	24,6 %	27,8 %	31,0 %	34,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,1 %	5,2 %	4,4 %	5,3 %	3,1 %	3,3 %	7,0 %	10,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	6,9 %	9,9 %	5,3 %	8,0 %	9,3 %	10,0 %	12,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	1,7 %	2,2 %	4,2 %	0,7 %	2,0 %	2,0 %	2,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	25,8 %	37,1 %	31,9 %	32,6 %	32,2 %	40,4 %	33,0 %	34,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	54,7 %	39,7 %	50,5 %	48,4 %	50,2 %	42,4 %	47,0 %	46,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	212	104	81	89	266	140	92	73
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,7 %	38,5 %	44,4 %	38,2 %	42,5 %	57,9 %	43,5 %	41,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,5 %	20,2 %	9,9 %	10,1 %	9,0 %	7,9 %	8,7 %	9,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,6 %	54,8 %	56,8 %	52,8 %	57,1 %	59,3 %	59,8 %	58,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	16,5 %	18,3 %	19,8 %	18,0 %	14,7 %	15,7 %	17,4 %	20,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	15,4 %	18,5 %	14,6 %	15,8 %	17,1 %	17,4 %	15,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,7 %	6,7 %	8,6 %	10,1 %	7,1 %	7,9 %	7,6 %	6,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	50,5 %	61,5 %	63,0 %	53,9 %	57,9 %	68,6 %	57,6 %	56,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,9 %	18,3 %	14,8 %	23,6 %	16,2 %	15,7 %	19,6 %	23,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	194	87	71	72	237	122	80	65
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	58,8 %	49,4 %	54,9 %	51,4 %	59,9 %	67,2 %	48,8 %	52,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	14,9 %	27,6 %	25,4 %	15,3 %	13,1 %	8,2 %	20,0 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,4 %	86,2 %	74,6 %	77,8 %	81,9 %	80,3 %	76,3 %	90,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	36,6 %	40,2 %	42,3 %	31,9 %	32,9 %	36,1 %	37,5 %	46,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	15,5 %	25,3 %	23,9 %	25,0 %	21,9 %	20,5 %	22,5 %	23,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,3 %	16,1 %	9,9 %	15,3 %	12,7 %	11,5 %	16,3 %	16,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,2 %	79,3 %	77,5 %	65,3 %	74,3 %	77,9 %	66,3 %	76,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,7 %	5,7 %	5,6 %	11,1 %	4,6 %	9,0 %	11,3 %	3,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

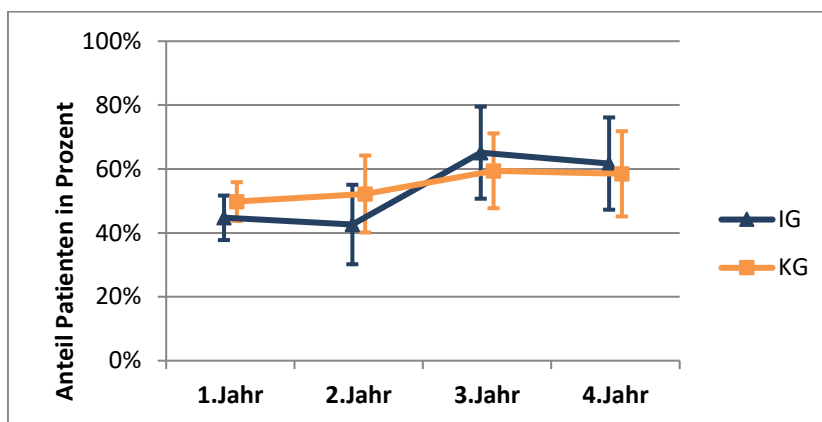
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

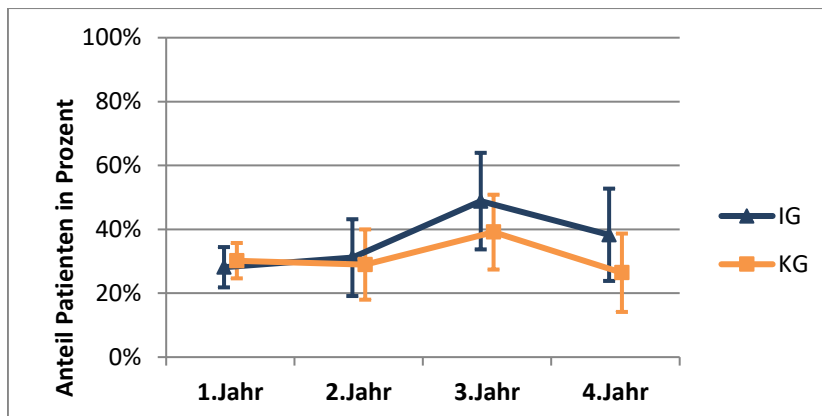
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



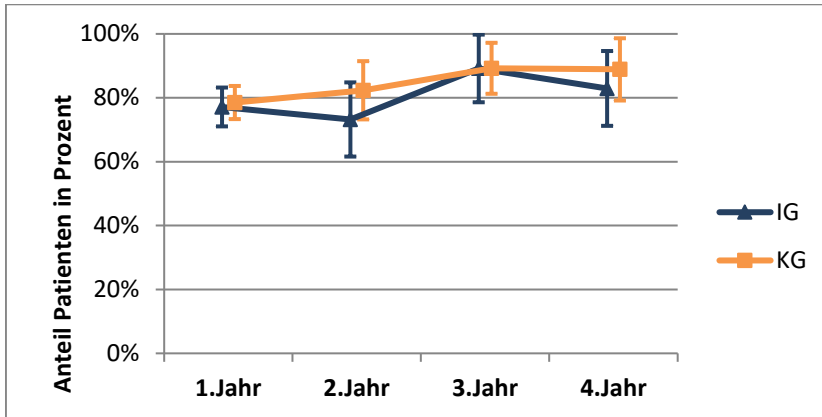
- Alle (psychiatrischer Sektor)



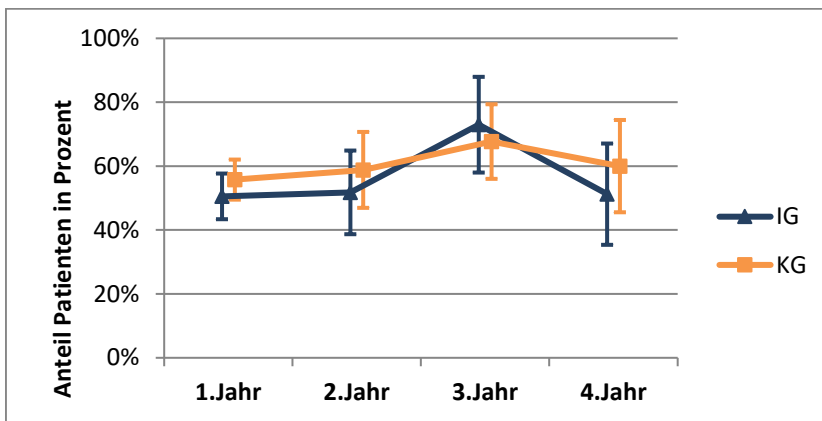
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



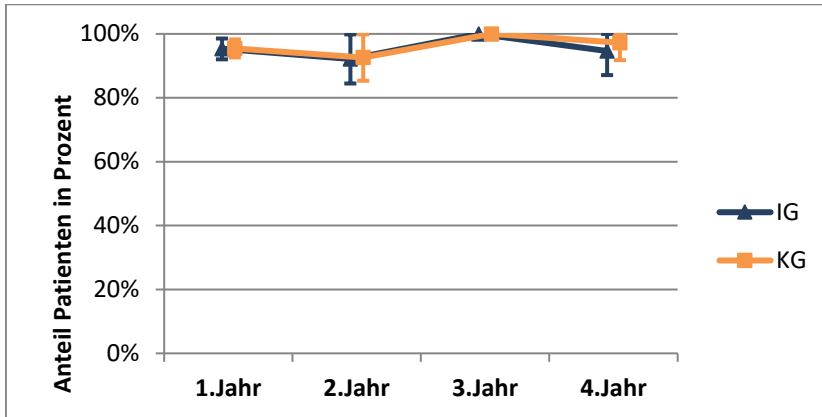
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



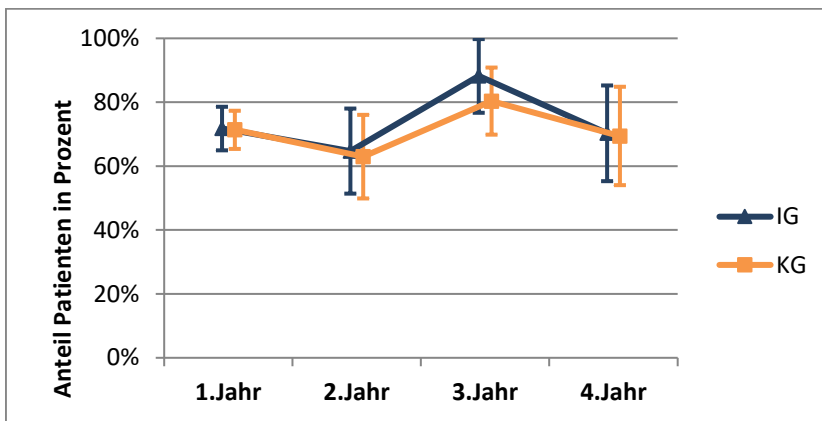
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

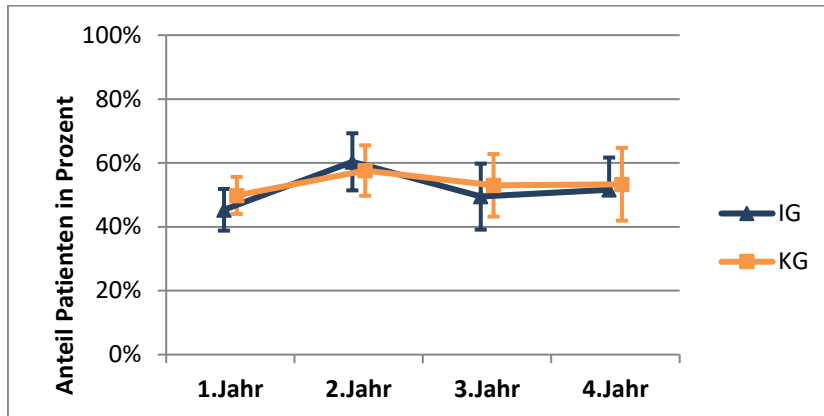
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

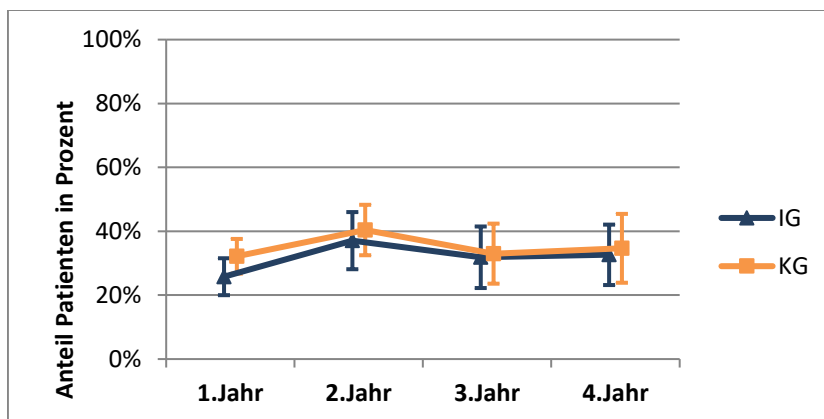
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



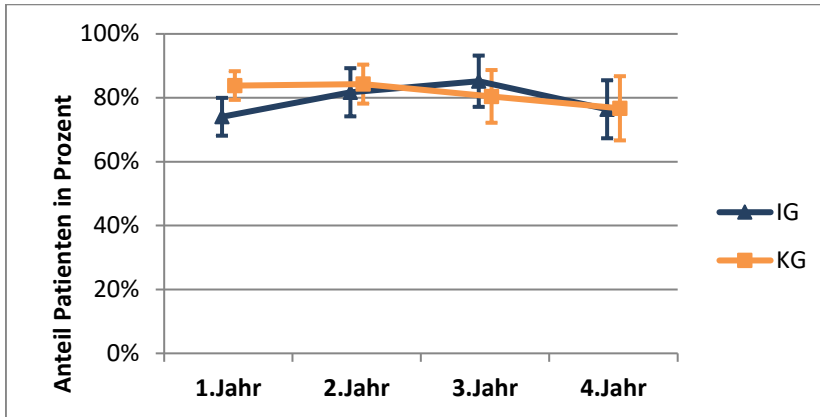
- Alle (psychiatrischer Sektor)



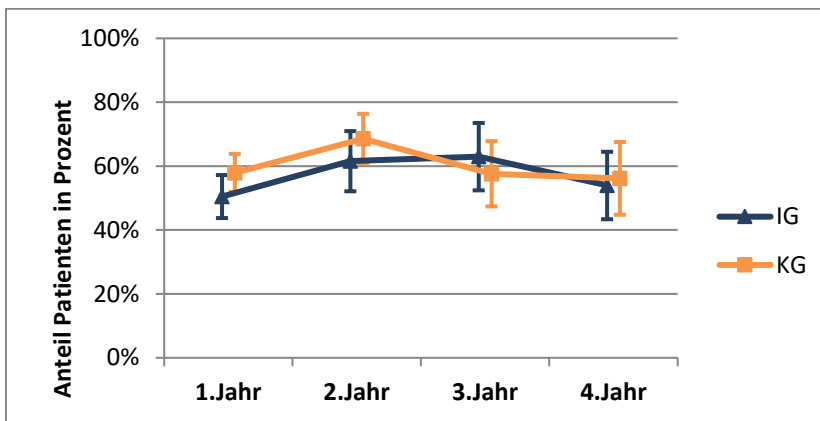
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



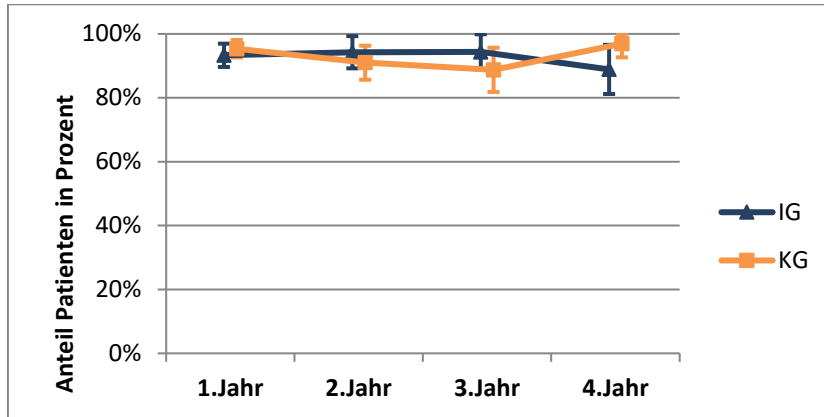
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

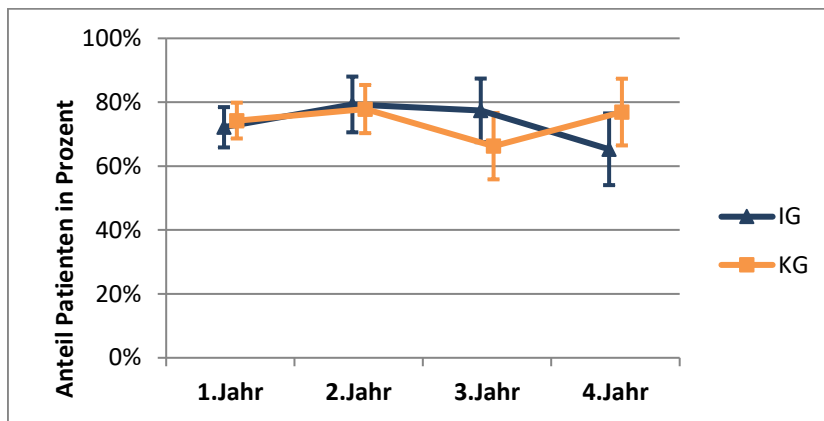


Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,91 0,60...1,38	0,84 0,57...1,23	1,07 0,68...1,68
Gruppe Jahr 2	1,11 0,51...2,40	0,76 0,37...1,59	1,03 0,45...2,36
Gruppe Jahr 3	1,44 0,65...3,22	1,43 0,56...3,65	2,16 0,60...7,83
Gruppe Jahr 4	2,12 0,81...5,54	0,86 0,34...2,15	1,30 0,45...3,80

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

Klinikbekannte Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	0,79 0,53...1,17	0,76 0,53...1,11	0,89 0,58...1,38
Gruppe Jahr 2	0,90 0,54...1,49	0,72 0,42...1,24	1,08 0,54...2,16
Gruppe Jahr 3	1,00 0,54...1,86	1,36 0,72...2,57	1,95 0,91...4,14
Gruppe Jahr 4	0,88 0,46...1,68	0,93 0,49...1,78	0,50 0,22...1,11

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

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

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

Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	936	977
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	21,4 %	19,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	5,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	20,4 %	24,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,3 %	4,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,7 %	10,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,4 %	31,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	50,6 %	51,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	854	912
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	35,5 %	37,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,8 %	13,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,0 %	55,3 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	19,2 %	18,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	19,3 %	20,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	58,1 %	56,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,8 %	19,2 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG	KG
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)		
	1. Jahr	1. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	753	804
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	46,5 %	48,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	22,7 %	20,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,8 %	79,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,9 %	38,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	31,1 %	31,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,4 %	13,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,7 %	71,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,6 %	6,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

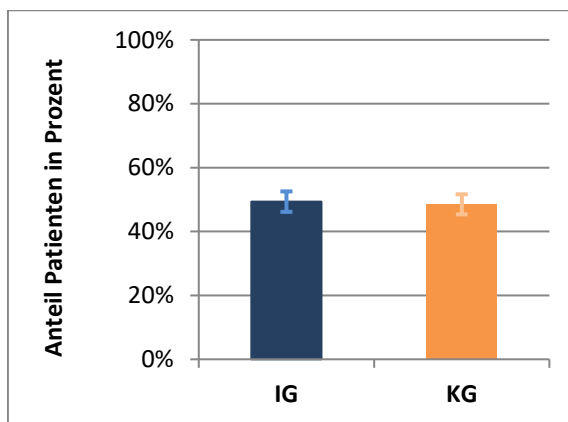
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

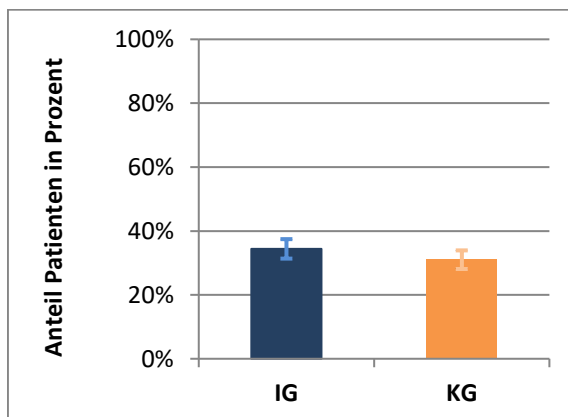
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

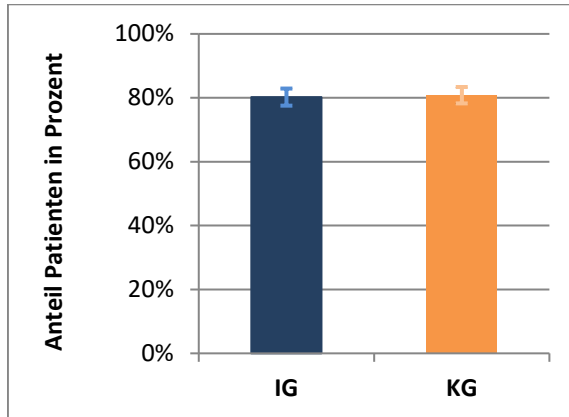
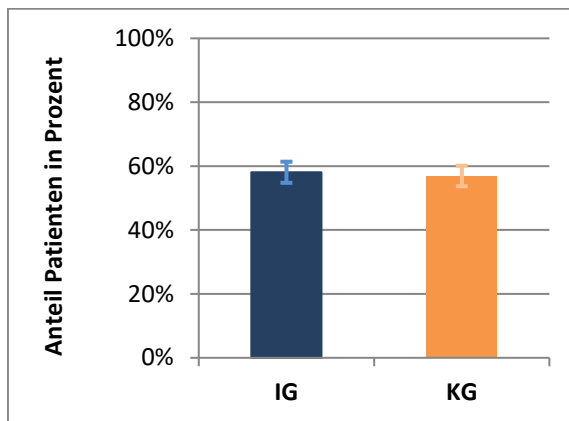
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

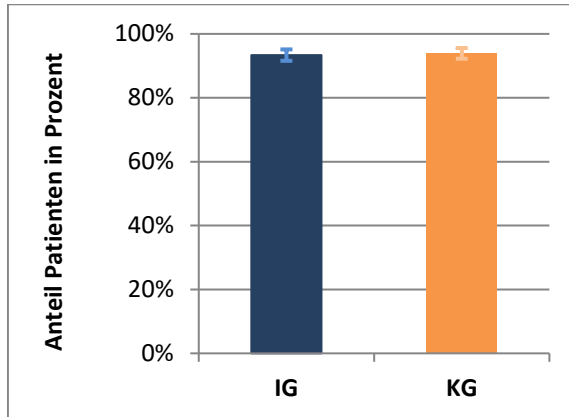
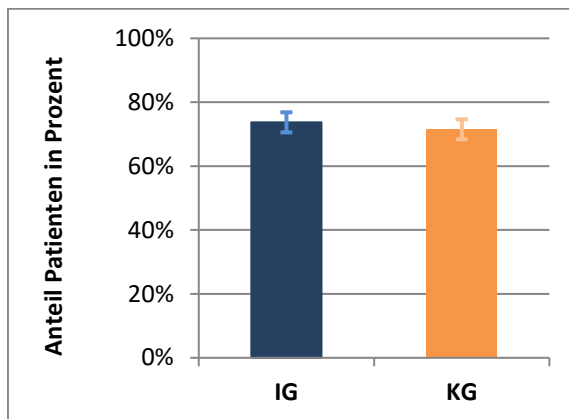
- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 30 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 90 Tagen****- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

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

Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche,(U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	683	233	756	211
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	20,8 %	18,0 %	19,0 %	20,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,4 %	5,2 %	4,9 %	6,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	19,2 %	21,0 %	25,1 %	23,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,1 %	5,6 %	4,8 %	8,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	8,2 %	10,2 %	11,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,7 %	1,7 %	2,5 %	3,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,7 %	30,5 %	30,4 %	35,1 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	52,4 %	51,5 %	51,2 %	48,8 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	630	208	702	204
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	35,1 %	34,1 %	36,9 %	39,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,4 %	10,6 %	12,7 %	14,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,1 %	48,1 %	55,1 %	55,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	19,0 %	21,2 %	19,4 %	17,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,7 %	17,3 %	19,8 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	8,2 %	6,0 %	9,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,2 %	53,4 %	56,1 %	61,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,5 %	22,1 %	19,8 %	17,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG		KG	
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	565	182	626	170
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	46,7 %	51,1 %	46,6 %	45,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,4 %	18,7 %	20,1 %	21,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	75,2 %	79,1 %	79,1 %	81,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,7 %	44,5 %	39,9 %	41,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,6 %	23,6 %	30,5 %	25,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	12,4 %	17,0 %	13,6 %	19,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,6 %	73,1 %	70,1 %	70,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	4,4 %	6,4 %	5,9 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

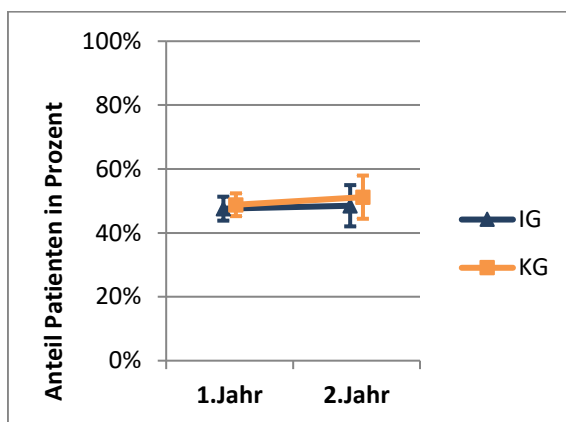
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

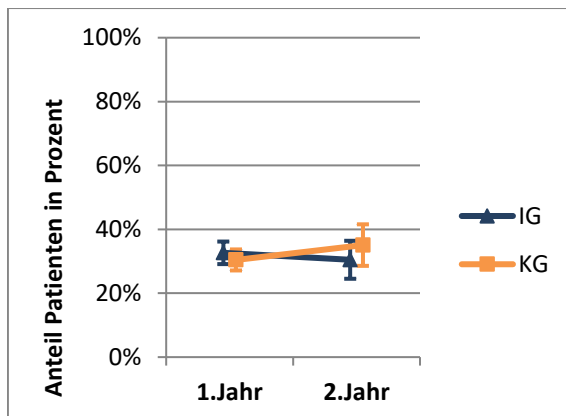
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



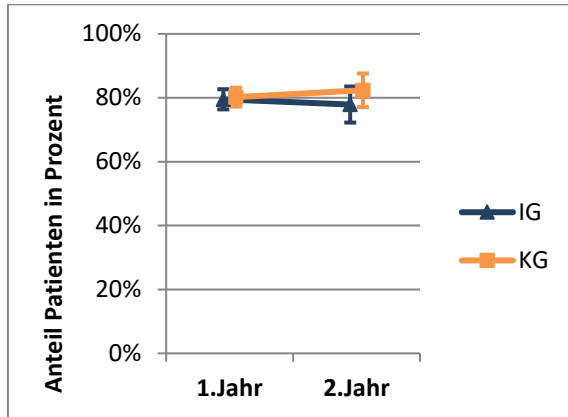
- Alle (psychiatrischer Sektor)



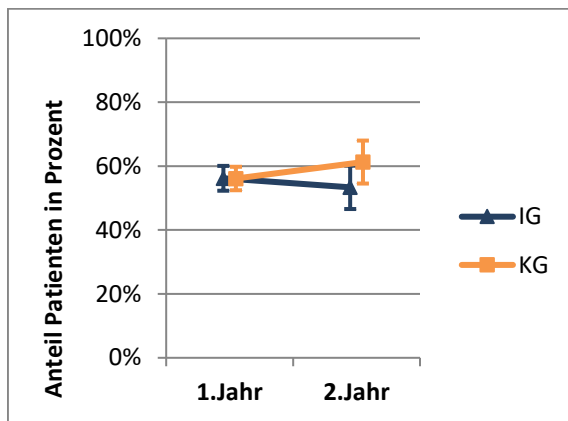
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



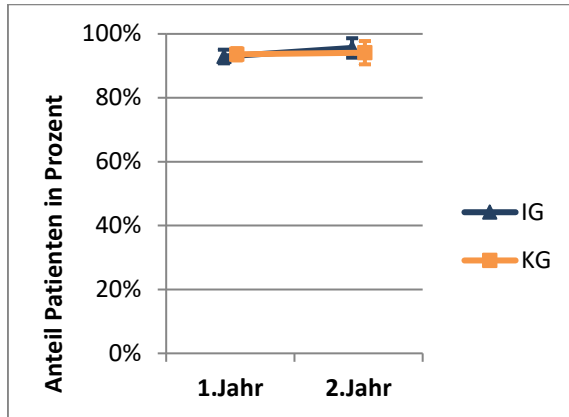
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

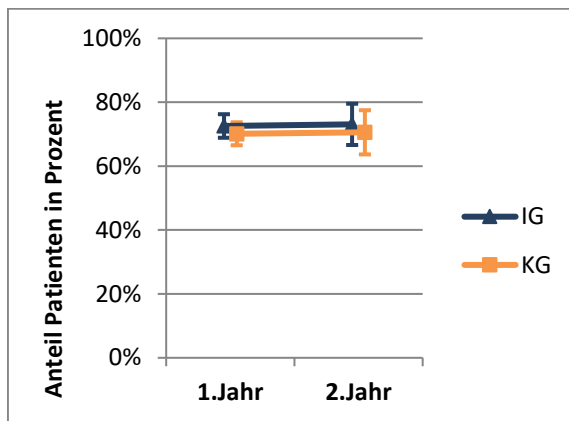


Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,11 0,88...1,39	1,00 0,81...1,25	1,16 0,90...1,50
Gruppe Jahr 2	0,83 0,55...1,25	0,73 0,49...1,08	1,09 0,68...1,75

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

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

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

Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	421	150	101	489	133	104
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,8 %	15,3 %	23,8 %	21,7 %	21,1 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,7 %	5,3 %	7,9 %	3,1 %	4,5 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	18,5 %	19,3 %	24,8 %	28,0 %	27,1 %	30,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	5,7 %	6,7 %	9,9 %	5,1 %	9,0 %	11,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,0 %	5,3 %	18,8 %	11,2 %	7,5 %	11,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,7 %	2,7 %	7,9 %	2,9 %	4,5 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,3 %	25,3 %	43,6 %	32,1 %	31,6 %	40,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	53,0 %	56,0 %	41,6 %	48,9 %	49,6 %	43,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	394	135	88	450	129	96
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	32,2 %	36,3 %	36,4 %	39,8 %	40,3 %	43,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	12,7 %	9,6 %	22,7 %	9,6 %	11,6 %	16,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	45,9 %	45,2 %	61,4 %	56,2 %	62,0 %	62,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,0 %	23,0 %	23,9 %	19,8 %	17,8 %	26,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	18,8 %	14,1 %	26,1 %	20,4 %	11,6 %	20,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,6 %	8,9 %	8,0 %	5,6 %	10,9 %	15,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,8 %	51,9 %	68,2 %	56,7 %	58,1 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	20,3 %	22,2 %	11,4 %	19,8 %	17,1 %	12,5 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	354	118	71	402	109	82
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	42,9 %	55,9 %	39,4 %	50,7 %	45,9 %	50,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,3 %	15,3 %	29,6 %	17,4 %	18,3 %	30,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,1 %	78,0 %	78,9 %	80,8 %	85,3 %	87,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,4 %	42,4 %	45,1 %	42,8 %	41,3 %	43,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	29,9 %	18,6 %	35,2 %	30,8 %	18,3 %	28,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,0 %	13,6 %	9,9 %	14,7 %	19,3 %	26,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	71,2 %	72,0 %	78,9 %	71,6 %	65,1 %	78,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	6,2 %	5,1 %	2,8 %	5,2 %	5,5 %	3,7 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Klinikbekannte Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	317	150	118	391	190	121
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	18,9 %	24,7 %	26,3 %	22,8 %	28,9 %	24,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	3,2 %	10,0 %	5,1 %	4,1 %	4,7 %	5,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	23,7 %	32,7 %	23,7 %	26,6 %	25,8 %	26,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,3 %	4,7 %	5,1 %	2,8 %	4,2 %	6,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,4 %	8,0 %	7,6 %	8,7 %	8,4 %	9,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,2 %	2,0 %	3,4 %	1,0 %	2,6 %	2,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,5 %	39,3 %	34,7 %	32,2 %	37,9 %	35,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	55,5 %	39,3 %	50,8 %	48,6 %	45,3 %	47,1 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

B: ambulanter Kontakt innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>30 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	298	132	106	363	178	112
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	39,6 %	37,9 %	44,3 %	42,1 %	50,0 %	44,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	7,7 %	18,2 %	12,3 %	9,9 %	9,0 %	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	55,3 %	53,8 %	55,9 %	57,3 %	52,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,8 %	18,2 %	19,8 %	12,9 %	16,9 %	16,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,4 %	15,9 %	17,0 %	15,4 %	15,7 %	17,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,4 %	6,1 %	8,5 %	7,4 %	8,4 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,7 %	60,6 %	63,2 %	57,0 %	61,8 %	60,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	24,5 %	19,7 %	17,0 %	17,9 %	18,0 %	19,6 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

C: ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG			KG		
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>90 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)						
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	274	111	94	323	157	97
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	59,1 %	45,9 %	56,4 %	59,1 %	63,1 %	51,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,9 %	24,3 %	23,4 %	13,9 %	11,5 %	23,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	80,7 %	83,8 %	71,3 %	81,4 %	79,6 %	75,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,2 %	38,7 %	42,6 %	29,7 %	36,9 %	36,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	17,9 %	24,3 %	21,3 %	23,2 %	20,4 %	23,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	10,9 %	13,5 %	9,6 %	12,4 %	14,6 %	16,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	72,3 %	73,9 %	78,7 %	74,3 %	75,2 %	71,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,8 %	8,1 %	5,3 %	5,3 %	9,6 %	10,3 %

¹ Facharztgruppen: 47, 51, 58, 59, 60

² Facharztgruppen: 01, 02, 03, 34-39

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

⁴ Facharztgruppen: 61, 68, 69

Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

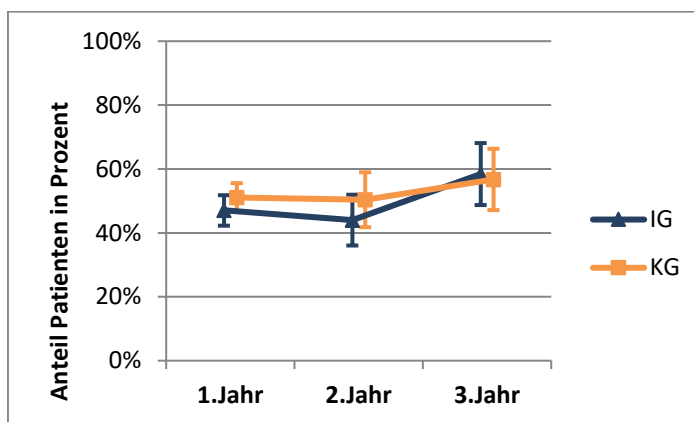
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

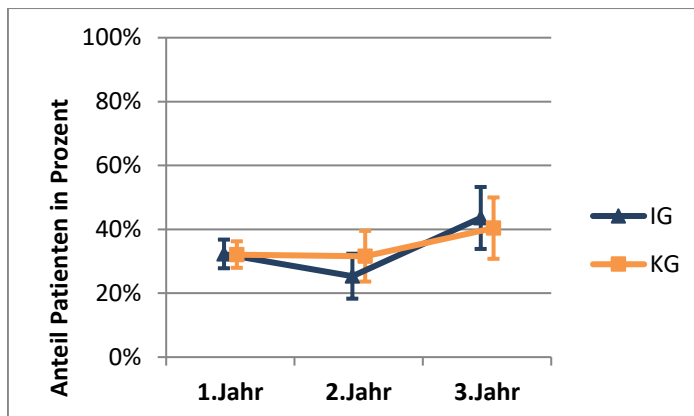
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



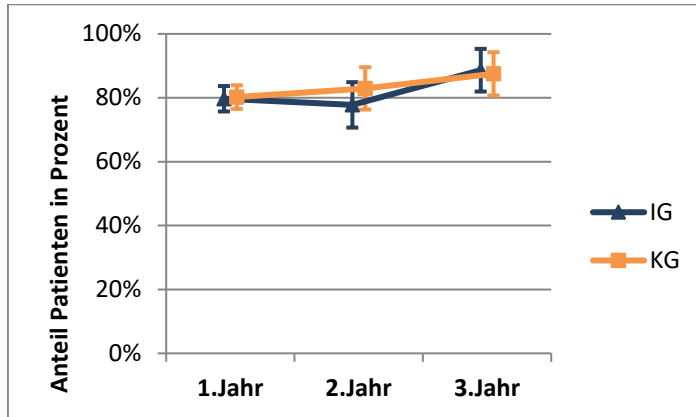
- Alle (psychiatrischer Sektor)



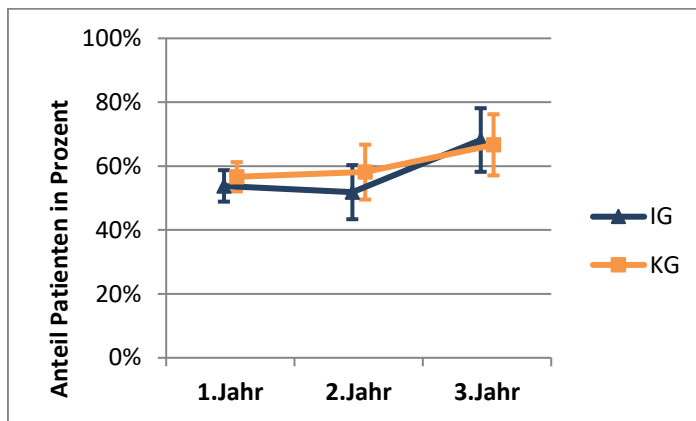
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



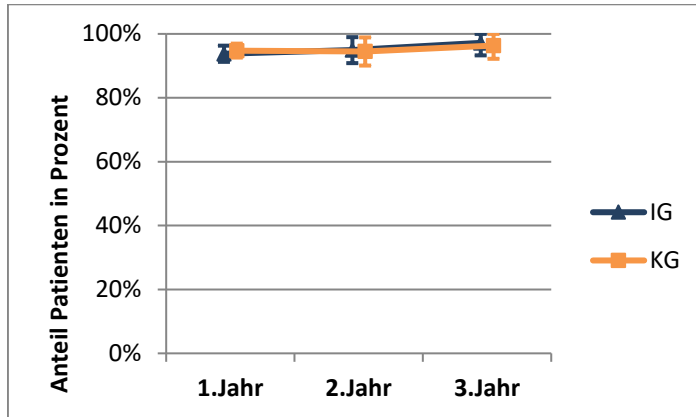
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



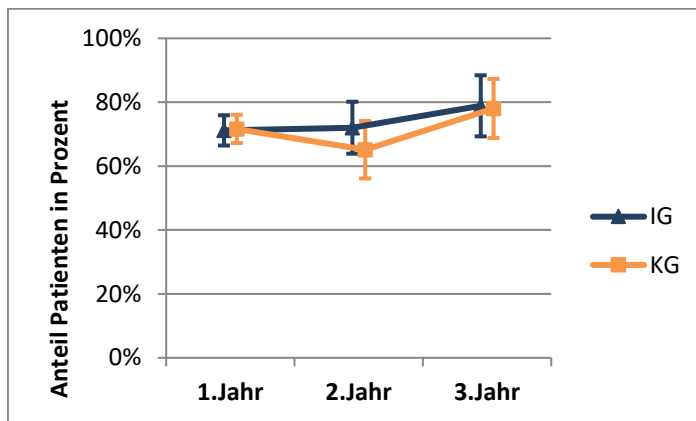
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

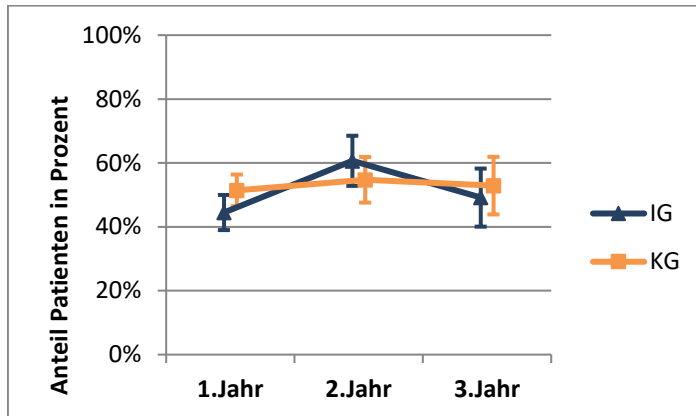
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

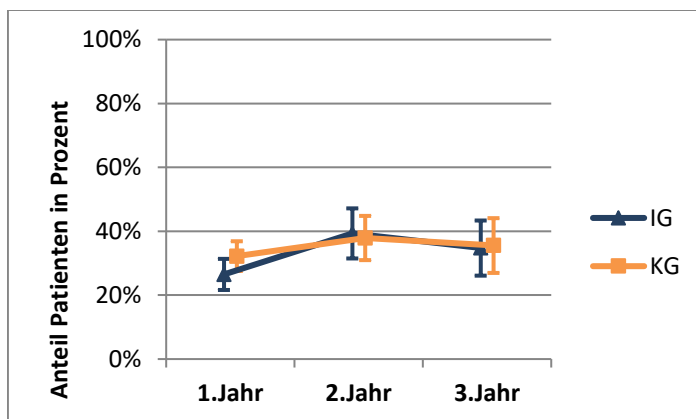
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



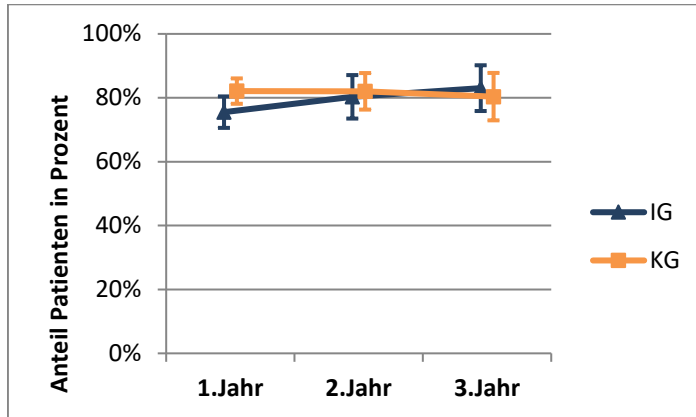
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



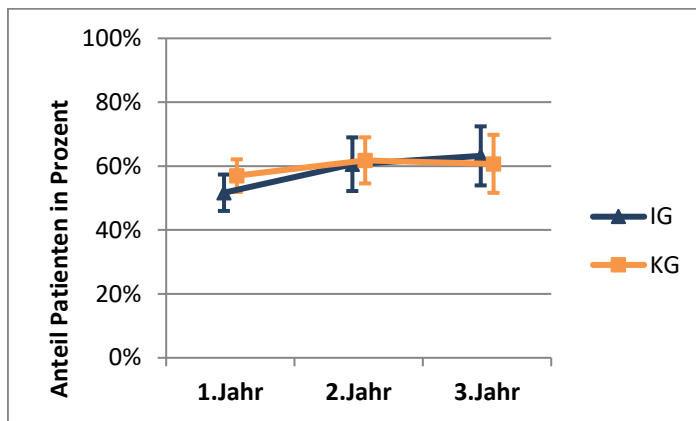
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



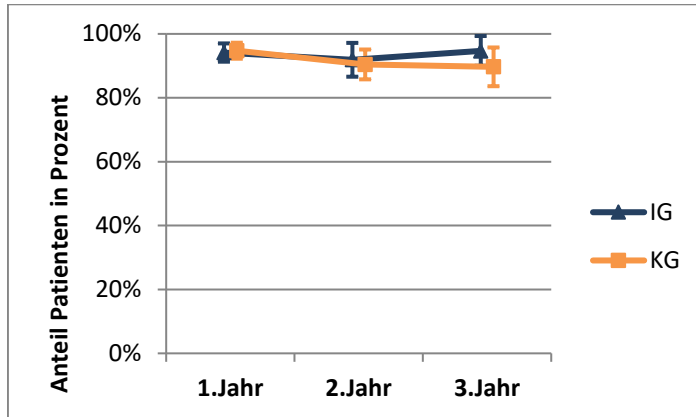
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



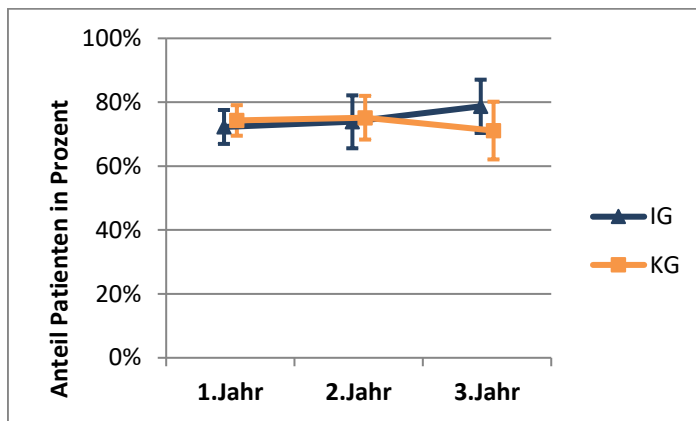
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem

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

8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	582	586	578	559	553	583	583	579	567	558
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,5%	1,2%	0,2%	0,7%	0,8%	0,2%	1,7%	1,2%	0,7%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.318	1.318
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.277	1.290	1.270	1.245	1.233	1.278	1.306	1.275	1.256	1.241
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei										
• Drei (A)	0,5%	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%	0,6%	0,7%	0,5%	0,4%	0,3%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

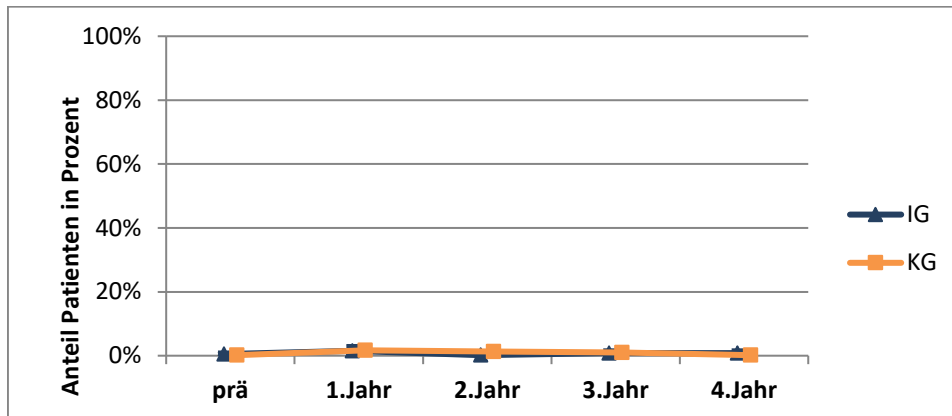
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

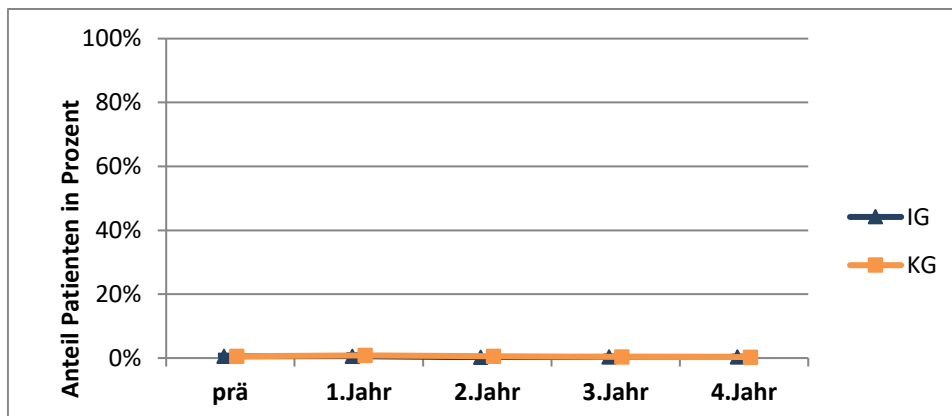


Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

[kf]

Klinikbekannte Patienten

[kf]

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

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

Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Patienten (n)	2.243	2.243	2.243	2.243
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	2.199	2.208	2.208	2.211
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei				
• Drei (A)	0,6%	1,3%	0,2%	1,8%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%

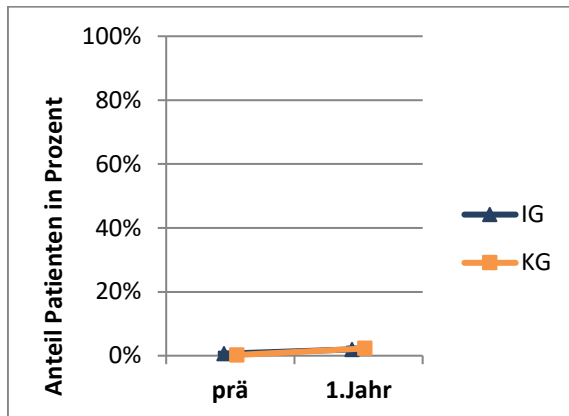
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



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

Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG			KG		
	prä	1. Jahr	2. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.715
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.677	1.680	1.654	1.691	1.692	1.643
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei						
• Drei (A)	0,4%	1,2%	1,0%	0,2%	1,6%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,2%	0,1%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%

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

Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

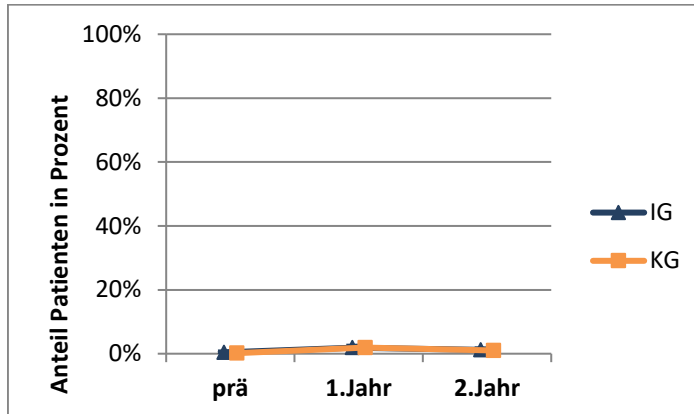


Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

[kf]

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

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

Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.153	1.153
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.137	1.141	1.121	1.093	1.135	1.138	1.120	1.083
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,4%	1,4%	0,4%	0,9%	0,1%	1,4%	1,0%	0,7%
• Vier (B)	0,0%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.669
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	1.629	1.638	1.612	1.578	1.628	1.654	1.615	1.586
Anteil Patienten mit Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping (im gleichen Versorgungssektor, im gleichen Fachbereich und aufgrund gleicher Hauptdiagnose bei mindestens drei unterschiedlichen Leistungserbringern) ¹ , bei								
• Drei (A)	0,4%	0,5%	0,3%	0,3%	0,6%	0,7%	0,5%	0,4%
• 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%

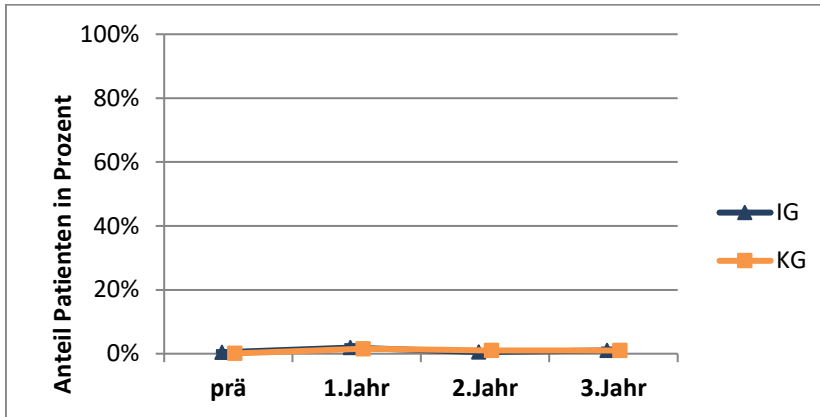
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

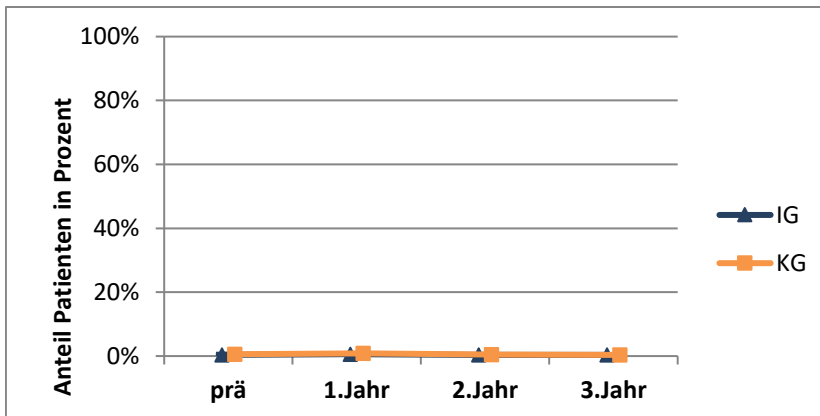
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.3.6 Arbeitsunfähigkeit

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

8.3.7 Wiederaufnahmeraten

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der **Anteil Personen mit stationärer Wiederaufnahme** innerhalb von 12 Monaten nach dem ersten Krankenhausaufenthalt zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 31,6 %; KG: 31,2 %). Auch die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 115,8 Tage; KG: 115,3 Tage).

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

Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1. Jahr	1. Jahr
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (alle)	632	625
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	31,6%	31,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	115,8	115,3
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	109	106
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	6,5%	5,9%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	111,7	94,8
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	<10	<10
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	0,3%	0,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	174,0	8,0

¹ 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.

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

Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

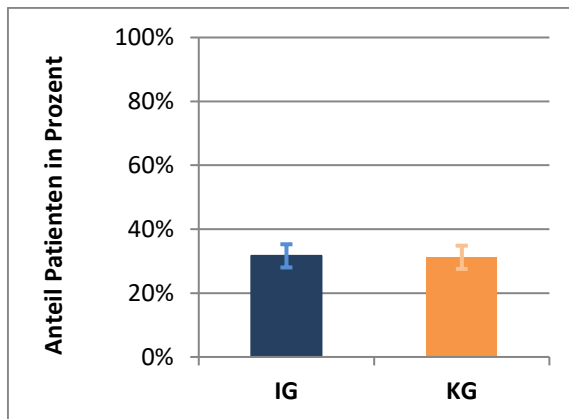
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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



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

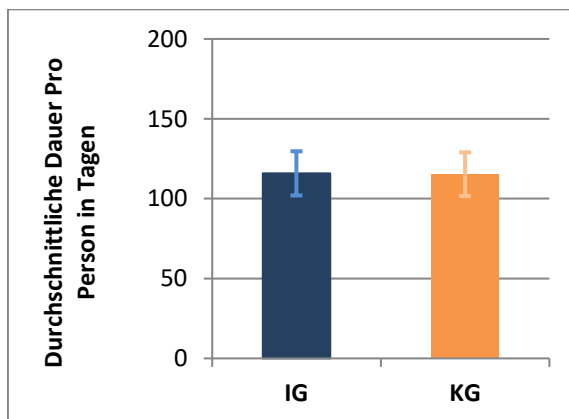


Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,00 0,79...1,28	0,82 -18,79...20,44

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

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

8.3.8 Komorbidität

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

8.3.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), bei den linikneuen und bei den linikbekannten Patienten zwischen IG und KG identisch.

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

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

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster einer zwischen IG und KG vergleichbaren Mortalität linikneuer und linikbekannter Patienten für die 2-Jahres-Mortalität.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	593	594
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.304	1.318
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	0,1 %	0,1 %

Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

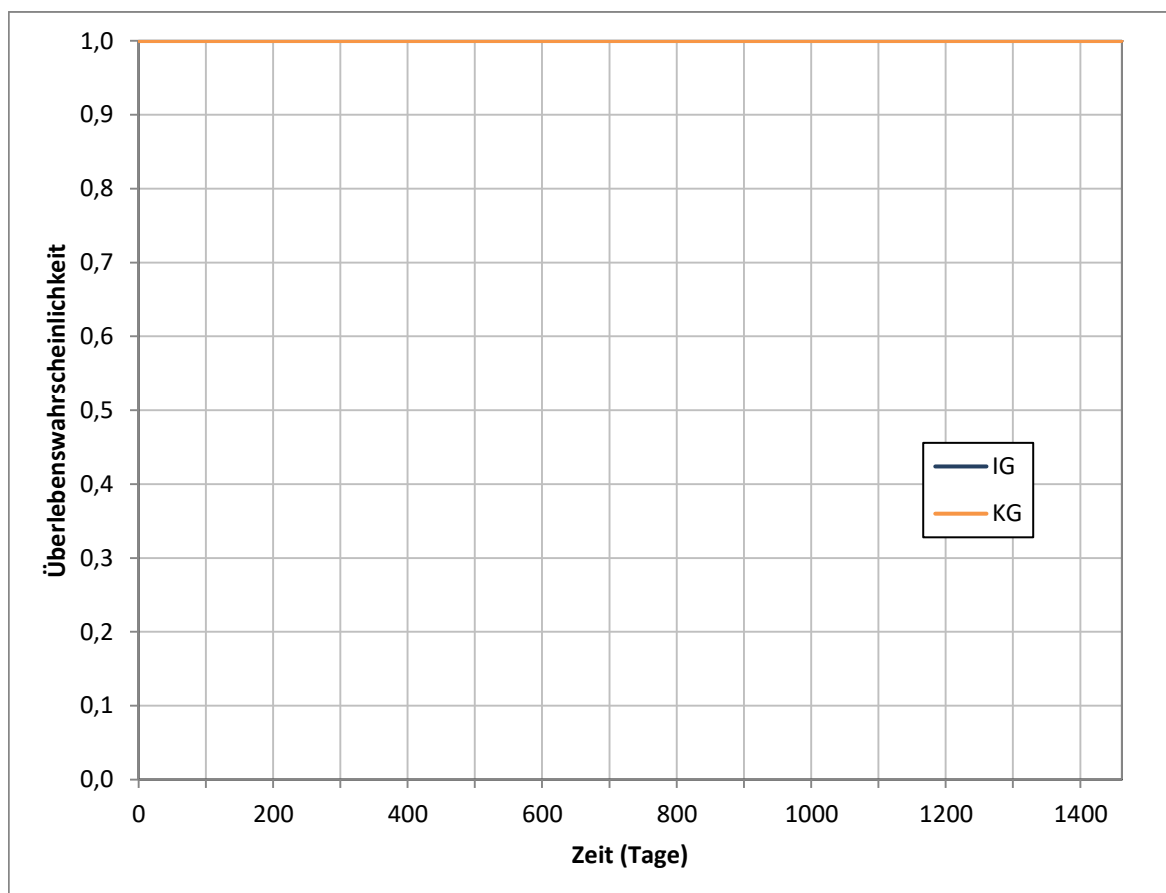
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

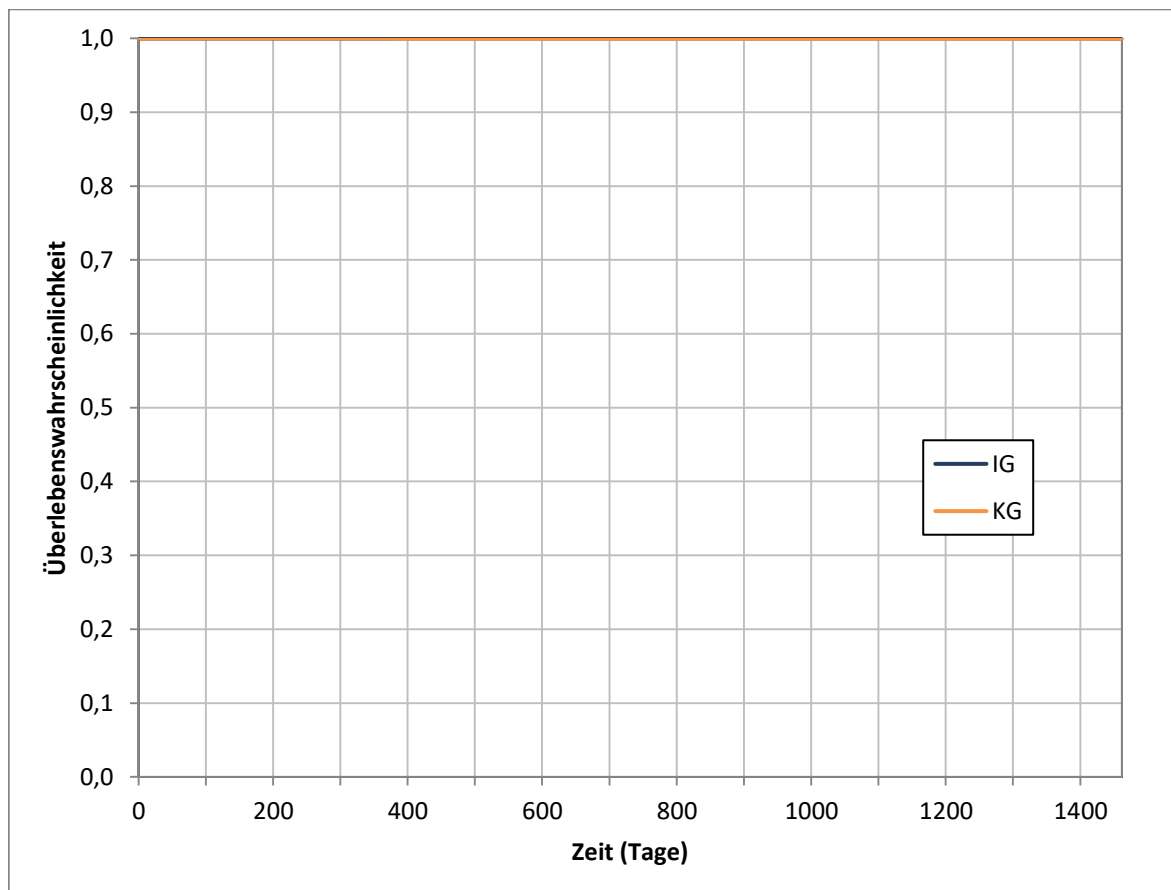
Überlebenswahrscheinlichkeit

Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf

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

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

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

Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	2.243	2.243
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,0 %

Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

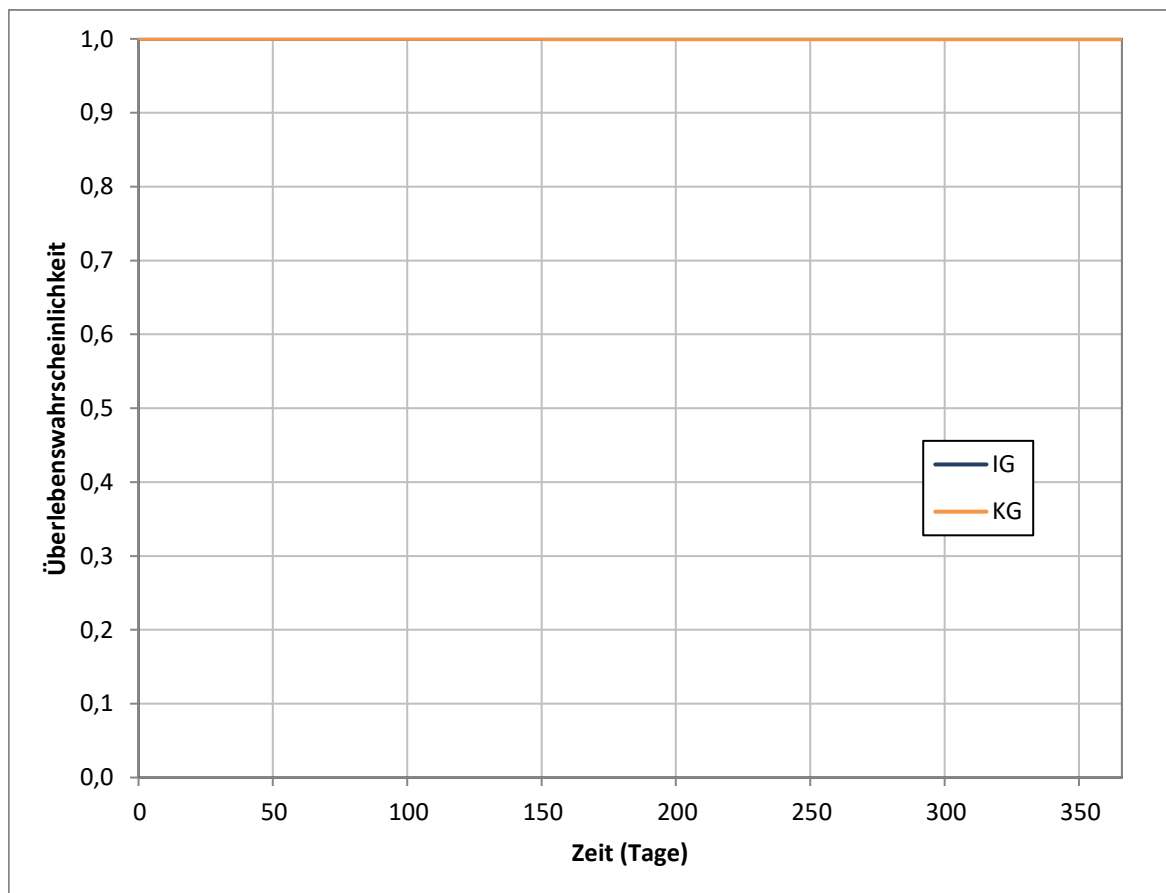
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit



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

Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.710	1.715
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	0,0 %	0,1 %

Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

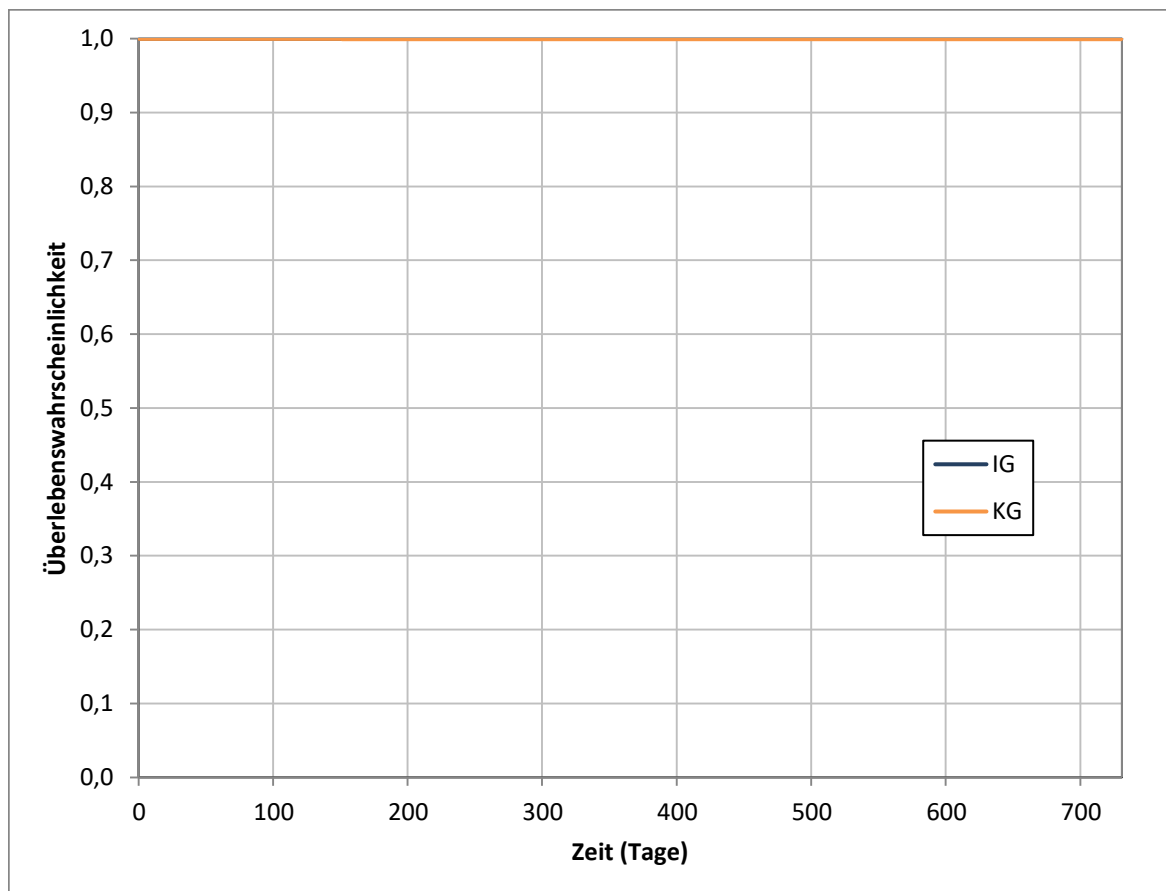


Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	kf

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

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

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

Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.157	1.153
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	0,1 %	0,2 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	1.659	1.669
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	0,0 %	0,1 %

Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

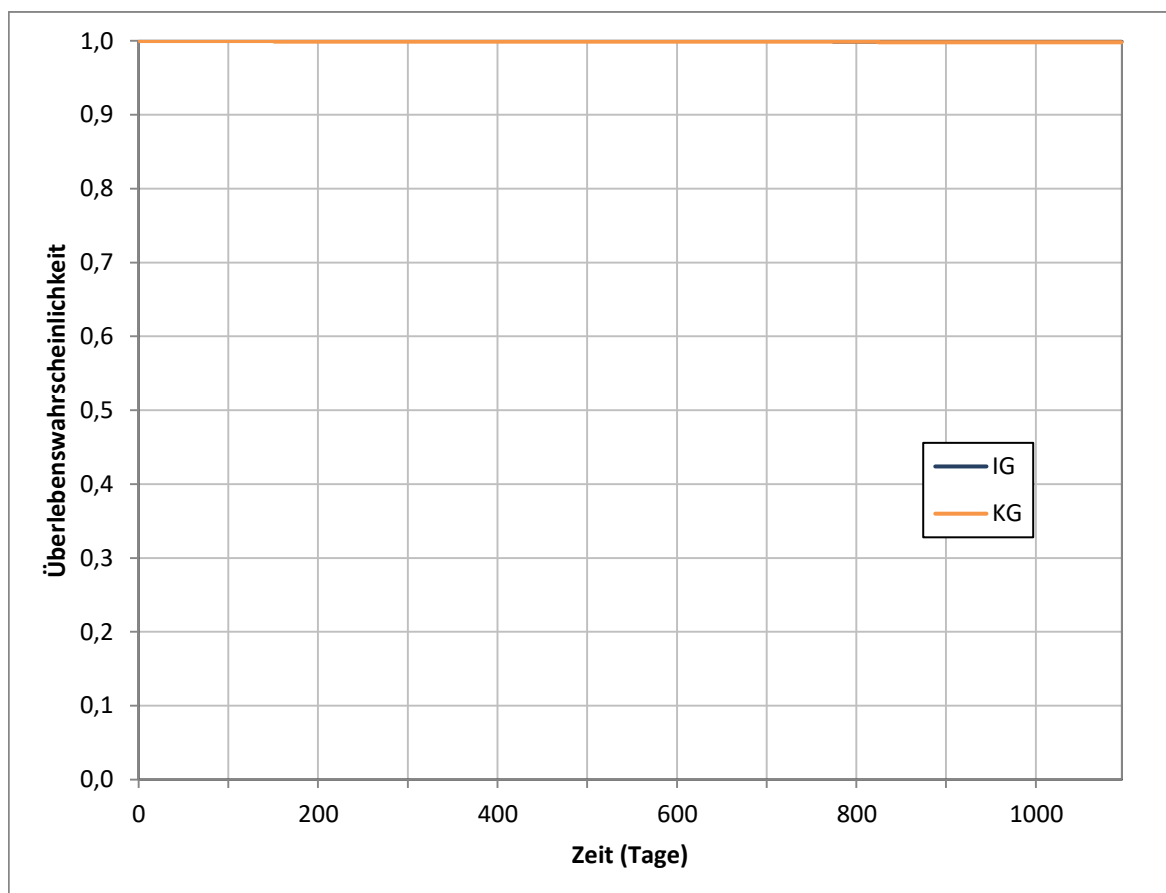
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

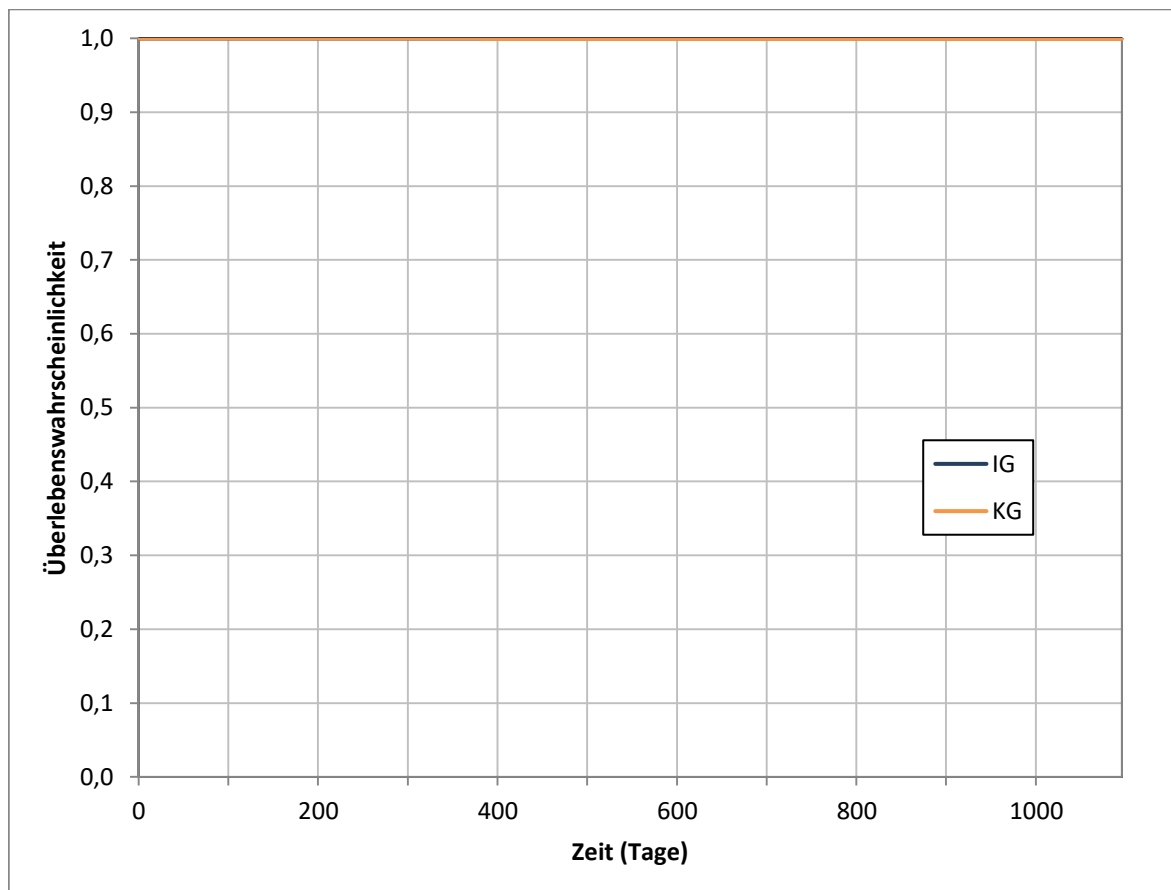


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

8.3.10 Progression der psychischen Erkrankung

Sekundärer Outcome: Hier wurde untersucht, welcher Anteil an Personen entweder aus einer leichten/mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Episode, aus einer jeglichen depressiven Episode eine rezidivierende depressive Störung oder aus keiner eine Suchterkrankung entwickelte. Ausführungen zur Operationalisierung dieses Outcomes finden sich im Methodenband.

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war der Anteil klinikneuer Personen mit einer **Progression A** (siehe oben) innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Auch der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Und auch die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen, zwischen IG und KG vergleichbar (+0,4 %-Punkte). Auch das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war zwischen IG und KG vergleichbar (+0,0 %-Punkte). Und auch das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war zwischen IG und KG vergleichbar (-0,5 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-1,4 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas geringer (-1,9 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu vergleichbaren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+0,4 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil zwischen beiden Gruppen vergleichbar (-0,1 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG und KG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall erneut zu vergleichbaren Anteilen (+0,2 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG etwas geringer (-1,3 %-Punkte).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	593	594
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	147	142
• Jegliche depr. Episode ³	180	199
• ohne Suchterkrankung ⁵	578	575
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,6 %	12,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,6 %	6,5 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	11,2 %	11,3 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.303	1.317
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	198	196
• Jegliche depr. Episode ³	254	282
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.281	1.272
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	9,1 %	11,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,9 %	6,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,3 %	7,3 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjährige Nachbeobachtung

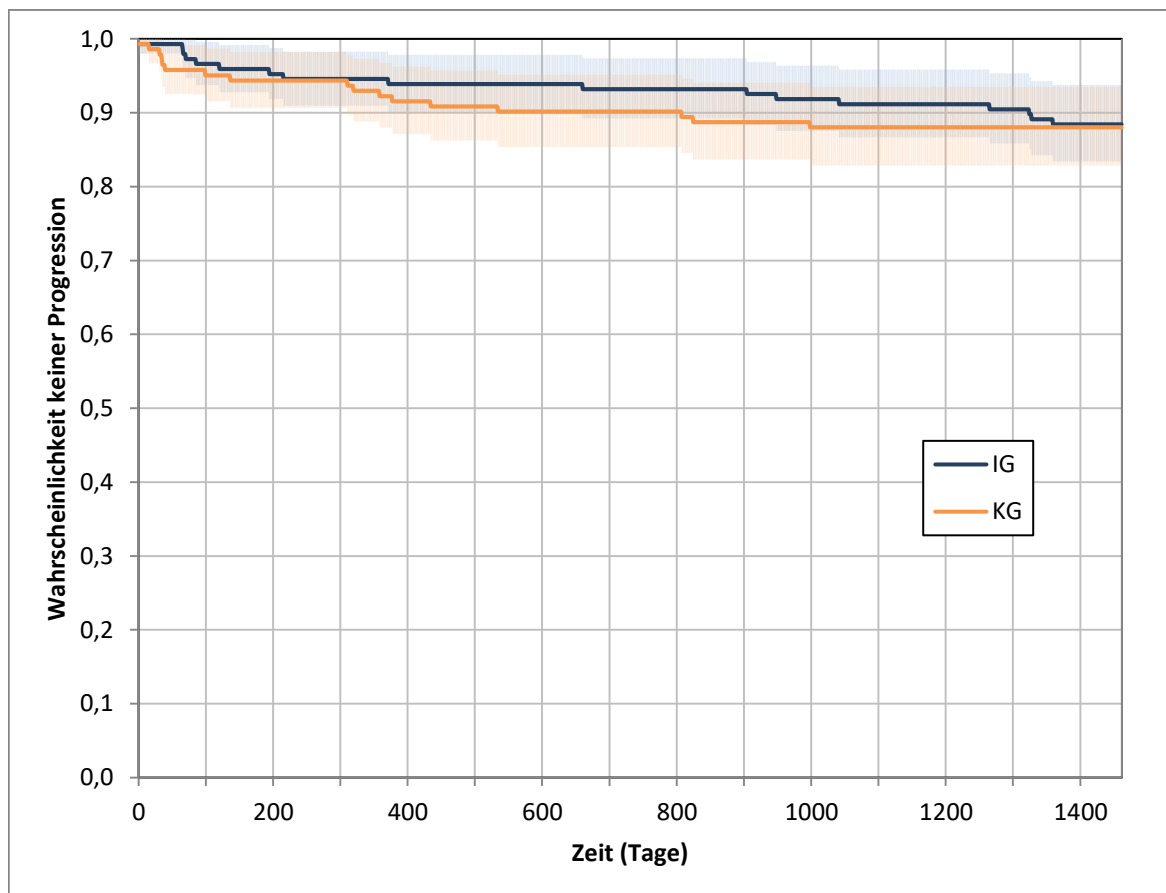
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

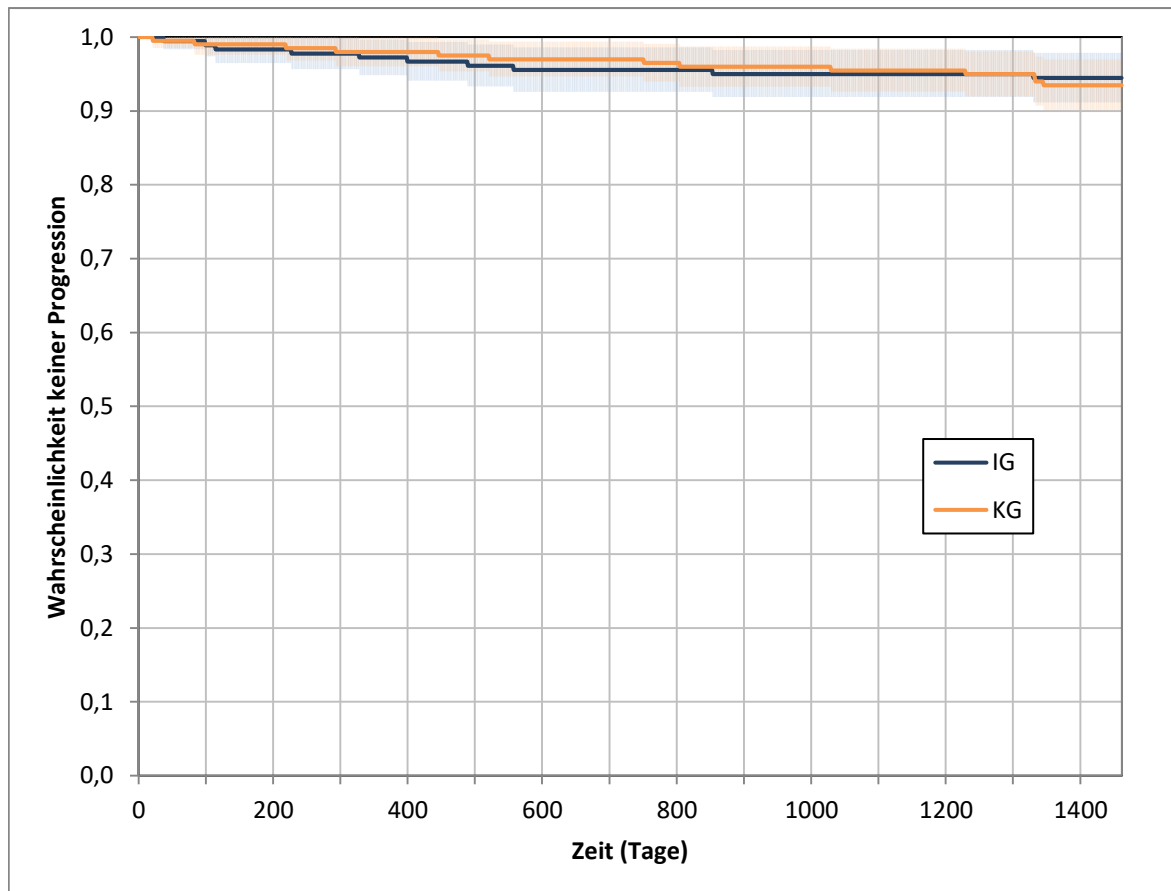
Legende für die folgenden Abbildungen:

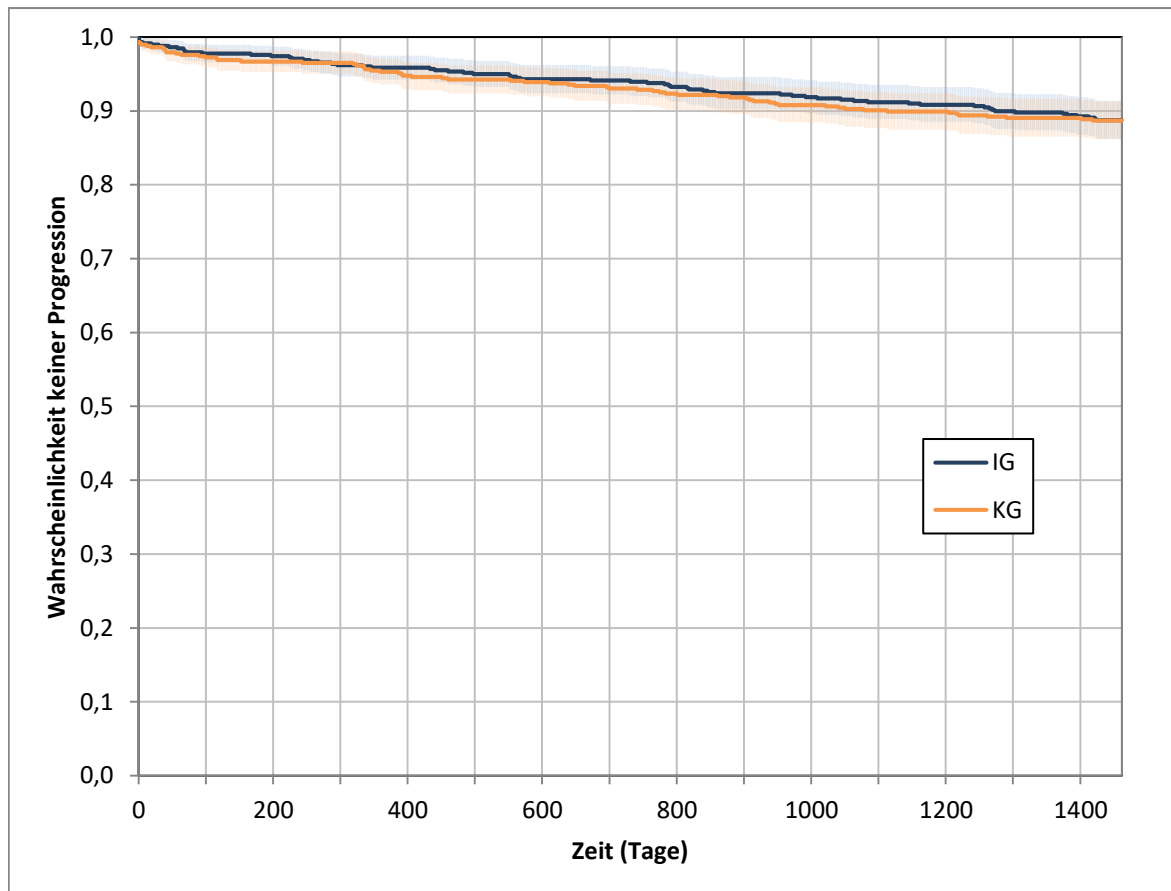
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

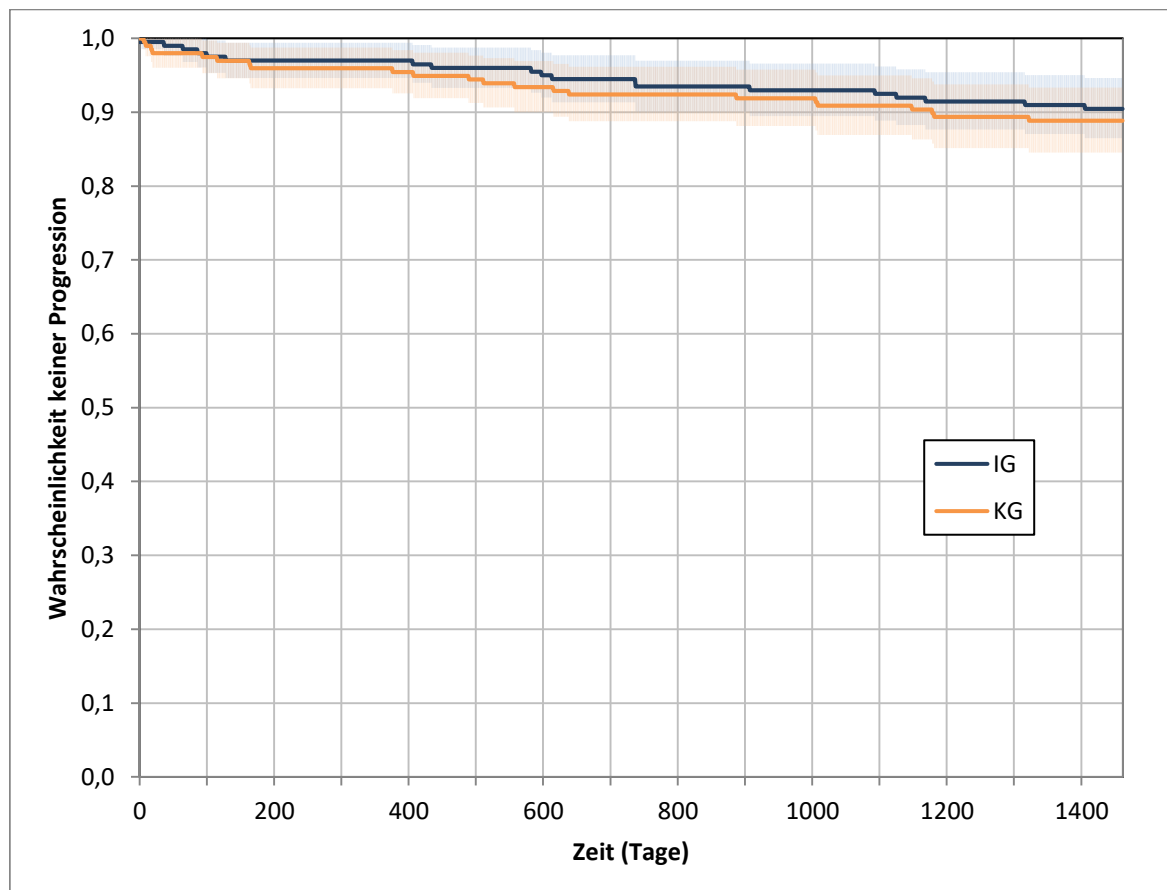
Progression C (→ Suchterkrankung)

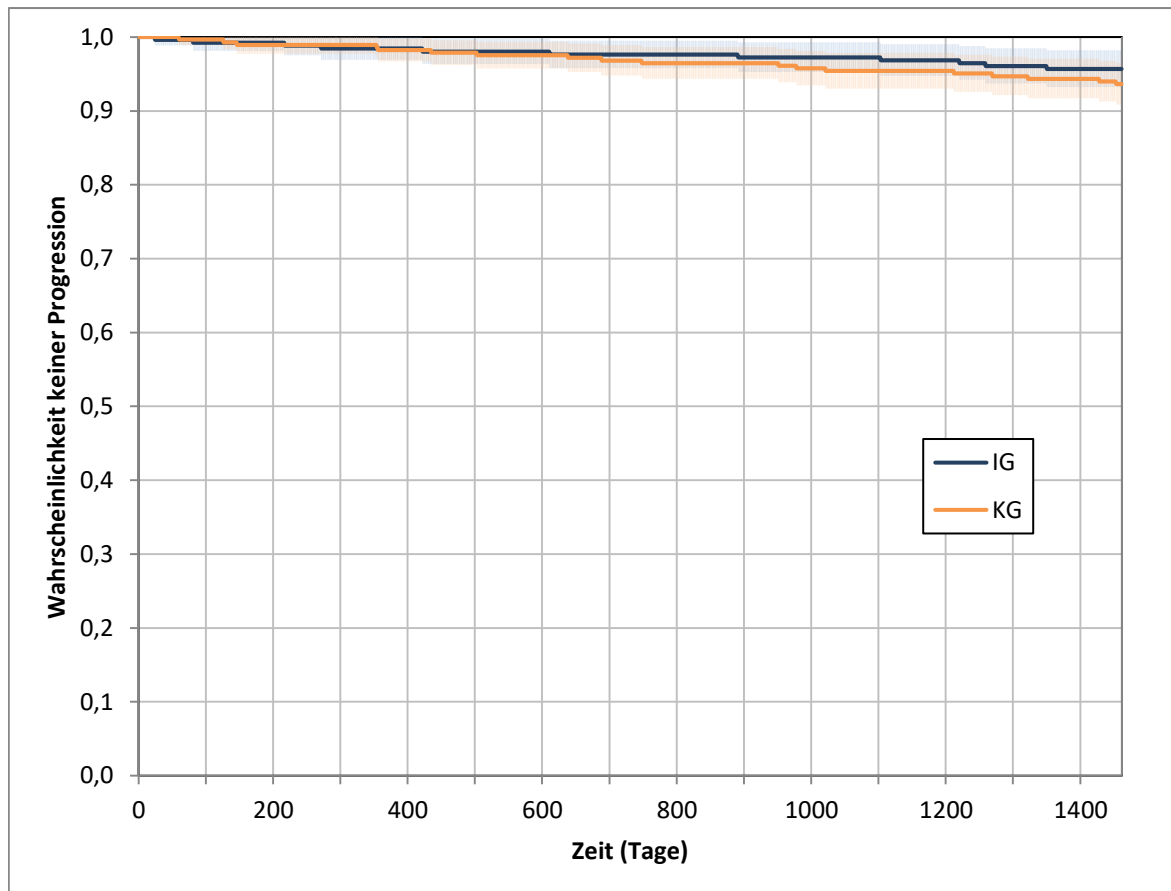
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

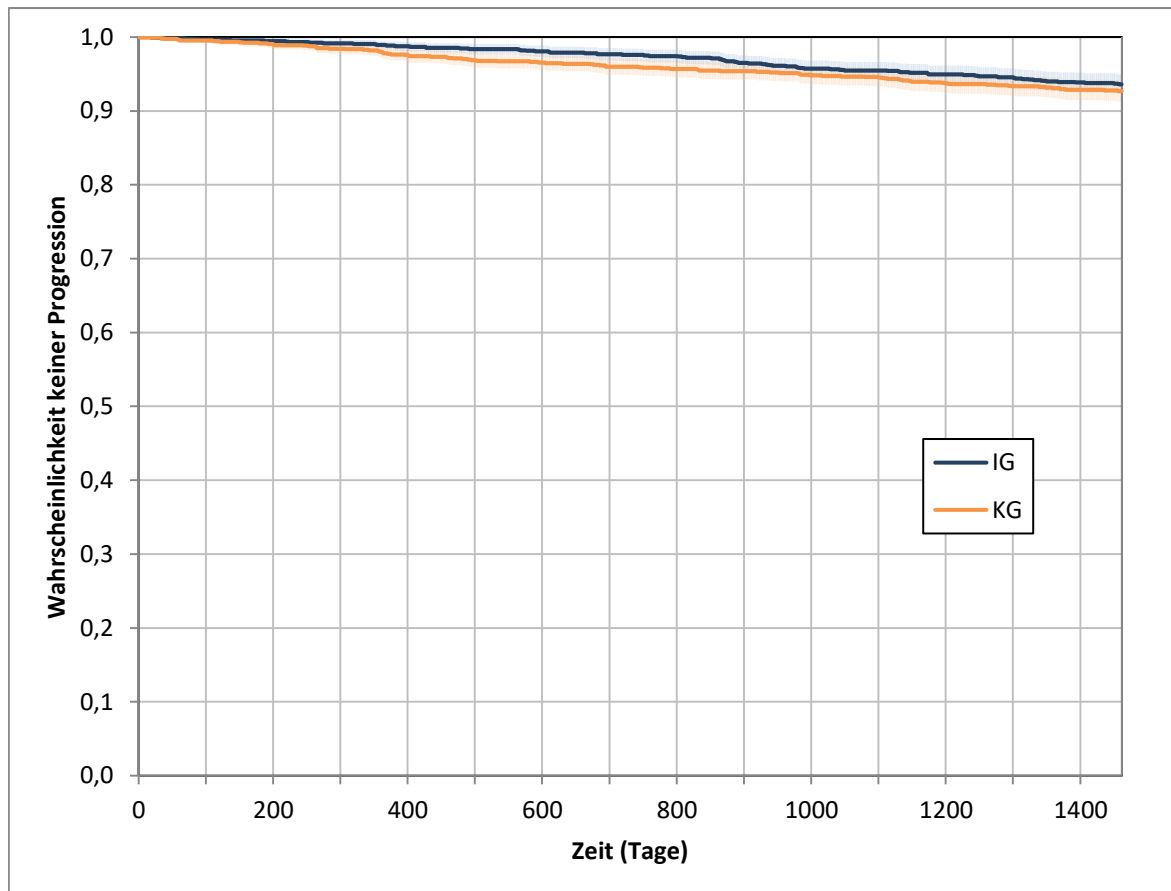
Progression C (→ Suchterkrankung)

Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,99 0,51...1,94	0,89 0,39...2,03	1,01 0,72...1,43

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

Klinikbekannte Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,92 0,49...1,70	0,70 0,33...1,49	0,93 0,69...1,25

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

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

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

Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	1 Jahr	1 Jahr
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens ein Jahr Nachbeobachtungszeit haben	2.243	2.242
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	542	509
• Jegliche depr. Episode ³	658	674
• ohne Suchterkrankung ⁵	2.187	2.177
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	8,7 %	9,4 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,3 %	2,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	4,2 %	4,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

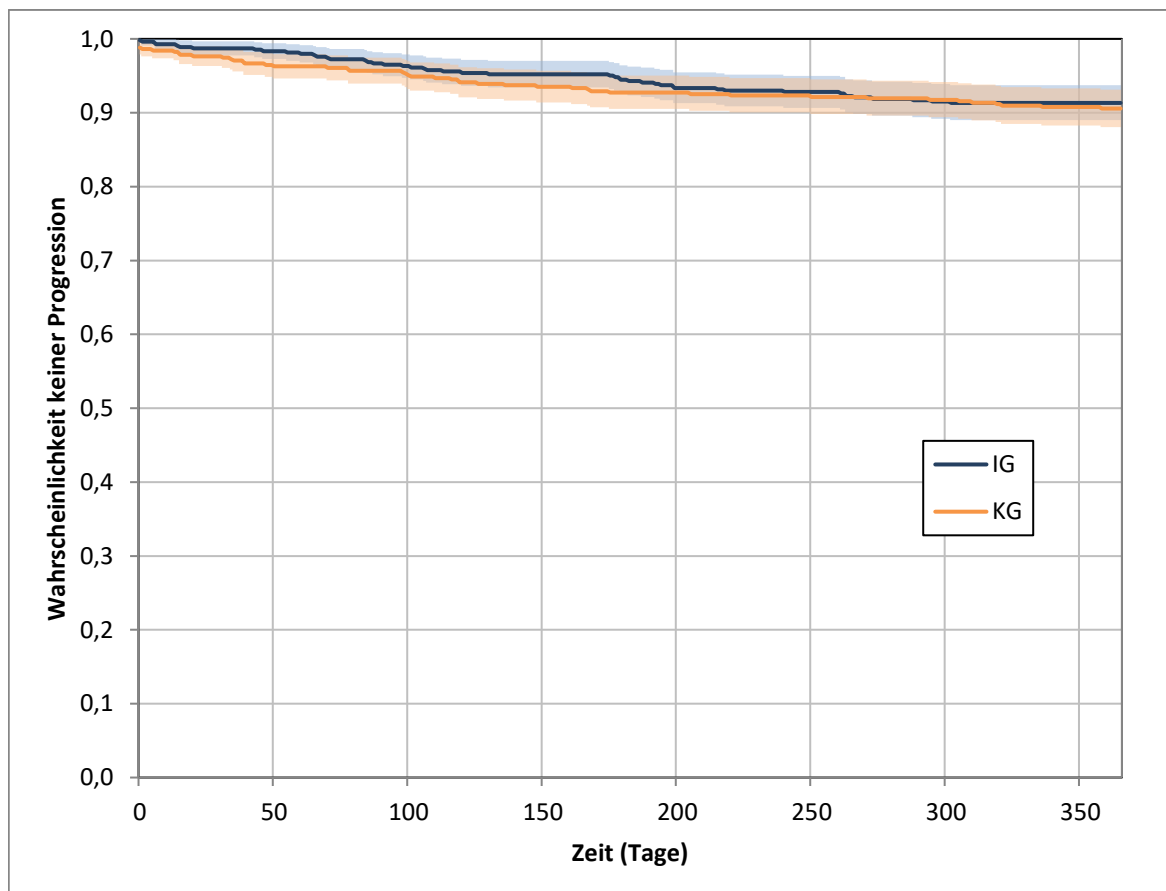
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

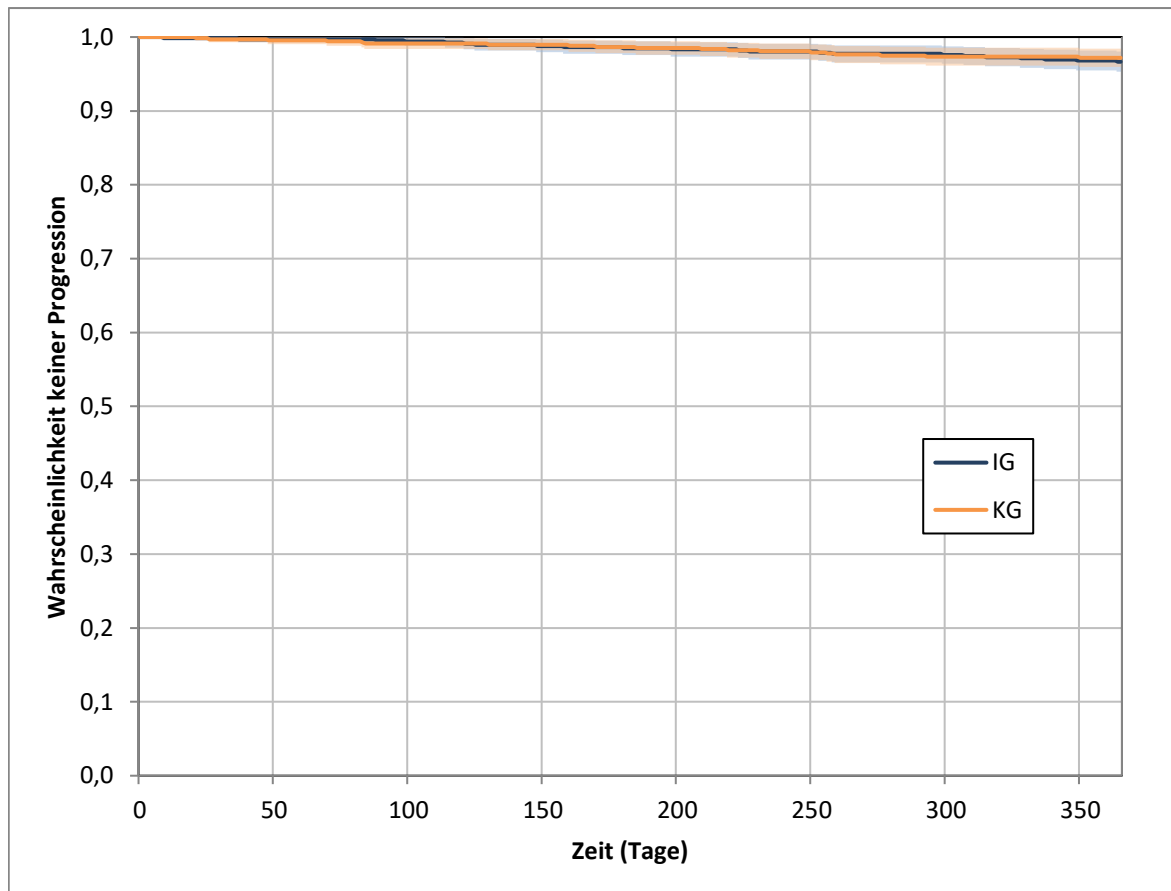
Legende für die folgenden Abbildungen:

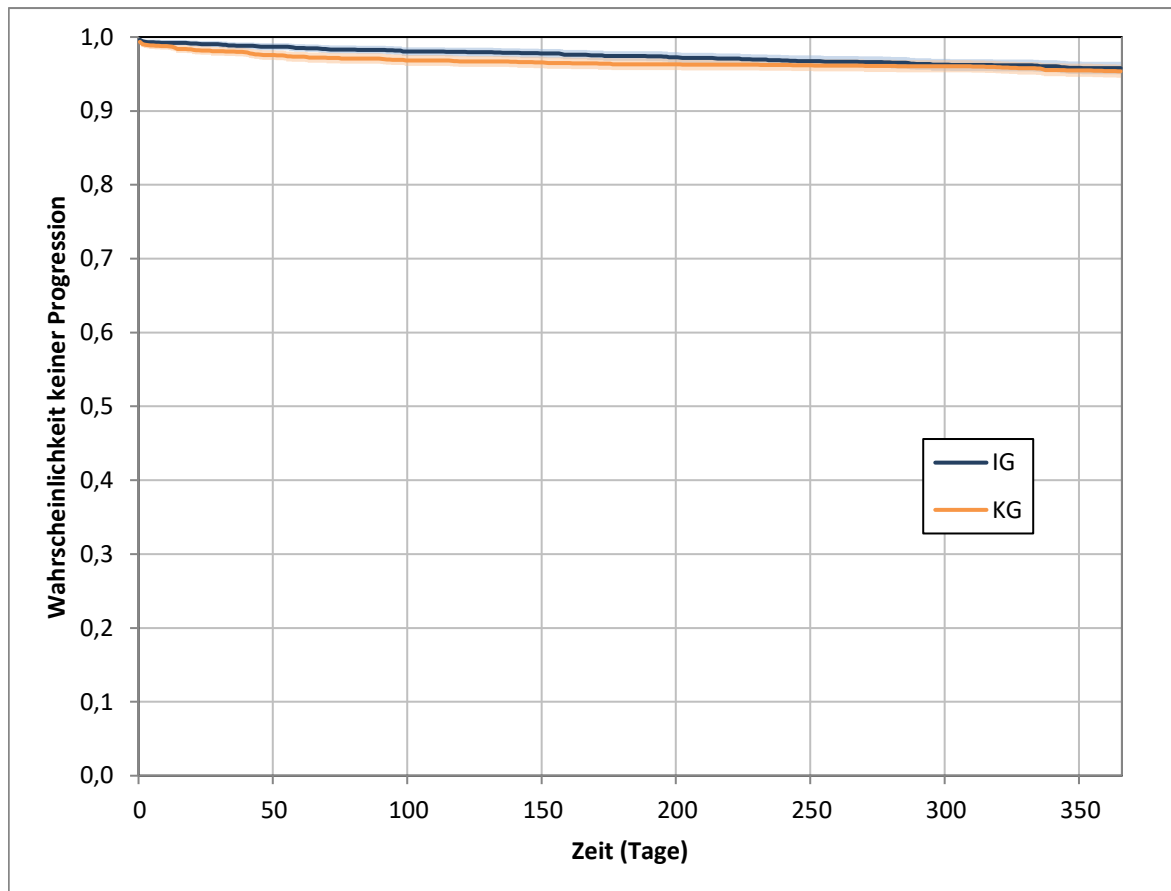
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

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

Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	2 Jahre	2 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens zwei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.710	1.714
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	454	406
• Jegliche depr. Episode ³	548	531
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.666	1.658
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,5 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,4 %	4,3 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	6,8 %	7,4 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

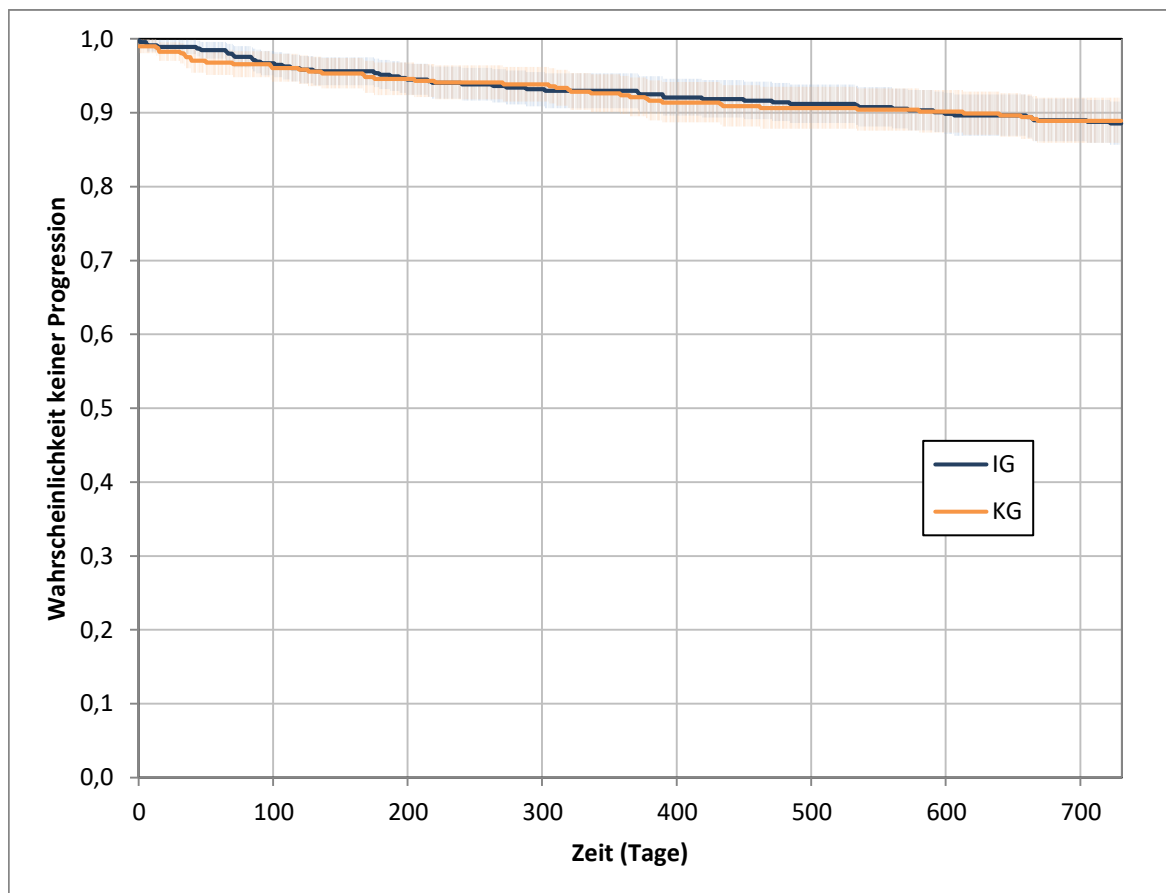
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

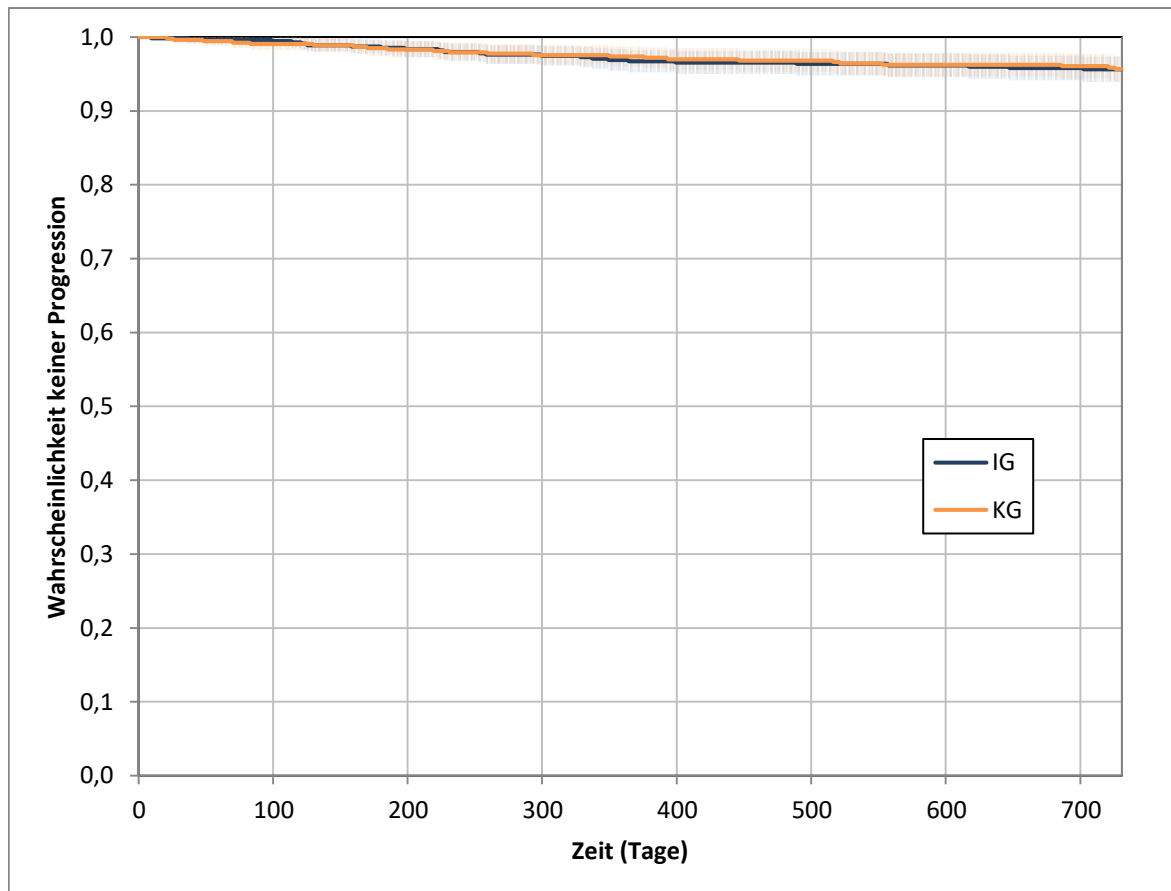
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

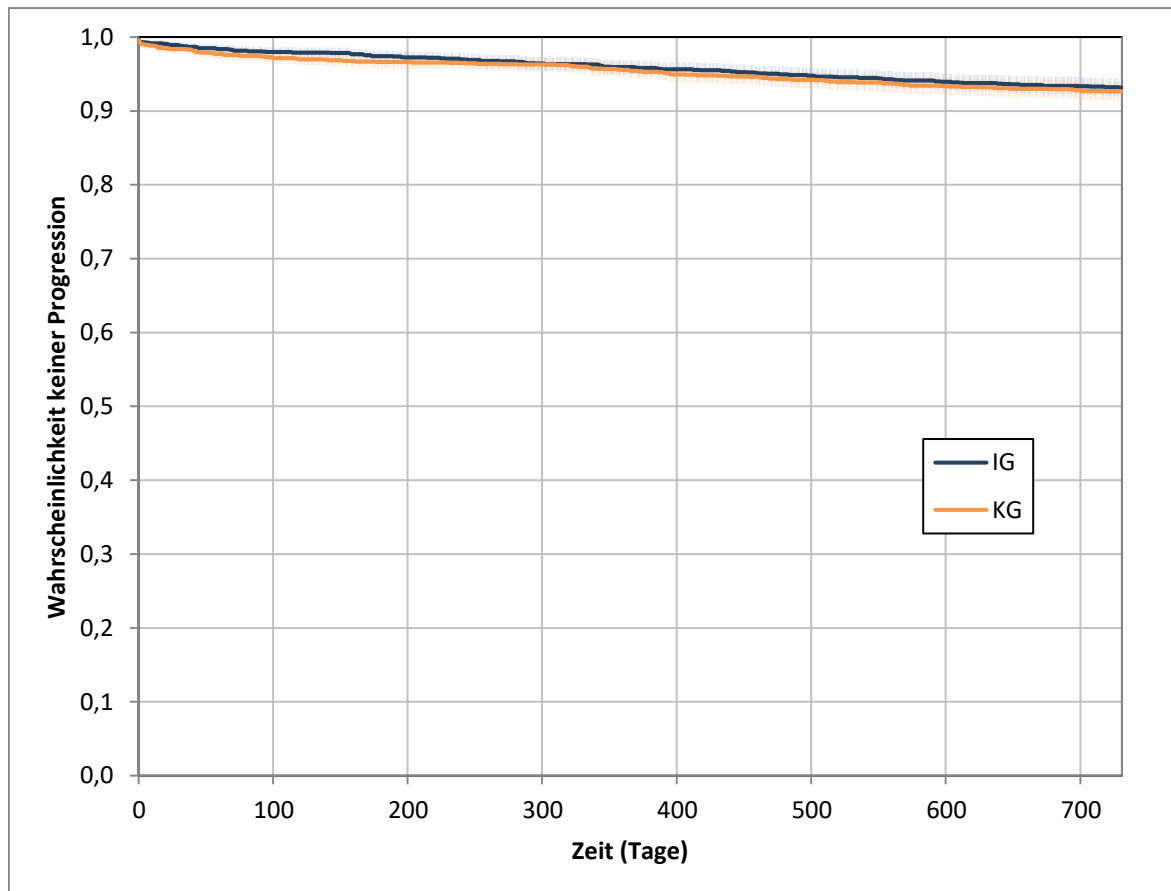
Progression C (→ Suchterkrankung)

Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,05 0,71...1,57	1,03 0,58...1,82	0,87 0,67...1,13

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

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

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

Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.156	1.151
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	288 369 1.125	259 344 1.117
Anteil Personen mit Progression:		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depr. Episode¹ zu schwere depr. Epi.² (A) • Jegliche depr. Episode³ zu rezidivierende depr. Störung⁴ (B) • Entwicklung einer Suchterkrankung⁵ (C) 	12,2 % 6,2 % 9,9 %	13,5 % 5,8 % 9,7 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	3 Jahre	3 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens drei Jahre Nachbeobachtungszeit haben	1.659	1.668
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	246	231
• Jegliche depr. Episode ³	318	337
• ohne Suchterkrankung ⁵	1.626	1.617
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	8,9 %	10,8 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	4,1 %	4,2 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	4,4 %	5,6 %

¹ ICD-10: F32.0/F32.1 (ohne F20-29)

² ICD-10: F32.2 oder F32.3 (ohne F20-29)

³ ICD-10: F32 (ohne F20-29)

⁴ ICD-10: F33 (ohne F20-29)

⁵ Bei Referenzfällen ohne ICD-10 F10, Entwicklung von ICD-10 F10-F19

Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijährige Nachbeobachtung

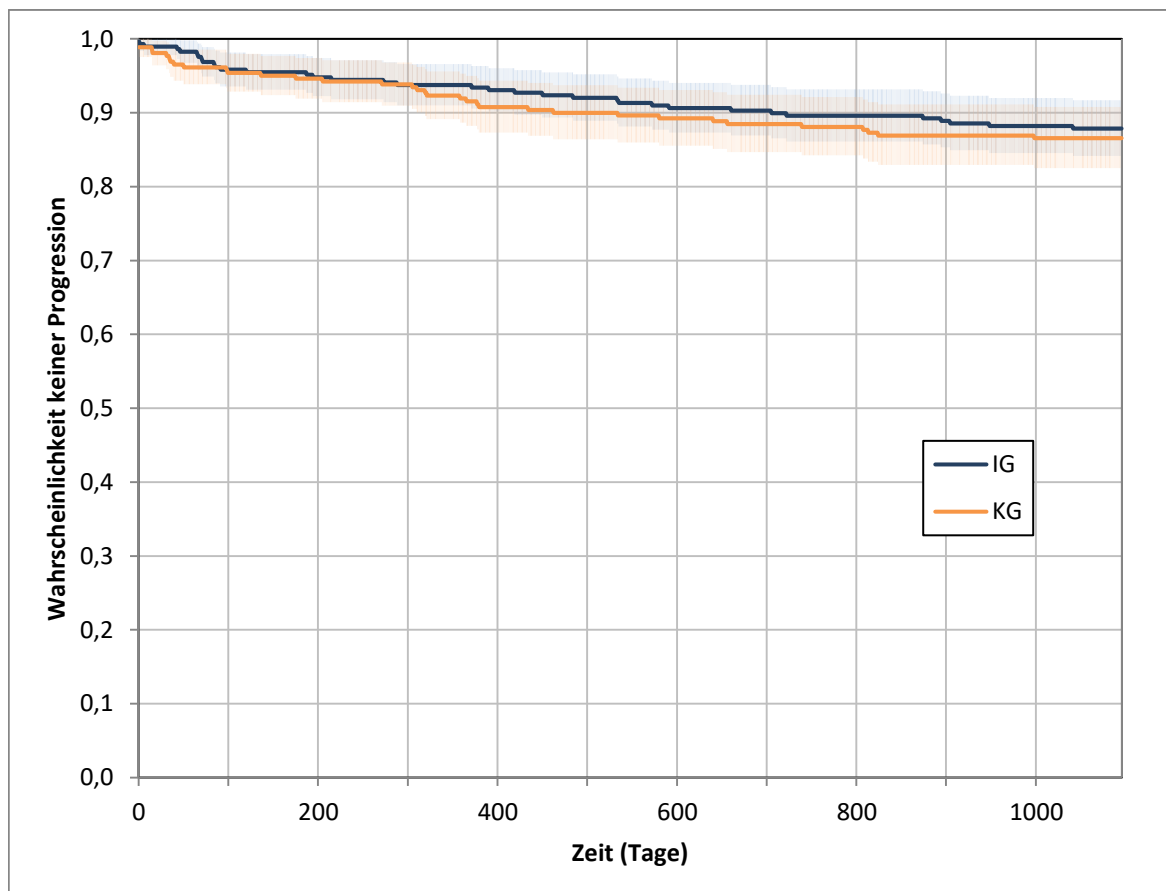
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

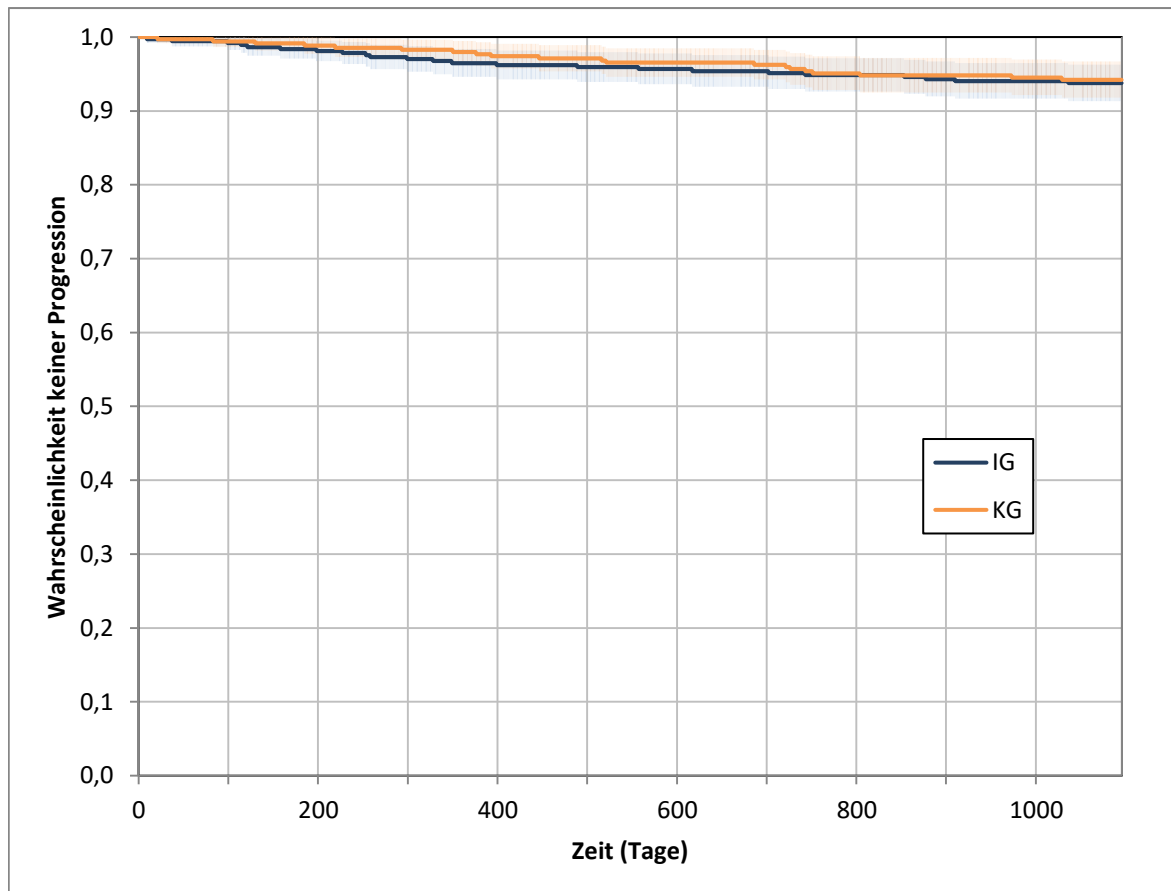
Legende für die folgenden Abbildungen:

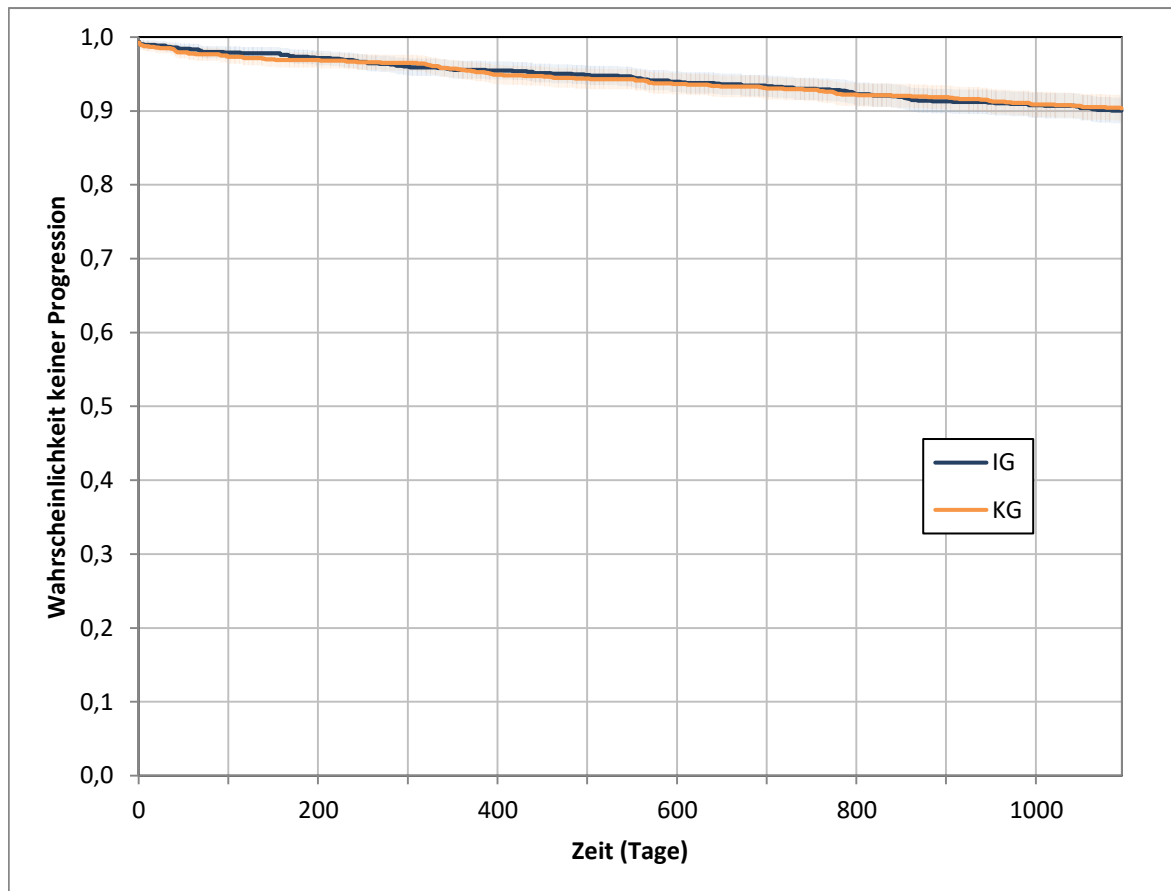
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

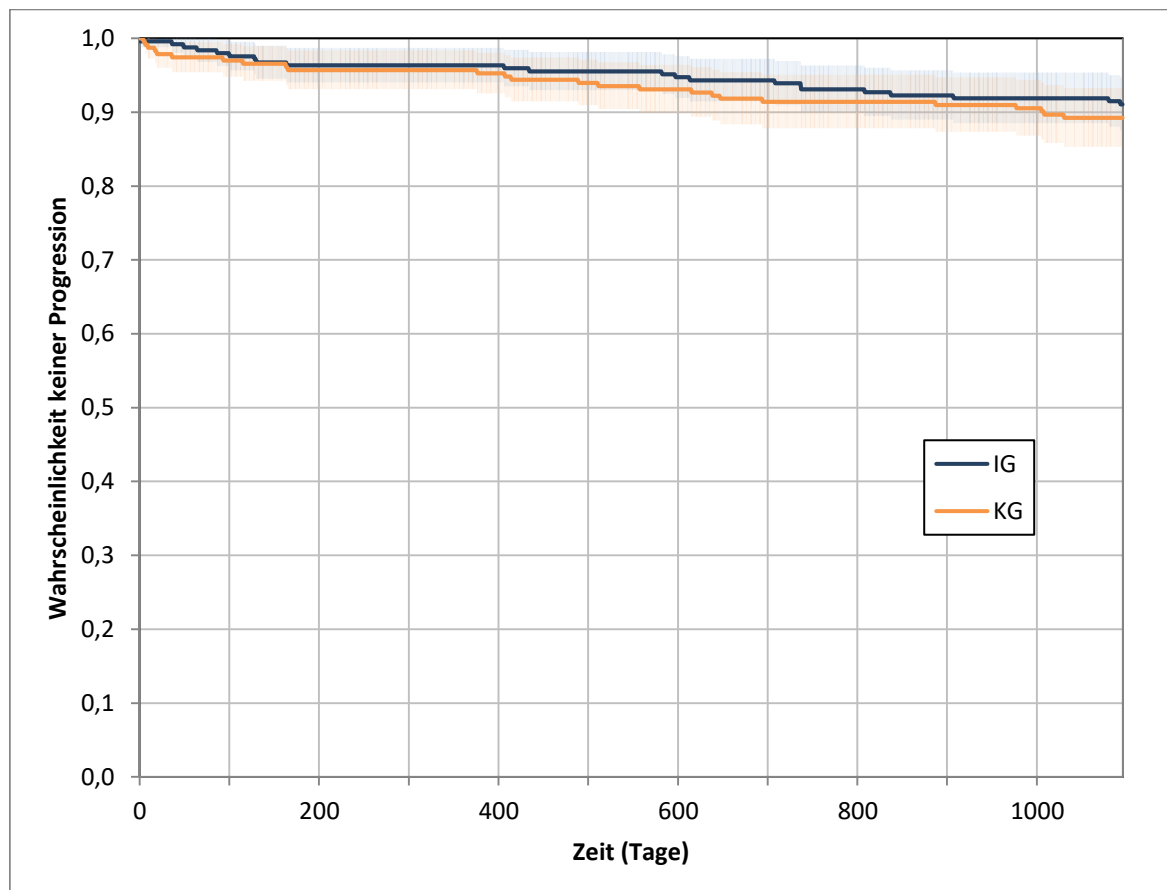
Progression C (→ Suchterkrankung)

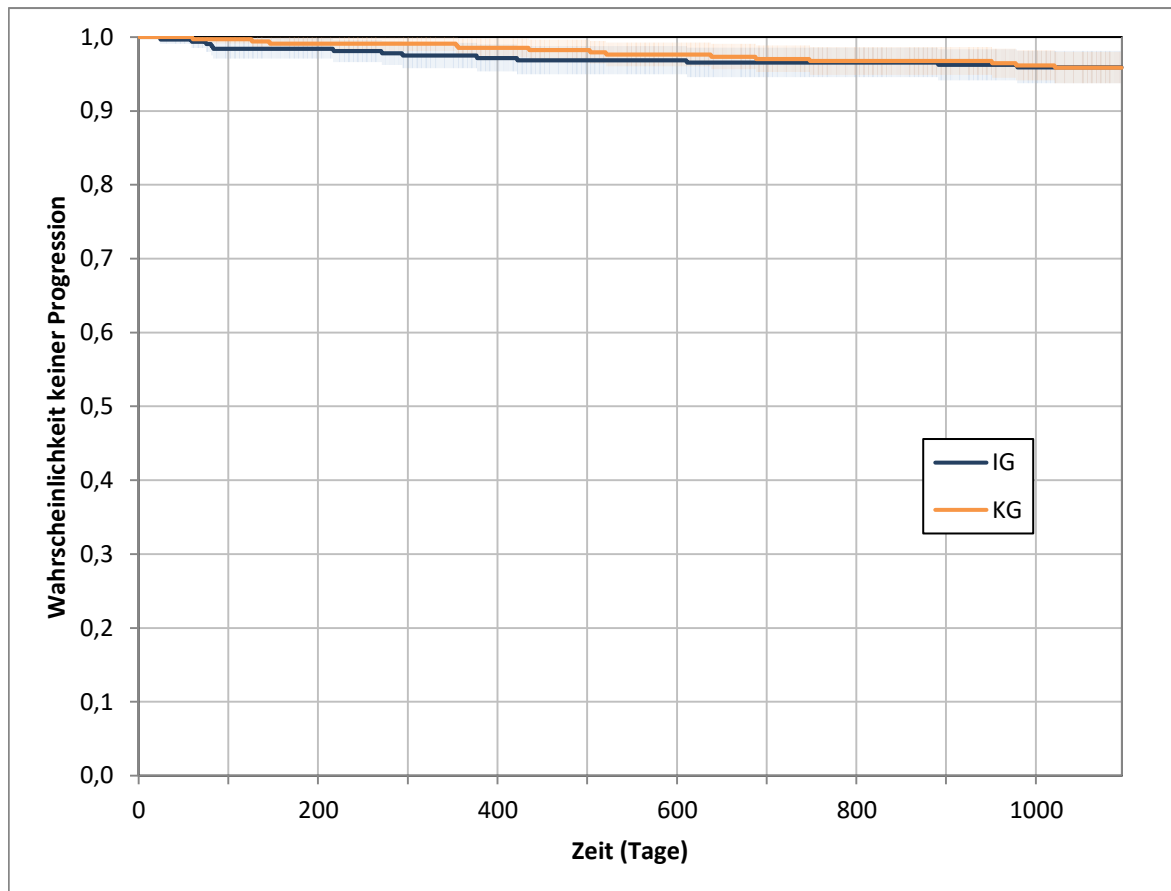
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

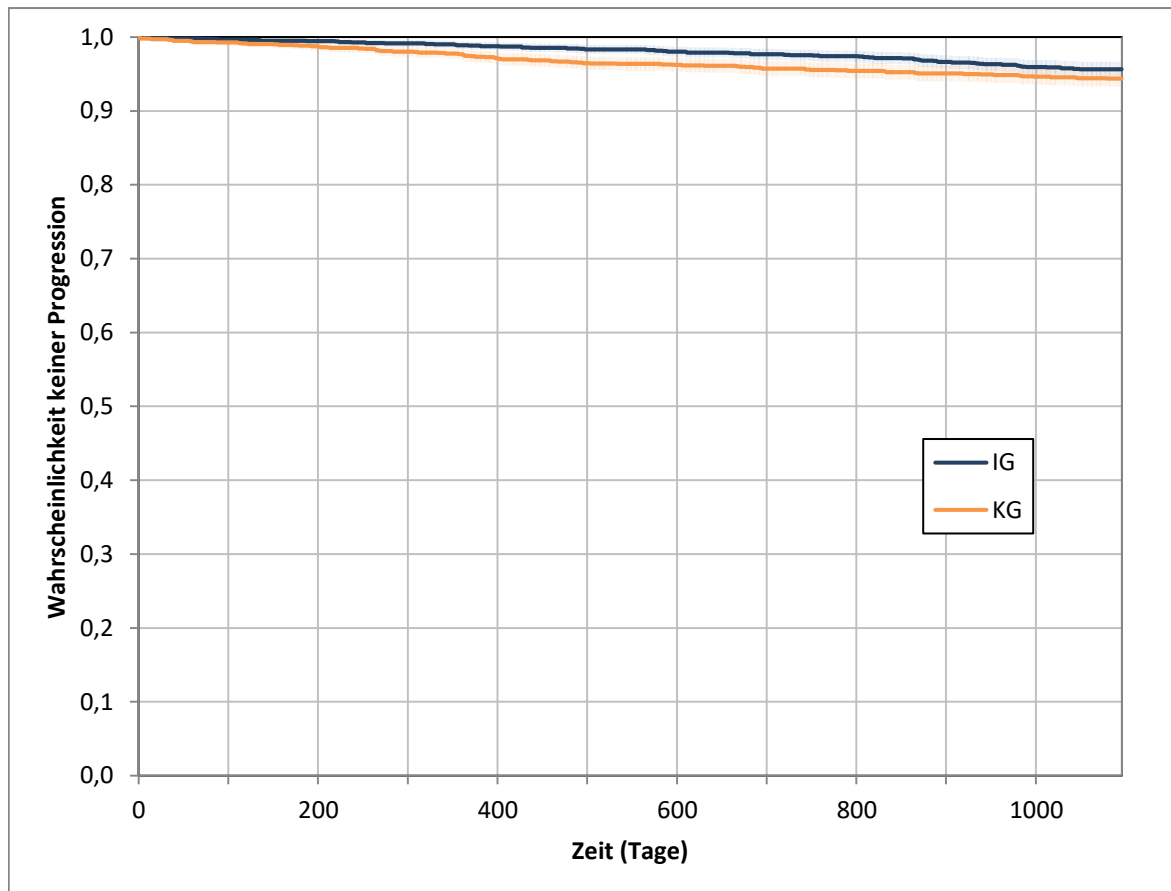
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

8.3.11 Leitlinienadhärenz

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

9. Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung

9.1 Patientenmix

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich kein Unterschied im Präzeitraum. Im Referenzfall lag der Anteil voll- und teilstationär behandelte Patienten in der IG unter dem der KG. Der PIA-Anteil war hingegen größer. Dieses Muster blieb auch im ersten Jahr erhalten, wobei hier der Anteil von Personen ohne Fall in der IG signifikant geringer als in der KG war. Im dritten und vierten Jahr war der PIA-Anteil in der IG weiterhin größer als in der KG; die übrigen Settings zeigten keine Unterschiede (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich keine Unterschiede im Präzeitraum. Im Referenzfall lag der Anteil vollstationärer Patienten in der IG über und der PIA-Anteil unter dem der KG. Der Anteil vollstationärer Patienten war auch in den Folgejahren signifikant geringer. Ebenso der Anteil derjenigen, die keinen Behandlungsfall aufwiesen (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62).

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung war die Verteilung der Behandlungssettings im Präzeitraum zwischen IG und KG gleich. Im Referenzfall lag der Anteil voll- und teilstationär behandelte Patienten in der IG unter dem der KG. Der PIA-Anteil war hingegen größer. Dieses Muster blieb auch im ersten Jahr erhalten. Der Anteil derjenigen ohne Fall war in der IG geringer (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Verteilung der Behandlungssettings im Präzeitraum zwischen IG und KG gleich. Im Referenzfall lag der Anteil voll- und teilstationär behandelte Patienten in der IG unter dem der KG. Der PIA-Anteil war hingegen größer. Dieses Muster blieb auch im ersten Jahr erhalten. Der Anteil derjenigen ohne Fall war in der IG geringer (vgl. Tabelle 109).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergab sich kein Unterschied im Präzeitraum. Im Referenzfall lag der Anteil voll- und teilstationär behandelte Patienten in der IG unter dem der KG. Der PIA-Anteil war hingegen größer. Dieses Muster blieb auch im ersten Jahr erhalten, wobei hier der Anteil von Personen

ohne Fall in der IG signifikant geringer als in der KG war. Im dritten und vierten Jahr war der PIA-Anteil in der IG weiterhin größer als in der KG; die übrigen Settings zeigten keine Unterschiede (Tabelle 110).

Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich keine Unterschiede im Präzeitraum. Im Referenzfall lag der Anteil vollstationärer Patienten in der IG über und der PIA-Anteil unter dem der KG. Der Anteil vollstationärer Patienten war auch in den Folgejahren signifikant geringer. Ebenso der Anteil derjenigen, die keinen Behandlungsfall aufwiesen (Tabelle 111).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

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 die gematchte Studienpopulation mit Studieneintritt im ersten Modelljahr im Zeitverlauf erhoben.

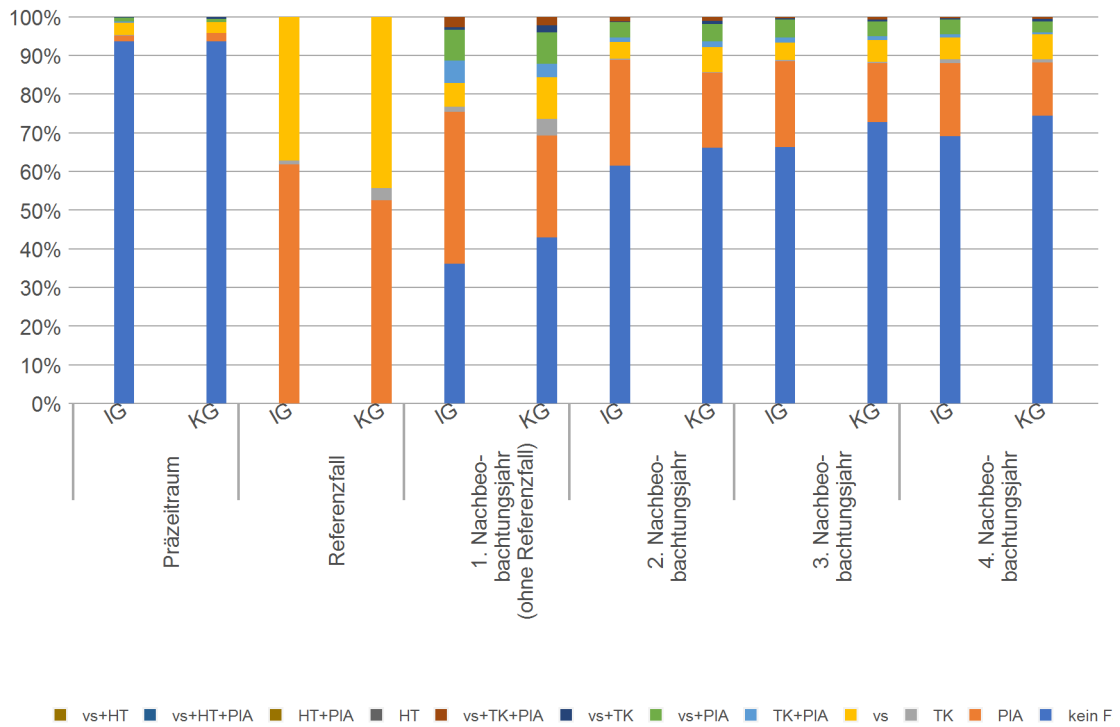
Klinikneue Patienten

Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungs- setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				28	21	0,852	11	10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	18	0,041	<10	<10	0,878	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	<10	<10	>0,999				80	79	>0,999	37	42	>0,999	41	34	>0,999	32	25	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	>0,999				57	34	0,071	10	13	>0,999	13	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	32	27	>0,999	370	432	0,003	61	105	0,002	41	59	0,422	40	50	>0,999	49	56	>0,999
TK	<10		>0,999	10	31	0,003	14	43	<0,001	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	15	21	>0,999	615	512	<0,001	391	256	<0,001	254	178	<0,001	200	135	0,002	164	118	0,043
HT																		
kein Fall	931	913	>0,999				359	419	0,010	570	605	0,328	599	645	0,028	600	638	0,146
Gesamt- ergebnis	995	975	>0,999	995	975	<0,001	995	975	<0,001	927	916	0,029	903	886	0,090	868	858	0,716

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

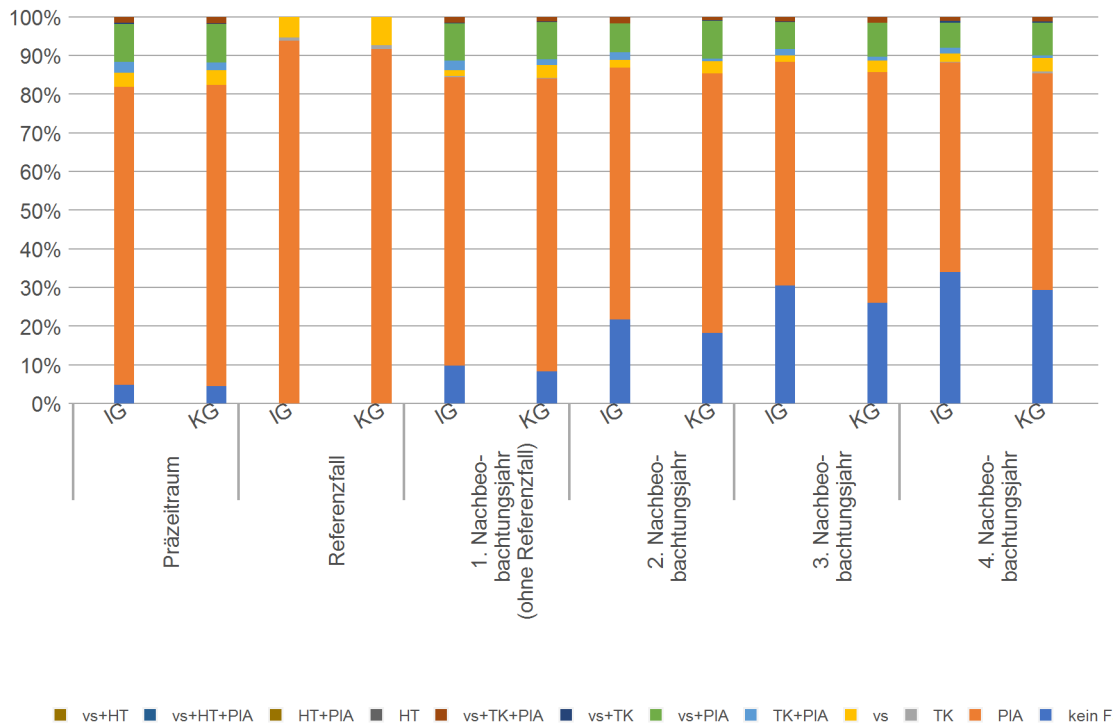
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	41	43	>0,99				38	29	>0,99	41	22	0,111	31	35	>0,99	26	29	>0,99
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	>0,99				<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
vs+PIA	247	249	>0,99				241	240	>0,99	180	237	0,025	161	203	0,119	149	190	0,080
vs+HT																		
TK+PIA	68	49	0,811				63	35	0,040	45	17	0,005	40	22	0,163	36	16	0,057
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	90	95	>0,99	136	185	0,018	38	82	<0,001	49	75	0,111	39	71	0,017	48	79	0,037
TK	<10	<10	>0,99	20	25	0,554	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99	<10	<10	>0,99
PIA	1.920	1.946	>0,99	2.337	2.288	0,017	1.859	1.892	>0,99	1.576	1.618	0,535	1.363	1.392	0,898	1.243	1.269	0,728
HT																		
kein Fall	120	110	>0,99				242	206	0,475	525	442	0,025	716	605	0,006	782	663	0,006
Gesamtergebnis	2.493	2.498	>0,99	2.493	2.498	0,028	2.493	2.498	<0,001	2.420	2.415	<0,001	2.355	2.333	<0,001	2.298	2.262	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

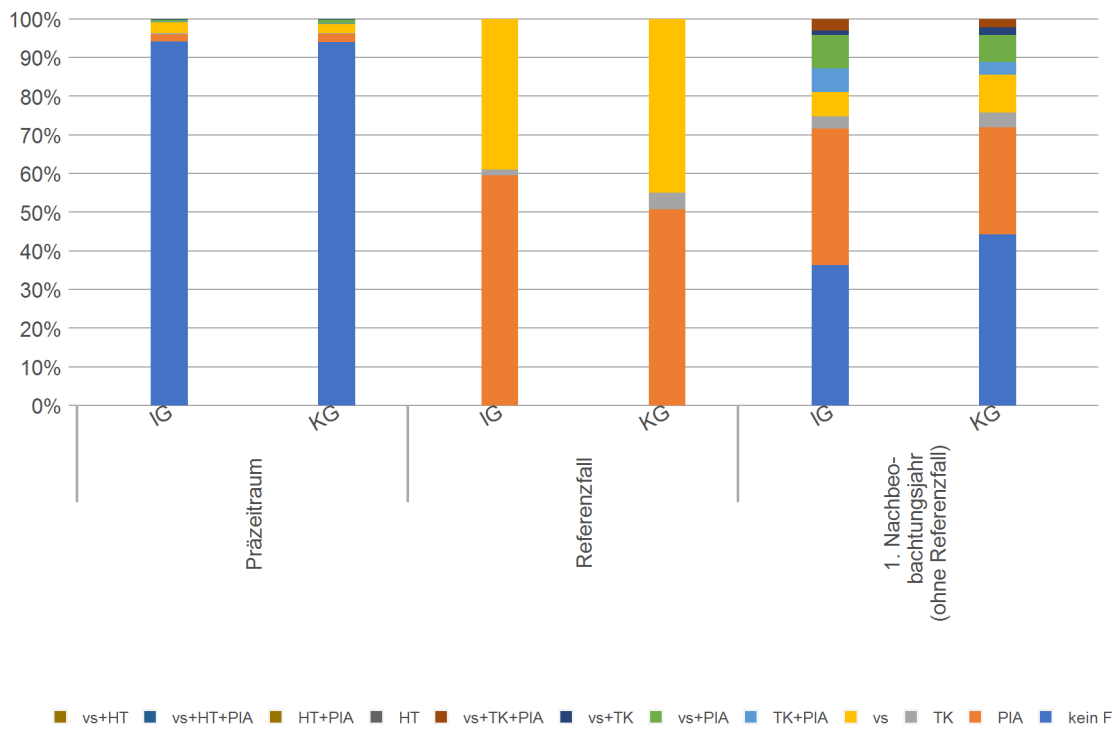
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				116	83	0,043
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10	<10	>0,999				40	74	0,007
vs+PIA	21	34	0,939				318	256	0,024
vs+HT									
TK+PIA	<10	<10	>0,999				228	123	<0,001
TK+HT									
HT+PIA									
vs	105	90	>0,999	1.442	1.659	<0,001	230	360	<0,001
TK	<10	<10	0,939	55	158	<0,001	117	141	0,145
PIA	67	80	>0,999	2.191	1.871	<0,001	1.302	1.021	<0,001
HT									
kein Fall	3.473	3.467	>0,999				1.337	1.630	<0,001
Gesamtergebnis	3.688	3.688	>0,999	3.688	3.688	<0,001	3.688	3.688	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

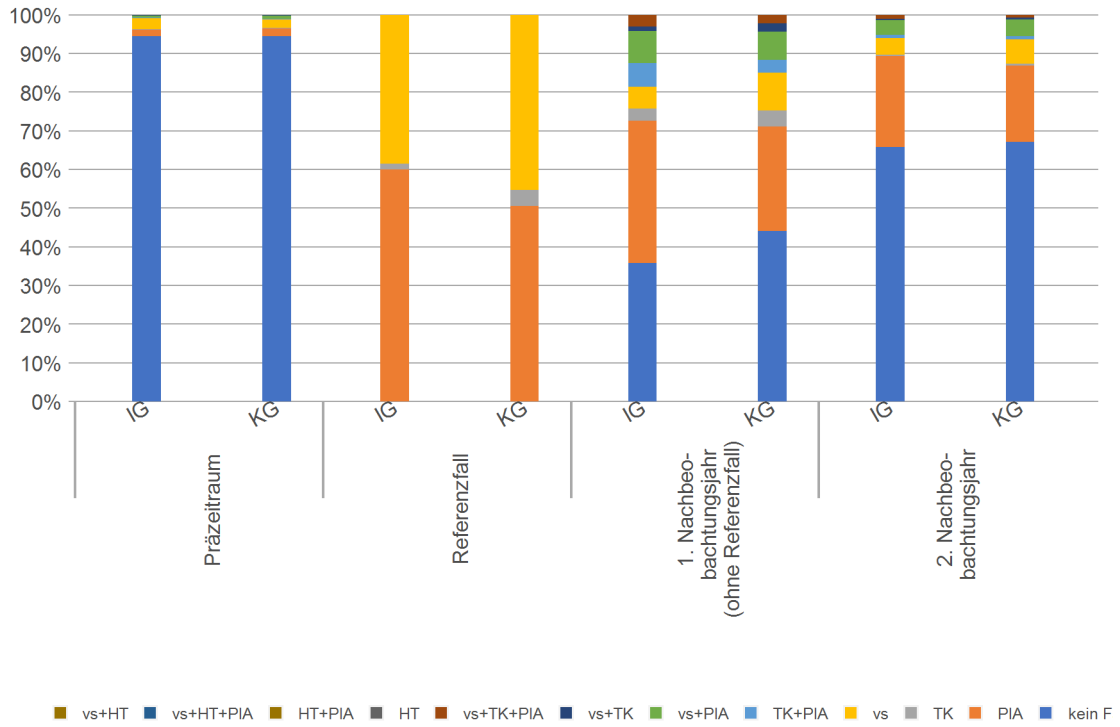
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				90	66	0,123	28	20	>0,999
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10	<10	>0,999				30	60	0,008	11	14	>0,999
vs+PIA	15	23	>0,999				240	213	0,202	101	118	>0,999
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	>0,999				176	95	<0,001	24	19	>0,999
TK+HT												
HT+PIA												
vs	83	66	>0,999	1.111	1.309	<0,001	167	282	<0,001	117	171	0,011
TK	<10	<10	>0,999	45	122	<0,001	88	118	0,120	<10	17	0,406
PIA	46	57	>0,999	1.732	1.458	<0,001	1.063	781	<0,001	633	534	0,007
HT												
kein Fall	2.728	2.731	>0,999				1.034	1.274	<0,001	1.774	1.817	>0,999
Gesamtergebnis	2.888	2.889	>0,999	2.888	2.889	<0,001	2.888	2.889	<0,001	2.695	2.710	0,003

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

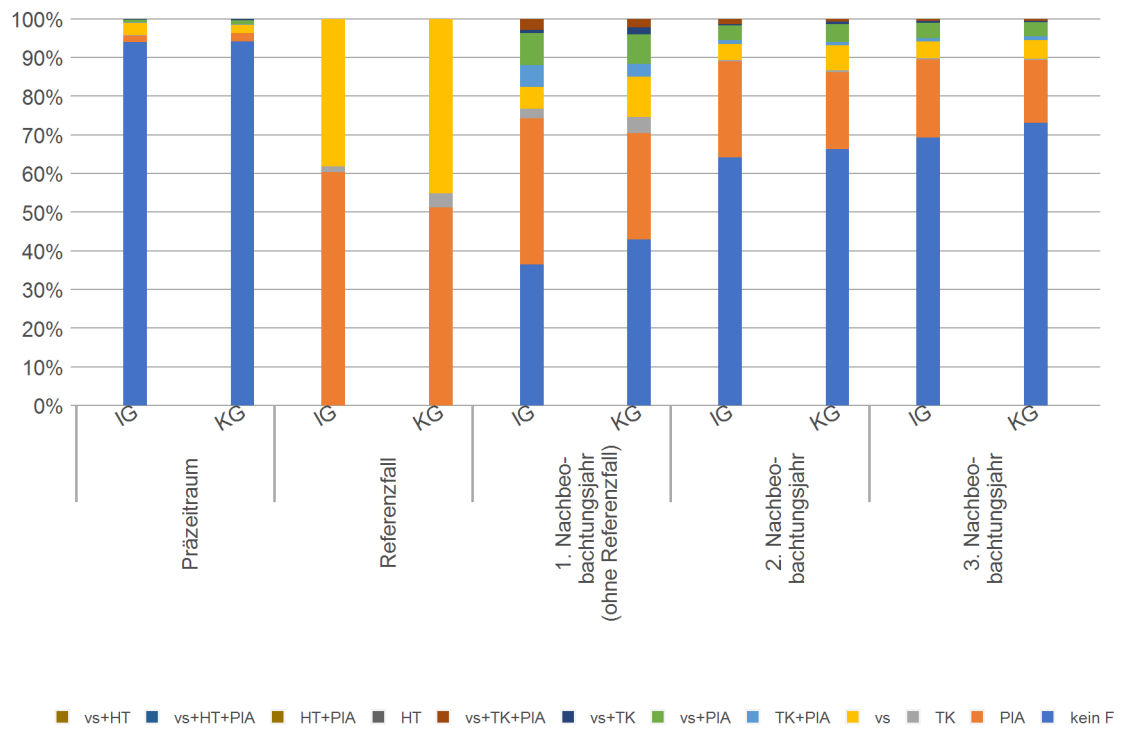
Klinikneue Patienten

Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungssetting	Präzeitraum			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	>0,999				57	44	0,455	24	15	>0,999	10	11	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	>0,999				14	35	0,016	<10	10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	12	18	>0,999				161	148	0,480	70	84	>0,999	71	66	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				108	61	0,002	16	15	>0,999	16	16	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	60	42	0,797	736	872	<0,001	108	203	<0,001	75	118	0,015	75	86	>0,999
TK	<10		0,993	29	71	<0,001	51	81	0,030	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	33	44	>0,999	1.166	987	<0,001	728	530	<0,001	449	363	0,005	356	285	0,024
HT															
kein Fall	1.814	1.815	>0,999				704	828	<0,001	1.161	1.203	>0,999	1.223	1.287	0,099
Gesamtergebnis	1.931	1.930	0,993	1.931	1.930	<0,001	1.931	1.930	<0,001	1.809	1.816	0,012	1.766	1.760	0,674

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

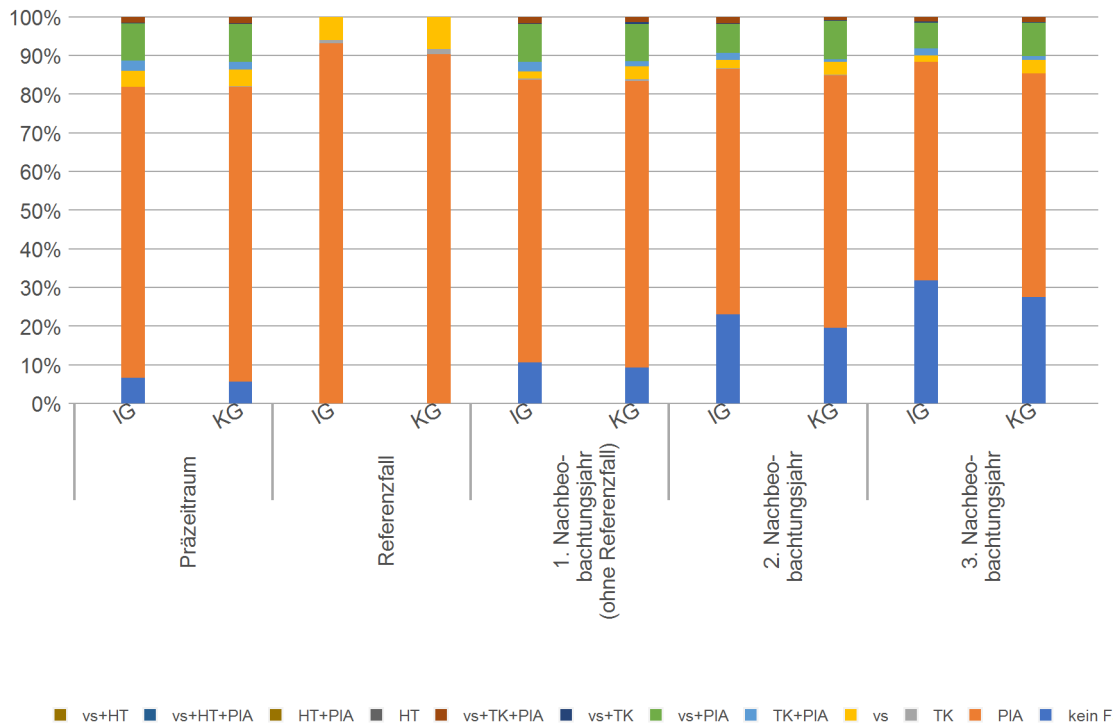
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Behandlungssetting	Präzeitraum			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	43	44	>0,999				44	37	>0,999	45	24	0,082	33	35	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	>0,999				<10	12	0,746	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	251	260	>0,999				258	254	>0,999	190	251	0,016	168	212	0,095
vs+HT															
TK+PIA	70	51	0,865				68	36	0,015	50	20	0,004	43	25	0,213
TK+HT															
HT+PIA															
vs	109	118	>0,999	159	223	0,003	46	91	0,001	55	83	0,082	41	85	<0,001
TK	<10	<10	>0,999	23	34	0,185	11	10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	1.986	2.021	>0,999	2.462	2.391	<0,001	1.933	1.963	>0,999	1.631	1.666	0,627	1.409	1.425	>0,999
HT															
kein Fall	177	148	0,865				279	245	0,746	589	499	0,020	795	678	0,006
Gesamtergebnis	2.644	2.648	>0,999	2.644	2.648	0,003	2.644	2.648	<0,001	2.565	2.551	<0,001	2.495	2.466	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich in keinem der Zeiträume signifikante Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 67).

Bei den linikbekanntem Patienten lag der Anteil derjenigen ohne Fall im zweiten Jahr in der IG unter dem der KG. Des Weiteren ergaben sich jedoch keine Unterschiede zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 68)

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich kein Unterschied im Präzeitraum. Im Referenzfall war der Anteil vollstationär sowie in der PIA-behandelter Patienten in der IG höher. Im ersten Jahr ergaben sich keine Unterschiede (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 69) .

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergab sich im Präzeitraum ein geringerer Anteil von PIA-Patienten in der IG. Im Referenzfall war der vollstationäre Anteil höher und der teilstationäre Anteil in der IG geringer. In den Folgejahren ergaben sich keine Unterschiede (vgl. Tabelle 115).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich lediglich im Referenzfall ein minimal geringerer Anteil Tagesklinikpatienten in der IG (Tabelle 116).

Bei den linikbekanntem Patienten zeigten sich keine Unterschiede (Tabelle 117).

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

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

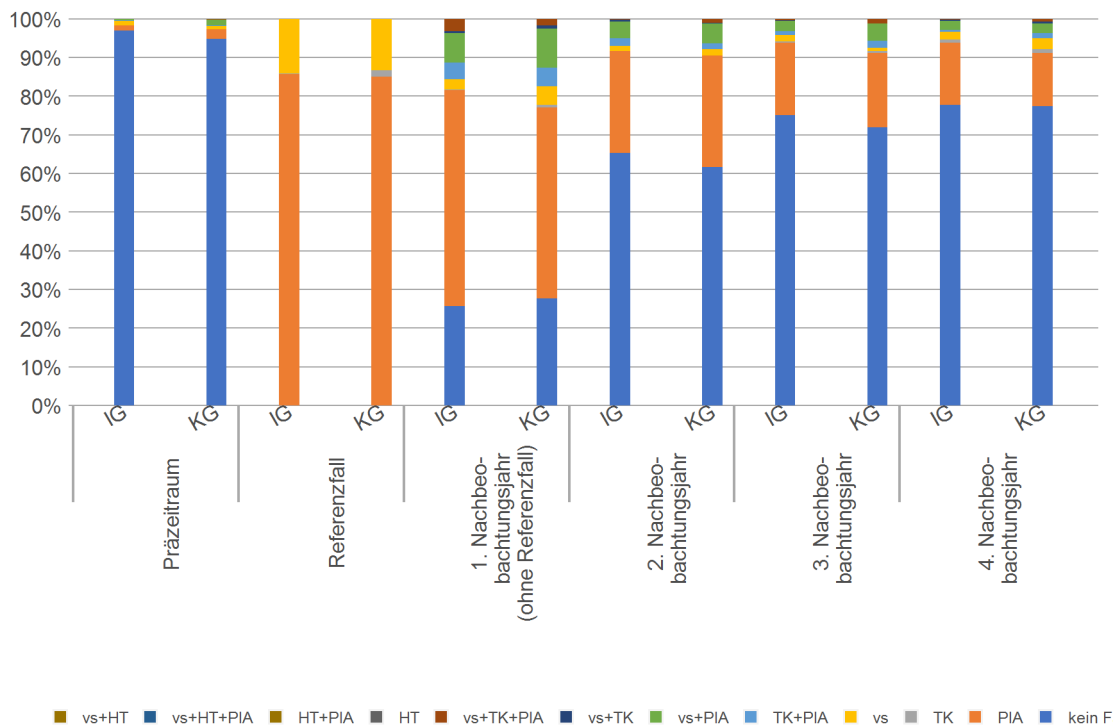
Klinikneue Patienten

Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungs- setting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert	IG	KG	P- Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA		<10	>0,999				19	10	0,788	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	<10	<10	0,487				45	60	0,788	26	31	>0,999	16	27	>0,999	14	15	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	>0,999				26	29	>0,999	12	<10	>0,999	<10	11	>0,999	<10	<10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	>0,999	84	79	>0,999	16	28	0,645	<10	10	>0,999	10	<10	>0,999	12	17	>0,999
TK				<10	10	0,062	<10	<10	>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	<10	15	0,832	508	505	>0,999	331	294	0,304	156	171	>0,999	111	114	>0,999	95	81	>0,999
HT																		
kein Fall	575	563	0,487				152	164	>0,999	387	366	>0,999	445	427	>0,999	461	460	>0,999
Gesamt- ergebnis	593	594	0,769	593	594	0,070	593	594	0,518	593	594	>0,999	593	594	>0,999	593	594	>0,999

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

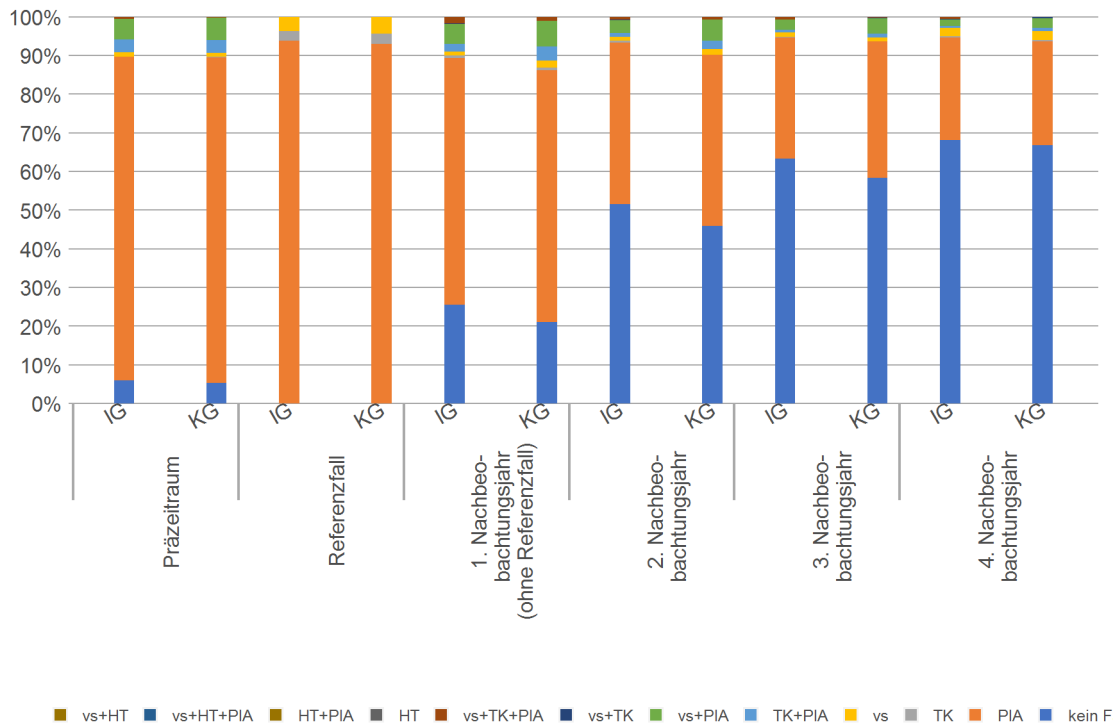
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr			4. Jahr		
	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert	IG	KG	P-Wert
vs+TK+HT+PIA													<10		>0,999	<10		>0,999
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				22	14	0,910	10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10		>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999		<10	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+PIA	69	75	>0,999				67	86	0,836	43	72	0,063	36	52	0,800	23	34	>0,999
vs+HT																		
TK+PIA	42	45	>0,999				26	49	0,080	13	29	0,129	<10	13	>0,999	<10	10	>0,999
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	15	13	>0,999	49	57	>0,999	13	23	0,836	14	18	>0,999	14	13	>0,999	27	31	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	32	36	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	1.091	1.110	>0,999	1.223	1.225	>0,999	833	858	>0,999	546	582	>0,999	407	463	0,320	346	352	>0,999
HT																		
kein Fall	77	69	>0,999				332	278	0,075	671	605	0,045	826	769	0,105	887	880	>0,999
Gesamtergebnis	1.304	1.318	>0,999	1.304	1.318	>0,999	1.304	1.318	0,064	1.304	1.318	0,045	1.304	1.317	0,716	1.304	1.317	>0,999

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

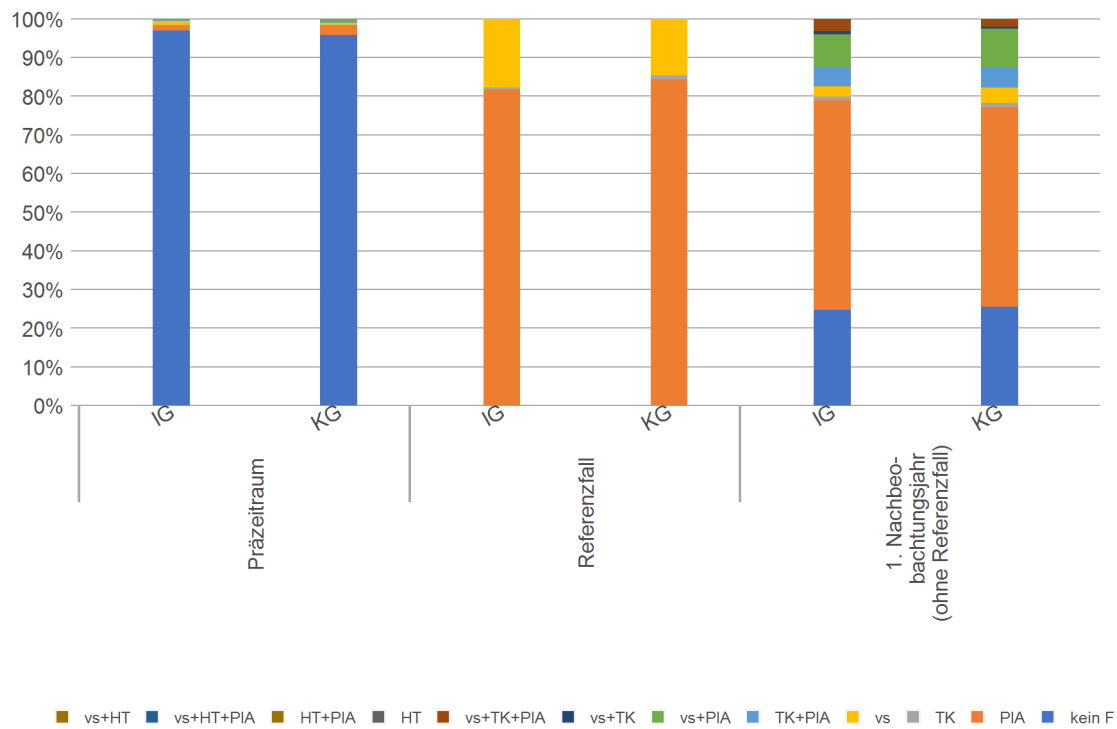
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär, Tagesklinik, Hometreatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr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

Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA		<10	>0,999				74	46	0,100
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10		>0,999				18	10	0,738
vs+PIA	<10	20	0,378				192	224	0,553
vs+HT									
TK+PIA	<10	<10	>0,999				109	119	>0,999
TK+HT									
HT+PIA									
vs	22	14	>0,999	400	329	0,014	60	88	0,168
TK	<10	<10	>0,999	11	24	0,047	22	28	>0,999
PIA	30	54	0,102	1.832	1.890	0,047	1.215	1.155	0,466
HT									
kein Fall	2.175	2.150	0,378				553	573	>0,999
Gesamtergebnis	2.243	2.243	0,111	2.243	2.243	0,007	2.243	2.243	0,058

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

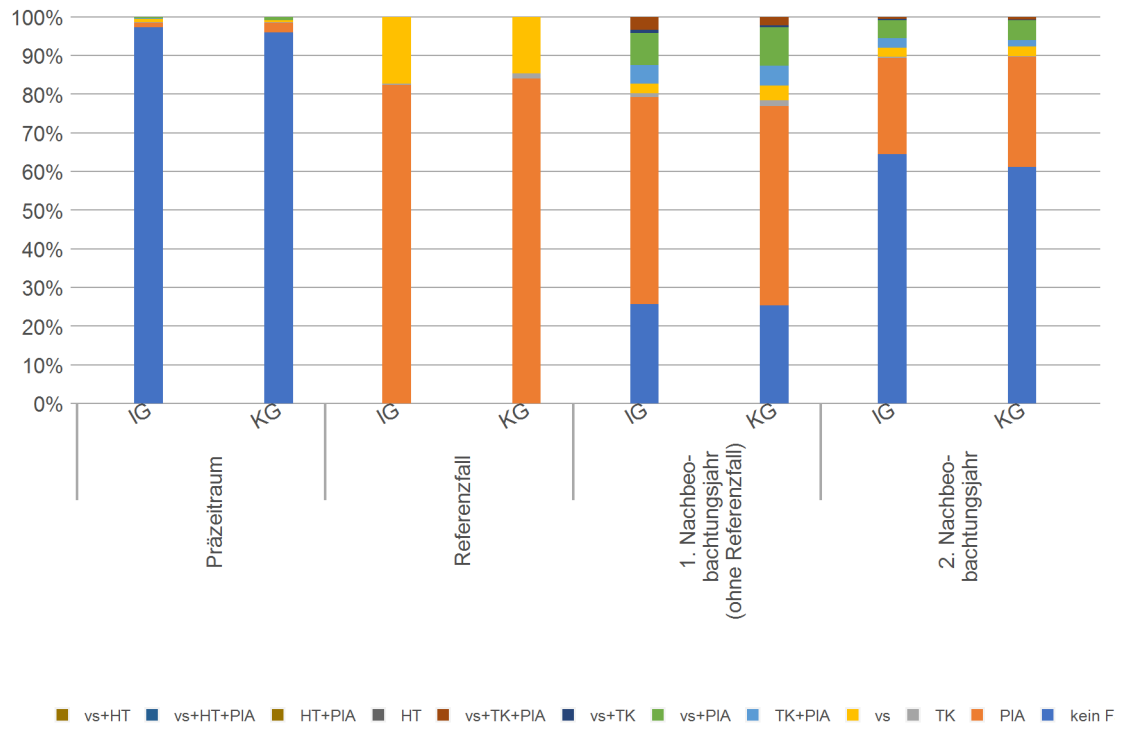
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA												
vs+TK+PIA		<10	>0,999				59	39	0,348	<10	12	>0,999
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10		>0,999				14	<10	0,934	<10	<10	>0,999
vs+PIA	<10	14	0,590				142	172	0,546	81	89	>0,999
vs+HT												
TK+PIA	<10	<10	>0,999				80	88	>0,999	42	29	0,891
TK+HT												
HT+PIA												
vs	16	<10	0,557	297	252	0,074	44	66	0,347	40	43	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	<10	21	0,010	16	24	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	20	43	0,048	1.408	1.442	0,187	916	884	>0,999	426	489	0,168
HT												
kein Fall	1.662	1.646	0,435				439	435	>0,999	1.101	1.047	0,398
Gesamtergebnis	1.710	1.715	0,056	1.710	1.715	0,004	1.710	1.715	0,207	1.710	1.714	0,891

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikeue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

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

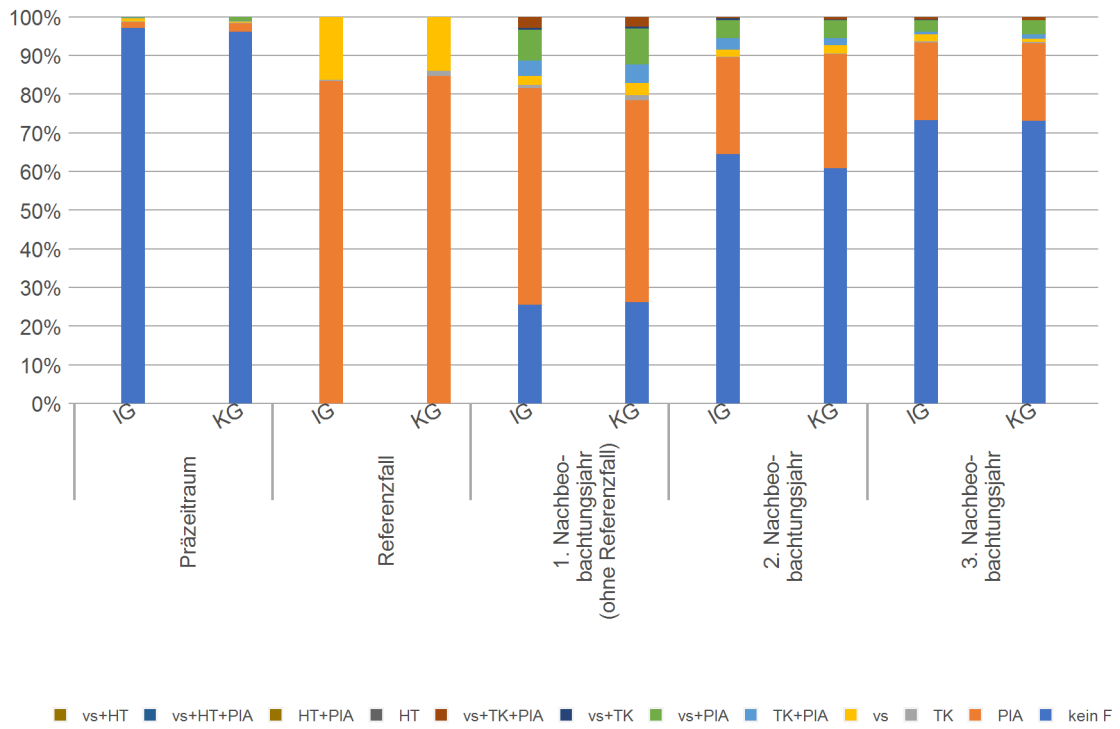
Klinikneue Patienten

Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungssetting	Präzeitraum			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	>0,999				33	29	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		>0,999				<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999	<10		>0,999
vs+PIA	<10	12	0,140				92	107	>0,999	54	53	>0,999	35	42	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	>0,999				45	56	>0,999	34	21	0,734	<10	14	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	11	<10	>0,999	189	162	0,282	28	37	>0,999	21	25	>0,999	20	10	0,905
TK	<10	<10	>0,999	<10	14	0,044	<10	15	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	16	25	>0,999	965	977	0,414	647	601	0,663	290	340	0,168	232	231	>0,999
HT															
kein Fall	1.124	1.108	>0,999				296	302	>0,999	746	701	0,630	847	842	>0,999
Gesamtergebnis	1.157	1.153	0,437	1.157	1.153	0,039	1.157	1.153	>0,999	1.157	1.152	0,895	1.157	1.152	>0,999

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

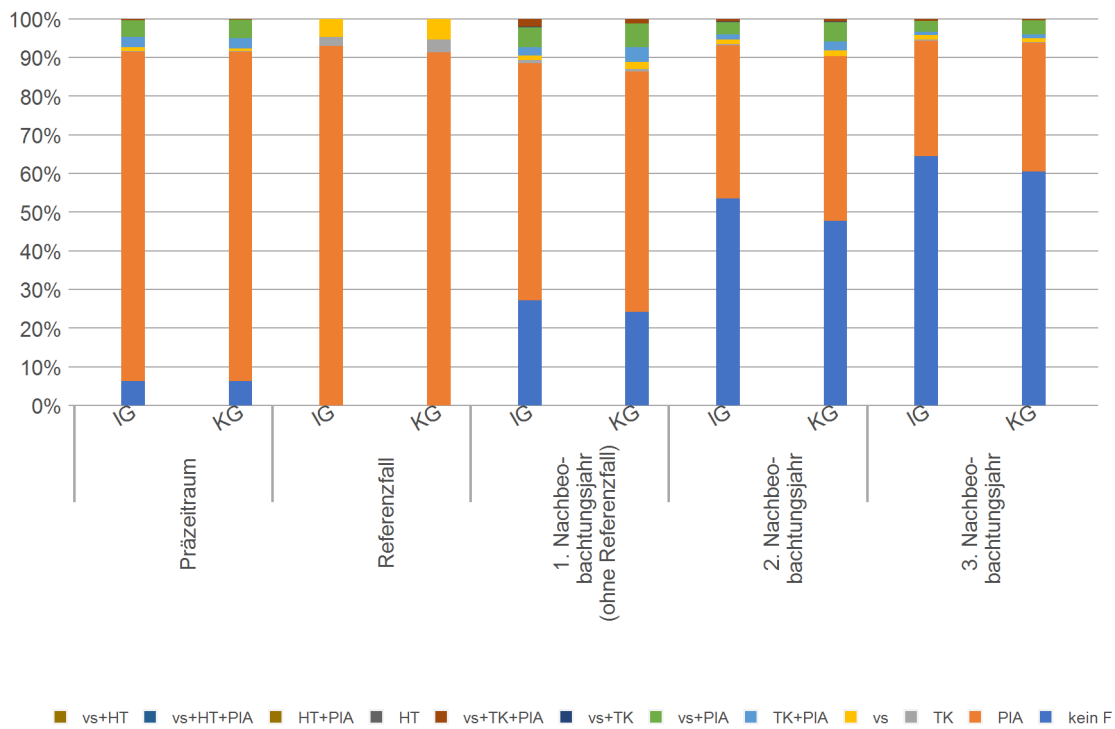
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Behandlungssetting	Präzeitraum			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													<10		>0,999
vs+TK+PIA	<10	<10	>0,999				33	21	0,687	12	13	>0,999	<10	<10	>0,999
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		>0,999				<10	<10	0,748	<10	<10	>0,999		<10	>0,999
vs+PIA	71	79	>0,999				83	102	0,748	53	85	0,055	46	59	>0,999
vs+HT															
TK+PIA	43	45	>0,999				37	63	0,097	22	38	0,321	16	18	>0,999
TK+HT															
HT+PIA															
vs	18	13	>0,999	77	89	0,460	18	30	0,687	18	24	>0,999	19	15	>0,999
TK	<10	<10	>0,999	40	55	0,460	15	11	>0,999	<10	<10	>0,999	<10	<10	>0,999
PIA	1.414	1.422	>0,999	1.542	1.525	0,416	1.018	1.038	>0,999	657	710	0,458	494	555	0,296
HT															
kein Fall	103	104	>0,999				450	403	0,377	889	796	0,007	1.069	1.010	0,227
Gesamtergebnis	1.659	1.669	>0,999	1.659	1.669	0,460	1.659	1.669	0,043	1.659	1.669	0,020	1.659	1.668	>0,999

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1) EP

U1: Die Ergebnisse der Auswertungen der Leistungserbringung in Form von Therapieeinheiten sowie PIA-Kontakten befinden sich in Tabelle 118 bis Tabelle 121 sowie Tabelle 122 bis Tabelle 125.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	995	975	995	975	995	975	995	975	995	975	995	975	927	916	927	916	903	886	903	886	868	858	868	858
N mit Fall	44	40	8	7	370	432	10	31	174	223	104	116	91	118	25	32	88	95	23	22	58	70	11	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,3	0,1	0,0	0,6	1,7	0,1	0,3	0,8	1,5	0,8	1,0	0,6	0,9	0,2	0,3	0,2	0,4	0,2	0,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,4	0,1	0,1	3,8	4,4	0,4	0,7	2,8	3,0	3,8	1,9	1,7	2,2	1,0	0,6	0,8	1,0	0,9	0,3				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,1			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	1,0			0,2	0,8			0,3	0,4			0,4	0,2						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,0	0,0		0,1			0,2	0,2		0,0	0,1	0,1		0,0	0,0	0,0	0,0					
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0	0,1		0,0			0,1	0,2		0,0	0,1	0,1		0,0	0,0	0,0	0,0					
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1	0,0																					
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1	0,0																					
Gesamt	1,7	1,4	0,2	0,2	4,8	7,7	0,5	0,9	4,3	6,0	4,6	2,9	2,8	3,7	1,2	1,0	1,4	1,7	1,1	0,5				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	995	975	995	975	995	975	995	975	995	975	995	975	927	916	927	916	903	886	903	886	868	858	868	858
N mit Fall	44	40	8	7	370	432	10	31	174	223	104	116	91	118	25	32	88	95	23	22	58	70	11	17
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	6,5	7,1	6,9	3,6	1,5	3,9	9,4	8,5	4,8	6,6	7,2	8,3	5,8	6,9	7,3	9,3	2,3	3,5	6,0	6,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	16,4	10,1	8,8	8,9	10,2	9,9	44,7	20,5	16,2	13,1	36,3	15,8	17,6	16,8	36,3	18,2	7,7	9,4	35,2	13,4				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,9	1,6			0,2	1,2			0,4	1,4			0,2	0,8			0,3	0,7						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	6,2	8,1		0,0	1,1	2,2			1,4	3,7			3,1	2,9			3,7	1,5						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	1,8	0,4	4,6		0,1			0,9	1,0		0,2	0,8	0,5		0,3	0,1	0,2	0,8					
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,7	1,5	0,1	7,1		0,1			0,8	0,7		0,2	0,7	0,5		0,0	0,0	0,1	1,0					
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	1,8	3,4	5,6																					
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	2,5	1,8	4,8																					
Gesamt	38,6	35,2	26,6	24,2	13,0	17,4	54,1	29,0	24,5	26,4	43,5	24,4	28,2	28,4	43,7	27,9	14,2	15,5	43,1	19,7				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	995	975	995	975	995	975	927	916	903	886	868	858
N mit Fall	28	27	615	512	556	390	312	243	258	185	207	152
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,0	2,5	0,5	1,1	0,3	0,4	0,3	0,5	0,3
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,4	1,0	4,4	2,4	2,4	1,6	1,7	1,4	1,7	1,3
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	0,1	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	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	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,1	1,5	1,1	6,8	2,9	3,5	1,9	2,2	1,7	2,2	1,6
Gesamt	0,2	0,1	1,6	1,2	7,2	3,4	3,7	2,3	2,3	1,8	2,2	1,7

Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	995	975	995	975	995	975	927	916	903	886	868	858
N mit Fall	28	27	615	512	556	390	312	243	258	185	207	152
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	1,6	0,2	0,1	4,5	1,3	3,1	1,1	1,5	1,3	2,2	1,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,1	2,2	2,2	1,9	7,8	5,9	7,1	6,1	6,0	6,7	7,0	7,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,2	0,1	0,2	0,4	1,0	0,5	1,4	0,2	0,6	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	1,1	0,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,6	0,7	0,2	0,2	0,6	1,2	0,8	1,6	0,4	0,9	0,1	0,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,1	3,8	2,4	2,0	12,2	7,3	10,3	7,2	7,5	8,0	9,2	9,0
Gesamt	6,8	4,5	2,6	2,2	12,8	8,4	11,0	8,8	7,9	8,8	9,4	9,4

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2420	2415	2420	2415	2355	2333	2355	2333	2298	2262	2298	2262
N mit Fall	383	392	116	98	136	185	20	25	321	359	113	78	273	336	90	43	235	312	76	62	222	251	51	38
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	1,1	1,0	0,6	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	0,9	0,4	0,3	0,4	1,0	0,3	0,2	0,3	0,7	0,2	0,2				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	2,8	2,7	1,0	0,4	0,8	0,3	0,1	1,9	2,4	2,3	0,5	1,5	2,3	1,4	0,4	1,1	2,1	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	0,1		0,0				
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,4			0,0	0,1			0,4	0,6	0,0		0,4	0,6			0,5	0,4						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1		0,0		0,0		0,0	0,1	0,1		0,0	0,0	0,1		0,0	0,0	0,0						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,1		0,0		0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0						
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,2	0,0	0,1																				
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,2	0,0	0,1																				
Gesamt	5,7	4,9	3,3	1,5	0,5	1,2	0,4	0,2	2,8	4,2	2,7	0,8	2,4	4,2	1,7	0,5	2,0	3,3	1,5	0,6				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2420	2415	2420	2415	2355	2333	2355	2333	2298	2262	2298	2262
N mit Fall	383	392	116	98	136	185	20	25	321	359	113	78	273	336	90	43	235	312	76	62	222	251	51	38
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	7,1	6,6	12,4	9,5	1,4	4,2	8,0	6,1	2,9	6,5	8,1	8,2	3,7	7,2	6,9	8,6	3,2	5,5	7,3	7,6				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	25,3	17,5	57,2	24,3	7,7	10,2	41,6	14,6	14,9	16,9	50,8	17,3	13,2	16,7	38,3	19,9	11,0	15,4	40,2	16,2				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	1,3			0,1	0,9			0,2	1,2	0,0		0,2	1,3			0,4	1,0		0,0				
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	2,0	2,7			0,7	1,4			3,0	4,1	0,0		3,3	4,4			4,8	2,6						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	0,5		0,2		0,1		0,2	0,5	0,4		0,1	0,2	0,5		0,3	0,2	0,3						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,7	0,3		0,4		0,0		0,1	0,2	0,3		0,0	0,2	0,3		0,7	0,1	0,1						
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,6	1,1	0,7	1,6																				
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,5	1,3	0,4	1,3																				
Gesamt	37,0	31,5	70,8	37,3	9,9	16,7	49,6	21,0	21,8	29,5	58,9	25,5	20,9	30,4	45,3	29,6	19,8	24,9	47,5	23,8				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2420	2415	2355	2333	2298	2262
N mit Fall	2273	2277	2337	2288	2201	2196	1842	1894	1595	1652	1454	1504
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	1,1	0,4	0,3	1,9	1,0	1,5	1,2	1,3	0,9	1,1	1,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	8,7	8,6	1,9	2,4	6,2	8,1	5,5	7,8	4,7	7,1	4,2	7,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	1,3	0,2	0,4	0,6	1,3	0,4	1,2	0,2	0,9	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	0,6	0,2	0,2	0,8	0,5	0,7	0,5	0,6	0,4	0,6	0,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,2	1,9	0,4	0,5	1,3	1,8	1,1	1,7	0,8	1,3	0,7	0,5
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	9,6	9,7	2,3	2,7	8,1	9,1	7,0	9,0	6,0	8,0	5,4	8,5
Gesamt	10,8	11,7	2,7	3,2	9,4	10,9	8,1	10,7	6,8	9,3	6,0	9,0

Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	2493	2498	2493	2498	2493	2498	2420	2415	2355	2333	2298	2262
N mit Fall	2273	2277	2337	2288	2201	2196	1842	1894	1595	1652	1454	1504
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,9	1,2	0,4	0,3	2,1	1,1	2,0	1,5	1,9	1,3	1,8	1,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	9,6	9,5	2,0	2,7	7,0	9,2	7,2	9,9	7,0	10,0	6,7	11,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	1,4	0,2	0,4	0,7	1,5	0,5	1,5	0,3	1,2	0,1	0,2
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	0,7	0,2	0,2	0,9	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6	1,0	0,6
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	1,4	2,1	0,4	0,6	1,5	2,1	1,4	2,1	1,2	1,9	1,1	0,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	10,5	10,7	2,4	3,0	9,2	10,3	9,2	11,5	8,9	11,3	8,5	12,8
Gesamt	11,9	12,8	2,8	3,5	10,7	12,4	10,7	13,6	10,0	13,1	9,5	13,5

Beschreibung Ergebnisse (U1) KJP

U1: Die Ergebnisse der Auswertungen der Leistungserbringung in Form von Therapieeinheiten sowie PIA-Kontakten befinden sich in Tabelle 126 bis Tabelle 129 sowie Tabelle 130 bis Tabelle 133.

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

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594
N mit Fall	9	15	1	2	84	79	1	10	83	103	49	48	38	48	16	16	29	39	11	21	31	30	4	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,9	0,0	0,4	3,8	2,1	0,1	0,9	4,9	7,7	3,8	5,7	2,6	3,1	1,5	1,5	1,0	1,8	0,4	0,9				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	2,4	0,0	0,7	2,8	1,2	0,0	0,7	3,6	6,9	2,4	4,3	2,2	3,0	0,7	1,7	0,9	1,4	0,3	0,8				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,4	0,6			0,4	1,4			0,1	0,7			0,1	0,3						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,1			0,1	0,2			0,1	0,8		0,0	0,1	0,3			0,0	0,1						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,0	0,0				0,0										
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege									0,0	0,0				0,0										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	0,7	3,4	0,1	1,0	7,1	4,1	0,1	1,7	9,0	16,9	6,1	10,0	5,0	7,1	2,2	3,2	2,0	3,6	0,7	1,8				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594
N mit Fall	9	15	1	2	84	79	1	10	83	103	49	48	38	48	16	16	29	39	11	21	31	30	4	7
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	18,0	34,9	25,0	106,5	26,5	15,4	32,4	54,8	34,7	44,4	45,5	71,0	40,4	38,2	56,5	54,5	20,4	27,4	19,3	26,3				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	26,1	94,2	12,1	200,5	20,0	9,1	12,2	44,1	25,6	40,0	28,9	52,8	35,0	37,1	25,8	63,2	17,5	21,0	17,1	23,6				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,7	1,7			2,8	4,7			3,2	8,1			1,2	8,6			1,3	4,8						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	2,7			0,9	1,3			0,7	4,9		0,1	1,1	3,7			0,9	1,1						
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,1	0,0				0,0										
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege									0,1	0,0				0,0										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	46,2	133,5	37,1	307,0	50,2	30,6	44,6	98,9	64,4	97,4	74,4	123,9	77,7	87,7	82,3	117,7	40,1	54,3	36,4	49,9				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594
N mit Fall	10	26	508	505	421	393	195	217	135	159	113	108
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	0,4	0,2	1,8	0,4	0,5	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	1,9	2,2	3,5	4,3	1,7	2,4	1,3	1,7	1,1	1,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0			0,0	0,0		0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,1	0,2	2,3	2,3	5,3	4,6	2,2	2,5	1,6	1,8	1,3	1,4
Gesamt	0,1	0,2	2,3	2,4	5,3	4,7	2,3	2,6	1,7	1,9	1,3	1,4

Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594	593	594
N mit Fall	10	26	508	505	421	393	195	217	135	159	113	108
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,8	1,5	0,5	0,2	2,5	0,5	1,6	0,4	1,6	0,4	0,9	1,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,0	3,7	2,3	2,6	4,9	6,5	5,2	6,6	5,7	6,5	5,9	6,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung					0,0			0,0	0,0		0,0	
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	3,8	5,1	2,7	2,8	7,5	7,0	6,8	7,0	7,2	6,8	6,8	7,9
Gesamt	3,8	5,1	2,7	2,9	7,5	7,2	7,0	7,1	7,3	6,9	6,9	7,9

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1317	1304	1317	1304	1317	1304	1317
N mit Fall	92	92	52	51	49	57	32	36	104	124	59	73	69	100	30	41	59	70	21	20	52	50	18	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	2,9	2,4	2,3	1,1	1,3	1,3	1,2	3,4	4,2	2,3	3,3	2,4	3,2	1,2	1,9	0,7	1,2	0,7	0,7				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,5	11,1	8,4	5,5	1,0	1,2	0,8	1,6	3,0	4,1	1,5	3,0	2,2	3,0	1,1	1,5	0,9	1,2	0,3	0,4				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,0	0,0			0,2	0,1	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0		0,3	0,5	0,0		0,1	0,3						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,0	0,0			0,2	0,0	0,0	0,0	0,2	0,6	0,0		0,3	0,6	0,0		0,2	0,2						
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																							
Gesamt	14,2	13,9	10,8	7,8	2,5	2,6	2,1	2,8	7,0	9,6	3,9	6,3	5,2	7,4	2,4	3,4	1,9	2,9	1,1	1,1				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr			
	vs	vs	tk	tk	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	IG	KG	IG	KG
N	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1317	1304	1317	1304	1317	1304	1317
N mit Fall	92	92	52	51	49	57	32	36	104	124	59	73	69	100	30	41	59	70	21	20	52	50	18	15
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	37,4	40,9	61,3	58,6	30,1	29,9	52,3	42,2	42,5	45,0	50,6	59,6	44,6	41,9	53,8	61,2	16,5	22,6	45,6	46,3				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	162,9	158,4	209,9	142,2	26,3	28,4	30,7	58,9	37,4	43,9	34,0	55,0	42,5	39,8	48,6	46,8	19,0	22,3	21,5	27,8				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,2			5,7	1,4	1,3	0,2	5,3	6,9	0,4		5,7	7,1	0,2		2,6	4,8						
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,1	0,0			5,1	0,3	0,0	0,0	2,9	6,1	0,2		5,8	8,2	0,1		4,2	4,5						
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																							
Gesamt	201,5	199,5	271,1	200,8	67,3	60,0	84,2	101,3	88,1	102,2	85,2	114,6	98,9	97,4	102,7	108,0	42,7	54,1	69,3	74,1				

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1317	1304	1317
N mit Fall	1206	1219	1223	1225	948	1007	612	692	460	532	382	398
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,6	1,0	0,6	0,5	1,0	0,9	0,5	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,4	5,3	1,9	2,3	3,2	4,7	2,4	3,8	2,0	2,5	1,6	2,1
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	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0		0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,1	6,4	2,5	2,7	4,2	5,6	2,9	4,3	2,4	2,8	1,9	2,3
Gesamt	6,1	6,7	2,5	2,9	4,2	5,9	3,0	4,5	2,4	2,9	1,9	2,3

Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Art	Präzeitraum		Referenzfall		1. Jahr (ohne Ref.Fall)		2. Jahr		3. Jahr		4. Jahr	
	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG	IG	KG
N	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1318	1304	1317	1304	1317
N mit Fall	1206	1219	1223	1225	948	1007	612	692	460	532	382	398
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,7	1,1	0,7	0,5	1,3	1,1	1,2	0,9	1,3	0,7	1,0	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,9	5,7	2,0	2,4	4,4	6,2	5,1	7,3	5,6	6,3	5,5	6,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0		0,0	0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	6,6	6,9	2,7	2,9	5,8	7,3	6,2	8,3	6,9	7,0	6,5	7,7
Gesamt	6,6	7,2	2,7	3,1	5,8	7,7	6,3	8,7	6,9	7,3	6,5	7,7

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 134, Tabelle 136) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.067,95 € höhere Kosten als die KG mit 979,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.145,43 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7.533,30 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 476,17 € nicht signifikant ($p=0,278$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.788,97 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.546,10 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 154,58 € nicht signifikant ($p=0,607$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135, Tabelle 137) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.996,21 € mehr Kosten als die KG mit 3.845,95 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.576,73 €. In der KG stiegen die Kosten auf 4.396,48 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 29,99 € nicht signifikant ($p=0,893$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.232,59 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.310,12 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 227,79 € nicht signifikant ($p=0,387$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 138) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 867,26 € weniger Kosten als die KG mit 913,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.120,54 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.423,84 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 139, Tabelle 140) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 884,98 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 886,64 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.707,27 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.552,85 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 156,09 € nicht signifikant ($p=0,561$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.138,95 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.114,06 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 26,56 € nicht signifikant ($p=0,879$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 984,37 € mehr Kosten als die KG mit 907,52 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.513,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.403,48 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.861,99 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.786,70 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 142) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.945,02 € mehr Kosten als die KG mit 3.862,10 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.686,81 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.571,06 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.913,77 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.396,52 €.

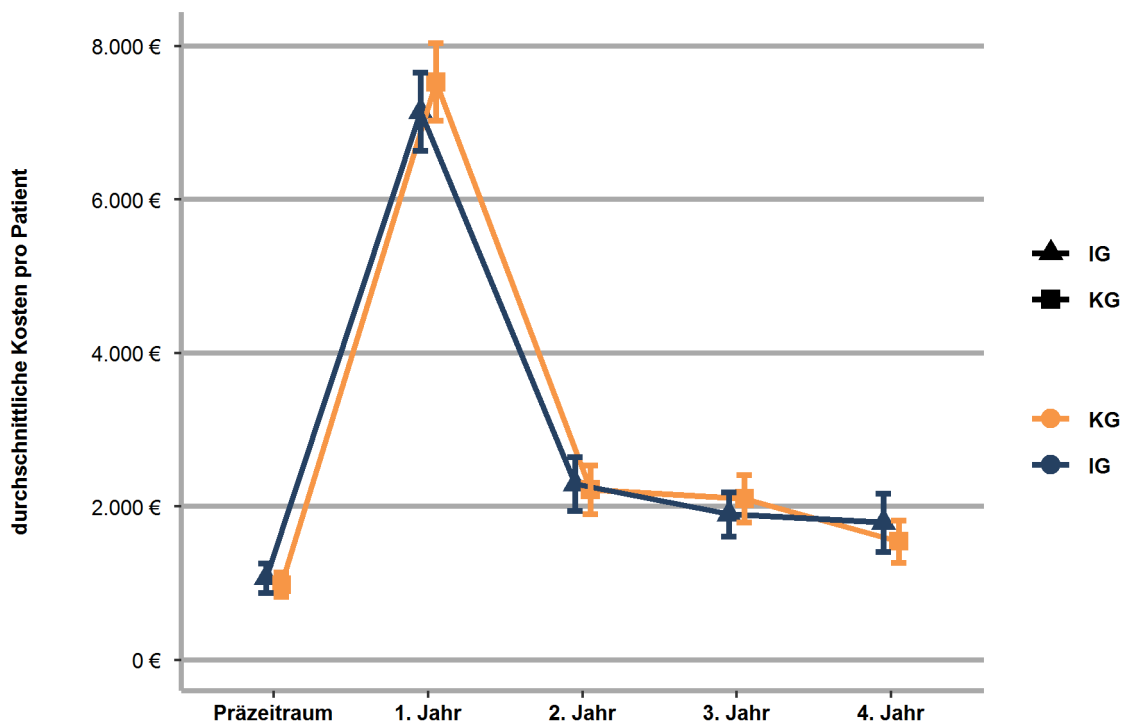
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	901	995	804	761	713	879	975	813	756	689
Mittelwert	1.067,95 €	7.145,43 €	2.292,94 €	1.898,05 €	1.788,97 €	979,66 €	7.533,30 €	2.220,15 €	2.101,93 €	1.546,10 €
Standardabweichung	3.701,65 €	9.773,08 €	6.534,85 €	5.213,47 €	6.816,98 €	3.004,58 €	9.579,30 €	5.874,48 €	5.598,47 €	4.908,44 €
Minimum	0,00 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	34,80 €	893,01 €	40,91 €	26,33 €	23,39 €	34,85 €	1.132,76 €	53,72 €	36,02 €	16,00 €
Median	127,74 €	2.911,96 €	340,65 €	224,75 €	168,89 €	148,17 €	4.014,52 €	433,05 €	286,03 €	188,09 €
75%-Perzentil	531 €	9.876 €	1.237 €	1.054 €	805 €	550 €	10.607 €	1.325 €	1.074 €	807 €
Maximum	41.645 €	69.282 €	66.867 €	57.094 €	91.552 €	34.187 €	68.507 €	81.774 €	56.007 €	82.615 €

Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.481	2.493	2.335	2.232	2.168	2.483	2.498	2.354	2.252	2.173
Mittelwert	3.996,21 €	4.576,73 €	3.406,54 €	2.958,15 €	3.232,59 €	3.845,95 €	4.396,48 €	3.388,17 €	3.432,75 €	3.310,12 €
Standardabweichung	7.301,53 €	7.389,56 €	6.372,29 €	6.454,43 €	7.694,31 €	6.540,74 €	7.080,88 €	6.567,21 €	7.131,04 €	8.046,41 €
Minimum	0,00 €	38,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	958,21 €	918,96 €	480,52 €	323,94 €	249,40 €	949,50 €	1.210,25 €	733,04 €	516,12 €	412,52 €
Median	1.452,63 €	1.845,95 €	1.226,73 €	968,97 €	928,25 €	1.520,70 €	1.808,33 €	1.393,98 €	1.328,49 €	1.244,18 €
75%-Perzentil	3.199,38 €	4.328,39 €	2.808,75 €	2.171,43 €	2.081,91 €	3.303,67 €	3.541,12 €	2.419,19 €	2.285,43 €	2.158,50 €
Maximum	100.086 €	70.164 €	70.704 €	79.169 €	98.414 €	68.089 €	80.465 €	95.101 €	82.913 €	137.760 €

Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

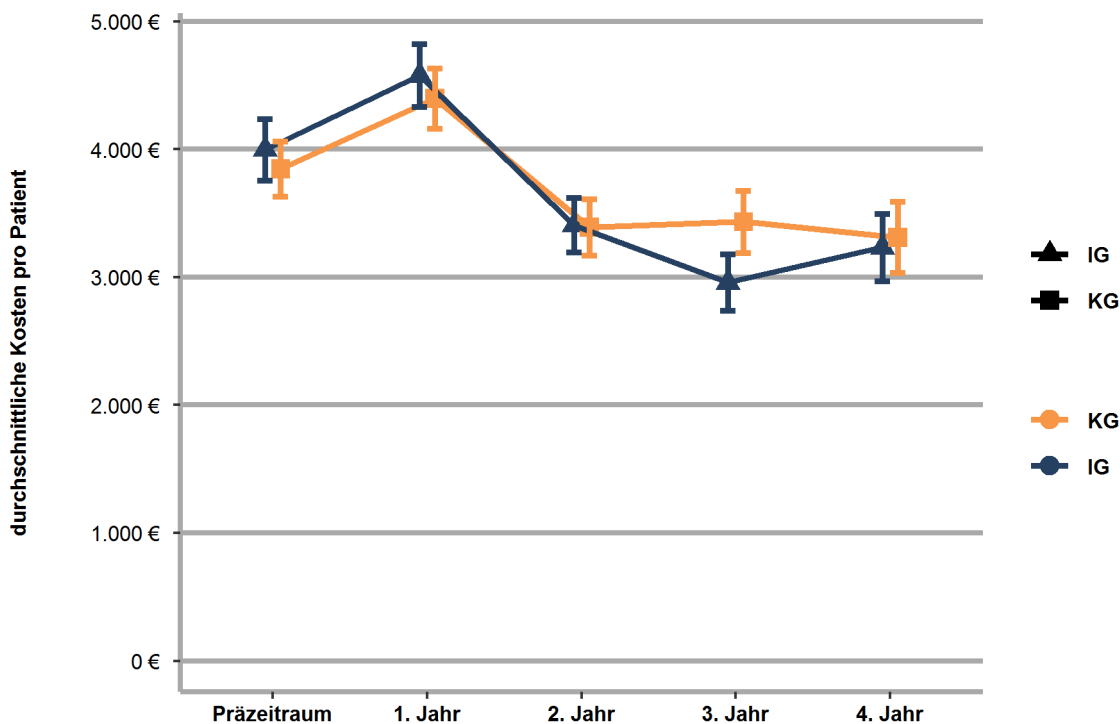


Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	979,66 €	<0,001	979,66 €	<0,001	-1.665,99 €	<0,001
IG (vs. KG)	88,29 €	0,561	88,29 €	0,561	0,84 €	0,994
Post (vs. Prä)	2.477,70 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-160,32 €	0,482				
1. Jahr (vs. Prä)			6.553,64 €	<0,001	7.741,59 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.240,49 €	<0,001	2.415,03 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.122,27 €	<0,001	2.289,60 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			566,44 €	0,001	1.716,56 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-476,17 €	0,278	-446,16 €	0,309
IG x Jahr 2 (DiD)			-15,50 €	0,959	28,25 €	0,924
IG x Jahr 3 (DiD)			-292,17 €	0,273	-246,71 €	0,337
IG x Jahr 4 (DiD)			154,58 €	0,607	217,37 €	0,463
Alter (30-47 J. vs. U30)					-151,96 €	0,592
Alter (48-64 J. vs. U30)					-281,21 €	0,304
Alter (Ü64 vs. U30)					342,28 €	0,345
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-32,06 €	0,857
F 00 (Demenz)					583,99 €	0,354
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1.014,88 €	0,022
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					2.132,49 €	0,209
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-334,86 €	0,336
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					975,41 €	0,004
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					875,85 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					4.699,80 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.497,06 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					616,85 €	0,040
F 45 (Somatoforme Störungen)					28,98 €	0,923
F 40-48 (ohne F43 und F45)					409,16 €	0,317
F 50 (Essstörungen)					1.082,01 €	0,379
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4.041,58 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-512,25 €	0,294
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					2.096,84 €	0,086
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-291,11 €	0,644
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.663,64 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.253,88 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					931,47 €	0,316
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					659,18 €	<0,001
R ²		0,020		0,115		0,169

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.845,95 €	<0,001	3.845,95 €	<0,001	-927,38 €	0,061
IG (vs. KG)	150,26 €	0,444	150,26 €	0,444	175,14 €	0,217
Post (vs. Prä)	-200,50 €	0,126				
IG x Post (DiD)	-236,38 €	0,219				
1. Jahr (vs. Prä)			550,53 €	<0,001	5.299,34 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-457,78 €	0,003	4.267,33 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-413,19 €	0,014	4.283,86 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-535,83 €	0,005	4.144,60 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			29,99 €	0,893	19,35 €	0,929
IG x Jahr 2 (DiD)			-131,89 €	0,553	-140,31 €	0,489
IG x Jahr 3 (DiD)			-624,87 €	0,010	-622,77 €	0,005
IG x Jahr 4 (DiD)			-227,79 €	0,387	-215,77 €	0,385
Alter (30-47 J. vs. U30)					-377,36 €	0,145
Alter (48-64 J. vs. U30)					-926,41 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.299,89 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-86,31 €	0,502
F 00 (Demenz)					18,79 €	0,971
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-582,50 €	0,061
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-245,74 €	0,285
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-347,50 €	0,160
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					583,96 €	0,066
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.837,79 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					2.861,65 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					15,84 €	0,934
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-159,56 €	0,349
F 45 (Somatoforme Störungen)					161,42 €	0,605
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-247,56 €	0,218
F 50 (Essstörungen)					1.837,26 €	0,019
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.976,81 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-534,16 €	0,033
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-95,73 €	0,922
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-933,91 €	0,005
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.282,77 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.329,66 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.566,33 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					209,38 €	0,446
R ²		<0,001		0,005		0,146

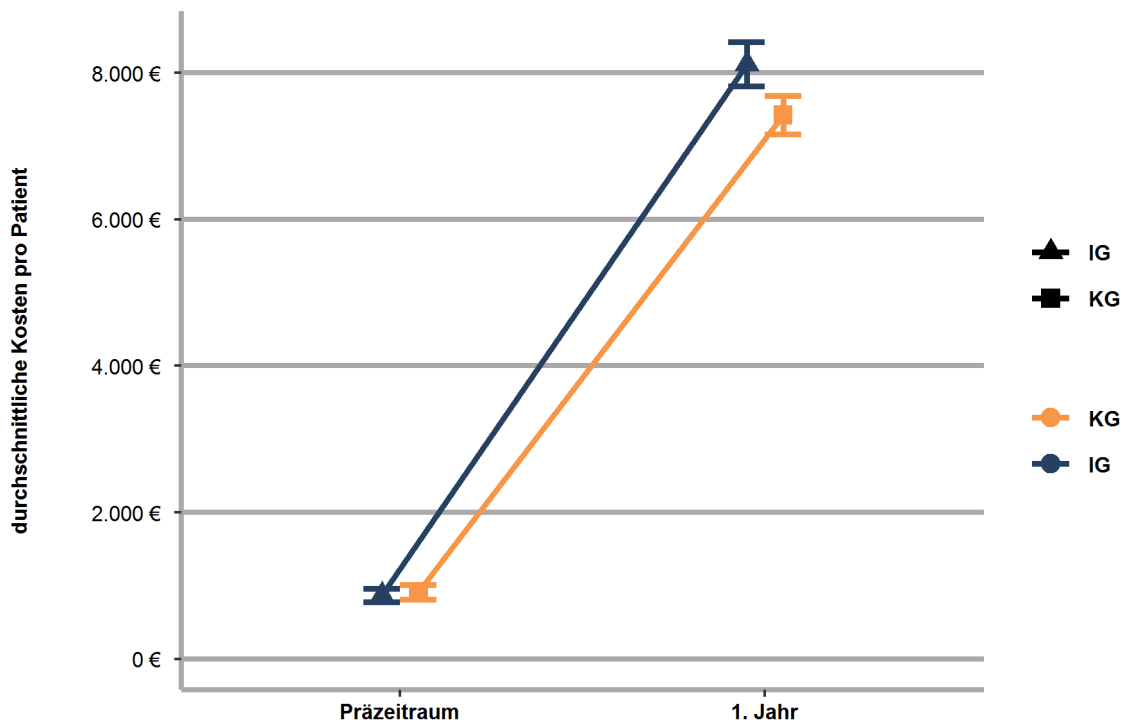
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	3.288	3.688	3.297	3.688
Mittelwert	867,26 €	8.120,54 €	913,24 €	7.423,84 €
Standardabweichung	3.237 €	11.030 €	3.752 €	9.636 €
Minimum	0,00 €	49,01 €	0,00 €	73,49 €
25%-Perzentil	29,31 €	900,24 €	34,79 €	938,93 €
Median	112,78 €	3.465,21 €	137,82 €	3.682,36 €
75%-Perzentil	443 €	11.343 €	473 €	10.815 €
Maximum	67.006 €	97.844 €	91.063 €	95.748 €

Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	2.574	2.888	2.324	2.596	2.889	2.350
Mittelwert	884,98 €	7.707,27 €	2.138,95 €	886,64 €	7.552,85 €	2.114,06 €
Standardabweichung	3.272 €	10.523 €	6.358 €	3.453 €	9.735 €	6.212 €
Minimum	0,00 €	49,01 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €
25%-Perzentil	28,92 €	865,04 €	36,70 €	36,45 €	979,73 €	49,79 €
Median	114,06 €	3.130,96 €	305,90 €	142,22 €	3.831,95 €	353,66 €
75%-Perzentil	487 €	10.688 €	1.066 €	507 €	11.002 €	1.245 €
Maximum	67.006 €	97.844 €	85.400 €	91.063 €	95.748 €	107.125 €

Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

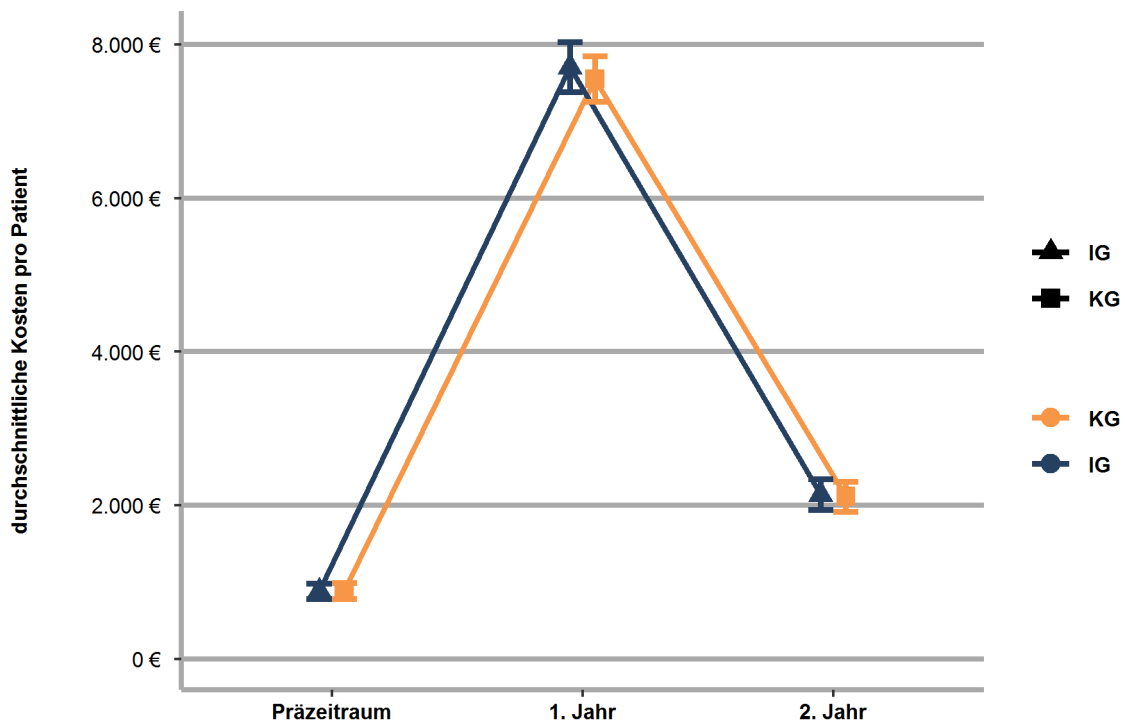


Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	886,64 €	<0,001	886,64 €	<0,001	-1.785,90 €	<0,001
IG (vs. KG)	-1,66 €	0,985	-1,66 €	0,985	-4,66 €	0,951
Post (vs. Prä)	4.033,75 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	100,63 €	0,587				
1. Jahr (vs. Prä)			6.666,20 €	<0,001	7.697,93 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.227,41 €	<0,001	2.239,07 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			156,09 €	0,561	115,79 €	0,665
IG x Jahr 2 (DiD)			26,56 €	0,879	-5,34 €	0,975
Alter (30-47 J. vs. U30)					-63,68 €	0,746
Alter (48-64 J. vs. U30)					33,50 €	0,863
Alter (Ü64 vs. U30)					129,66 €	0,583
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					42,91 €	0,743
F 00 (Demenz)					1.506,30 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					107,71 €	0,795
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.518,62 €	0,148
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-52,26 €	0,847
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					742,76 €	0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					870,04 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.817,15 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.618,76 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					467,93 €	0,019
F 45 (Somatoforme Störungen)					-216,52 €	0,301
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.425,74 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					1.364,59 €	0,095
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.072,02 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					755,37 €	0,459
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					476,93 €	0,500
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-226,68 €	0,499
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.125,23 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.745,42 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.055,34 €	0,007
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					552,77 €	<0,001
R ²		0,062		0,145		0,195

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

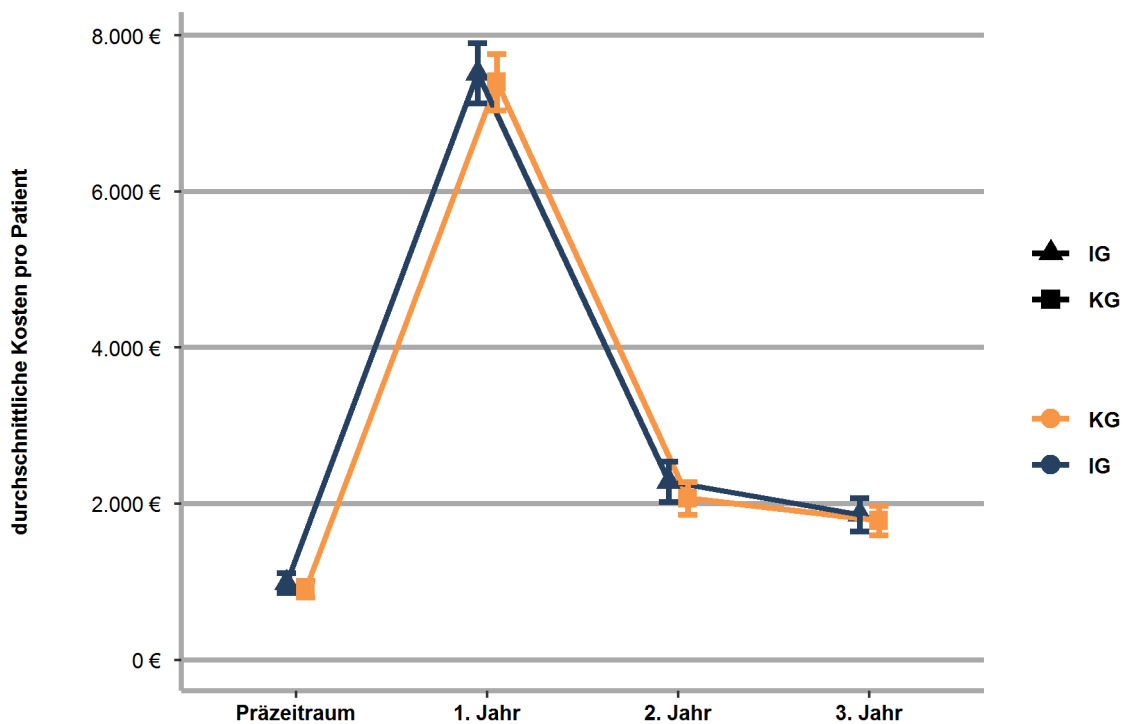
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.734	1.931	1.566	1.489	1.730	1.930	1.605	1.474
Mittelwert	984,37 €	7.513,35 €	2.283,56 €	1.861,99 €	907,52 €	7.403,48 €	2.071,21 €	1.786,70 €
Standardabweichung	3.408 €	10.313 €	6.766 €	5.479 €	2.855 €	9.579 €	5.489 €	4.869 €
Minimum	0,00 €	96,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	31,73 €	887,63 €	37,28 €	26,93 €	36,81 €	967,25 €	56,18 €	29,95 €
Median	118,53 €	2.971,00 €	322,73 €	219,18 €	144,08 €	3.642,14 €	400,31 €	242,32 €
75%-Perzentil	568 €	10.415 €	1.117 €	944 €	551 €	10.669 €	1.297 €	1.040 €
Maximum	67.006 €	97.844 €	85.400 €	60.739 €	37.723 €	95.748 €	81.774 €	56.007 €

Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

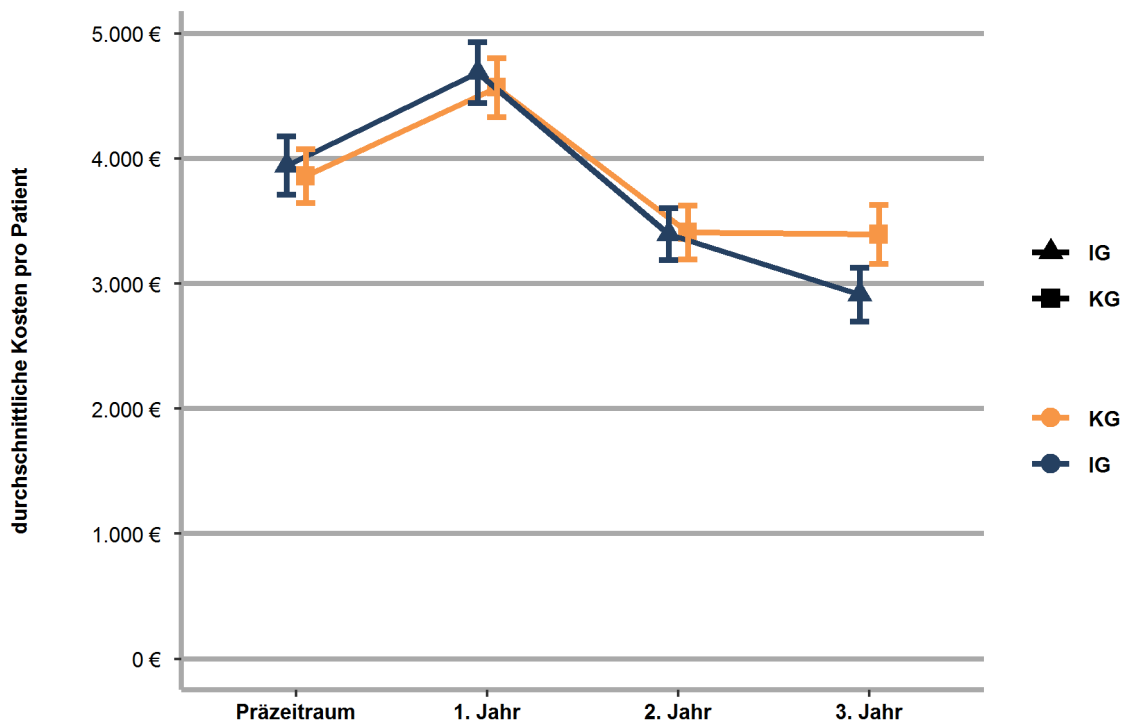


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.625	2.644	2.467	2.352	2.631	2.648	2.476	2.358
Mittelwert	3.945,02 €	4.686,81 €	3.395,68 €	2.913,77 €	3.862,10 €	4.571,06 €	3.411,34 €	3.396,52 €
Standardabweichung	7.262,13 €	7.607,05 €	6.392,95 €	6.469,09 €	6.757,48 €	7.375,23 €	6.612,18 €	7.104,15 €
Minimum	0,00 €	38,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	73,49 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	922,67 €	903,54 €	449,88 €	281,18 €	911,39 €	1.196,95 €	687,00 €	459,43 €
Median	1.425,50 €	1.835,02 €	1.194,37 €	935,78 €	1.503,83 €	1.819,78 €	1.376,67 €	1.299,30 €
75%-Perzentil	3.160,39 €	4.462,84 €	2.781,65 €	2.102,72 €	3.318,02 €	3.718,88 €	2.412,97 €	2.264,72 €
Maximum	100.086 €	70.164 €	70.704 €	79.169 €	86.368 €	80.465 €	95.101 €	82.913 €

Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

Abbildung 79U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 577,45 € weniger Kosten als die KG mit 939,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.786,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.580,22 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 432,01 € nicht signifikant ($p=0,628$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.095,56 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.720,60 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 262,89 € nicht signifikant ($p=0,508$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144, Tabelle 146) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.504,41 € weniger Kosten als die KG mit 3.712,39 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5.452,18 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.308,97 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 648,80 € nicht signifikant ($p=0,276$) geringer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.740,22 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.569,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 378,50 € nicht signifikant ($p=0,381$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 147) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 872 € höhere Kosten als die KG mit 819 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.104 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.943 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148, Tabelle 149) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 842,17 € mehr Kosten als die KG mit 784,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.333,68 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.866,15 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 410,16 € nicht signifikant ($p=0,488$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.978,41 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.032,92 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 111,88 € nicht signifikant ($p=0,759$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 150) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 742,79 € mehr Kosten als die KG mit 739,22 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in

der IG auf 8.012,22 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.476,97 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2.075,06 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.078,64 €.

Bei den klinikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 151) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.987,97 € weniger Kosten als die KG mit 3.186,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.035,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.596,79 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.662,59 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.727,89 €.

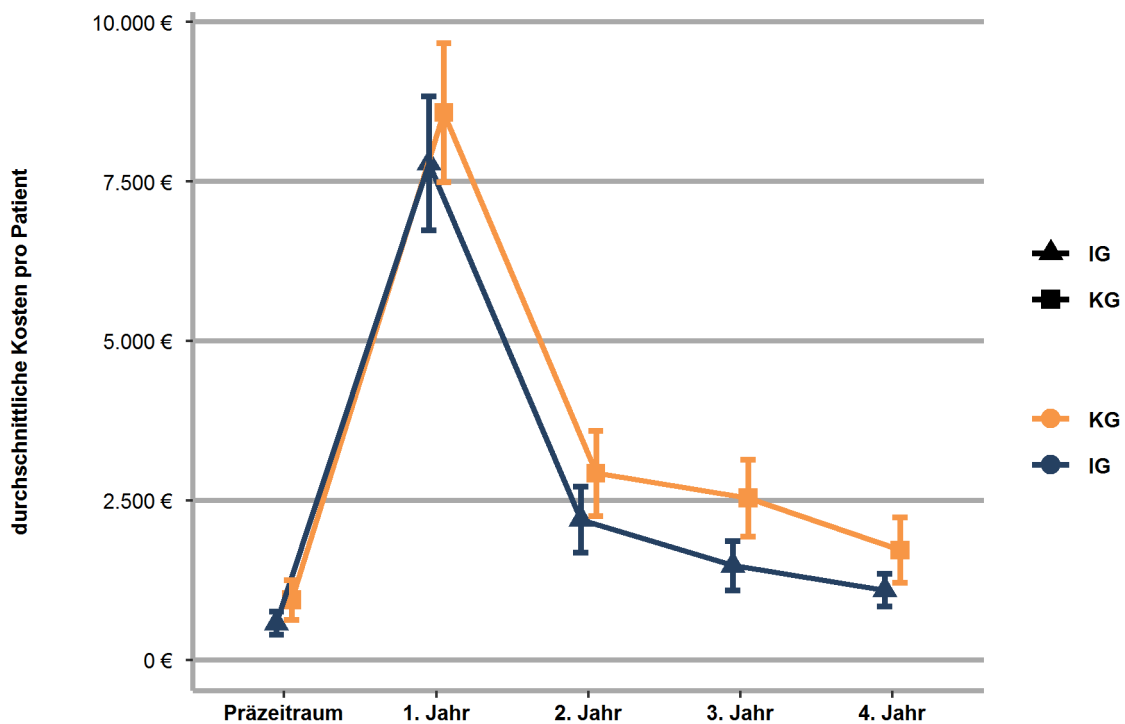
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	470	593	460	394	368	469	594	462	421	385
Mittelwert	577,45 €	7.786,04 €	2.201,08 €	1.478,40 €	1.095,56 €	939,61 €	8.580,22 €	2.926,23 €	2.534,74 €	1.720,60 €
Standardabweichung	2.719 €	15.513 €	7.607 €	5.666 €	3.834 €	4.584 €	16.092 €	9.921 €	8.903 €	7.586 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	9,08 €	710,42 €	10,68 €	0,00 €	0,00 €	10,96 €	807,35 €	13,91 €	0,00 €	0,00 €
Median	54,65 €	1.300,99 €	185,00 €	61,60 €	44,09 €	51,51 €	1.607,92 €	309,94 €	85,61 €	41,43 €
75%-Perzentil	182,21 €	3.571,88 €	1.039,99 €	635,68 €	513,46 €	305,30 €	5.590,88 €	1.256,47 €	853,16 €	457,71 €
Maximum	38.688 €	105.596 €	77.263 €	70.823 €	44.701 €	77.841 €	122.446 €	103.069 €	93.662 €	102.968 €

Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.278	1.304	1.056	945	877	1.295	1.318	1.088	1.008	953
Mittelwert	3.504,41 €	5.452,18 €	2.271,12 €	1.740,07 €	1.740,22 €	3.712,39 €	6.308,97 €	3.283,87 €	1.857,01 €	1.569,70 €
Standardabweichung	9.200 €	13.697 €	7.540 €	6.694 €	7.302 €	9.630 €	13.578 €	9.950 €	6.554 €	6.110 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	498,63 €	518,44 €	21,47 €	0,00 €	0,00 €	478,57 €	863,88 €	34,33 €	8,40 €	0,00 €
Median	1.107,57 €	1.005,15 €	358,04 €	166,17 €	79,76 €	1.123,73 €	1.612,10 €	814,56 €	297,51 €	95,55 €
75%-Perzentil	1.577,24 €	2.431,82 €	1.207,45 €	1.014,18 €	889,36 €	1.734,20 €	3.184,49 €	1.953,97 €	1.386,54 €	1.036,08 €
Maximum	96.685 €	144.088 €	83.972 €	103.471 €	81.575 €	73.623 €	200.686 €	141.480 €	91.541 €	116.226 €

Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

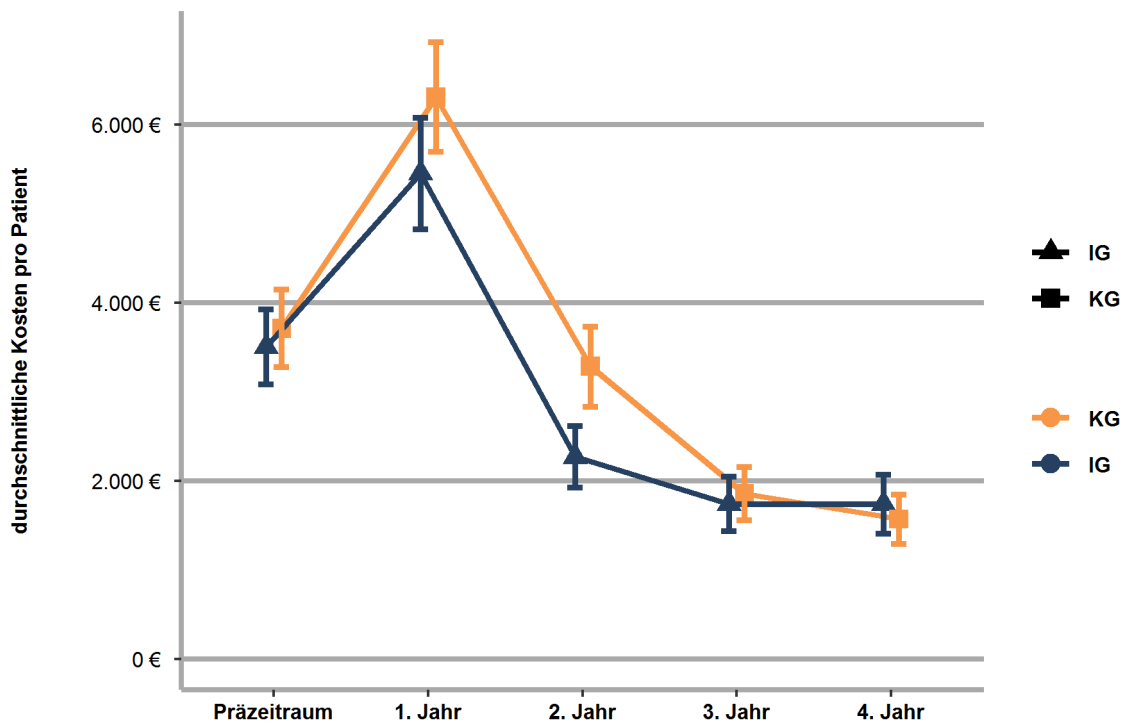


Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	939,61 €	<0,001	939,61 €	<0,001	-3.313,12 €	<0,001
IG (vs. KG)	-362,16 €	0,098	-362,16 €	0,098	2,36 €	0,988
Post (vs. Prä)	3.000,84 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-438,02 €	0,223				
1. Jahr (vs. Prä)			7.640,61 €	<0,001	8.713,70 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.986,62 €	<0,001	3.059,72 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			1.595,13 €	<0,001	2.668,23 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			780,99 €	0,027	1.854,09 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-432,01 €	0,628	-771,00 €	0,397
IG x Jahr 2 (DiD)			-362,99 €	0,456	-701,98 €	0,161
IG x Jahr 3 (DiD)			-694,19 €	0,145	-1.033,17 €	0,023
IG x Jahr 4 (DiD)			-262,89 €	0,508	-601,87 €	0,103
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					384,41 €	0,219
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					489,76 €	0,580
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					8.964,84 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					4.570,58 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3.350,82 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.877,48 €	0,031
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.290,26 €	0,370
F 50 (Essstörungen)					8.670,61 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					6.167,00 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.361,78 €	0,201
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.763,46 €	0,032
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.399,85 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.326,56 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.110,47 €	0,102
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.765,30 €	0,013
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					517,04 €	0,001
R ²		0,015		0,077		0,119

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.712,39 €	<0,001	3.712,39 €	<0,001	-1.288,14 €	0,101
IG (vs. KG)	-207,99 €	0,572	-207,99 €	0,572	-158,03 €	0,509
Post (vs. Prä)	-456,92 €	0,108				
IG x Post (DiD)	-246,59 €	0,535				
1. Jahr (vs. Prä)			2.596,57 €	<0,001	6.435,43 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-428,53 €	0,217	3.410,33 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-1.855,38 €	<0,001	1.986,30 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-2.142,69 €	<0,001	1.698,99 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			-648,80 €	0,276	-695,43 €	0,227
IG x Jahr 2 (DiD)			-804,76 €	0,087	-851,39 €	0,034
IG x Jahr 3 (DiD)			91,04 €	0,832	41,58 €	0,905
IG x Jahr 4 (DiD)			378,50 €	0,381	329,04 €	0,341
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					65,01 €	0,754
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.022,27 €	0,538
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					12.089,10 €	0,021
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.516,93 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.227,23 €	0,098
F 45 (Somatoforme Störungen)					-197,78 €	0,697
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2.501,11 €	0,045
F 50 (Essstörungen)					4.306,13 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.505,85 €	0,514
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-150,11 €	0,702
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					609,28 €	0,378
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					763,91 €	0,149
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21.068,44 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.554,33 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.599,99 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-16,16 €	0,950
R ²		0,001		0,027		0,160

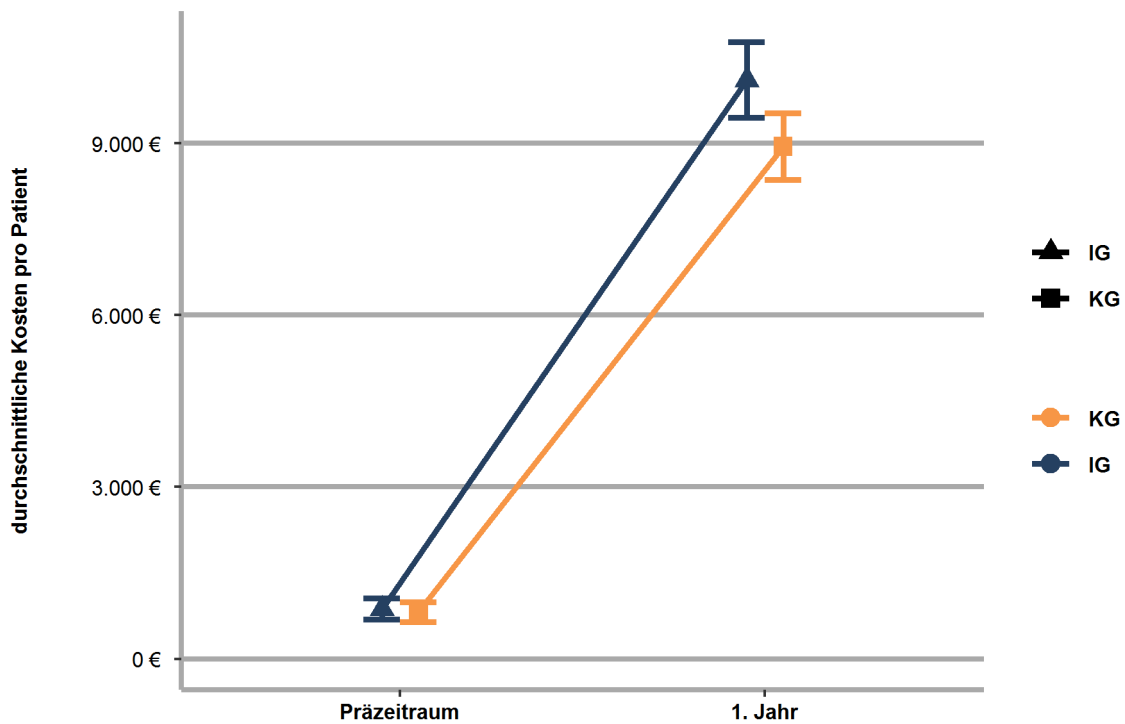
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	1.740	2.243	1.760	2.242
Mittelwert	872 €	10.104 €	819 €	8.943 €
Standardabweichung	5.342 €	18.974 €	5.039 €	16.654 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,93 €	911,79 €	10,67 €	851,35 €
Median	51,73 €	1.733,89 €	50,51 €	1.636,90 €
75%-Perzentil	216,40 €	5.351,42 €	273,57 €	6.404,65 €
Maximum	115.465 €	146.104 €	135.608 €	142.689 €

Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	1.327	1.710	1.305	1.339	1.715	1.323
Mittelwert	842,17 €	9.333,68 €	2.978,41 €	784,80 €	8.866,15 €	3.032,92 €
Standardabweichung	5.014 €	18.120 €	9.424 €	5.162 €	16.384 €	10.348 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €
25%-Perzentil	7,93 €	818,02 €	10,50 €	10,23 €	850,22 €	13,33 €
Median	50,69 €	1.522,56 €	229,05 €	48,58 €	1.634,29 €	316,70 €
75%-Perzentil	210,13 €	4.692,76 €	1.189,15 €	270,07 €	6.527,65 €	1.257,20 €
Maximum	115.465 €	140.018 €	92.224 €	135.608 €	137.514 €	123.866 €

Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

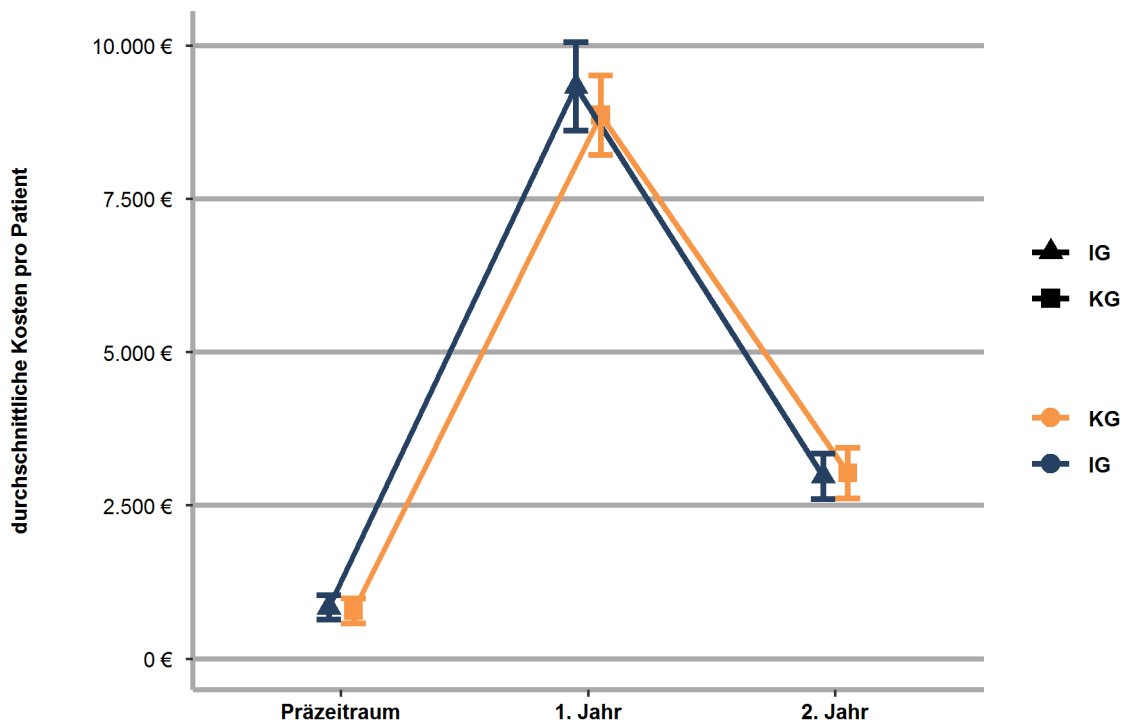


Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP§

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	784,80 €	<0,001	784,80 €	<0,001	-5.621,12 €	<0,001
IG (vs. KG)	57,37 €	0,741	57,37 €	0,741	107,71 €	0,510
Post (vs. Prä)	5.165,59 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	148,28 €	0,698				
1. Jahr (vs. Prä)			8.081,35 €	<0,001	9.043,70 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			2.248,13 €	<0,001	3.210,03 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			410,16 €	0,488	331,23 €	0,580
IG x Jahr 2 (DiD)			-111,88 €	0,759	-190,37 €	0,597
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					695,07 €	0,006
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					7.612,53 €	0,083
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					15.595,41 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					7.096,08 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					5.813,31 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					3.486,10 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					3.934,32 €	0,072
F 50 (Essstörungen)					12.828,82 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					9.237,07 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.706,75 €	0,032
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.492,23 €	0,002
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.995,51 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.973,22 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.285,89 €	0,012
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.689,02 €	0,022
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					541,54 €	<0,001
R ²		0,040		0,080		0,146

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

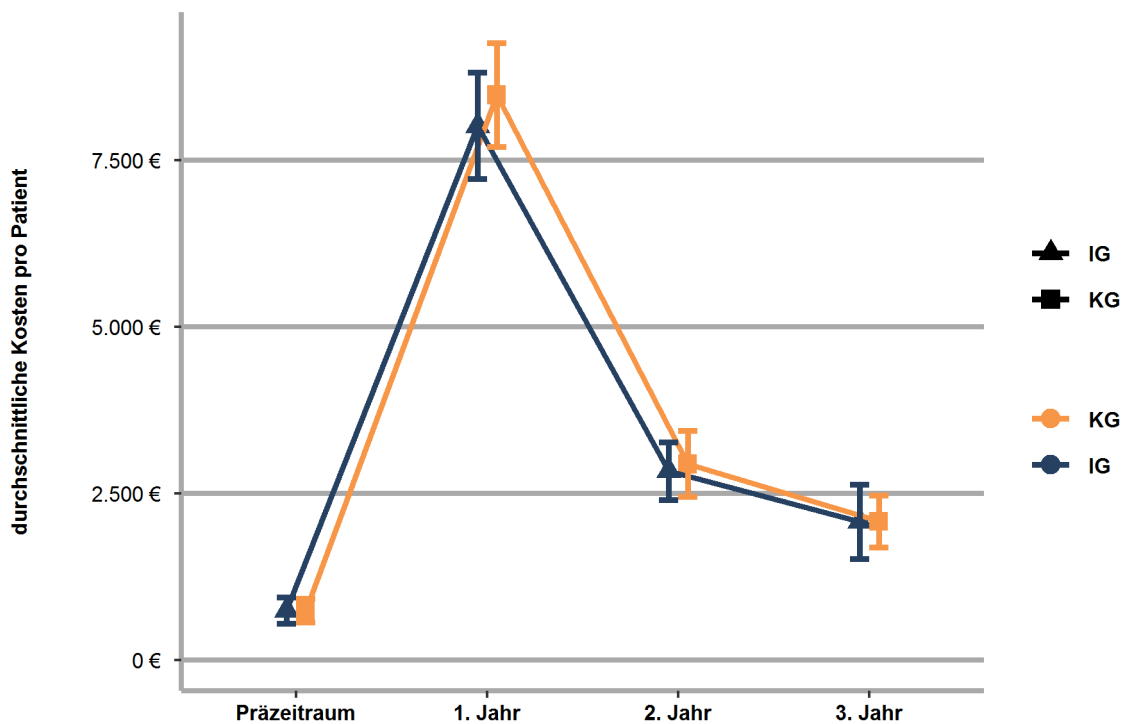
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	914	1.157	897	802	899	1.153	901	800
Mittelwert	742,79 €	8.012,22 €	2.835,23 €	2.075,06 €	739,22 €	8.476,97 €	2.941,54 €	2.078,64 €
Standardabweichung	4.065 €	16.508 €	8.938 €	11.579 €	3.721 €	16.003 €	10.176 €	8.050 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	9,08 €	784,76 €	13,94 €	0,00 €	9,42 €	830,42 €	16,01 €	0,00 €
Median	50,70 €	1.435,21 €	203,02 €	78,57 €	46,86 €	1.615,56 €	342,20 €	76,40 €
75%-Perzentil	203,36 €	3.886,24 €	1.102,05 €	730,84 €	289,43 €	5.276,92 €	1.256,75 €	833,91 €
Maximum	70.197 €	140.018 €	80.227 €	313.604 €	77.841 €	122.446 €	112.603 €	109.860 €

Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

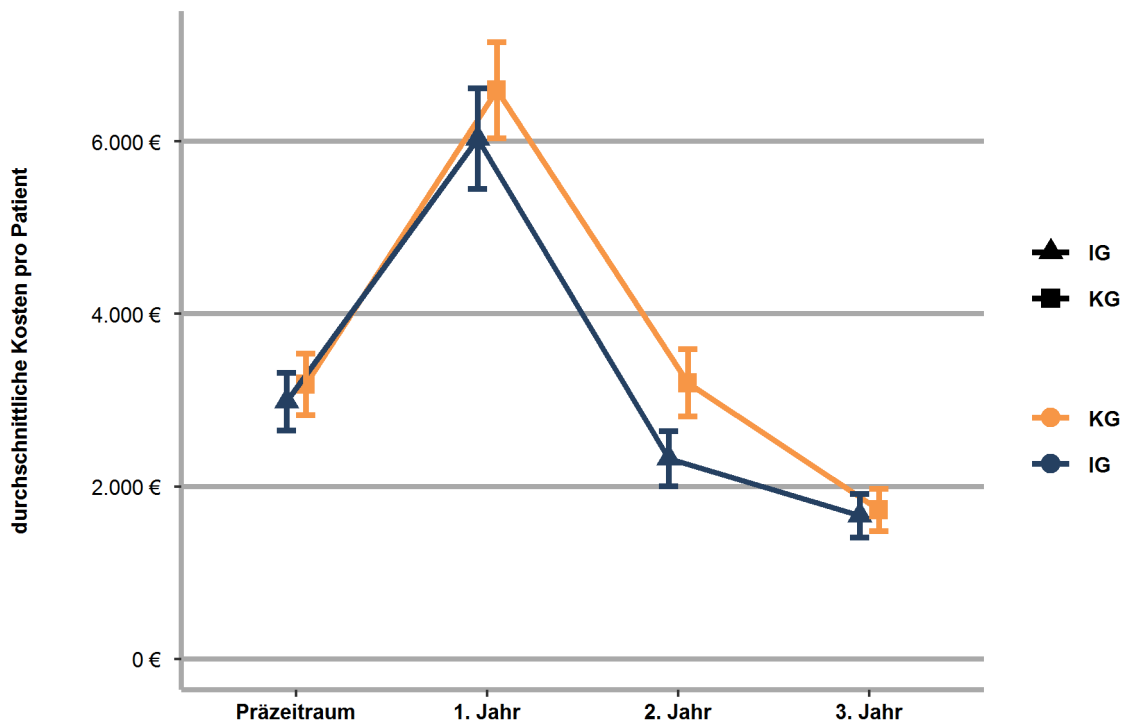


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.628	1.659	1.332	1.194	1.640	1.669	1.378	1.264
Mittelwert	2.987,97 €	6.035,55 €	2.325,42 €	1.662,59 €	3.186,31 €	6.596,79 €	3.202,62 €	1.727,89 €
Standardabweichung	8.291 €	14.480 €	7.930 €	6.221 €	8.890 €	13.790 €	9.735 €	6.111 €
Minimum	0,00 €	38,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	83,56 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	445,04 €	518,21 €	20,74 €	0,00 €	426,13 €	834,11 €	31,89 €	5,31 €
Median	896,91 €	1.044,50 €	318,46 €	150,74 €	896,37 €	1.599,33 €	777,30 €	216,85 €
75%-Perzentil	1.497,66 €	2.551,25 €	1.160,88 €	995,17 €	1.611,90 €	3.308,39 €	1.853,71 €	1.277,95 €
Maximum	96.685 €	144.088 €	83.972 €	103.471 €	77.149 €	200.686 €	141.480 €	91.541 €

Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 152, Tabelle 154) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 596,06 € höhere Kosten als die KG mit 507,18 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.613,02 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.593,15 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.069,01 € signifikant ($p=0,006$) geringer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 953,01 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 882,03 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 17,89 € nicht signifikant ($p=0,945$) geringer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 153, Tabelle 155) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.973,87 € mehr Kosten als die KG mit 1.880,90 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.845,29 €. In der KG stiegen die Kosten auf 2.188,89 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 436,57 € nicht signifikant ($p=0,031$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.498,64 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.804,04 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 398,36 € nicht signifikant ($p=0,102$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 156) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 475,36 € weniger Kosten als die KG mit 517,05 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.962,49 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.551,79 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 157, Tabelle 158) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen

Kosten von 471,14 € höhere Kosten als die KG mit 468,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.835,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.651,46 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 818,43 € signifikant ($p < 0,001$) weniger aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.131,26 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.323,89 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 195,46 € nicht signifikant ($p = 0,188$) weniger als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 159) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 522,51 € größere Kosten als die KG mit 442,95 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.820,19 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.533,14 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.021,26 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.105,15 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 160) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.968,36 € größere Kosten als die KG mit 1.954,32 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.957,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2.364,21 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.199,90 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.856,42 €.

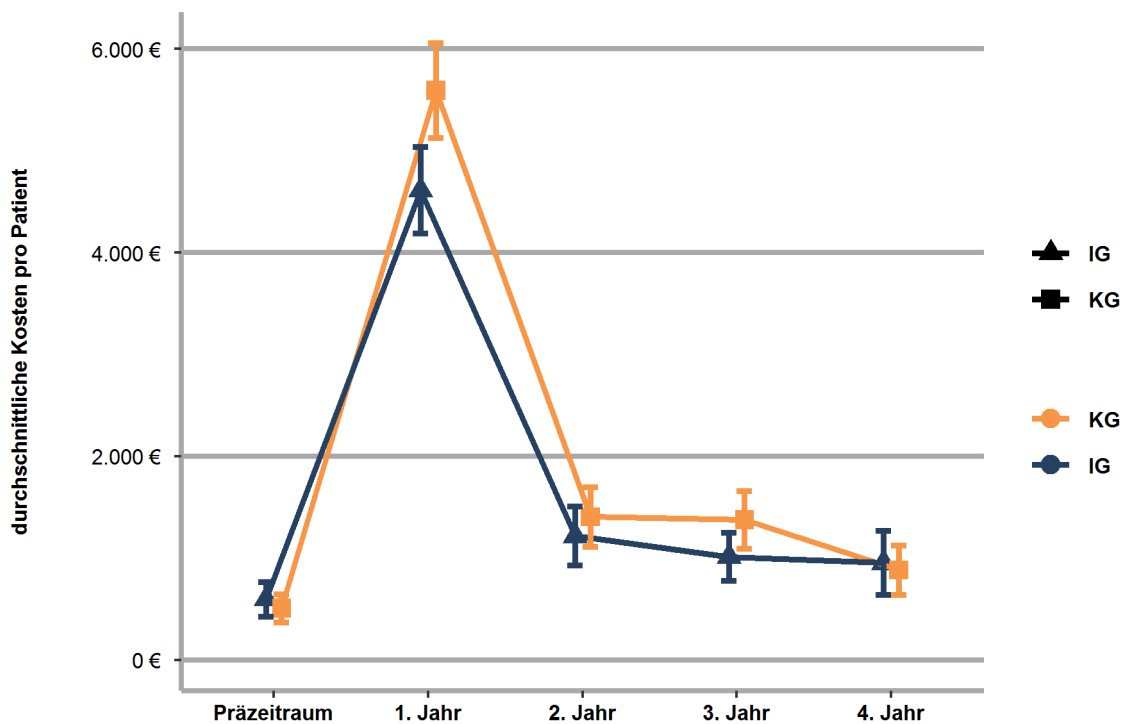
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	81	471	96	93	66	78	552	127	109	79
Mittelwert	596,06 €	4.613,02 €	1.217,50 €	1.012,44 €	953,01 €	507,18 €	5.593,15 €	1.405,15 €	1.374,33 €	882,03 €
Standardabweichung	3.217,27 €	8.175,61 €	5.324,77 €	4.318,44 €	5.627,05 €	2.634,50 €	8.798,36 €	5.391,99 €	5.137,08 €	4.295,42 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.663,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.100,55 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.293,81 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	38.982 €	67.545 €	66.359 €	55.677 €	91.267 €	32.791 €	60.087 €	80.751 €	53.974 €	81.343 €

Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	402	393	287	241	235	419	449	349	324	259
Mittelwert	1.973,87 €	1.845,29 €	1.348,71 €	1.216,52 €	1.498,64 €	1.880,90 €	2.188,89 €	1.746,71 €	1.862,32 €	1.804,04 €
Standardabweichung	6.605,94 €	5.868,63 €	5.015,18 €	5.097,97 €	6.410,60 €	5.917,67 €	6.482,85 €	6.031,29 €	6.528,01 €	7.639,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	100.083 €	65.551 €	70.631 €	66.709 €	97.986 €	66.370 €	78.904 €	92.557 €	82.148 €	137.509 €

Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

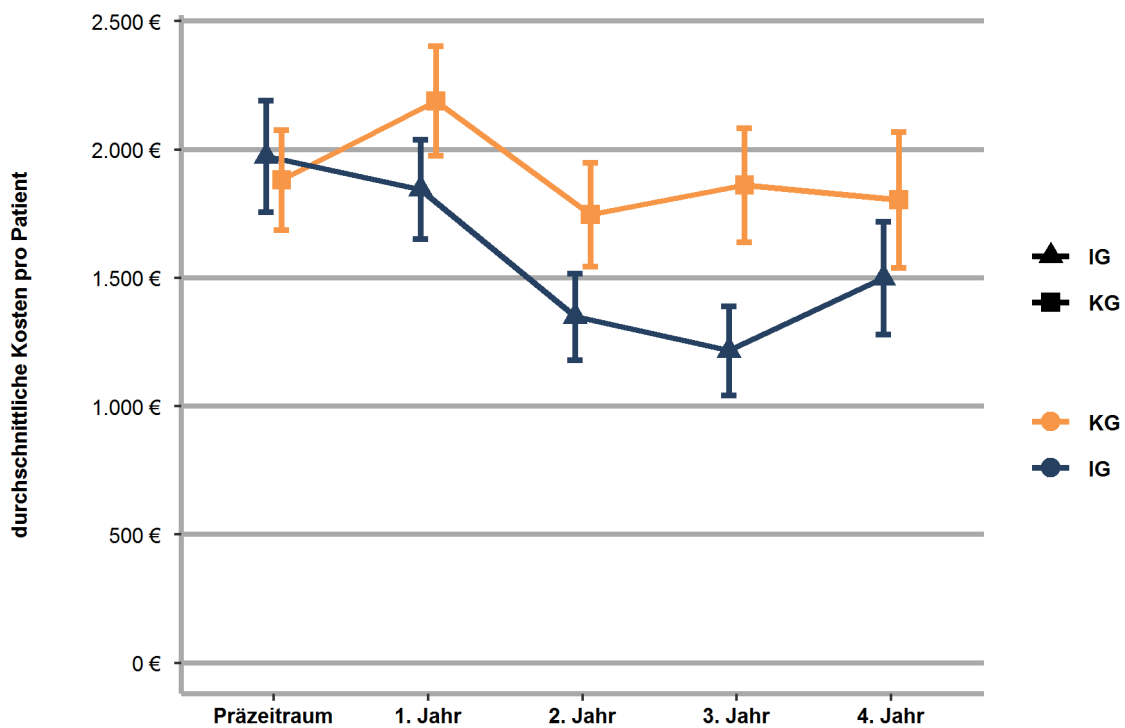


Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	507,18 €	<0,001	507,18 €	<0,001	-1.143,13 €	<0,001
IG (vs. KG)	88,88 €	0,502	88,88 €	0,502	16,89 €	0,877
Post (vs. Prä)	1.890,31 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-466,33 €	0,020				
1. Jahr (vs. Prä)			5.085,97 €	<0,001	5.826,03 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			897,97 €	<0,001	1.635,64 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			867,15 €	<0,001	1.605,82 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			374,85 €	0,018	1.109,65 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.069,01 €	0,006	-1.053,80 €	0,007
IG x Jahr 2 (DiD)			-276,54 €	0,297	-239,03 €	0,365
IG x Jahr 3 (DiD)			-450,77 €	0,056	-414,32 €	0,072
IG x Jahr 4 (DiD)			-17,89 €	0,945	28,29 €	0,912
Alter (30-47 J. vs. U30)					-405,67 €	0,103
Alter (48-64 J. vs. U30)					-435,11 €	0,074
Alter (Ü64 vs. U30)					313,64 €	0,322
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-80,66 €	0,586
F 00 (Demenz)					921,49 €	0,110
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-965,16 €	0,044
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1.756,67 €	0,268
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-321,32 €	0,300
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					745,59 €	0,009
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.092,17 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					3.503,07 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					921,99 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					397,57 €	0,119
F 45 (Somatoforme Störungen)					221,38 €	0,408
F 40-48 (ohne F43 und F45)					454,40 €	0,191
F 50 (Essstörungen)					1.107,29 €	0,315
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					3.625,13 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-701,66 €	0,074
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.445,87 €	0,193
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-510,34 €	0,307
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.295,62 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.009,49 €	0,240
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					351,01 €	0,688
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					242,50 €	0,113
R ²		0,014		0,085		0,134

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.880,90 €	<0,001	1.880,90 €	<0,001	-583,17 €	0,195
IG (vs. KG)	92,97 €	0,601	92,97 €	0,601	171,93 €	0,187
Post (vs. Prä)	23,99 €	0,843				
IG x Post (DiD)	-516,26 €	0,003				
1. Jahr (vs. Prä)			308,00 €	0,029	3.280,78 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-134,18 €	0,348	2.823,88 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-18,57 €	0,905	2.922,77 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-76,86 €	0,671	2.854,20 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-436,57 €	0,031	-511,23 €	0,010
IG x Jahr 2 (DiD)			-490,97 €	0,016	-566,70 €	0,002
IG x Jahr 3 (DiD)			-738,77 €	<0,001	-809,41 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			-398,36 €	0,102	-464,91 €	0,045
Alter (30-47 J. vs. U30)					-572,08 €	0,008
Alter (48-64 J. vs. U30)					-980,46 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-1.213,39 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-64,87 €	0,549
F 00 (Demenz)					72,71 €	0,887
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-552,25 €	0,025
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-421,76 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-309,60 €	0,103
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					219,33 €	0,398
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.766,29 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.141,81 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-97,04 €	0,552
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-229,22 €	0,112
F 45 (Somatoforme Störungen)					344,98 €	0,206
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-272,22 €	0,103
F 50 (Essstörungen)					1.440,84 €	0,030
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.339,15 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-692,74 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-151,00 €	0,860
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-735,05 €	0,006
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11.305,80 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.475,78 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.521,14 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-399,45 €	0,115
R ²		0,001		0,002		0,127

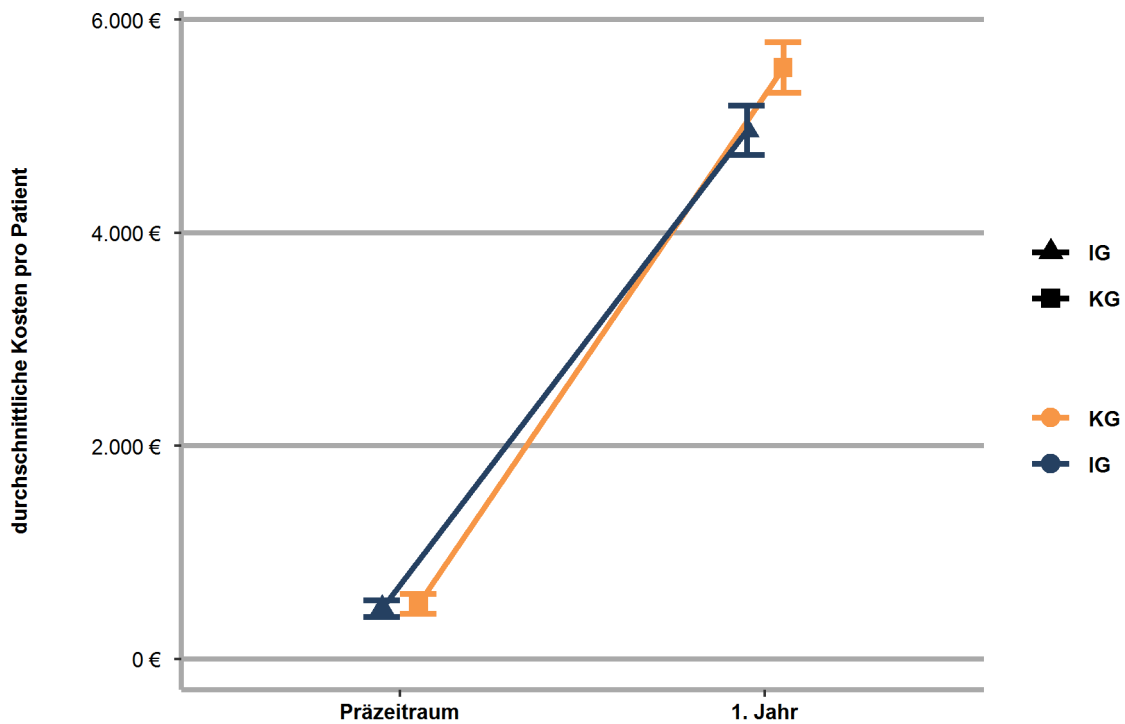
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	246	1.863	278	2.060
Mittelwert	475,36 €	4.962,49 €	517,05 €	5.551,79 €
Standardabweichung	2.901,98 €	8.506,03 €	3.477,43 €	8.736,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	453,28 €	0,00 €	1.284,58 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.847,77 €	0,00 €	8.562,41 €
Maximum	66.258 €	97.620 €	89.768 €	85.875 €

Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	200	1.424	273	218	1.628	346
Mittelwert	471,14 €	4.835,87 €	1.131,26 €	468,30 €	5.651,46 €	1.323,89 €
Standardabweichung	2.925,01 €	8.330,04 €	5.041,34 €	3.171,80 €	8.837,95 €	5.593,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.491,02 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.598,60 €	0,00 €	0,00 €	8.820,94 €	0,00 €
Maximum	66.258 €	97.620 €	70.175 €	89.768 €	85.875 €	106.525 €

Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

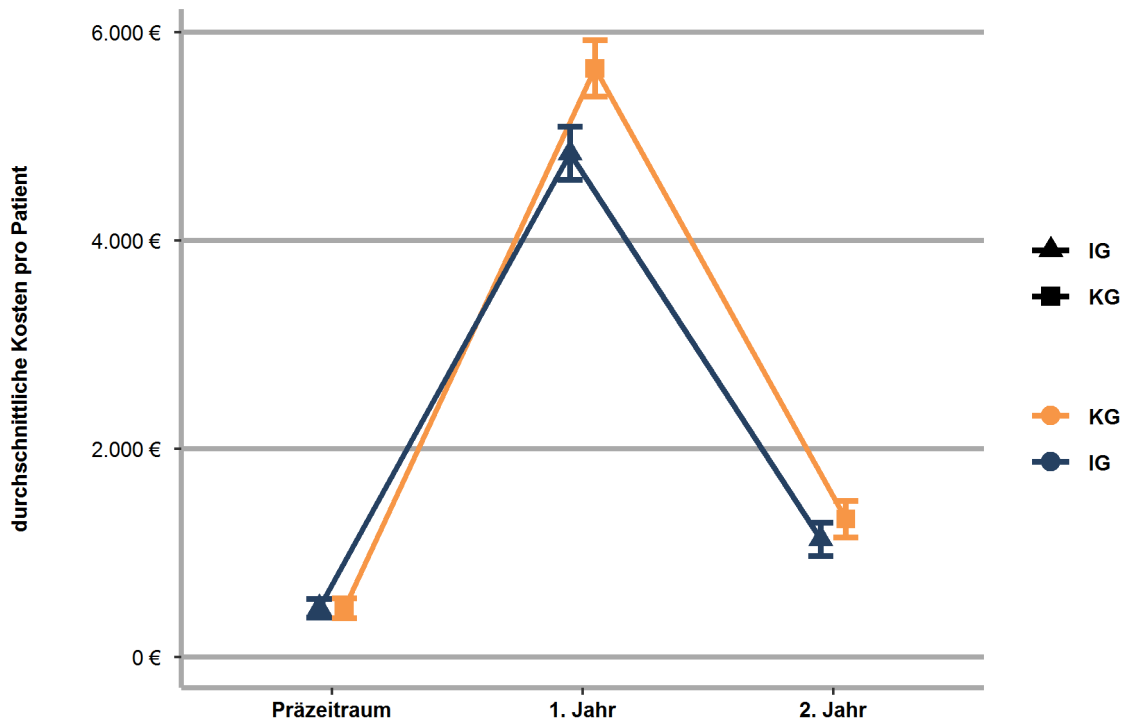


Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	468,30 €	<0,001	468,30 €	<0,001	-1.344,86 €	<0,001
IG (vs. KG)	2,83 €	0,972	2,83 €	0,972	-1,07 €	0,988
Post (vs. Prä)	3.088,55 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-512,09 €	0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			5.183,16 €	<0,001	5.902,94 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			855,58 €	<0,001	1.574,28 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-818,43 €	<0,001	-860,81 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-195,46 €	0,188	-222,70 €	0,130
Alter (30-47 J. vs. U30)					-266,25 €	0,105
Alter (48-64 J. vs. U30)					-96,34 €	0,552
Alter (Ü64 vs. U30)					138,76 €	0,484
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-75,39 €	0,491
F 00 (Demenz)					1.405,74 €	<0,001
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-5,05 €	0,989
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3.286,81 €	0,177
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-37,48 €	0,880
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					868,00 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.121,34 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.827,92 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					985,02 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					199,83 €	0,228
F 45 (Somatoforme Störungen)					28,42 €	0,877
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.120,53 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					1.469,19 €	0,049
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.798,02 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					921,51 €	0,372
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					5,36 €	0,994
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-601,59 €	0,029
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.902,85 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.222,10 €	0,301
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.343,89 €	0,072
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					265,23 €	0,002
R ²		0,044		0,108		0,157

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

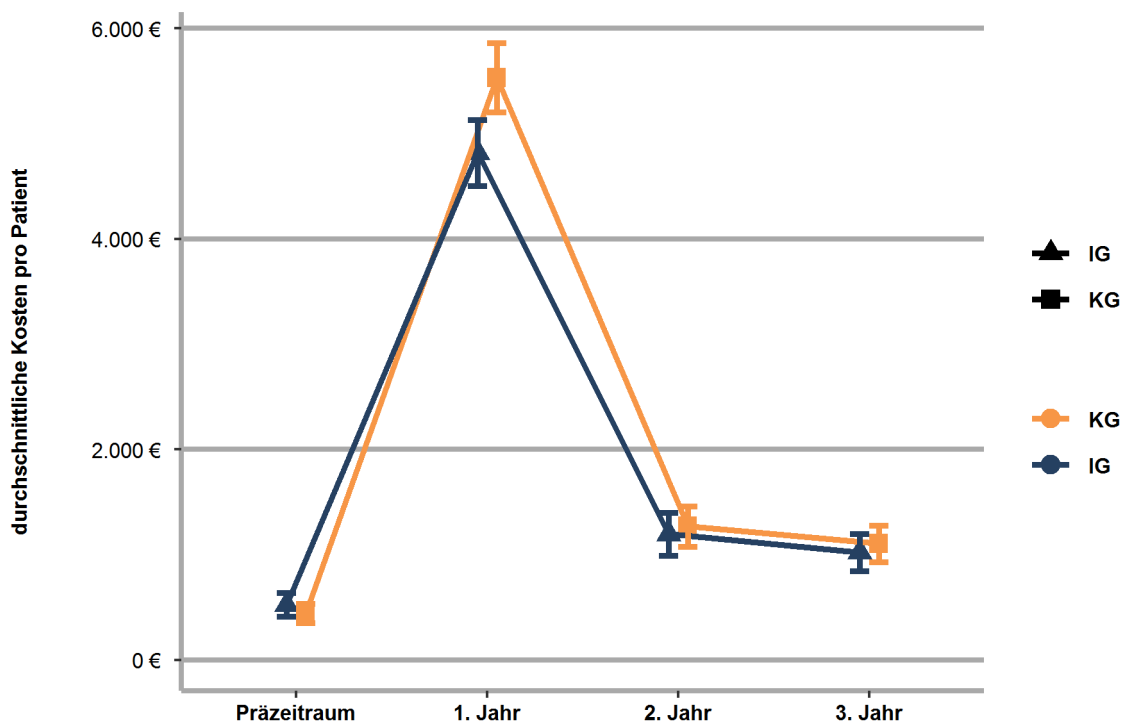
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	150	935	187	176	151	1.089	248	190
Mittelwert	522,51 €	4.820,19 €	1.194,58 €	1.021,26 €	442,95 €	5.533,14 €	1.269,64 €	1.105,15 €
Standardabweichung	3.038,93 €	8.389,09 €	5.235,77 €	4.535,91 €	2.489,92 €	8.717,63 €	4.987,67 €	4.438,62 €
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 €	1.402,08 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	6.453,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	8.410,52 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	66.258 €	97.620 €	70.175 €	59.128 €	37.095 €	85.875 €	80.751 €	53.974 €

Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

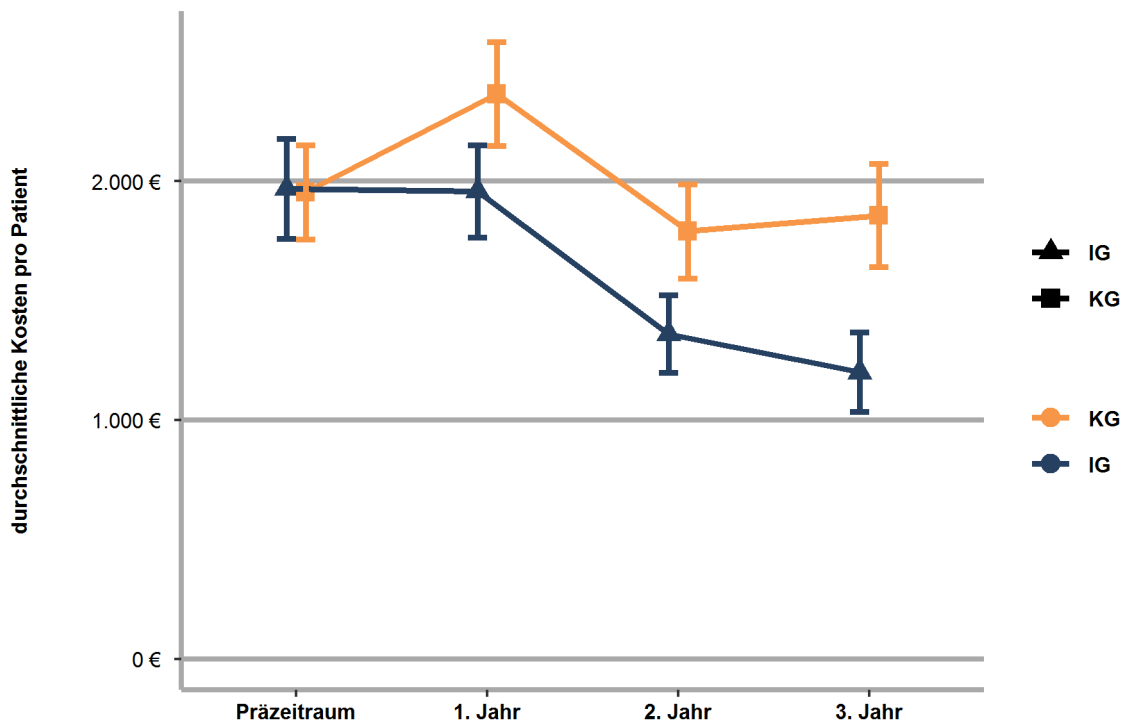


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	428	442	309	254	457	502	376	349
Mittelwert	1.968,36 €	1.957,55 €	1.359,89 €	1.199,90 €	1.954,32 €	2.364,21 €	1.790,06 €	1.856,42 €
Standardabweichung	6.545,72 €	6.034,35 €	4.990,79 €	5.058,97 €	6.173,45 €	6.784,60 €	6.054,12 €	6.508,49 €
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 €	85.435 €	78.904 €	92.557 €	82.148 €

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 161, Tabelle 163) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 255,03 € weniger Kosten als die KG mit 572,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.973,80 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.552,41 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 261,60 € nicht signifikant ($p=0,086$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 565,98 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.140,56 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 257,56 € nicht signifikant ($p=0,473$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 162, Tabelle 163) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.612,52 € weniger Kosten als die KG mit 1.892,91 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 2.749,31 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.352,09 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 322,38 € nicht signifikant ($p=0,533$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 935,03 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 833,41 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 382,01 € nicht signifikant ($p=0,308$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 165) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 555,12 € mehr Kosten als die KG mit 494,45 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 6.487,47 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.924,58 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 166, Tabelle 167) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 514,22 € höhere Kosten als die KG mit 453,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.950,77 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.845,15 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 44,80 € nicht signifikant ($p=0,932$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.689,90 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.986,04 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 356,96 € nicht signifikant ($p=0,273$) geringer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 168) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 370,83 € niedrigere Kosten als die KG mit 377,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5.236,98 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5.364,48 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.338,18 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.221,40 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 169) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.313,13 € weniger Kosten als die KG mit 1.578,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 3.200,33 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.505,22 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 786,21 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 823,87 €.

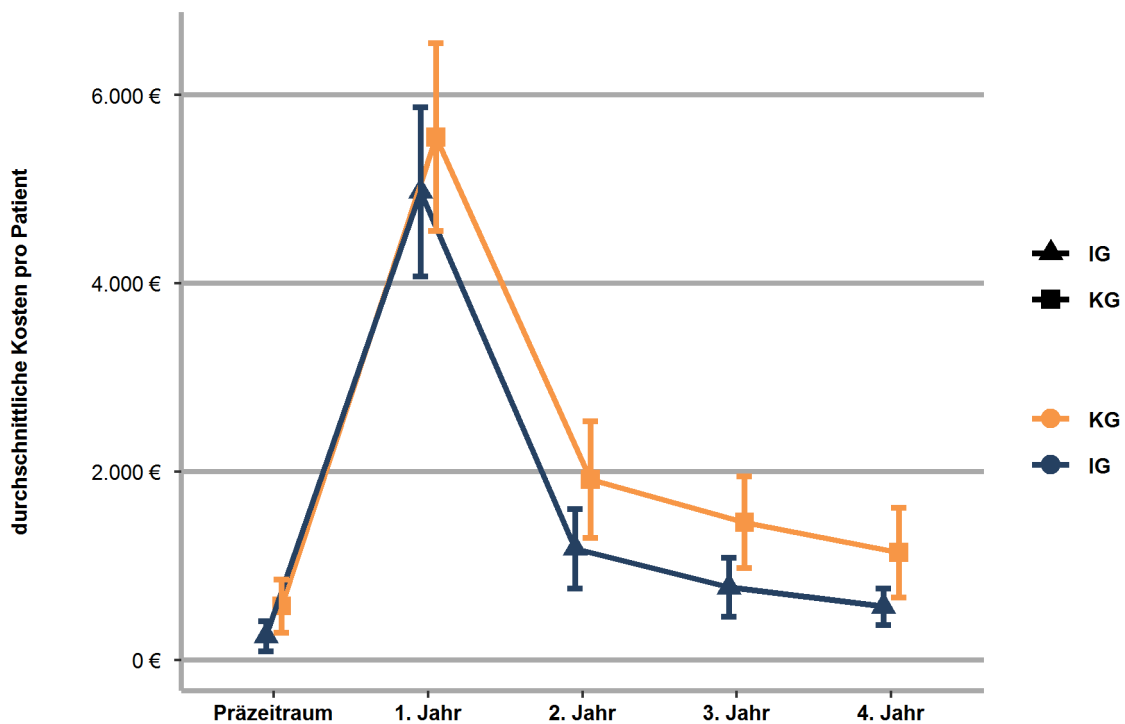
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	17	146	44	33	34	32	168	51	47	33
Mittelwert	255,03 €	4.973,80 €	1.182,50 €	772,46 €	565,98 €	572,04 €	5.552,41 €	1.918,78 €	1.462,22 €	1.140,56 €
Standardabweichung	2.365 €	13.286 €	6.229 €	4.642 €	2.916 €	4.191 €	14.778 €	9.173 €	7.223 €	7.106 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.025,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	36.495 €	104.249 €	63.996 €	56.505 €	27.478 €	73.883 €	121.966 €	102.054 €	92.523 €	100.351 €

Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	99	140	79	75	60	103	164	108	76	61
Mittelwert	1.612,52 €	2.749,31 €	1.159,32 €	895,24 €	935,03 €	1.892,91 €	3.352,09 €	1.861,60 €	943,25 €	833,41 €
Standardabweichung	7.751 €	11.475 €	6.221 €	5.819 €	6.402 €	8.689 €	12.203 €	9.232 €	5.970 €	5.513 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	94.215 €	142.797 €	74.604 €	97.796 €	80.797 €	72.762 €	197.620 €	137.886 €	89.829 €	113.079 €

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

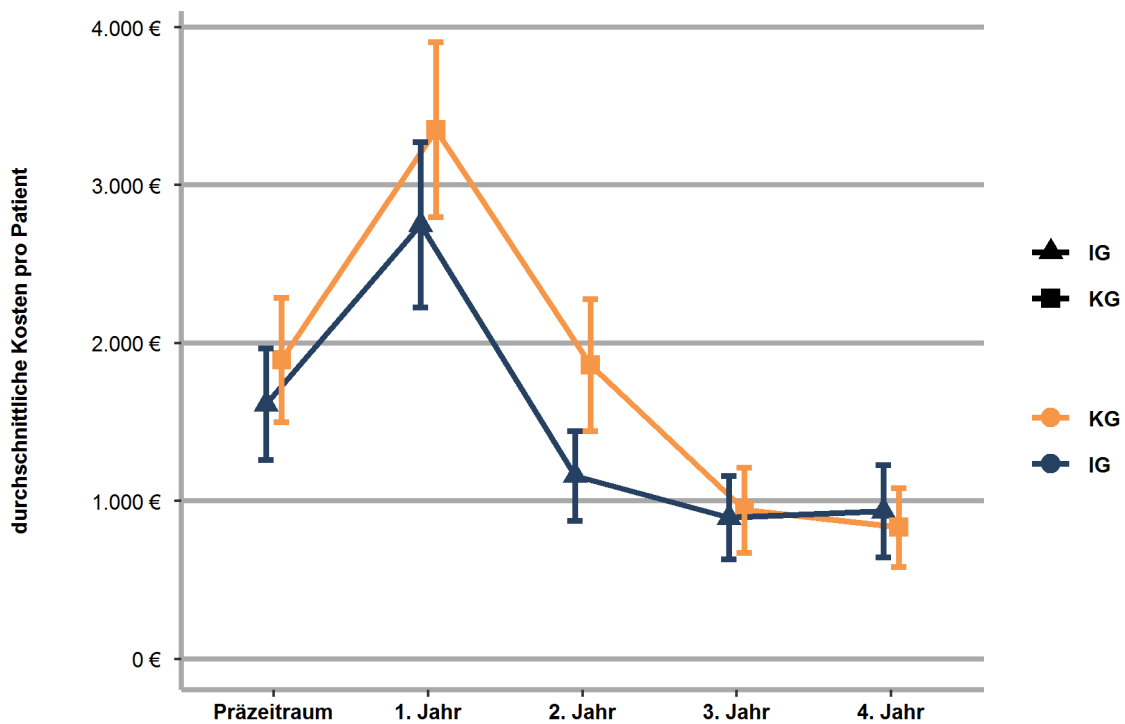


Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	572,04 €	<0,001	572,04 €	<0,001	-3.121,45 €	<0,001
IG (vs. KG)	-317,02 €	0,108	-317,02 €	0,109	9,55 €	0,950
Post (vs. Prä)	1.946,45 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-327,79 €	0,298				
1. Jahr (vs. Prä)			4.980,37 €	<0,001	5.721,14 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.346,74 €	<0,001	2.087,51 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			890,18 €	0,009	1.630,95 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			568,52 €	0,086	1.309,29 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-261,60 €	0,741	-532,77 €	0,509
IG x Jahr 2 (DiD)			-419,27 €	0,319	-690,44 €	0,117
IG x Jahr 3 (DiD)			-372,75 €	0,349	-643,92 €	0,086
IG x Jahr 4 (DiD)			-257,56 €	0,473	-528,74 €	0,112
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					772,82 €	0,006
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					875,72 €	0,266
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					7.912,80 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.951,83 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.534,05 €	0,007
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.954,24 €	0,012
F 40-48 (ohne F43 und F45)					684,71 €	0,510
F 50 (Essstörungen)					8.697,84 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4.440,78 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.205,44 €	0,187
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.417,75 €	0,029
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.025,12 €	0,005
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.595,75 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3.464,93 €	0,029
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.984,08 €	0,032
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					250,93 €	0,085
R ²		0,008		0,045		0,092

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.892,91 €	<0,001	1.892,91 €	<0,001	-1.313,66 €	0,068
IG (vs. KG)	-280,39 €	0,383	-280,39 €	0,383	-218,14 €	0,315
Post (vs. Prä)	-145,00 €	0,569				
IG x Post (DiD)	-32,80 €	0,924				
1. Jahr (vs. Prä)			1.459,17 €	<0,001	3.754,34 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-31,32 €	0,921	2.263,85 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-949,66 €	<0,001	1.347,95 €	0,006
4. Jahr (vs. Prä)			-1.059,50 €	<0,001	1.238,11 €	0,011
IG x Jahr 1 (DiD)			-322,38 €	0,533	-375,95 €	0,452
IG x Jahr 2 (DiD)			-421,89 €	0,303	-475,45 €	0,186
IG x Jahr 3 (DiD)			232,38 €	0,534	176,36 €	0,577
IG x Jahr 4 (DiD)			382,01 €	0,308	325,99 €	0,294
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					215,87 €	0,242
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.768,27 €	0,300
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					10.858,97 €	0,023
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.097,03 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.153,30 €	0,103
F 45 (Somatoforme Störungen)					148,39 €	0,751
F 40-48 (ohne F43 und F45)					2.180,37 €	0,057
F 50 (Essstörungen)					4.009,59 €	0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.664,59 €	0,439
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-289,14 €	0,427
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					613,28 €	0,343
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					425,37 €	0,388
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21.355,78 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					144,99 €	0,808
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.045,57 €	0,023
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-413,44 €	0,079
R ²		<0,001		0,010		0,141

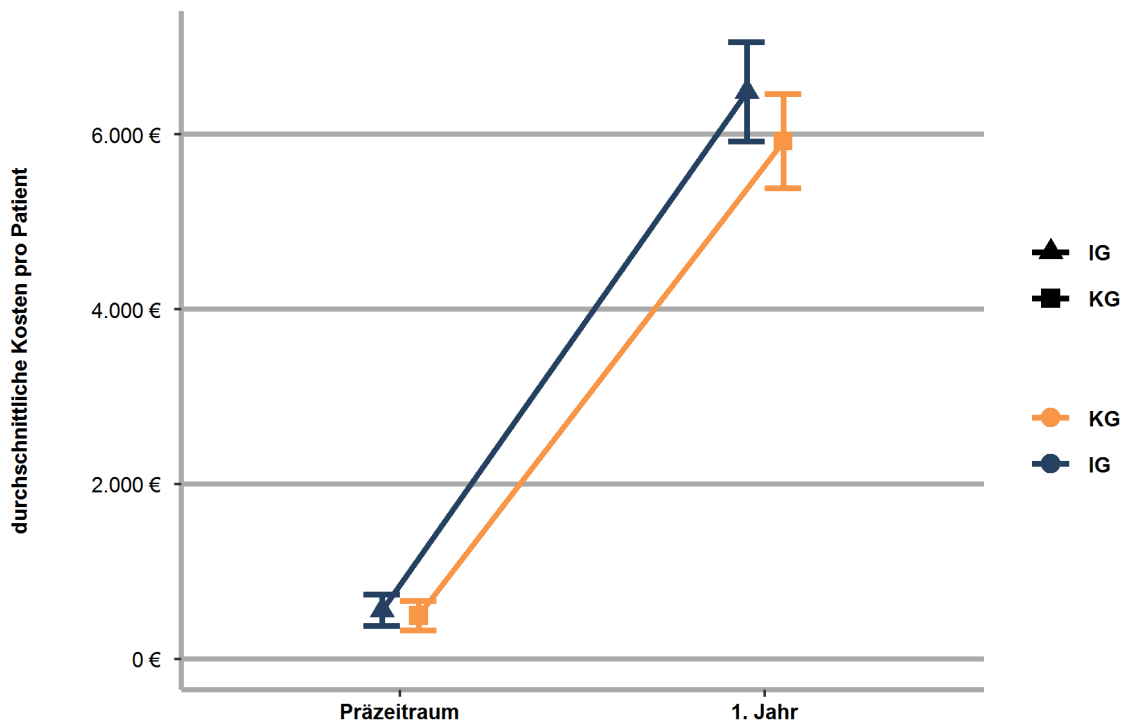
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	81	627	96	620
Mittelwert	555,12 €	6.487,47 €	494,45 €	5.924,58 €
Standardabweichung	5.182 €	16.324 €	4.808 €	15.421 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.168,06 €	0,00 €	1.120,33 €
Maximum	114.964 €	137.748 €	134.170 €	140.766 €

Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	66	471	151	69	476	158
Mittelwert	514,22 €	5.950,77 €	1.689,90 €	453,40 €	5.845,15 €	1.986,04 €
Standardabweichung	4.816 €	15.312 €	7.877 €	4.904 €	15.056 €	9.558 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.116,63 €	0,00 €	0,00 €	1.106,11 €	0,00 €
Maximum	114.964 €	137.748 €	85.530 €	134.170 €	136.685 €	122.986 €

Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

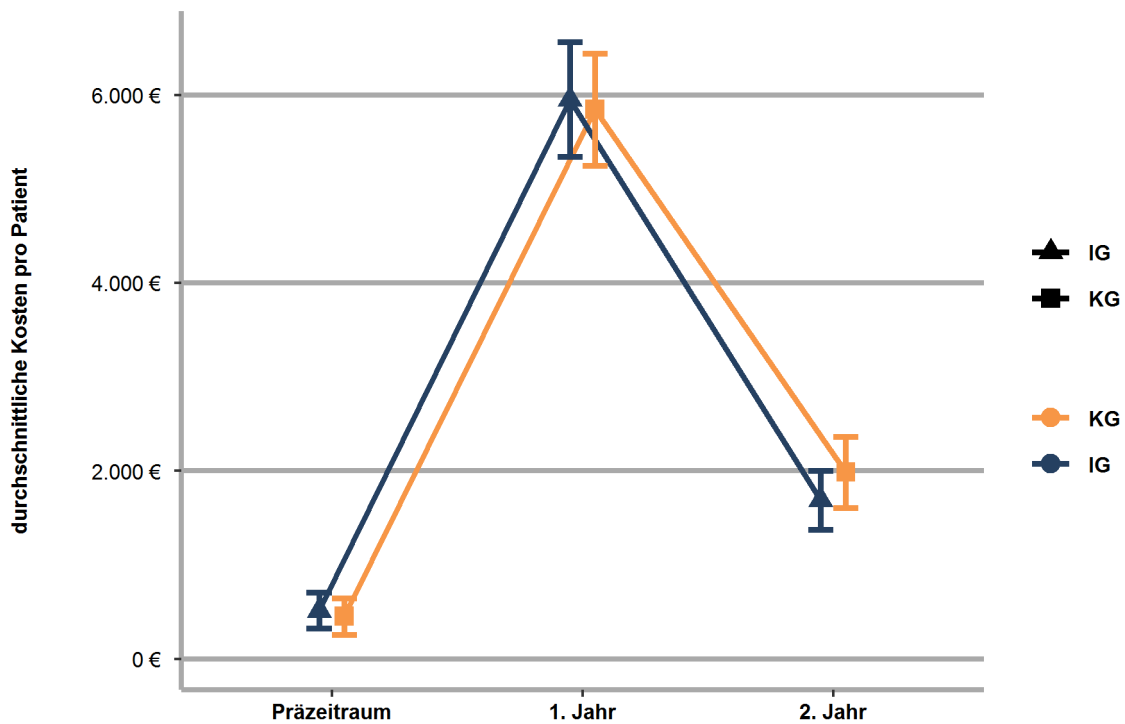


Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	453,40 €	<0,001	453,40 €	<0,001	-4.970,21 €	<0,001
IG (vs. KG)	60,82 €	0,714	60,82 €	0,714	98,06 €	0,534
Post (vs. Prä)	3.462,76 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-156,64 €	0,648				
1. Jahr (vs. Prä)			5.391,75 €	<0,001	6.044,00 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.532,64 €	<0,001	2.184,55 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			44,80 €	0,932	-10,92 €	0,984
IG x Jahr 2 (DiD)			-356,96 €	0,273	-412,34 €	0,201
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1.003,59 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					7.221,93 €	0,056
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					13.977,02 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					6.173,64 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					4.992,04 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					3.219,40 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					3.441,68 €	0,092
F 50 (Essstörungen)					11.685,24 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7.355,27 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.742,78 €	0,030
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					3.087,15 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.184,30 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.676,68 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.261,39 €	0,579
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.962,28 €	0,092
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					239,76 €	0,087
R ²		0,022		0,046		0,119

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

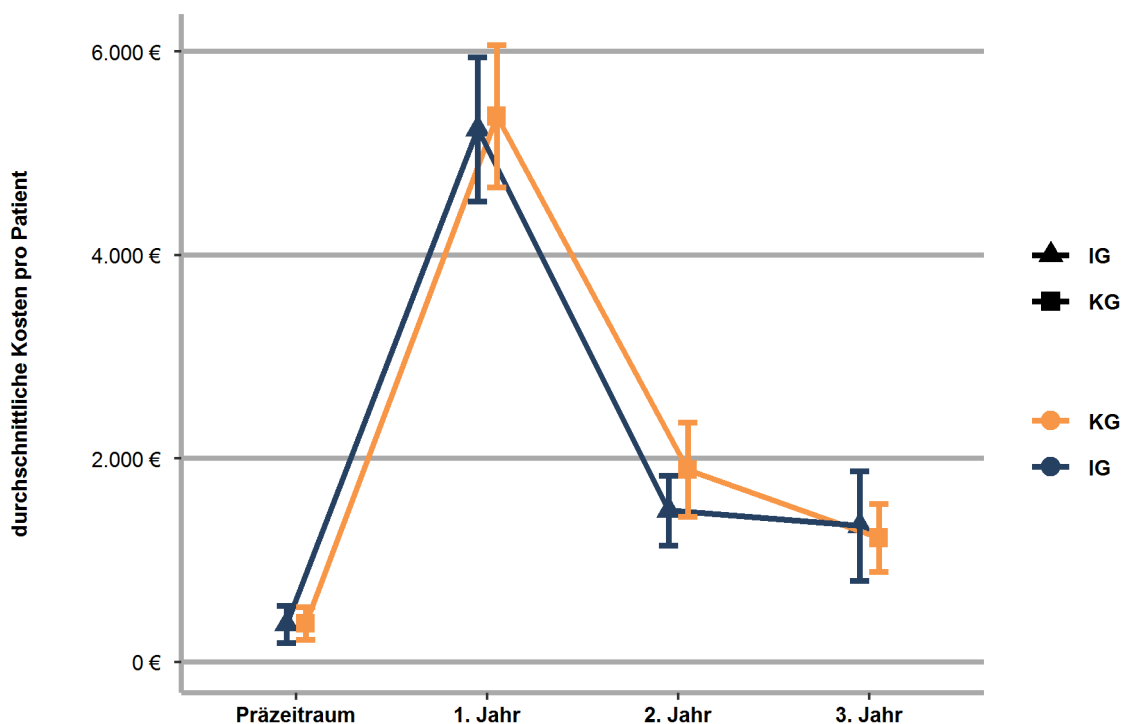
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	36	302	94	72	51	308	94	76
Mittelwert	370,83 €	5.236,98 €	1.489,96 €	1.338,18 €	377,80 €	5.364,48 €	1.890,25 €	1.221,40 €
Standardabweichung	3.786 €	14.654 €	7.109 €	11.130 €	3.309 €	14.407 €	9.520 €	6.890 €
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 €	674,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	885,77 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	69.671 €	137.748 €	78.832 €	313.604 €	73.883 €	121.966 €	111.992 €	108.689 €

Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

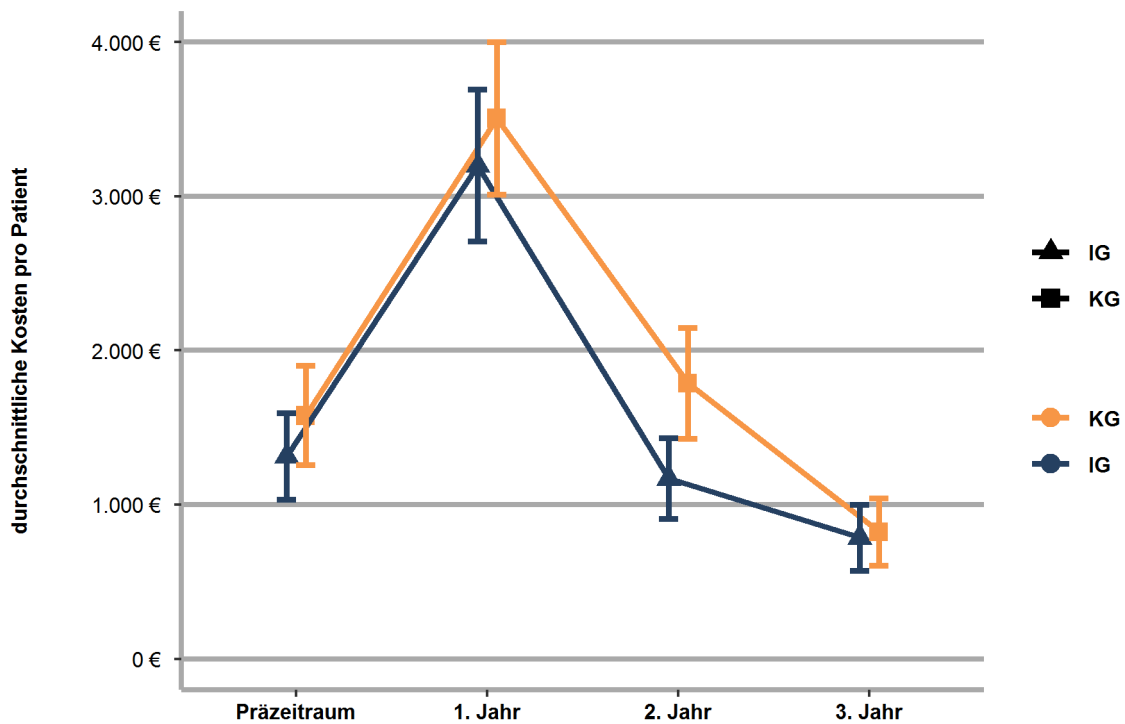


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	107	201	101	90	111	218	131	89
Mittelwert	1.313,13 €	3.200,33 €	1.169,82 €	786,21 €	1.578,23 €	3.505,22 €	1.787,82 €	823,87 €
Standardabweichung	6.964 €	12.151 €	6.514 €	5.317 €	8.009 €	12.257 €	8.896 €	5.453 €
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 €	72.762 €	197.620 €	137.886 €	89.829 €

Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

Stationersetzende Leistungen wurden nicht in Anspruch genommen, sodass die Ergebnisbeschreibung und Darstellung der Tabellen sowie Abbildungen entfallen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

Stationersetzende Leistungen wurden nicht in Anspruch genommen, sodass die Ergebnisbeschreibung und Darstellung der Tabellen sowie Abbildungen entfallen.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 170, Tabelle 172) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 54,94 € weniger Kosten als die KG mit 24,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 839,20 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 864,83 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 56,54 € nicht signifikant ($p=0,650$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 76,52 €. In der KG sanken die Kosten auf 157,11 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 111,51 € nicht signifikant ($p=0,075$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 171, Tabelle 173) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 309,47 € höhere Kosten als die KG mit 246,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 402,13 €. In der KG stiegen die Kosten auf 249,99 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 89,46 € nicht signifikant ($p=0,186$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 198,00 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 108,80 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 26,53 € nicht signifikant ($p=0,641$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 174) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 35,07 € höhere Kosten als die KG mit 22,69 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.167,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 989,94 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 175, Tabelle 176 und

Abbildung 100) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,74 € höhere Kosten als die KG mit 18,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.082,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 987,82 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 77,83 € nicht signifikant ($p=0,350$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 192,45 €. In der KG sanken die Kosten auf 167,56 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 8,49 € nicht signifikant ($p=0,835$) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 177) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 43,19 € höhere Kosten als die KG mit 26,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 971,65 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 898,32 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 171,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 118,38 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 178) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 314,33 € höhere Kosten als die KG mit 241,96 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 336,39 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 443,05 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 102,95 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 114,07 €.

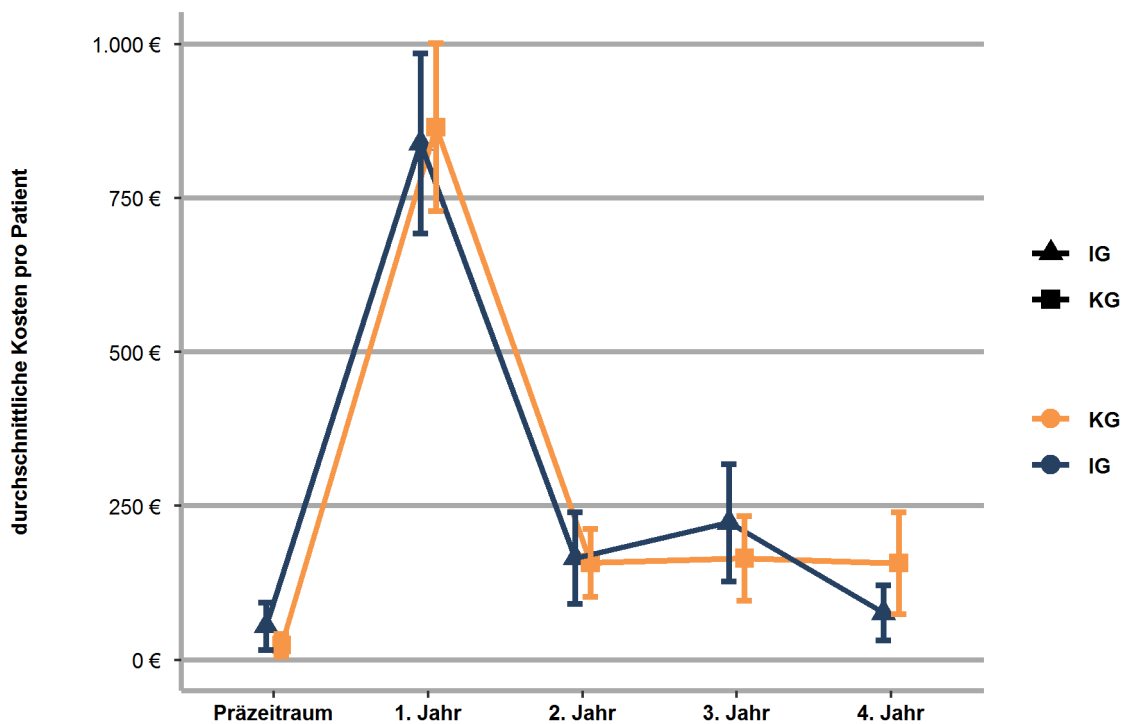
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	< 10	114	26	23	11	< 10	143	32	22	17
Mittelwert	54,94 €	839,20 €	165,48 €	222,92 €	76,52 €	24,02 €	864,83 €	157,78 €	164,95 €	157,11 €
Standardabweichung	735,75 €	2.803,59 €	1.373,23 €	1.740,05 €	794,88 €	347,78 €	2.587,53 €	1.009,74 €	1.243,82 €	1.475,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.791 €	21.974 €	27.416 €	27.822 €	11.435 €	7.608 €	26.177 €	11.701 €	17.625 €	34.523 €

Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	116	132	90	77	51	98	102	43	63	39
Mittelwert	309,47 €	402,13 €	252,01 €	227,20 €	198,00 €	246,80 €	249,99 €	105,44 €	148,02 €	108,80 €
Standardabweichung	1.669,58 €	2.136,26 €	1.602,57 €	1.684,41 €	1.647,94 €	1.454,97 €	1.594,40 €	952,64 €	1.112,29 €	966,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	22.830 €	31.236 €	34.881 €	27.353 €	35.456 €	18.073 €	35.078 €	21.238 €	19.528 €	15.435 €

Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

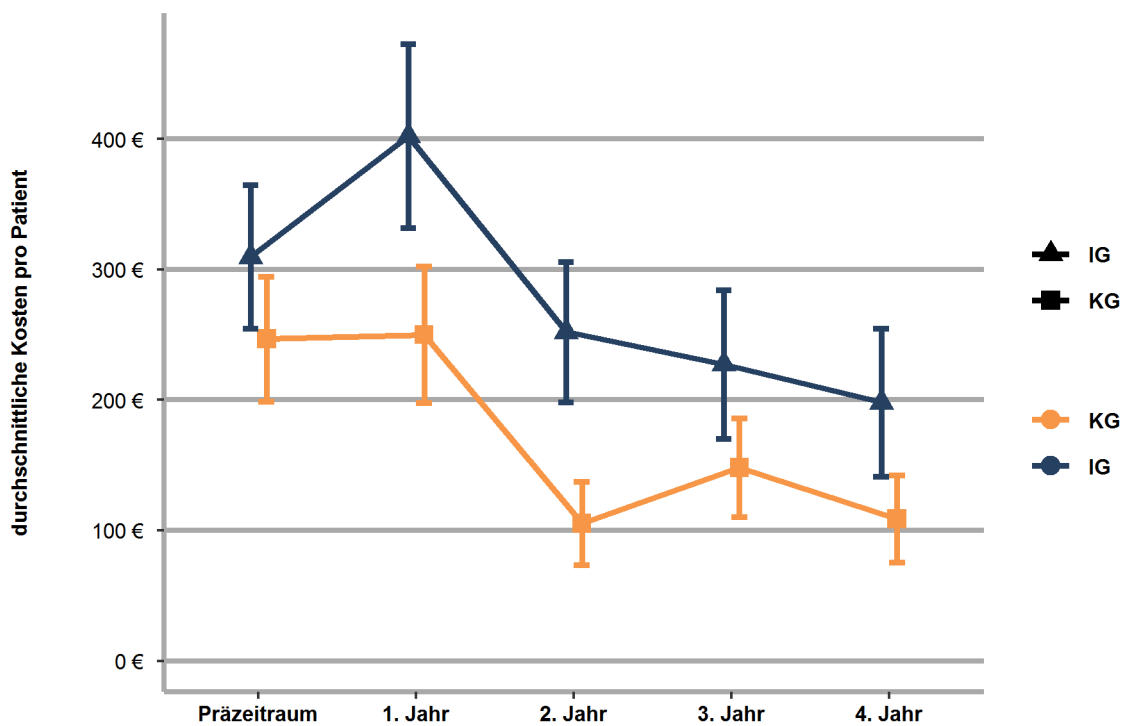


Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	24,02 €	0,031	24,02 €	0,031	-208,30 €	0,004
IG (vs. KG)	30,91 €	0,232	30,91 €	0,232	23,37 €	0,165
Post (vs. Prä)	324,99 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-39,79 €	0,470				
1. Jahr (vs. Prä)			840,80 €	<0,001	861,02 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			133,75 €	<0,001	146,60 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			140,93 €	0,001	149,47 €	0,002
4. Jahr (vs. Prä)			133,09 €	0,010	135,34 €	0,018
IG x Jahr 1 (DiD)			-56,54 €	0,650	-47,17 €	0,700
IG x Jahr 2 (DiD)			-23,21 €	0,708	-22,13 €	0,702
IG x Jahr 3 (DiD)			27,06 €	0,723	27,42 €	0,706
IG x Jahr 4 (DiD)			-111,51 €	0,075	-109,70 €	0,064
Alter (30-47 J. vs. U30)					19,89 €	0,710
Alter (48-64 J. vs. U30)					53,35 €	0,316
Alter (Ü64 vs. U30)					34,70 €	0,698
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					93,05 €	0,014
F 00 (Demenz)					-135,32 €	0,082
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-96,74 €	0,141
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					187,87 €	0,212
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-113,99 €	0,136
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-105,40 €	0,016
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1,19 €	0,984
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					176,71 €	0,033
F 30-39 (Affektive Störungen)					244,45 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					48,24 €	0,401
F 45 (Somatoforme Störungen)					-22,51 €	0,679
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-45,21 €	0,576
F 50 (Essstörungen)					-7,62 €	0,952
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					66,94 €	0,630
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-58,51 €	0,483
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-75,62 €	0,280
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-39,77 €	0,682
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					44,95 €	0,481
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.986,21 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-263,21 €	0,065
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,30 €	0,589
R ²		0,006		0,034		0,059

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	246,80 €	<0,001	246,80 €	<0,001	38,63 €	0,602
IG (vs. KG)	62,67 €	0,157	62,67 €	0,158	14,11 €	0,556
Post (vs. Prä)	-92,14 €	0,003				
IG x Post (DiD)	54,71 €	0,257				
1. Jahr (vs. Prä)			3,19 €	0,938	214,92 €	0,002
2. Jahr (vs. Prä)			-141,37 €	<0,001	68,96 €	0,289
3. Jahr (vs. Prä)			-98,78 €	0,006	110,19 €	0,096
4. Jahr (vs. Prä)			-138,00 €	<0,001	69,69 €	0,286
IG x Jahr 1 (DiD)			89,46 €	0,186	138,69 €	0,020
IG x Jahr 2 (DiD)			83,90 €	0,134	132,33 €	0,003
IG x Jahr 3 (DiD)			16,51 €	0,781	64,95 €	0,176
IG x Jahr 4 (DiD)			26,53 €	0,641	74,92 €	0,106
Alter (30-47 J. vs. U30)					-79,72 €	0,054
Alter (48-64 J. vs. U30)					-146,84 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-93,02 €	0,067
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,68 €	0,074
F 00 (Demenz)					-74,54 €	0,042
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-40,16 €	0,461
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-131,44 €	<0,001
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-51,57 €	0,314
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-22,57 €	0,465
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					82,07 €	0,028
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					61,19 €	0,073
F 30-39 (Affektive Störungen)					109,00 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					47,05 €	0,169
F 45 (Somatoforme Störungen)					-34,15 €	0,320
F 40-48 (ohne F43 und F45)					0,78 €	0,987
F 50 (Essstörungen)					173,14 €	0,187
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					64,75 €	0,292
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-108,32 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-140,02 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-63,50 €	0,296
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-156,77 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.502,86 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-46,09 €	0,449
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,10 €	0,467
R ²		0,002		0,003		0,159

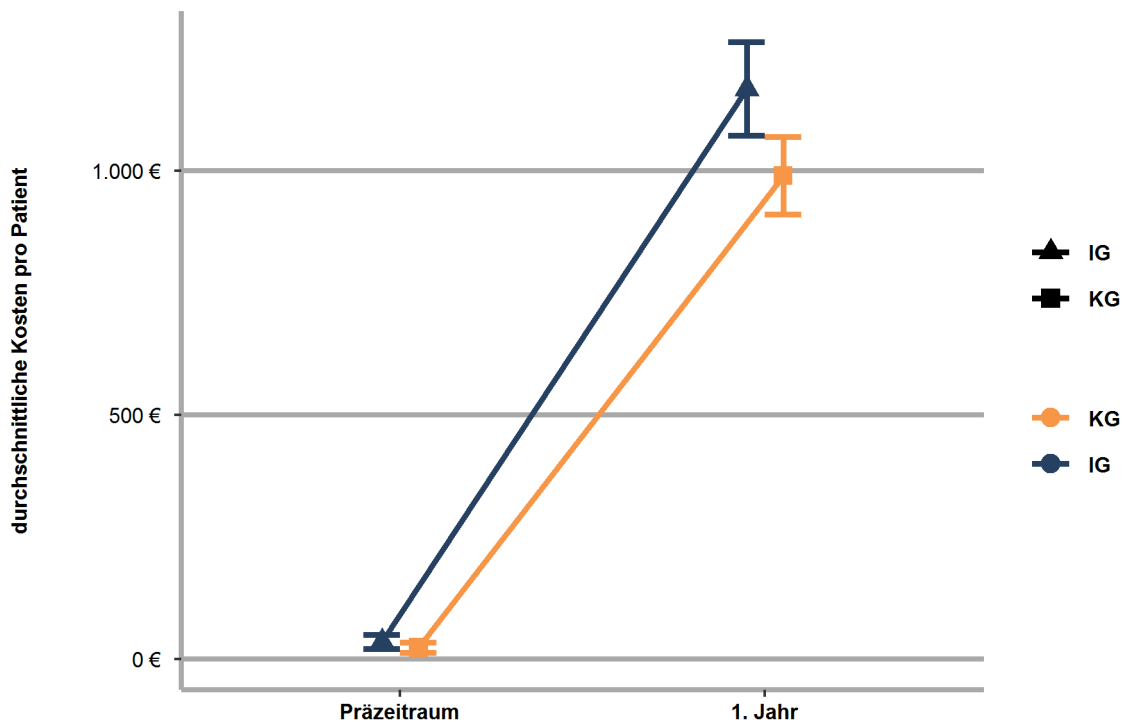
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	24	554	20	563
Mittelwert	35,07 €	1.167,61 €	22,69 €	989,94 €
Standardabweichung	546,44 €	3.531,37 €	386,05 €	2.917,82 €
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 €	41.445 €	10.288 €	43.357 €

Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	17	427	71	13	448	71
Mittelwert	34,74 €	1.082,04 €	192,45 €	18,34 €	987,82 €	167,56 €
Standardabweichung	565,14 €	3.329,39 €	1.480,57 €	329,20 €	2.911,10 €	1.375,18 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.791 €	41.445 €	27.416 €	9.569 €	43.357 €	35.710 €

Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

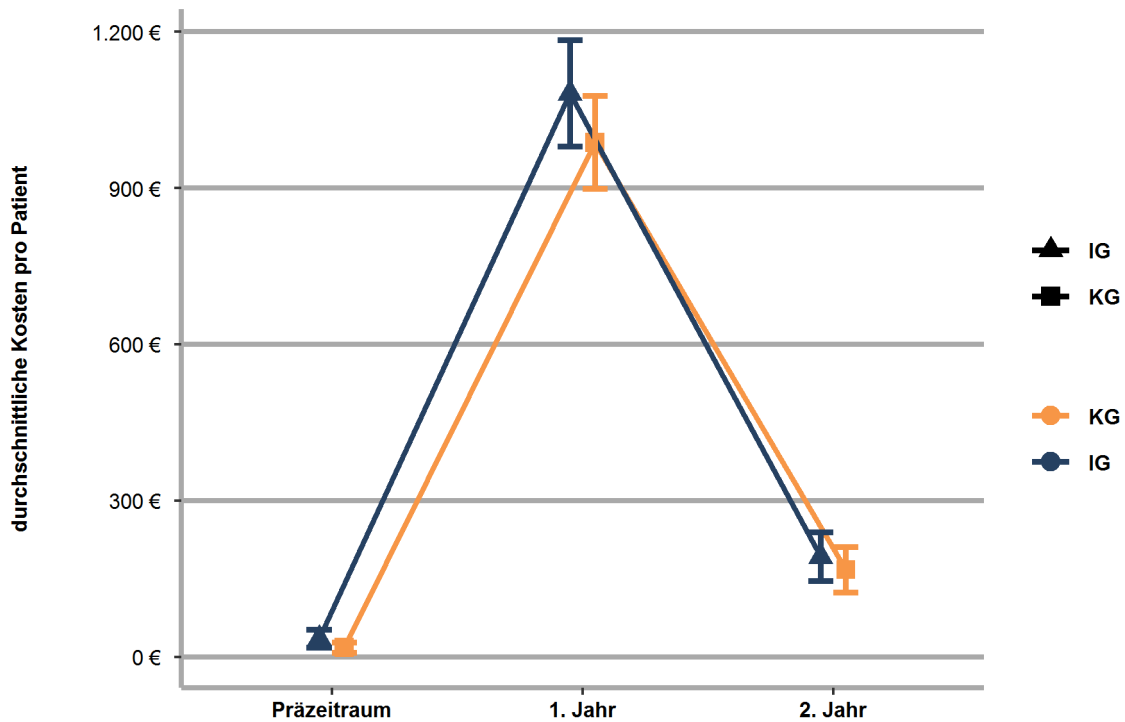


Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	18,34 €	0,003	18,34 €	0,003	-163,87 €	0,003
IG (vs. KG)	16,40 €	0,178	16,40 €	0,178	14,25 €	0,118
Post (vs. Prä)	572,46 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	45,42 €	0,379				
1. Jahr (vs. Prä)			969,48 €	<0,001	939,59 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			149,22 €	<0,001	108,49 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			77,83 €	0,350	84,63 €	0,306
IG x Jahr 2 (DiD)			8,49 €	0,835	10,12 €	0,798
Alter (30-47 J. vs. U30)					18,69 €	0,707
Alter (48-64 J. vs. U30)					30,51 €	0,540
Alter (Ü64 vs. U30)					8,38 €	0,906
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					49,34 €	0,147
F 00 (Demenz)					41,93 €	0,755
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-1,33 €	0,992
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					82,73 €	0,506
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-86,21 €	0,245
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-213,55 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-92,71 €	0,051
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					98,43 €	0,169
F 30-39 (Affektive Störungen)					338,02 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					121,59 €	0,030
F 45 (Somatoforme Störungen)					-41,48 €	0,430
F 40-48 (ohne F43 und F45)					143,52 €	0,269
F 50 (Essstörungen)					-56,59 €	0,669
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-49,26 €	0,659
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-268,18 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-30,24 €	0,791
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					79,11 €	0,575
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					43,72 €	0,178
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.083,12 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,55 €	0,825
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-64,99 €	<0,001
R ²		0,019		0,047		0,070

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

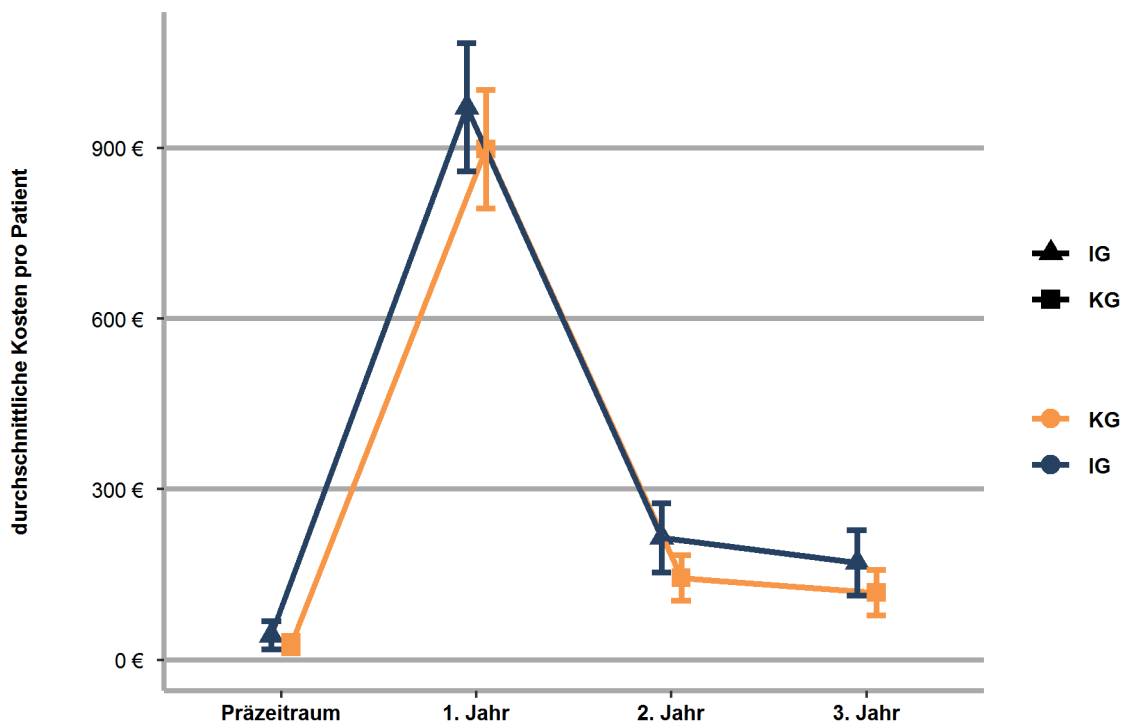
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	13	257	55	41	12	284	48	36
Mittelwert	43,19 €	971,65 €	214,94 €	171,09 €	26,94 €	898,32 €	144,29 €	118,38 €
Standardabweichung	656,43 €	3.007,46 €	1.566,60 €	1.461,33 €	401,89 €	2.778,62 €	1.034,21 €	1.016,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.791 €	27.361 €	27.416 €	27.822 €	9.569 €	43.357 €	12.907 €	17.625 €

Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

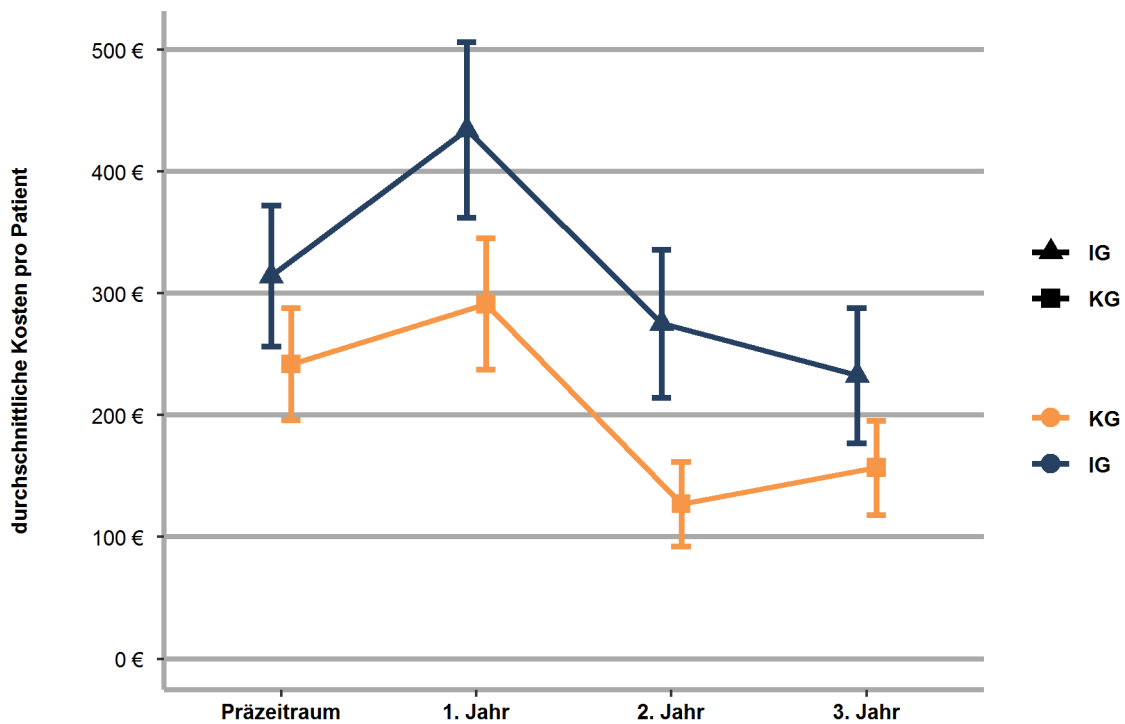


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	121	150	100	83	101	127	52	67
Mittelwert	314,33 €	434,23 €	275,18 €	232,65 €	241,96 €	291,34 €	127,31 €	156,99 €
Standardabweichung	1.815,74 €	2.246,33 €	1.867,01 €	1.681,53 €	1.438,64 €	1.683,86 €	1.065,41 €	1.169,01 €
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	40.763 €	31.236 €	49.810 €	27.353 €	18.073 €	35.078 €	21.238 €	19.528 €

Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 179, Tabelle 181) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 39,86 € geringere Kosten als die KG mit 41,67 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.398,14 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.667,47 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 267,52 € nicht signifikant ($p=0,462$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 36,94 €. In der KG sanken die Kosten auf 177,32 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 138,57 € nicht signifikant ($p=0,143$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 180, Tabelle 182) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 801,80 € höhere Kosten als die KG mit 662,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.443,27 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.318,49 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 14,93 € nicht signifikant ($p=0,958$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 201,51 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 145,44€. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 83,65 € nicht signifikant ($p=0,661$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 183) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 39,40 € höhere Kosten als die KG mit 24,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.880,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.742,33 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 184, Tabelle 185) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,66 € größere Kosten als die KG mit 30,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.828,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.750,42 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 64,24 € nicht signifikant ($p=0,791$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 613,47 €. In der KG sanken die Kosten auf 418,70 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 181,04 € nicht signifikant ($p=0,157$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 186) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von

56,40 € höhere Kosten als die KG mit 41,13 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.330,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.805,24 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 209,52 €. In der KG sanken die Kosten auf 355,66 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 187) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 636,10 € höhere Kosten als die KG mit 522,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.577,72 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.532,53 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 254,55 €. In der KG sanken die Kosten auf 228,05 €.

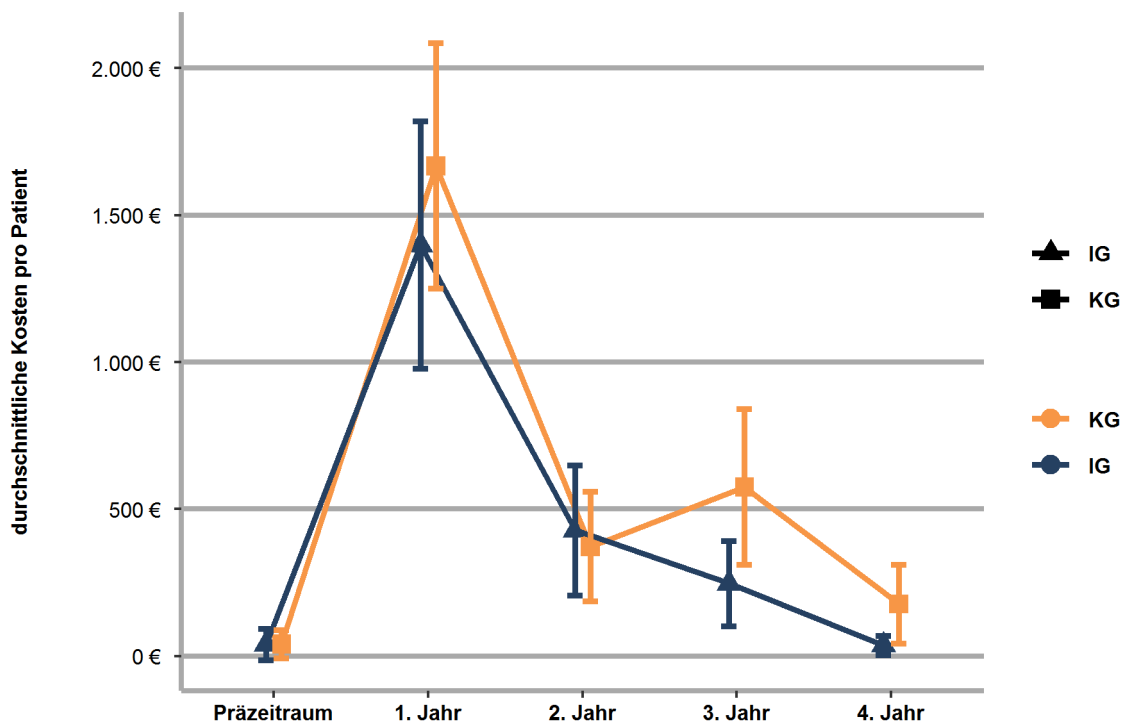
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	< 10	49	16	11	< 10	< 10	55	16	22	< 10
Mittelwert	39,86 €	1.398,14 €	428,04 €	247,32 €	36,94 €	41,67 €	1.667,47 €	372,66 €	575,67 €	177,32 €
Standardabweichung	777,08 €	6.229,82 €	3.284,81 €	2.148,42 €	487,96 €	704,56 €	6.183,62 €	2.757,55 €	3.928,92 €	1.986,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	18.106 €	56.656 €	40.294 €	29.561 €	7.944 €	14.399 €	41.052 €	30.834 €	60.411 €	33.832 €

Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	52	90	30	22	18	52	108	42	21	15
Mittelwert	801,80 €	1.443,27 €	375,42 €	230,61 €	201,51 €	662,08 €	1.318,49 €	416,01 €	214,16 €	145,44 €
Standardabweichung	4.752,80 €	6.665,59 €	2.981,46 €	2.051,95 €	2.306,11 €	4.033,64 €	5.643,89 €	2.925,93 €	2.007,41 €	1.718,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	72.184 €	85.911 €	47.027 €	35.074 €	50.798 €	36.915 €	50.533 €	39.893 €	26.038 €	29.419 €

Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

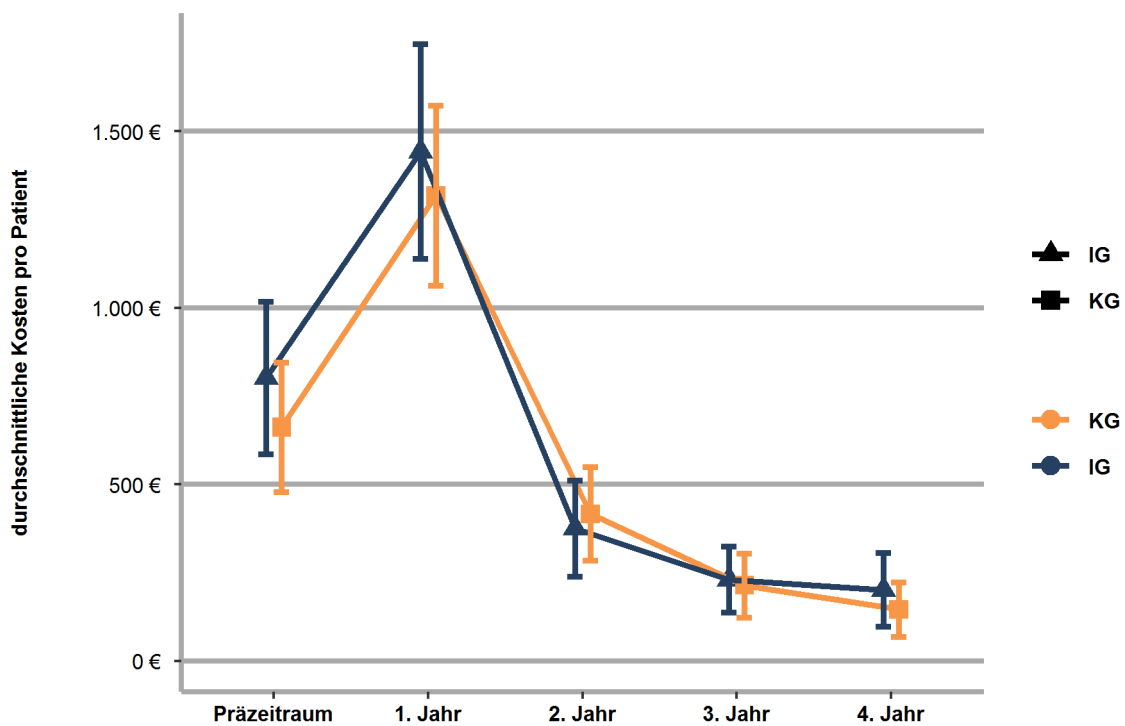


Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	41,67 €	0,149	41,67 €	0,150	-130,16 €	0,592
IG (vs. KG)	-1,81 €	0,966	-1,81 €	0,967	11,41 €	0,749
Post (vs. Prä)	656,61 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-168,86 €	0,170				
1. Jahr (vs. Prä)			1.625,80 €	<0,001	1.657,20 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			330,99 €	0,005	362,40 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			534,00 €	<0,001	565,41 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			135,65 €	0,117	167,05 €	0,059
IG x Jahr 1 (DiD)			-267,52 €	0,462	-312,01 €	0,389
IG x Jahr 2 (DiD)			57,19 €	0,753	12,70 €	0,944
IG x Jahr 3 (DiD)			-326,54 €	0,080	-371,03 €	0,046
IG x Jahr 4 (DiD)			-138,57 €	0,143	-183,05 €	0,042
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-407,09 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					157,93 €	0,539
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-139,15 €	0,626
F 30-39 (Affektive Störungen)					451,84 €	0,036
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					698,09 €	0,029
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,65 €	0,975
F 40-48 (ohne F43 und F45)					670,59 €	0,332
F 50 (Essstörungen)					-159,72 €	0,413
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.711,73 €	0,116
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-66,53 €	0,749
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					27,63 €	0,929
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					314,21 €	0,188
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					337,58 €	0,234
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.615,96 €	0,007
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					72,27 €	0,805
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-59,16 €	0,017
R ²		0,005		0,024		0,036

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	662,08 €	<0,001	662,08 €	<0,001	79,42 €	0,786
IG (vs. KG)	139,71 €	0,417	139,71 €	0,417	123,32 €	0,211
Post (vs. Prä)	-138,43 €	0,253				
IG x Post (DiD)	-100,67 €	0,583				
1. Jahr (vs. Prä)			656,41 €	<0,001	1.100,69 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-246,08 €	0,064	198,20 €	0,483
3. Jahr (vs. Prä)			-447,92 €	<0,001	-3,57 €	0,990
4. Jahr (vs. Prä)			-516,64 €	<0,001	-72,30 €	0,793
IG x Jahr 1 (DiD)			-14,93 €	0,958	-4,83 €	0,986
IG x Jahr 2 (DiD)			-180,30 €	0,381	-170,20 €	0,254
IG x Jahr 3 (DiD)			-123,27 €	0,519	-113,23 €	0,371
IG x Jahr 4 (DiD)			-83,65 €	0,661	-73,61 €	0,561
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-51,76 €	0,436
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-419,41 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					581,17 €	0,328
F 30-39 (Affektive Störungen)					246,74 €	0,107
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					18,83 €	0,900
F 45 (Somatoforme Störungen)					-209,82 €	0,098
F 40-48 (ohne F43 und F45)					373,17 €	0,346
F 50 (Essstörungen)					-42,01 €	0,822
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-325,30 €	0,020
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-168,90 €	0,121
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-219,98 €	0,055
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					199,04 €	0,113
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-624,48 €	0,009
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.428,97 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-217,31 €	0,489
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-40,85 €	0,722
R ²		<0,001		0,013		0,187

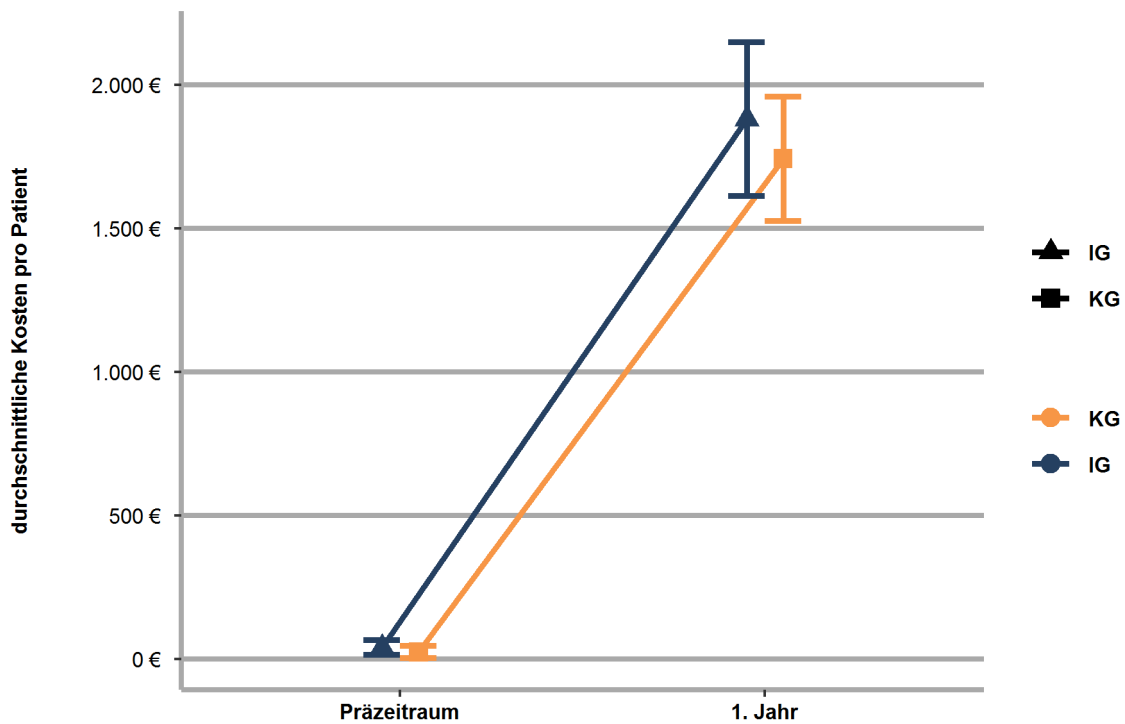
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	< 10	233	11	224
Mittelwert	39,40 €	1.880,83 €	24,27 €	1.742,33 €
Standardabweichung	741,02 €	7.700,16 €	599,84 €	6.239,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	20.351 €	113.596 €	22.244 €	56.981 €

Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	< 10	175	62	< 10	176	47
Mittelwert	44,66 €	1.828,39 €	613,47 €	30,93 €	1.750,42 €	418,70 €
Standardabweichung	797,54 €	7.801,41 €	4.119,59 €	685,26 €	6.236,54 €	3.156,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	20.351 €	113.596 €	57.617 €	22.244 €	56.981 €	57.106 €

Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

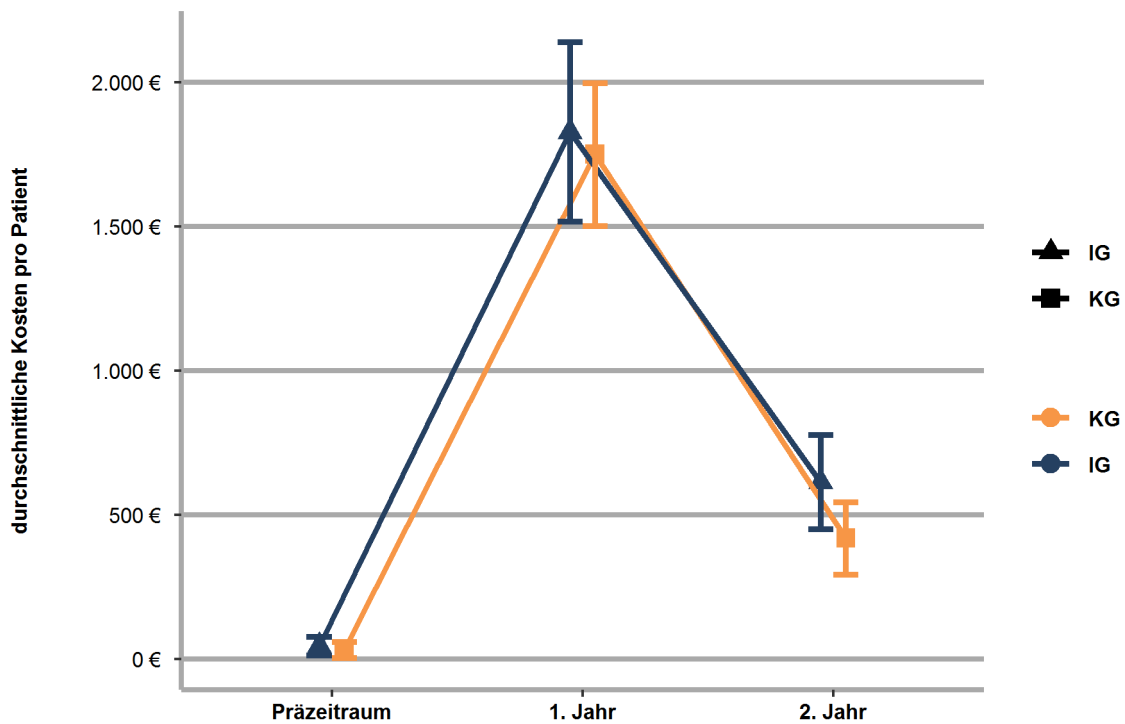


Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	30,93 €	0,062	30,93 €	0,062	-367,80 €	0,073
IG (vs. KG)	13,73 €	0,589	13,73 €	0,589	14,16 €	0,457
Post (vs. Prä)	1.053,82 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	122,45 €	0,381				
1. Jahr (vs. Prä)			1.719,49 €	<0,001	1.745,54 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			387,77 €	<0,001	413,75 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			64,24 €	0,791	56,93 €	0,814
IG x Jahr 2 (DiD)			181,04 €	0,157	173,80 €	0,173
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-285,25 €	0,003
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					525,62 €	0,379
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					716,99 €	0,217
F 30-39 (Affektive Störungen)					508,17 €	0,007
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					543,22 €	0,018
F 45 (Somatoforme Störungen)					133,92 €	0,471
F 40-48 (ohne F43 und F45)					373,83 €	0,524
F 50 (Essstörungen)					664,35 €	0,267
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.151,82 €	0,143
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-244,56 €	0,296
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-4,22 €	0,986
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					538,12 €	0,007
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					79,00 €	0,497
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.995,43 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-108,47 €	0,327
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-20,05 €	0,285
R ²		0,013		0,025		0,033

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

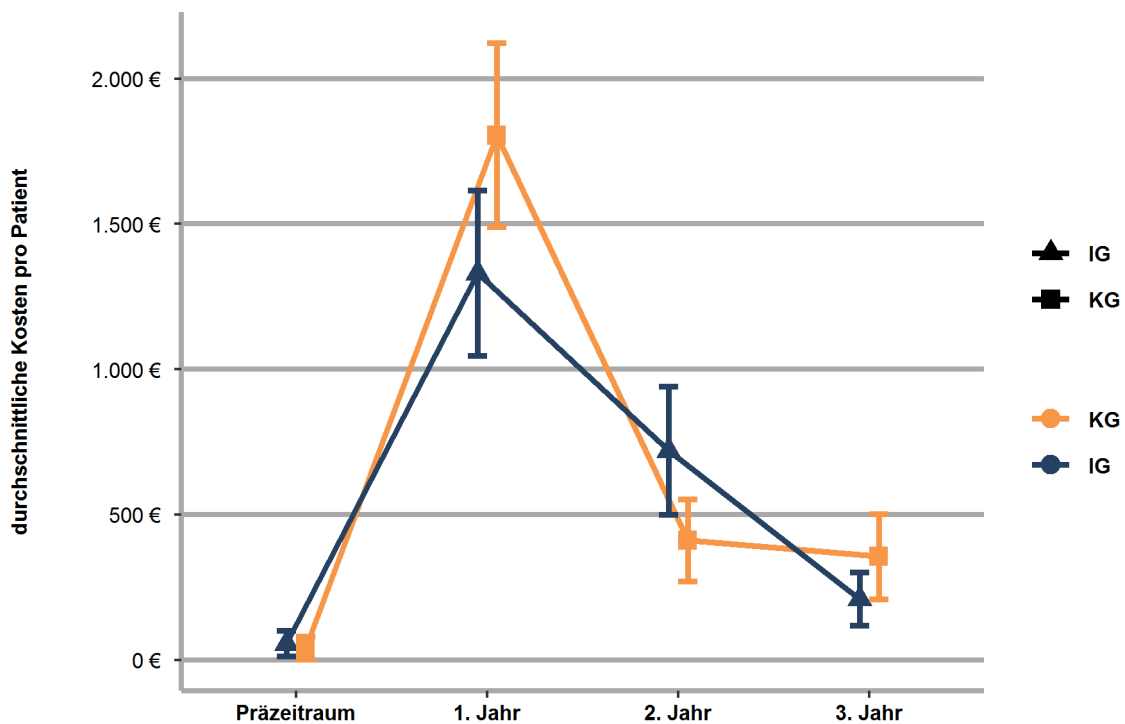
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	< 10	97	46	23	< 10	118	33	29
Mittelwert	56,40 €	1.330,87 €	719,91 €	209,52 €	41,13 €	1.805,24 €	411,17 €	355,66 €
Standardabweichung	927,77 €	5.879,13 €	4.552,72 €	1.877,90 €	827,28 €	6.527,09 €	2.912,77 €	3.016,16 €
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	20.351 €	56.656 €	57.617 €	29.561 €	22.244 €	56.981 €	30.834 €	60.411 €

Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

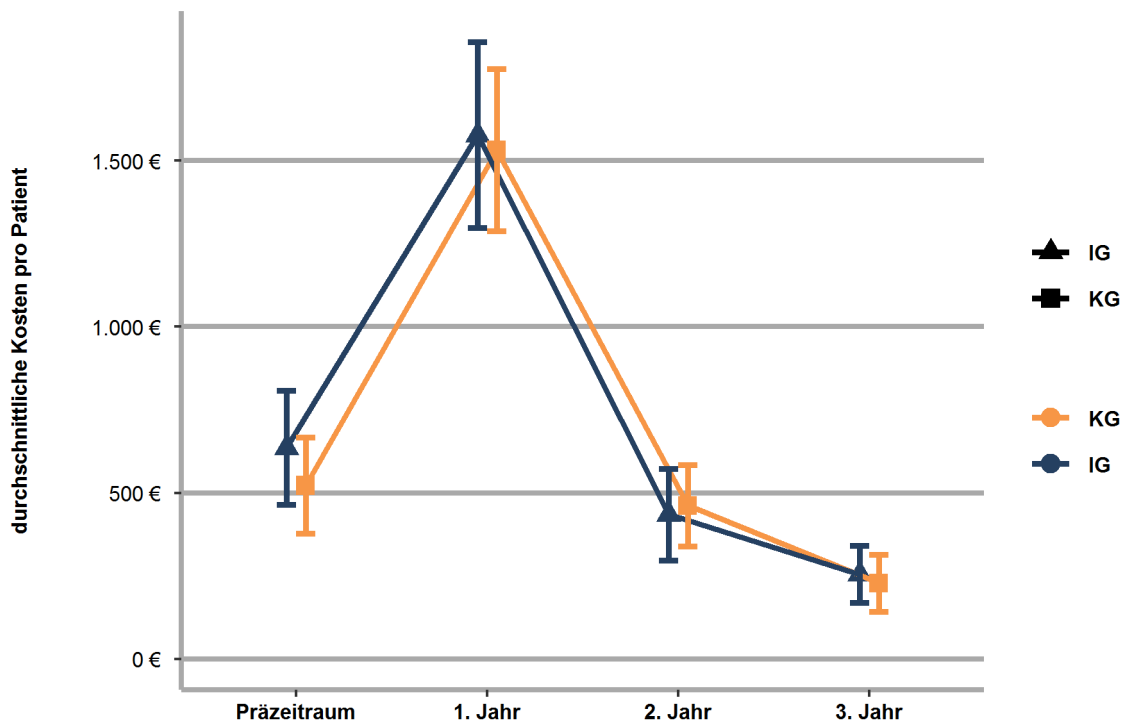


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	54	131	42	32	52	148	55	30
Mittelwert	636,10 €	1.577,72 €	435,03 €	254,55 €	522,84 €	1.532,53 €	461,63 €	228,05 €
Standardabweichung	4.231,39 €	6.917,22 €	3.419,50 €	2.134,63 €	3.594,35 €	6.079,09 €	3.058,63 €	2.116,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	72.184 €	85.911 €	52.081 €	35.074 €	36.915 €	50.533 €	39.893 €	36.977 €

Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleichsleistungen und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 188, Tabelle 190) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 13,09 € höhere Kosten als die KG mit 9,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.027,75 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 323,69 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 700,24 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 397,93 €. In der KG sanken die Kosten auf 137,53 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 256,57 € nicht signifikant ($p = 0,015$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 189, Tabelle 191) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 687,17 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 687,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.305,72 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 900,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 405,74 € nicht signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 789,39 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 596,42 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 193,01 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 192) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 11,51 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 13,25 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.484,55 €. In der KG stiegen die Kosten auf 327,86 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 193, Tabelle 194) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 11,59 € höhere Kosten als die KG mit 11,01 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.265,05 €. In der KG stiegen die Kosten auf 323,30 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 941,17 € signifikant ($p < 0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die

Kosten in der IG auf 428,43 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 183,48 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 244,38 € signifikant ($p < 0,001$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 195) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 14,20 € mehr Kosten als die KG mit 12,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.156,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 320,11 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 308,89 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 152,20 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 196) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 663,44 € mehr Kosten als die KG mit 660,13 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.296,87 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 884,71 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 742,71 €. In der KG sanken die Kosten auf 604,04 €.

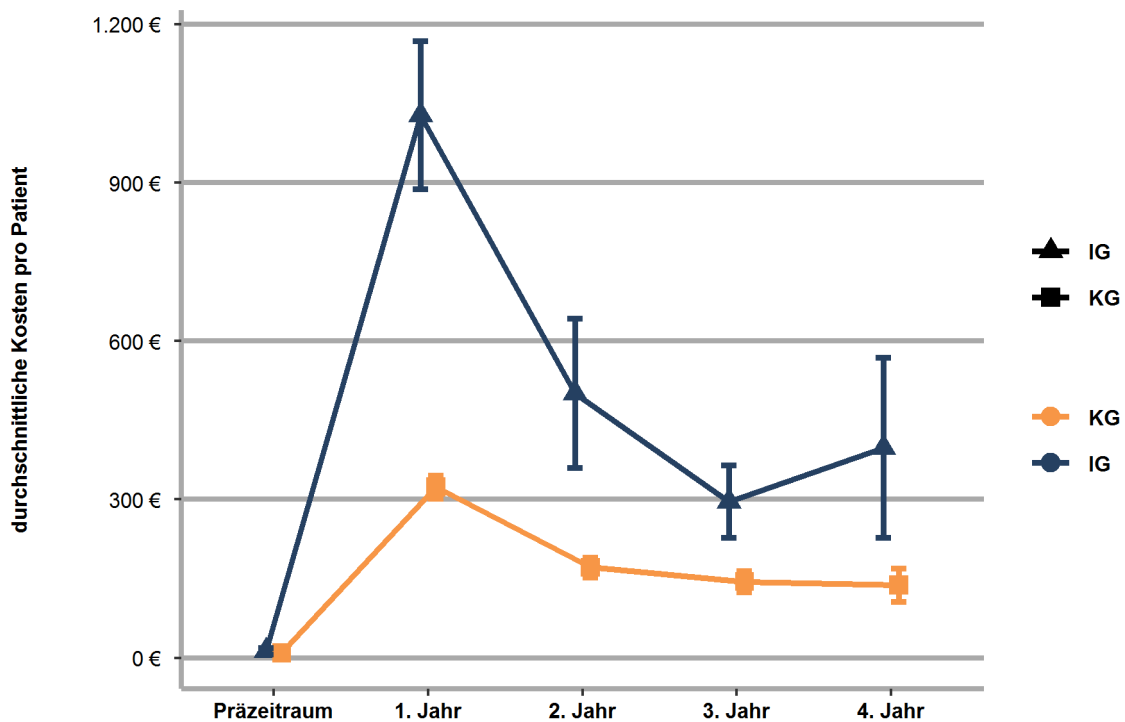
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	28	770	321	259	208	28	624	243	187	153
Mittelwert	13,09 €	1.027,75 €	501,28 €	296,16 €	397,93 €	9,27 €	323,69 €	171,28 €	144,46 €	137,53 €
Standardabweichung	112,85 €	2.684,03 €	2.621,31 €	1.252,83 €	3.059,08 €	77,52 €	414,48 €	354,93 €	353,39 €	557,95 €
Minimum	0 €	0 €	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 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	337,01 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	142,80 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	906,05 €	340,94 €	129,34 €	0,00 €	0,00 €	535,41 €	85,30 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.294 €	33.374 €	49.725 €	17.489 €	61.135 €	1.608 €	2.183 €	1.700 €	3.659 €	13.742 €

Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.267	2.420	1.861	1.622	1.461	2.275	2.369	1.895	1.654	1.504
Mittelwert	687,17 €	1.305,72 €	969,08 €	760,74 €	789,39 €	687,21 €	900,01 €	667,54 €	622,68 €	596,42 €
Standardabweichung	348,93 €	2.229,60 €	1.776,53 €	1.525,34 €	1.825,73 €	356,02 €	429,90 €	466,09 €	515,72 €	524,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	528,04 €	397,56 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €	426,86 €	609,28 €	170,60 €	0,00 €	0,00 €
Median	792,06 €	734,57 €	532,31 €	429,58 €	383,55 €	792,06 €	1.082,48 €	829,71 €	735,92 €	620,00 €
75%-Perzentil	1.056,08 €	1.307,07 €	1.066,17 €	895,05 €	883,10 €	1.056,08 €	1.171,89 €	1.106,28 €	1.133,40 €	1.162,32 €
Maximum	2.151 €	36.852 €	22.367 €	20.243 €	29.889 €	3.890 €	3.868 €	2.219 €	7.863 €	3.838 €

Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

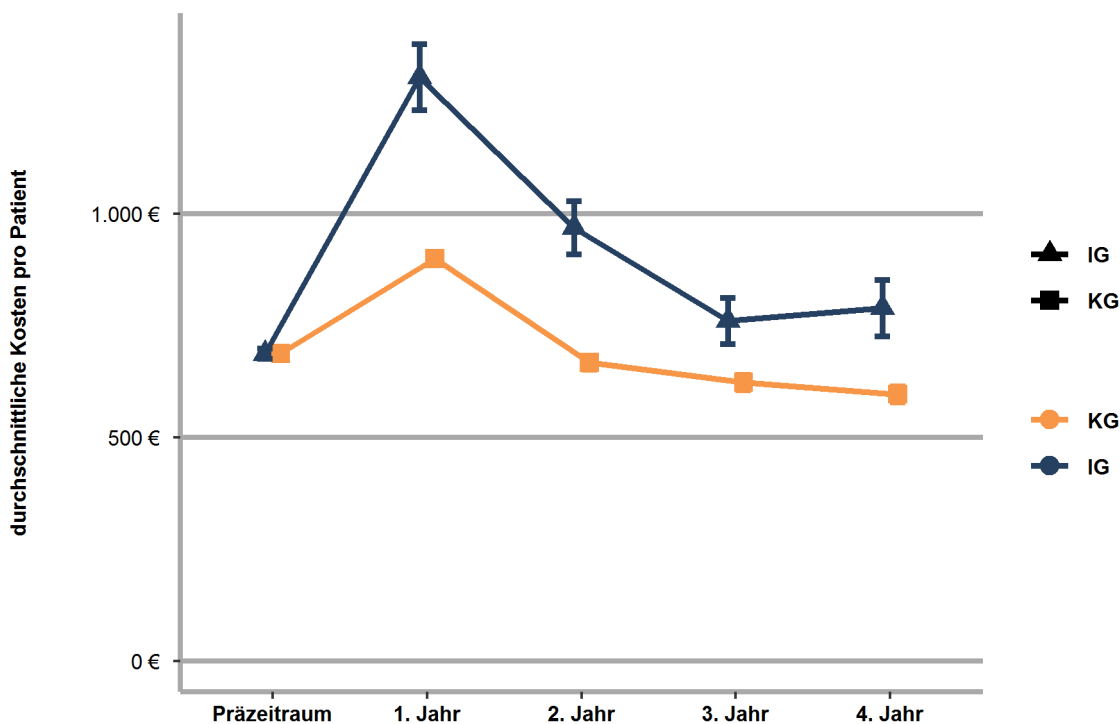


Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	9,27 €	<0,001	9,27 €	<0,001	-89,09 €	0,128
IG (vs. KG)	3,82 €	0,380	3,82 €	0,380	5,80 €	0,347
Post (vs. Prä)	188,39 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	367,20 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			314,42 €	<0,001	316,37 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			162,02 €	<0,001	163,96 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			135,19 €	<0,001	136,28 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			128,27 €	<0,001	127,70 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			700,24 €	<0,001	699,94 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			326,18 €	<0,001	324,27 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			147,88 €	<0,001	147,25 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			256,57 €	0,015	256,85 €	0,015
Alter (30-47 J. vs. U30)					46,47 €	0,411
Alter (48-64 J. vs. U30)					34,57 €	0,549
Alter (Ü64 vs. U30)					-37,14 €	0,525
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					3,20 €	0,944
F 00 (Demenz)					-128,30 €	0,435
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-4,62 €	0,978
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-276,60 €	0,008
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					125,35 €	0,174
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					120,49 €	0,365
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-76,77 €	0,137
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					109,75 €	0,049
F 30-39 (Affektive Störungen)					139,62 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					45,27 €	0,617
F 45 (Somatoforme Störungen)					-106,30 €	0,007
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-132,05 €	0,015
F 50 (Essstörungen)					-113,68 €	0,091
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-14,79 €	0,850
F 70-79 (Intelligenzstörung)					71,46 €	0,489
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					347,61 €	0,220
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					340,68 €	0,264
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,09 €	0,177
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,89 €	0,886
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					360,44 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,71 €	0,516
R ²		0,019		0,032		0,037

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	687,21 €	<0,001	687,21 €	<0,001	-337,65 €	<0,001
IG (vs. KG)	-0,03 €	0,997	-0,03 €	0,997	5,05 €	0,577
Post (vs. Prä)	13,48 €	0,078				
IG x Post (DiD)	261,70 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			212,81 €	<0,001	848,63 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-19,66 €	0,029	616,85 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-64,53 €	<0,001	571,92 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-90,79 €	<0,001	546,51 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			405,74 €	<0,001	406,64 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			301,57 €	<0,001	303,29 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			138,10 €	<0,001	140,64 €	<0,001
IG x Jahr 4 (DiD)			193,01 €	<0,001	196,75 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					180,59 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					293,68 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					274,42 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,07 €	0,173
F 00 (Demenz)					-13,21 €	0,949
F 01 (Vaskuläre Demenz)					149,81 €	0,095
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					239,44 €	0,073
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					39,21 €	0,368
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					85,84 €	0,040
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,62 €	0,957
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					466,38 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-20,33 €	0,550
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					62,14 €	0,088
F 45 (Somatoforme Störungen)					-23,39 €	0,699
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-57,60 €	0,185
F 50 (Essstörungen)					228,81 €	0,214
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					306,08 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					317,43 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					331,93 €	0,072
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					31,27 €	0,548
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-43,83 €	0,009
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,15 €	0,995
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					645,62 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					60,10 €	0,001
R ²		0,011		0,027		0,065

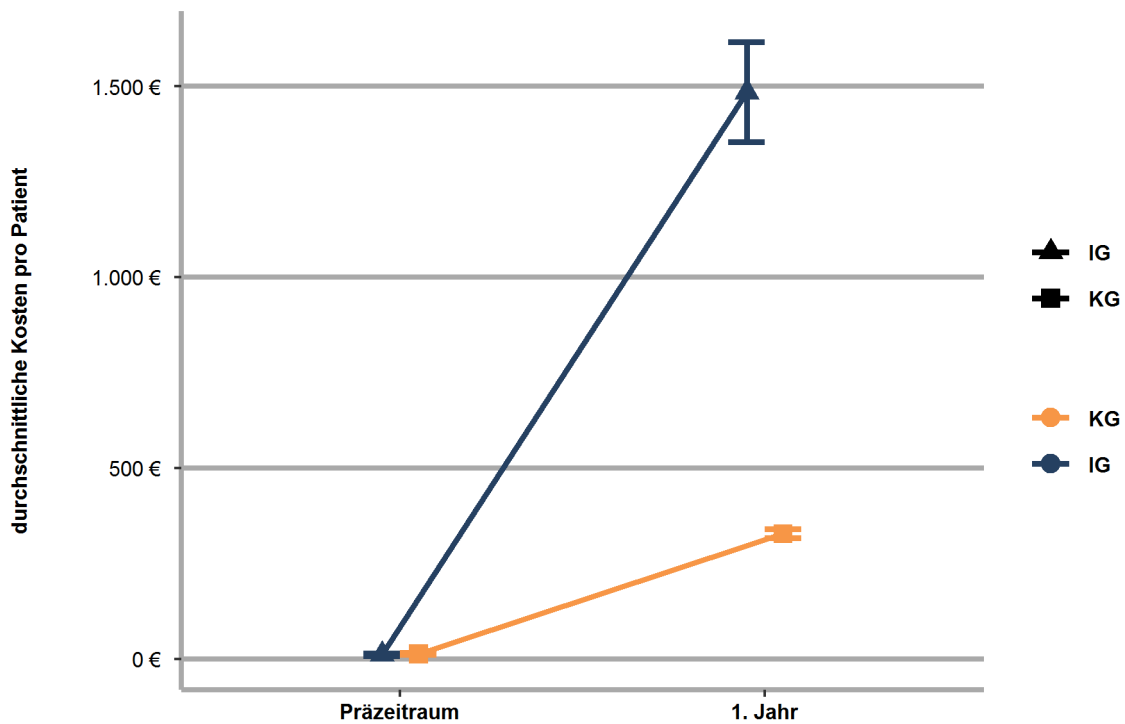
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	94	2.804	119	2.312
Mittelwert	11,51 €	1.484,55 €	13,25 €	327,86 €
Standardabweichung	136,04 €	4.831,90 €	104,77 €	428,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	64,18 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	298,17 €	0,00 €	87,39 €
75%-Perzentil	0,00 €	892,71 €	0,00 €	541,24 €
Maximum	6.227 €	75.903 €	2.958 €	2.934 €

Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	67	2.219	812	82	1.802	691
Mittelwert	11,59 €	1.265,05 €	428,43 €	11,01 €	323,30 €	183,48 €
Standardabweichung	147,38 €	3.917,14 €	2.285,90 €	86,40 €	424,78 €	384,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	99,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	298,17 €	0,00 €	0,00 €	85,30 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	872,80 €	196,65 €	0,00 €	541,24 €	78,93 €
Maximum	6.227 €	53.931 €	49.725 €	1.608 €	2.934 €	4.103 €

Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

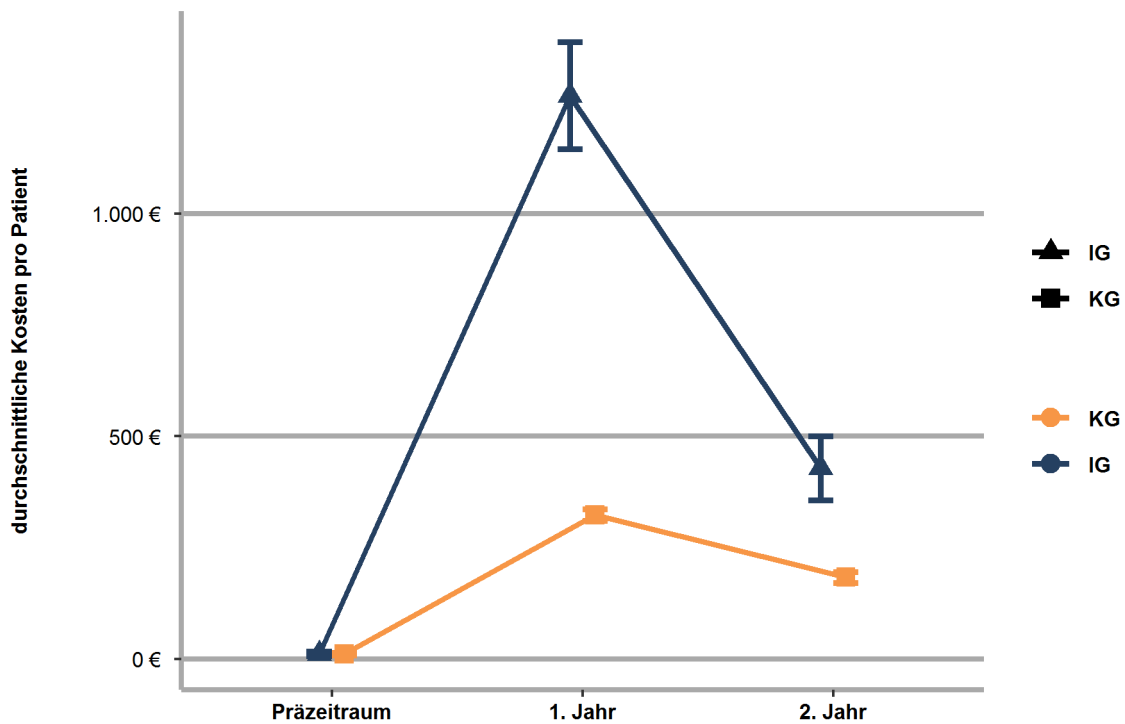


Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	11,01 €	<0,001	11,01 €	<0,001	-55,32 €	0,274
IG (vs. KG)	0,57 €	0,857	0,57 €	0,857	4,60 €	0,272
Post (vs. Prä)	244,61 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	605,00 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			312,29 €	<0,001	295,16 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			172,46 €	<0,001	151,64 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			941,17 €	<0,001	939,12 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			244,38 €	<0,001	240,85 €	<0,001
Alter (30-47 J. vs. U30)					28,56 €	0,617
Alter (48-64 J. vs. U30)					-39,47 €	0,447
Alter (Ü64 vs. U30)					-32,55 €	0,599
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					44,82 €	0,198
F 00 (Demenz)					-4,07 €	0,975
F 01 (Vaskuläre Demenz)					14,55 €	0,843
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-163,51 €	0,096
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					30,95 €	0,569
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-38,85 €	0,573
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-36,80 €	0,409
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					121,87 €	0,157
F 30-39 (Affektive Störungen)					143,03 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					73,48 €	0,179
F 45 (Somatoforme Störungen)					-129,36 €	0,002
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-10,89 €	0,897
F 50 (Essstörungen)					-182,45 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					29,06 €	0,784
F 70-79 (Intelligenzstörung)					50,67 €	0,523
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					219,09 €	0,088
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					71,46 €	0,433
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,50 €	0,494
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					38,55 €	0,589
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					406,69 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-33,90 €	0,025
R ²		0,035		0,051		0,055

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

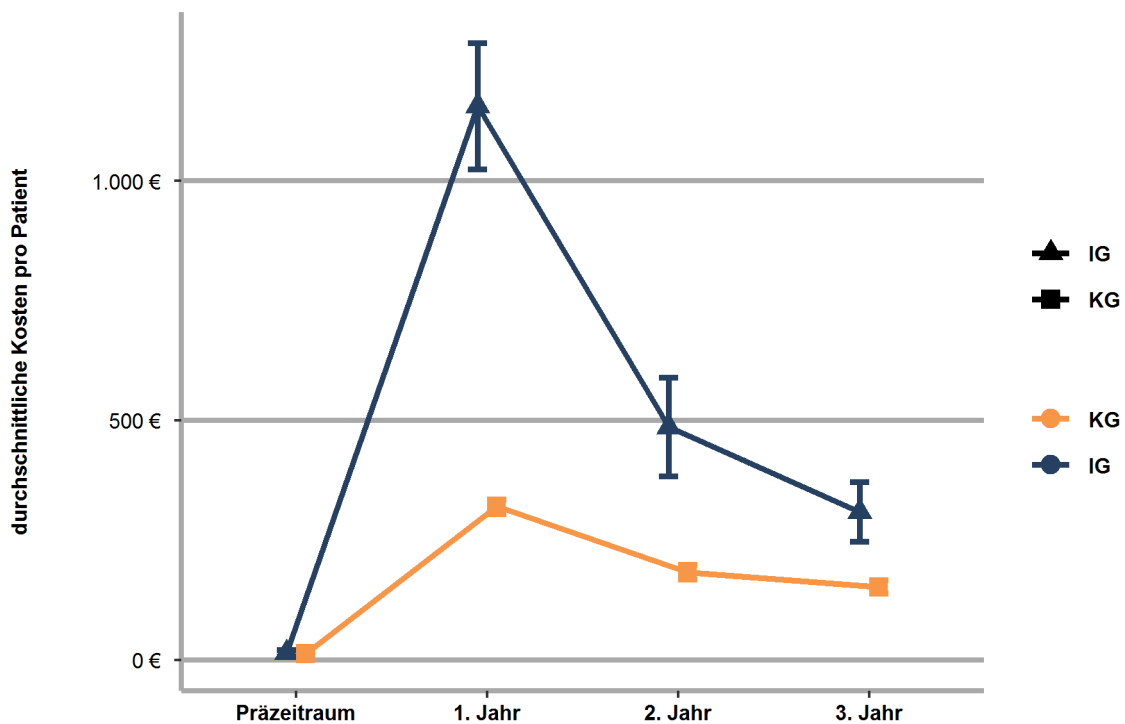
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	49	1.476	580	460	64	1.221	476	380
Mittelwert	14,20 €	1.156,00 €	486,36 €	308,89 €	12,93 €	320,11 €	183,40 €	152,20 €
Standardabweichung	173,81 €	3.503,76 €	2.668,60 €	1.593,37 €	94,28 €	420,39 €	387,15 €	356,59 €
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 €	304,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	85,30 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	873,77 €	234,14 €	106,10 €	0,00 €	535,41 €	81,71 €	0,00 €
Maximum	6.227 €	53.931 €	49.725 €	27.920 €	1.608 €	2.934 €	4.103 €	3.659 €

Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

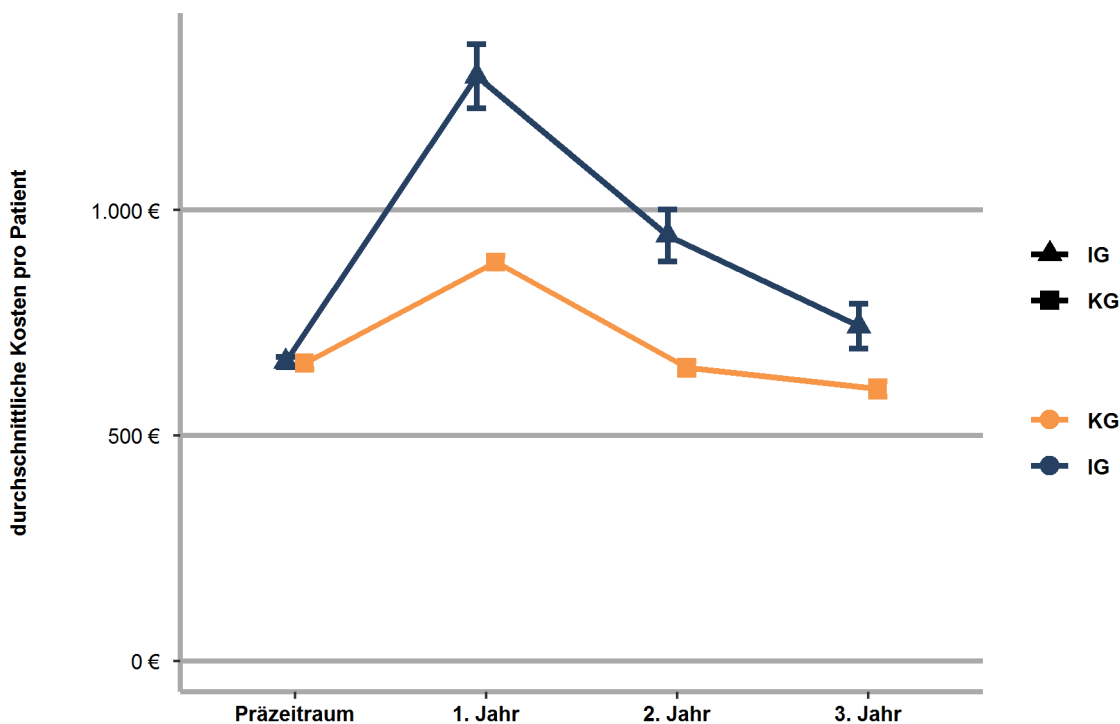


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.339	2.560	1.937	1.680	2.347	2.493	1.963	1.699
Mittelwert	663,44 €	1.296,87 €	944,18 €	742,71 €	660,13 €	884,71 €	650,19 €	604,04 €
Standardabweichung	366,80 €	2.223,23 €	1.764,40 €	1.520,55 €	371,20 €	442,90 €	471,03 €	518,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	369,19 €	397,56 €	38,84 €	0,00 €	369,19 €	541,24 €	85,30 €	0,00 €
Median	792,06 €	722,46 €	514,63 €	411,98 €	792,06 €	1.082,48 €	782,23 €	654,09 €
75%-Perzentil	1.056,08 €	1.304,73 €	1.046,26 €	870,74 €	1.056,08 €	1.171,89 €	1.106,28 €	1.133,40 €
Maximum	2.245 €	36.852 €	22.367 €	20.243 €	3.890 €	3.868 €	2.219 €	7.863 €

Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 197, Tabelle 199) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 9,12 € geringere Kosten als die KG mit 22,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 959,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 828,19 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 144,47 € signifikant ($p=0,007$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 301,24 €. In der KG sanken die Kosten auf 173,69 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 141,21 € nicht signifikant ($p=0,026$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 198, Tabelle 200) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 737,76 € weniger Kosten als die KG mit 762,57 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 747,14 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.026,97 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 255,02 € signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 356,36 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 324,68 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 56,48 € nicht signifikant ($p=0,091$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 201) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,29 € niedrigere Kosten als die KG mit 19,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.381,03 €. In der KG stiegen die Kosten auf 882,27 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 202, Tabelle 203) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,35 € geringere Kosten als die KG mit 20,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.197,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 868,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 341,08 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 404,50 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 340,67 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 76,70 € signifikant ($p=0,008$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 204) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,14 € geringere Kosten als die KG mit 17,28 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.051,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 866,56 €. Vom ersten bis zum letzten

Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 296,59 €. In der KG sanken die Kosten auf 248,08 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 205) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 689,03 € weniger Kosten als die KG mit 698,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 781,20 €. In der KG stiegen die Kosten auf 995,37 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 364,48 €. In der KG sanken die Kosten auf 380,77 €.

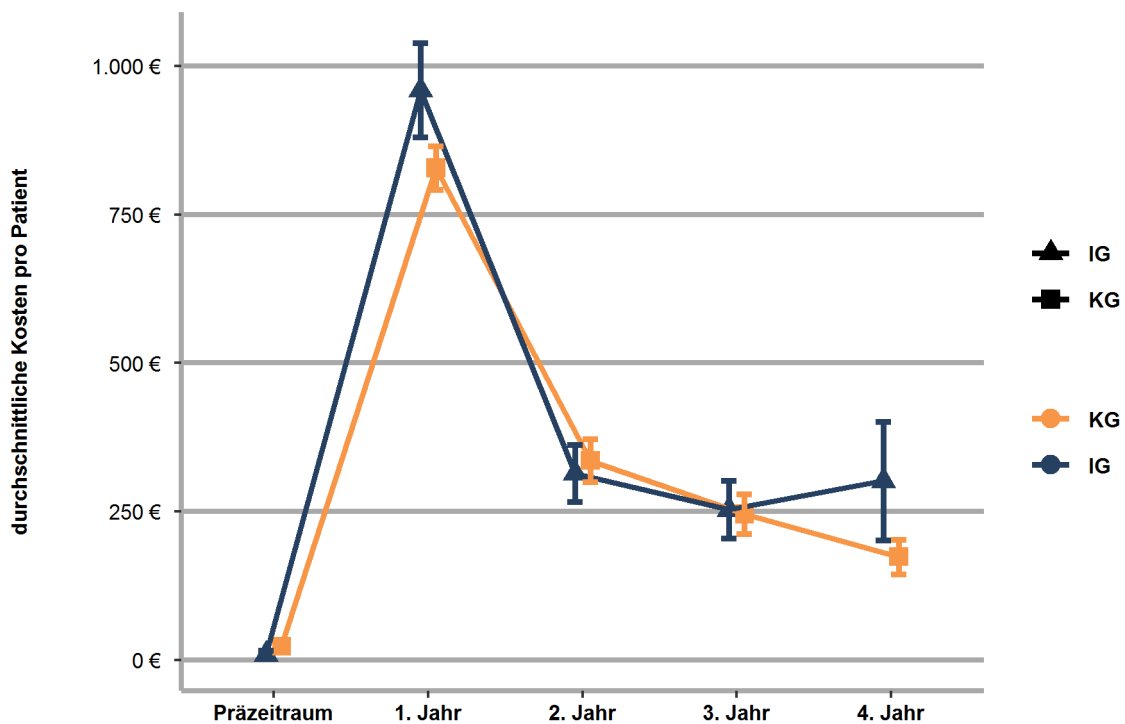
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	10	560	202	137	114	25	545	221	161	111
Mittelwert	9,12 €	959,00 €	314,02 €	252,91 €	301,24 €	22,78 €	828,19 €	335,48 €	245,52 €	173,69 €
Standardabweichung	102,73 €	1.172,13 €	716,51 €	722,69 €	1.474,00 €	125,53 €	549,79 €	534,36 €	493,40 €	433,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	347,65 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	378,42 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	686,67 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	756,84 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.125,04 €	324,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.154,18 €	397,38 €	315,37 €	0,00 €
Maximum	1.800 €	11.674 €	7.611 €	9.108 €	30.086 €	1.285 €	3.444 €	2.734 €	2.657 €	2.501 €

Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.195	1.282	626	468	386	1.214	1.284	702	538	402
Mittelwert	737,76 €	747,14 €	376,62 €	354,88 €	356,36 €	762,57 €	1.026,97 €	569,15 €	401,29 €	324,68 €
Standardabweichung	447,34 €	712,19 €	717,61 €	970,31 €	938,24 €	457,70 €	578,52 €	664,07 €	610,43 €	596,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	369,19 €	286,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	369,19 €	461,98 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	738,38 €	572,90 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	738,38 €	1.135,26 €	387,88 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.107,57 €	968,40 €	534,75 €	470,27 €	271,08 €	1.107,57 €	1.513,68 €	1.163,64 €	794,76 €	407,51 €
Maximum	2.870 €	6.682 €	9.050 €	24.502 €	13.524 €	2.111 €	5.051 €	3.113 €	6.636 €	6.917 €

Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

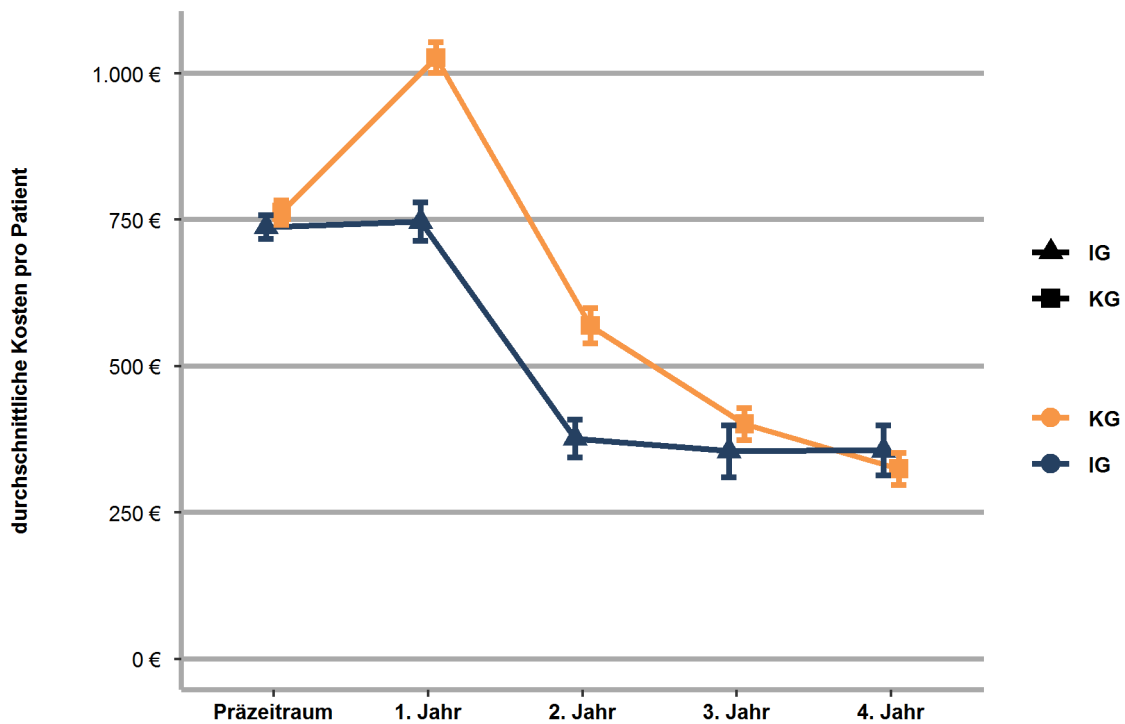


Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	22,78 €	<0,001	22,78 €	<0,001	-4,69 €	0,926
IG (vs. KG)	-13,66 €	0,040	-13,66 €	0,040	0,34 €	0,951
Post (vs. Prä)	372,94 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	74,73 €	0,027				
1. Jahr (vs. Prä)			805,41 €	<0,001	830,32 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			312,70 €	<0,001	337,61 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			222,74 €	<0,001	247,65 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			150,91 €	<0,001	175,82 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			144,47 €	0,007	130,71 €	0,015
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,80 €	0,834	-21,57 €	0,561
IG x Jahr 3 (DiD)			21,05 €	0,565	7,29 €	0,842
IG x Jahr 4 (DiD)			141,21 €	0,026	127,44 €	0,045
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					5,18 €	0,837
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-368,24 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					260,51 €	0,363
F 30-39 (Affektive Störungen)					8,29 €	0,886
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-14,64 €	0,809
F 45 (Somatoforme Störungen)					-59,79 €	0,240
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-117,02 €	0,078
F 50 (Essstörungen)					-98,65 €	0,097
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-78,19 €	0,626
F 70-79 (Intelligenzstörung)					64,35 €	0,701
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-36,49 €	0,641
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					16,91 €	0,751
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,41 €	0,199
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-126,75 €	0,132
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					529,63 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,82 €	0,730
R ²		0,043		0,135		0,140

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	762,57 €	<0,001	762,57 €	<0,001	-64,74 €	0,143
IG (vs. KG)	-24,81 €	0,160	-24,81 €	0,161	-21,70 €	0,154
Post (vs. Prä)	-181,97 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-97,05 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			264,40 €	<0,001	1.063,98 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-193,42 €	<0,001	606,16 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-361,28 €	<0,001	438,35 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-437,89 €	<0,001	361,74 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-255,02 €	<0,001	-258,53 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-167,72 €	<0,001	-171,22 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			-21,61 €	0,526	-25,17 €	0,452
IG x Jahr 4 (DiD)			56,48 €	0,091	52,93 €	0,106
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-69,58 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-312,12 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					182,48 €	0,302
F 30-39 (Affektive Störungen)					-20,41 €	0,653
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					15,00 €	0,771
F 45 (Somatoforme Störungen)					-63,34 €	0,176
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-64,95 €	0,381
F 50 (Essstörungen)					81,51 €	0,362
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					151,13 €	0,533
F 70-79 (Intelligenzstörung)					174,86 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					53,25 €	0,322
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					60,76 €	0,128
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,25 €	0,939
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-38,13 €	0,262
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					793,88 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					84,09 €	<0,001
R ²		0,022		0,099		0,126

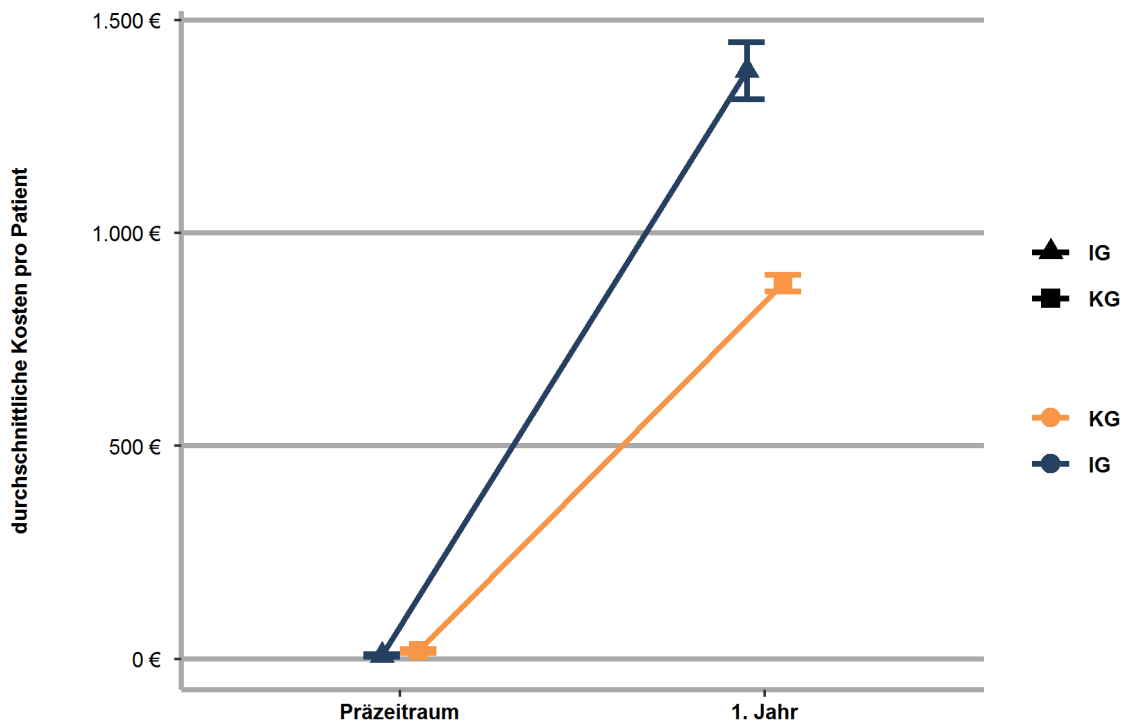
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	39	2.066	75	2.080
Mittelwert	8,29 €	1.381,03 €	19,17 €	882,27 €
Standardabweichung	83,31 €	1.913,25 €	125,73 €	570,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	437,85 €	0,00 €	387,88 €
Median	0,00 €	914,49 €	0,00 €	785,26 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.650,78 €	0,00 €	1.239,83 €
Maximum	1.845 €	25.326 €	1.997 €	3.444 €

Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	26	1.571	578	59	1.588	630
Mittelwert	7,35 €	1.197,09 €	404,50 €	20,21 €	868,87 €	340,67 €
Standardabweichung	77,61 €	1.747,12 €	1.046,10 €	127,36 €	559,01 €	565,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	385,80 €	0,00 €	0,00 €	387,88 €	0,00 €
Median	0,00 €	820,52 €	0,00 €	0,00 €	775,76 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.412,46 €	418,06 €	0,00 €	1.212,40 €	418,72 €
Maximum	1.800 €	25.326 €	17.590 €	1.873 €	3.444 €	6.778 €

Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

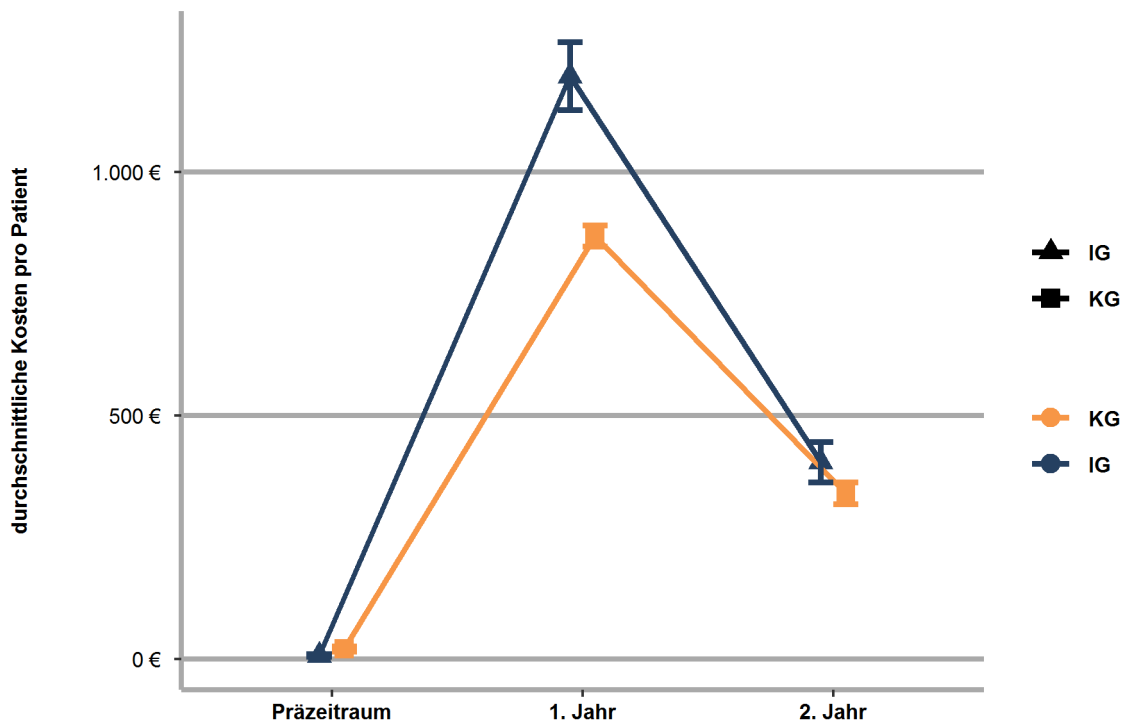


Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	20,21 €	<0,001	20,21 €	<0,001	-194,01 €	0,015
IG (vs. KG)	-12,86 €	<0,001	-12,86 €	<0,001	-3,25 €	0,339
Post (vs. Prä)	584,64 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	208,81 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			848,66 €	<0,001	863,76 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			320,46 €	<0,001	335,55 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			341,08 €	<0,001	331,08 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			76,70 €	0,008	66,71 €	0,021
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-10,42 €	0,635
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-31,85 €	0,809
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					349,60 €	0,127
F 30-39 (Affektive Störungen)					227,41 €	0,003
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					111,68 €	0,093
F 45 (Somatoforme Störungen)					128,14 €	0,102
F 40-48 (ohne F43 und F45)					11,32 €	0,890
F 50 (Essstörungen)					277,59 €	0,054
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					599,23 €	0,350
F 70-79 (Intelligenzstörung)					38,25 €	0,597
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					129,50 €	0,312
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					199,72 €	0,008
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,92 €	0,631
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-85,57 €	0,215
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					526,78 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,74 €	0,464
R ²		0,113		0,190		0,198

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

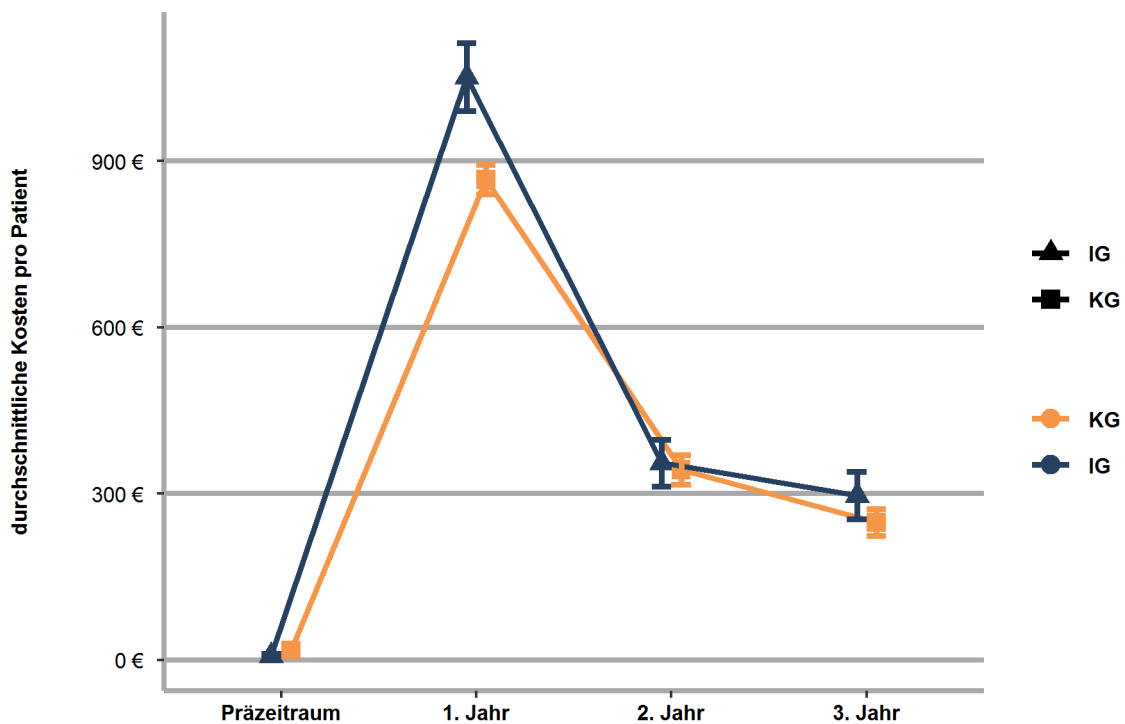
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	18	1.066	395	287	38	1.075	430	300
Mittelwert	7,14 €	1.051,79 €	355,18 €	296,59 €	17,28 €	866,56 €	342,81 €	248,08 €
Standardabweichung	79,66 €	1.258,90 €	869,53 €	887,45 €	107,45 €	549,09 €	550,19 €	503,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	372,45 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	378,42 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	775,64 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	775,76 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.292,00 €	372,45 €	0,00 €	0,00 €	1.182,64 €	407,51 €	167,83 €
Maximum	1.800 €	16.985 €	10.158 €	16.505 €	1.285 €	3.444 €	2.734 €	2.657 €

Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

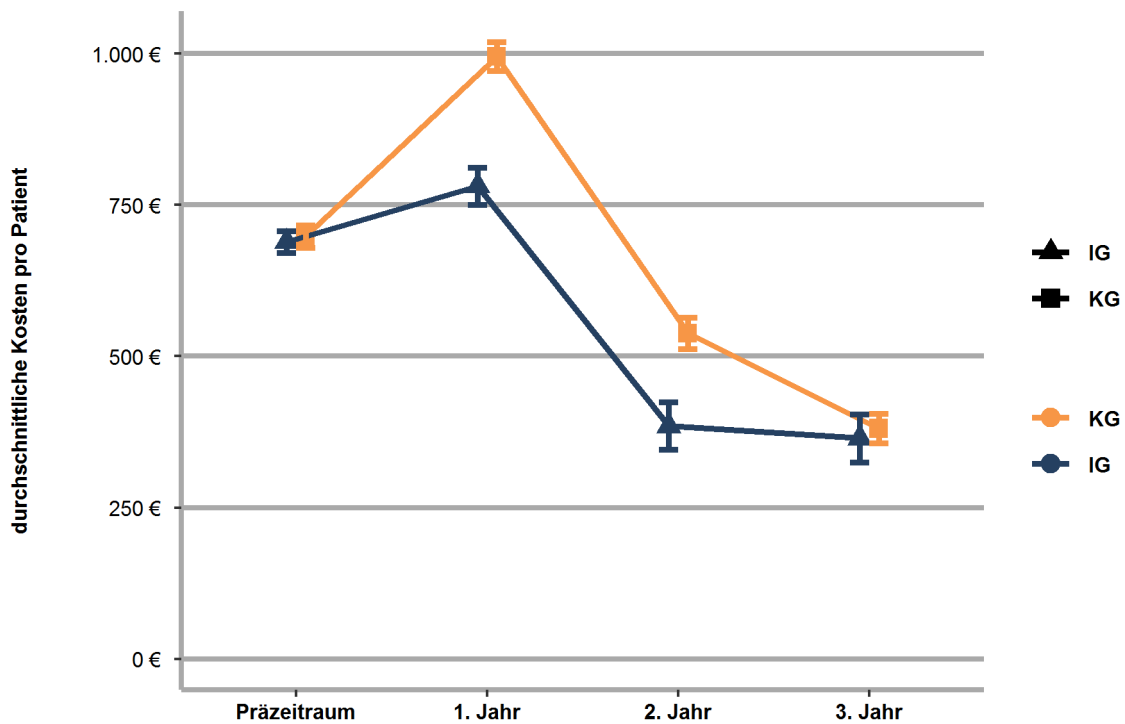


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.521	1.626	762	574	1.519	1.618	855	645
Mittelwert	689,03 €	781,20 €	385,05 €	364,48 €	698,07 €	995,37 €	538,16 €	380,77 €
Standardabweichung	442,18 €	770,19 €	961,04 €	980,31 €	449,96 €	584,60 €	648,99 €	598,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	369,19 €	286,45 €	0,00 €	0,00 €	369,19 €	387,88 €	0,00 €	0,00 €
Median	738,38 €	591,04 €	0,00 €	0,00 €	640,14 €	960,00 €	320,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	1.107,57 €	1.021,31 €	519,84 €	460,41 €	1.107,57 €	1.513,68 €	1.163,64 €	646,52 €
Maximum	2.870 €	7.396 €	26.116 €	24.502 €	2.111 €	5.051 €	3.113 €	6.636 €

Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 206, Tabelle 208) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € vergleichbare Kosten wie die KG mit 0,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 0,54 €. In der KG stiegen die Kosten auf 9,98 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 9,06 € nicht signifikant ($p=0,017$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0,37 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 0,25 € nicht signifikant ($p=0,649$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 207, Tabelle 209) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,43 € weniger Kosten als die KG mit 3,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,44 €. In der KG sanken die Kosten auf 3,91 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,63 € nicht signifikant ($p=0,442$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,75 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,62 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 0,97 € nicht signifikant ($p=0,658$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 210) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,64 € genauso geringe Kosten wie die KG mit 0,80 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 0,96 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4,50 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 211, Tabelle 212) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen

Kosten von 0,63 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 0,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 0,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 5,03 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,97 € signifikant ($p=0,006$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1,16 €. In der KG sanken die Kosten auf 1,98 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 0,73 € nicht signifikant ($p=0,541$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 213) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0,86 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 0,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,78 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6,04 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,49 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,97 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 214) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,29 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 3,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,53 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3,89 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,90 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0,33 €.

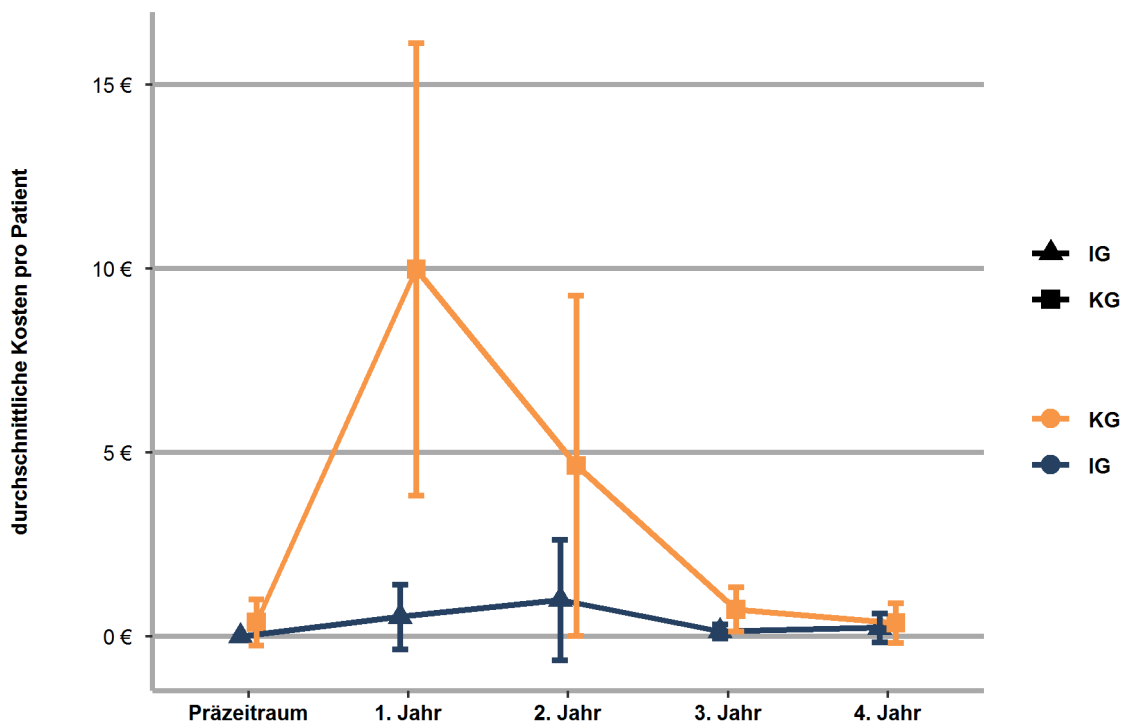
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	10	10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,54 €	1,00 €	0,14 €	0,24 €	0,38 €	9,98 €	4,64 €	0,73 €	0,37 €
Standardabweichung	0,00 €	16,88 €	30,31 €	3,54 €	6,98 €	11,97 €	116,61 €	85,05 €	10,82 €	9,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	532,38 €	922,92 €	104,73 €	205,67 €	373,65 €	1.913,73 €	2.453,26 €	197,64 €	279,44 €

Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	2,43 €	1,44 €	2,14 €	0,95 €	0,75 €	3,27 €	3,91 €	1,29 €	0,35 €	0,62 €
Standardabweichung	79,20 €	31,08 €	52,21 €	23,61 €	29,87 €	83,53 €	90,45 €	30,12 €	12,04 €	13,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.416,82 €	887,07 €	1.597,14 €	940,00 €	1.425,46 €	2.810,64 €	2.958,70 €	1.131,18 €	445,26 €	397,08 €

Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

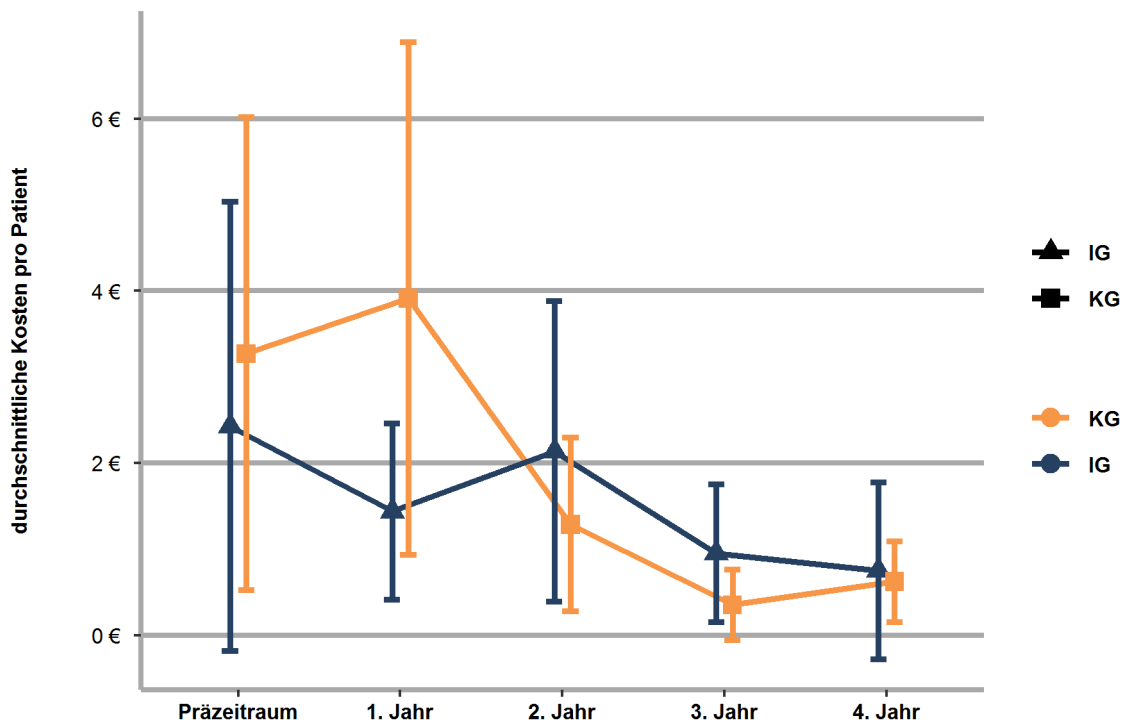


Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,38 €	0,317	0,38 €	0,317	7,80 €	0,071
IG (vs. KG)	-0,38 €	0,317	-0,38 €	0,317	-0,21 €	0,641
Post (vs. Prä)	3,73 €	0,022				
IG x Post (DiD)	-3,24 €	0,052				
1. Jahr (vs. Prä)			9,59 €	0,011	10,09 €	0,010
2. Jahr (vs. Prä)			4,26 €	0,134	4,64 €	0,118
3. Jahr (vs. Prä)			0,35 €	0,510	0,66 €	0,367
4. Jahr (vs. Prä)			-0,02 €	0,973	0,25 €	0,698
IG x Jahr 1 (DiD)			-9,06 €	0,017	-9,06 €	0,017
IG x Jahr 2 (DiD)			-3,26 €	0,278	-3,23 €	0,279
IG x Jahr 3 (DiD)			-0,21 €	0,697	-0,16 €	0,769
IG x Jahr 4 (DiD)			0,25 €	0,649	0,29 €	0,606
Alter (30-47 J. vs. U30)					-5,08 €	0,144
Alter (48-64 J. vs. U30)					-4,85 €	0,162
Alter (Ü64 vs. U30)					-6,06 €	0,086
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-3,57 €	0,037
F 00 (Demenz)					0,65 €	0,383
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-0,25 €	0,787
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,02 €	0,987
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-1,35 €	0,173
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-1,37 €	0,137
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,64 €	0,019
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-3,01 €	0,078
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,45 €	0,244
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,45 €	0,213
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,45 €	0,208
F 40-48 (ohne F43 und F45)					10,45 €	0,340
F 50 (Essstörungen)					4,38 €	0,607
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					11,45 €	0,293
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-5,24 €	0,054
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,98 €	0,138
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-7,63 €	0,061
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,00 €	0,245
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,22 €	0,274
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,10 €	0,919
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,69 €	0,229
R ²		0,001		0,004		0,013

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3,27 €	0,050	3,27 €	0,050	2,57 €	0,085
IG (vs. KG)	-0,84 €	0,714	-0,84 €	0,714	-0,98 €	0,671
Post (vs. Prä)	-1,68 €	0,255				
IG x Post (DiD)	0,59 €	0,777				
1. Jahr (vs. Prä)			0,64 €	0,698	5,51 €	0,008
2. Jahr (vs. Prä)			-1,98 €	0,230	2,85 €	0,032
3. Jahr (vs. Prä)			-2,92 €	0,084	1,87 €	0,118
4. Jahr (vs. Prä)			-2,65 €	0,119	2,11 €	0,079
IG x Jahr 1 (DiD)			-1,63 €	0,442	-1,55 €	0,464
IG x Jahr 2 (DiD)			1,69 €	0,503	1,77 €	0,486
IG x Jahr 3 (DiD)			1,44 €	0,518	1,53 €	0,496
IG x Jahr 4 (DiD)			0,97 €	0,658	1,05 €	0,634
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,93 €	0,085
Alter (48-64 J. vs. U30)					-4,85 €	0,081
Alter (Ü64 vs. U30)					-4,54 €	0,136
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,86 €	0,011
F 00 (Demenz)					-1,89 €	0,342
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-2,22 €	0,312
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-1,41 €	0,102
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2,49 €	0,215
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,98 €	0,279
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-1,26 €	0,084
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-1,27 €	0,516
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,35 €	0,850
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-0,56 €	0,752
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,40 €	0,011
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1,85 €	0,599
F 50 (Essstörungen)					-0,08 €	0,978
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4,38 €	0,492
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1,97 €	0,057
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-3,19 €	0,008
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-1,72 €	0,452
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,96 €	0,184
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,14 €	0,581
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,57 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,16 €	0,017
R ²		<0,001		<0,001		0,002

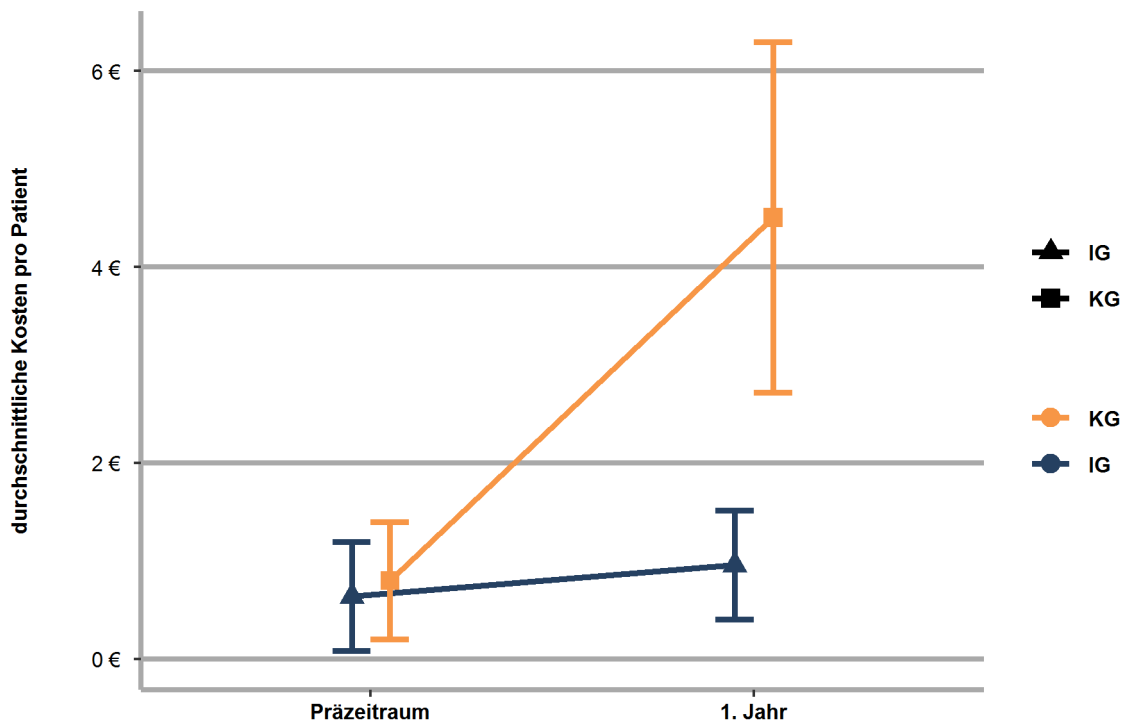
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	< 10	12	< 10	36
Mittelwert	0,64 €	0,96 €	0,80 €	4,50 €
Standardabweichung	20,51 €	20,52 €	22,16 €	66,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	890,68 €	671,10 €	980,28 €	1.913,73 €

Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	< 10	< 10	11	< 10	29	17
Mittelwert	0,63 €	0,97 €	1,16 €	0,72 €	5,03 €	1,98 €
Standardabweichung	22,08 €	19,52 €	24,94 €	22,34 €	72,84 €	50,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	890,68 €	532,38 €	922,92 €	980,28 €	1.913,73 €	2.453,26 €

Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

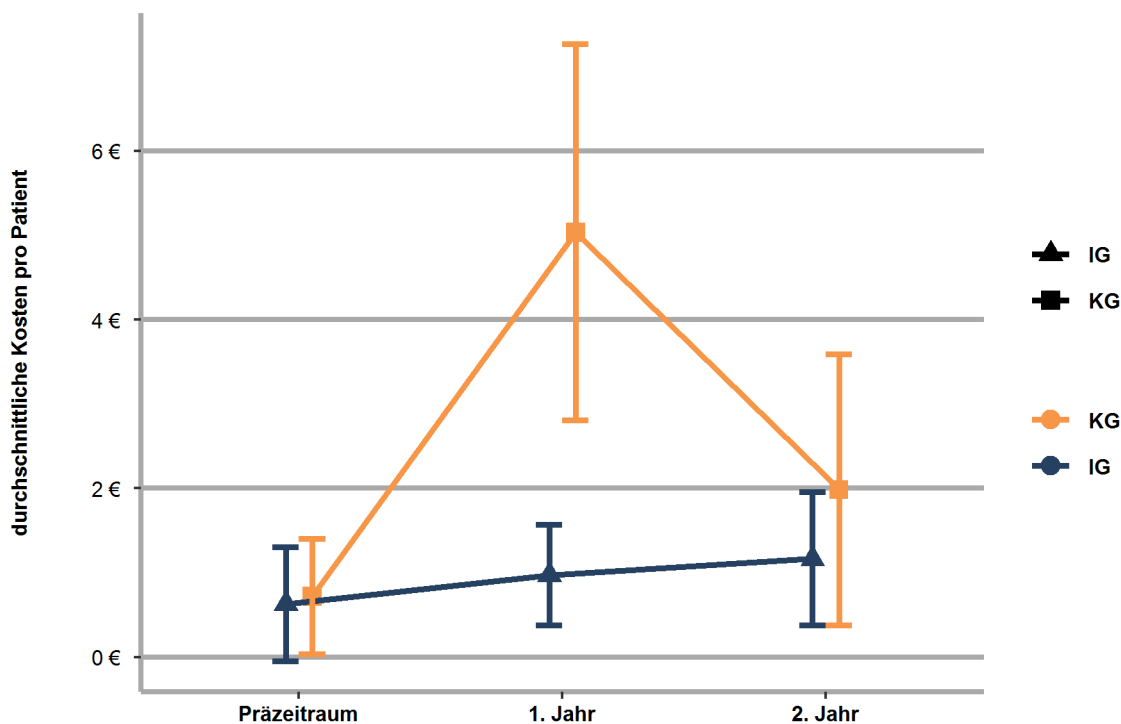


Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,72 €	0,083	0,72 €	0,083	5,52 €	0,023
IG (vs. KG)	-0,09 €	0,877	-0,09 €	0,877	0,08 €	0,887
Post (vs. Prä)	2,84 €	0,008				
IG x Post (DiD)	-2,40 €	0,039				
1. Jahr (vs. Prä)			4,31 €	0,002	5,10 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1,26 €	0,234	1,96 €	0,055
IG x Jahr 1 (DiD)			-3,97 €	0,006	-4,01 €	0,005
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,73 €	0,541	-0,77 €	0,514
Alter (30-47 J. vs. U30)					-4,76 €	0,022
Alter (48-64 J. vs. U30)					-5,19 €	0,016
Alter (Ü64 vs. U30)					-5,80 €	0,006
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-1,79 €	0,051
F 00 (Demenz)					-0,01 €	0,986
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-0,12 €	0,800
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-0,59 €	0,356
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-0,19 €	0,727
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,47 €	0,328
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2,01 €	0,010
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-1,92 €	0,059
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,83 €	0,511
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,84 €	0,104
F 45 (Somatoforme Störungen)					-1,09 €	0,335
F 40-48 (ohne F43 und F45)					5,66 €	0,355
F 50 (Essstörungen)					9,54 €	0,224
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					7,37 €	0,248
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-3,42 €	0,003
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-5,04 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-4,25 €	0,083
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,90 €	0,343
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,53 €	0,070
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,49 €	0,354
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,80 €	0,037
R ²		<0,001		0,001		0,009

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

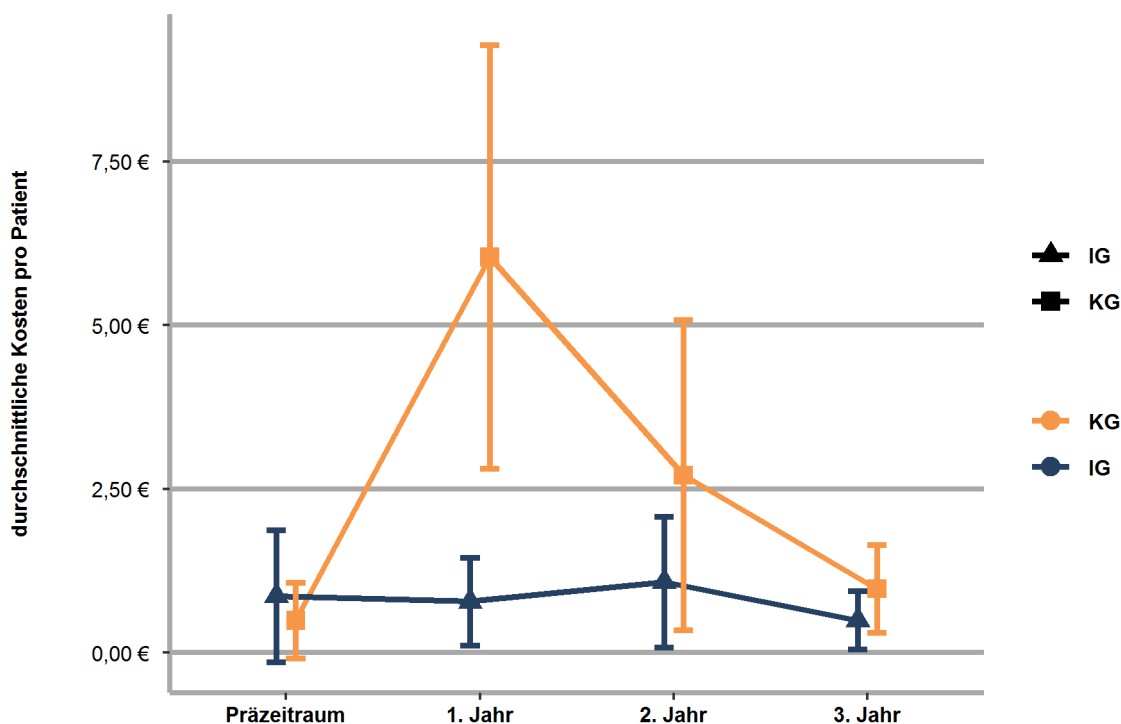
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	15	15	10
Mittelwert	0,86 €	0,78 €	1,08 €	0,49 €	0,49 €	6,04 €	2,71 €	0,97 €
Standardabweichung	26,85 €	17,95 €	25,80 €	11,40 €	15,51 €	86,38 €	61,39 €	17,22 €
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	890,68 €	532,38 €	922,92 €	332,80 €	570,22 €	1.913,73 €	2.453,26 €	489,63 €

Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

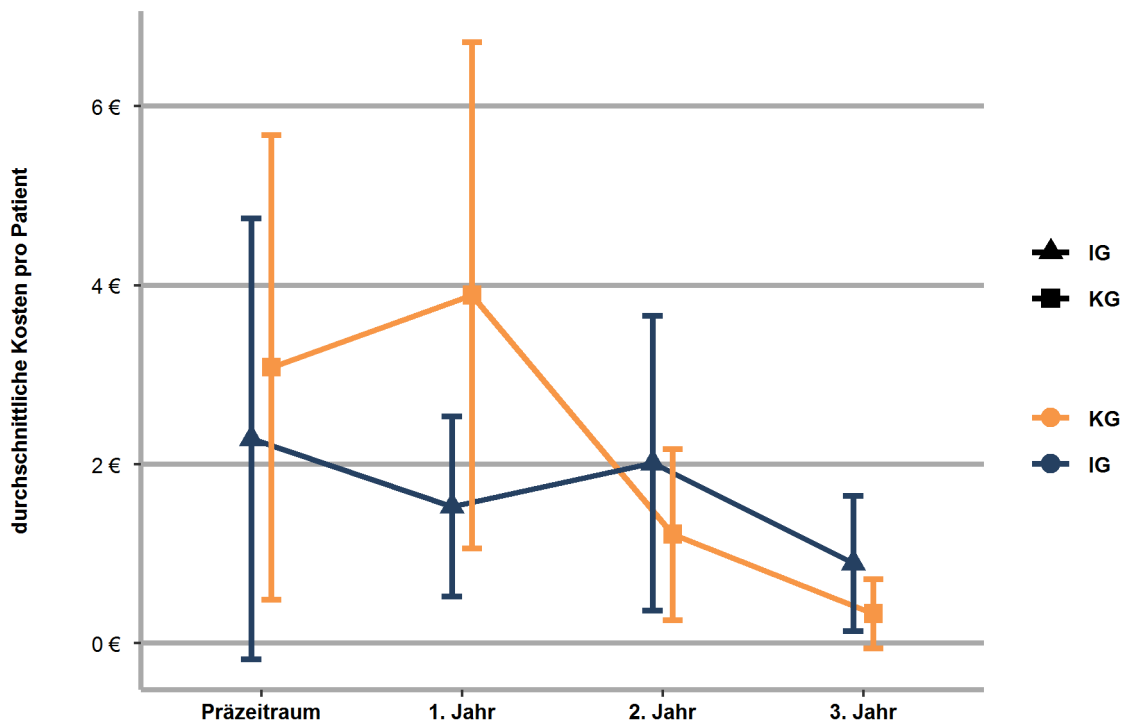


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	2,29 €	1,53 €	2,01 €	0,90 €	3,09 €	3,89 €	1,22 €	0,33 €
Standardabweichung	76,91 €	31,46 €	50,71 €	22,94 €	81,13 €	88,44 €	29,31 €	11,72 €
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	3.416,82 €	887,07 €	1.597,14 €	940,00 €	2.810,64 €	2.958,70 €	1.131,18 €	445,26 €

Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 215, Tabelle 217) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,20 € weniger Kosten als die KG mit 55,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 25,31 €. In der KG sanken die Kosten auf 38,19 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 8,06 € nicht signifikant ($p=0,587$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 9,62 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 16,39 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 14,17 € nicht signifikant ($p=0,316$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 216, Tabelle 218) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,66 € niedrigere Kosten als die KG mit 48,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 21,69 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 40,71 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 3,62 € nicht signifikant ($p=0,674$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 19,53 €. In der KG sanken die Kosten auf 21,01 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 21,16 € nicht signifikant ($p=0,032$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 219) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 38,69 € geringere Kosten als die KG mit 58,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 27,34 €. In der KG sanken die Kosten auf 44,14 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 220, Tabelle 221) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 32,37 € niedrigere Kosten als die KG mit 51,73 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 21,64 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 39,35 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,66 € nicht signifikant ($p=0,831$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 16,45 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 25,41 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 10,40 € nicht signifikant ($p=0,181$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 221) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 36,14 € geringere Kosten als die KG mit 50,65 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten

in der IG auf 22,65 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 44,26 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 16,95 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 18,37 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 221) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 30,73 € geringere Kosten als die KG mit 48,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 22,73 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 39,48 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 20,90 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 24,12 €.

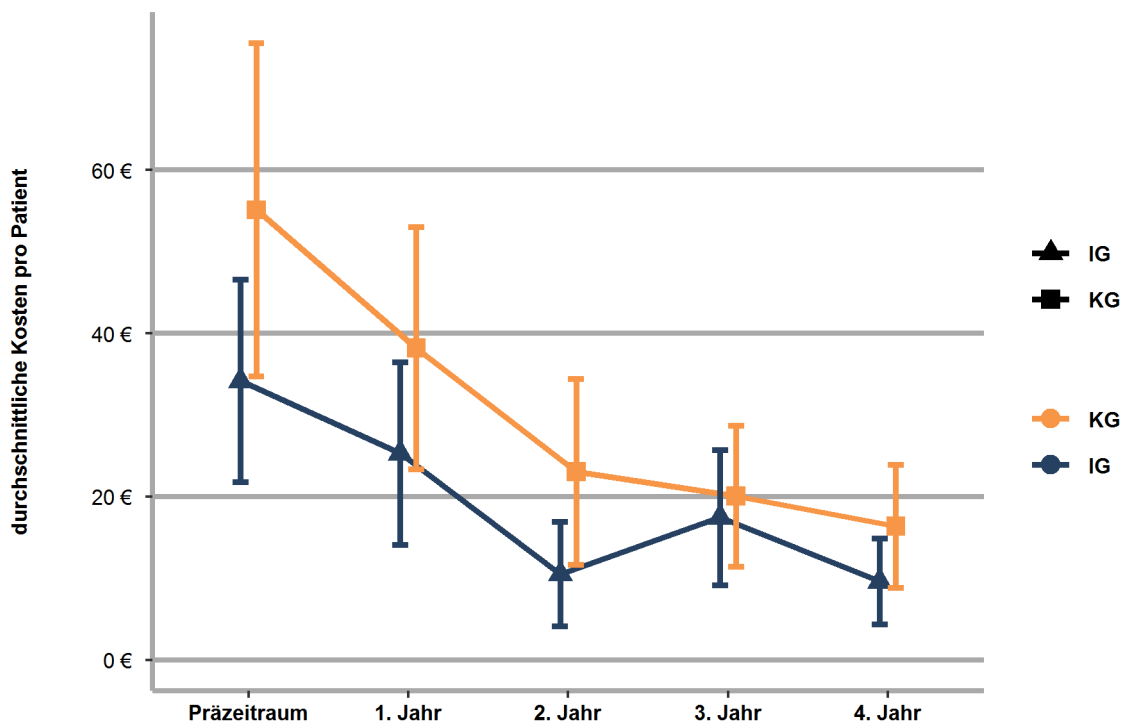
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	24	20	13	18	13	30	30	17	19	19
Mittelwert	34,20 €	25,31 €	10,51 €	17,44 €	9,62 €	55,14 €	38,19 €	23,06 €	20,07 €	16,39 €
Standardabweichung	183,57 €	165,44 €	94,95 €	122,14 €	77,54 €	302,36 €	219,84 €	168,32 €	128,23 €	111,56 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.548,20 €	2.297,17 €	1.548,20 €	1.689,18 €	1.161,15 €	3.706,27 €	2.829,69 €	2.487,82 €	1.321,29 €	1.413,24 €

Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	48	46	40	40	34	65	59	50	46	42
Mittelwert	25,66 €	21,69 €	21,47 €	20,26 €	19,53 €	48,29 €	40,71 €	34,68 €	24,07 €	21,01 €
Standardabweichung	154,31 €	130,04 €	139,31 €	133,71 €	136,37 €	310,40 €	234,96 €	222,25 €	151,91 €	150,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.056,66 €	1.548,20 €	2.019,93 €	1.600,00 €	1.904,32 €	6.113,38 €	2.823,67 €	4.347,77 €	1.814,00 €	2.137,96 €

Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

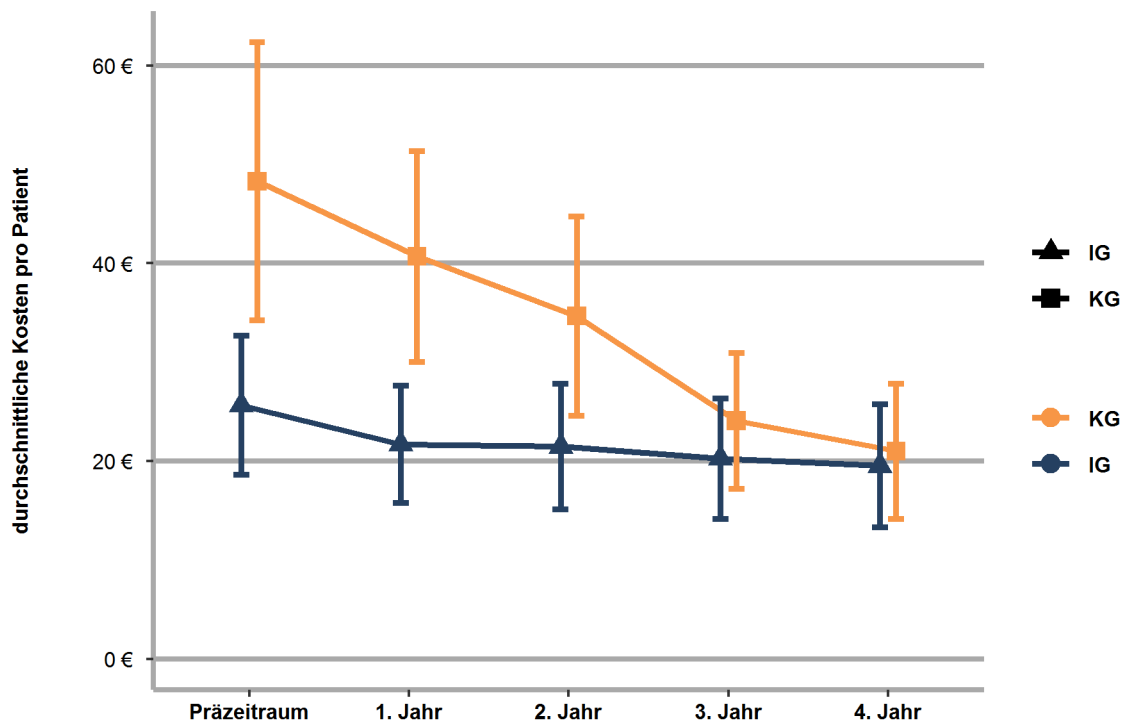


Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	55,14 €	<0,001	55,14 €	<0,001	23,88 €	0,373
IG (vs. KG)	-20,94 €	0,149	-20,94 €	0,149	-21,63 €	0,127
Post (vs. Prä)	-30,71 €	0,008				
IG x Post (DiD)	12,23 €	0,361				
1. Jahr (vs. Prä)			-16,95 €	0,162	3,60 €	0,850
2. Jahr (vs. Prä)			-32,07 €	0,010	-11,52 €	0,548
3. Jahr (vs. Prä)			-35,07 €	0,006	-14,52 €	0,454
4. Jahr (vs. Prä)			-38,74 €	0,001	-18,19 €	0,344
IG x Jahr 1 (DiD)			8,06 €	0,587	7,98 €	0,589
IG x Jahr 2 (DiD)			8,38 €	0,562	8,31 €	0,561
IG x Jahr 3 (DiD)			18,31 €	0,220	18,23 €	0,214
IG x Jahr 4 (DiD)			14,17 €	0,316	14,09 €	0,308
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					4,62 €	0,491
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-13,74 €	0,492
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-24,11 €	0,200
F 30-39 (Affektive Störungen)					-6,87 €	0,651
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					3,99 €	0,790
F 45 (Somatoforme Störungen)					-0,19 €	0,993
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-9,57 €	0,281
F 50 (Essstörungen)					-7,36 €	0,649
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-49,81 €	0,250
F 70-79 (Intelligenzstörung)					48,21 €	0,229
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					91,93 €	0,050
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					11,71 €	0,513
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-37,29 €	0,059
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					399,65 €	0,316
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,92 €	0,604
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,37 €	0,110
R ²		0,005		0,006		0,023

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	48,29 €	<0,001	48,29 €	<0,001	27,20 €	0,219
IG (vs. KG)	-22,63 €	0,018	-22,63 €	0,018	-21,47 €	0,024
Post (vs. Prä)	-18,17 €	0,017				
IG x Post (DiD)	13,25 €	0,124				
1. Jahr (vs. Prä)			-7,58 €	0,303	17,74 €	0,274
2. Jahr (vs. Prä)			-13,61 €	0,141	11,71 €	0,482
3. Jahr (vs. Prä)			-24,22 €	0,004	1,15 €	0,943
4. Jahr (vs. Prä)			-27,28 €	0,002	-1,91 €	0,905
IG x Jahr 1 (DiD)			3,62 €	0,674	3,52 €	0,683
IG x Jahr 2 (DiD)			9,43 €	0,366	9,32 €	0,370
IG x Jahr 3 (DiD)			18,83 €	0,052	18,68 €	0,053
IG x Jahr 4 (DiD)			21,16 €	0,032	21,01 €	0,032
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-3,59 €	0,474
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-25,32 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-33,64 €	0,008
F 30-39 (Affektive Störungen)					-7,45 €	0,488
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-5,66 €	0,630
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,13 €	0,123
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-29,02 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					44,84 €	0,118
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-25,06 €	0,018
F 70-79 (Intelligenzstörung)					53,66 €	0,060
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					69,34 €	0,024
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-7,28 €	0,569
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					49,05 €	0,065
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,99 €	0,276
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,99 €	0,432
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					12,89 €	0,183
R ²		0,002		0,003		0,016

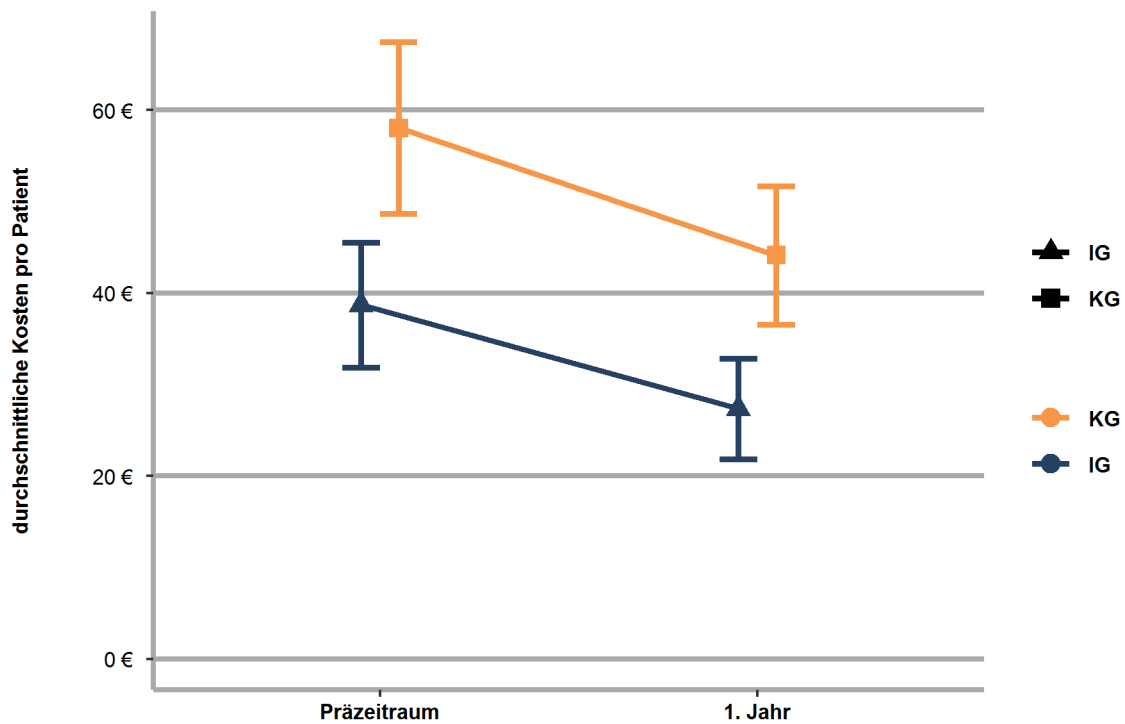
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	110	90	148	138
Mittelwert	38,69 €	27,34 €	58,04 €	44,14 €
Standardabweichung	196,31 €	157,88 €	270,12 €	217,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.075,70 €	2.297,17 €	3.706,27 €	2.829,69 €

Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	72	57	52	100	96	69
Mittelwert	32,37 €	21,64 €	16,45 €	51,73 €	39,35 €	25,41 €
Standardabweichung	179,73 €	139,58 €	117,99 €	258,64 €	207,74 €	152,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.075,70 €	2.297,17 €	1.659,53 €	3.706,27 €	2.829,69 €	2.487,82 €

Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

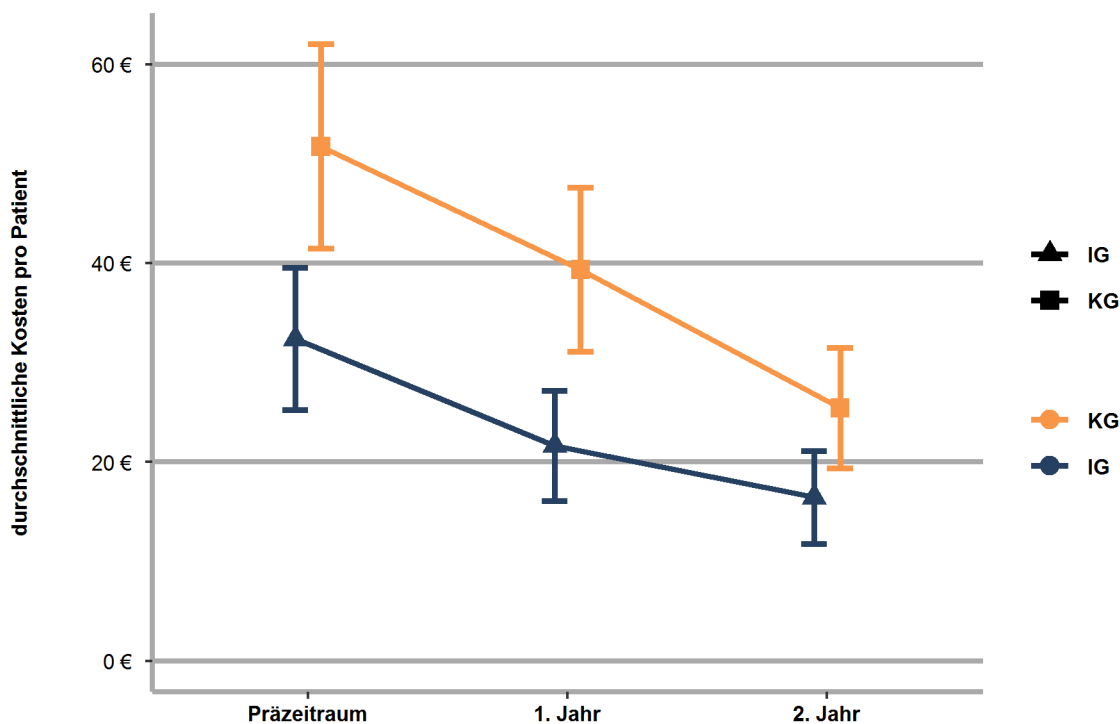


Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	51,73 €	<0,001	51,73 €	<0,001	26,08 €	0,034
IG (vs. KG)	-19,36 €	0,011	-19,36 €	0,011	-20,03 €	0,008
Post (vs. Prä)	-19,34 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	6,02 €	0,405				
1. Jahr (vs. Prä)			-12,38 €	0,045	17,76 €	0,021
2. Jahr (vs. Prä)			-26,31 €	<0,001	3,82 €	0,614
IG x Jahr 1 (DiD)			1,66 €	0,831	2,09 €	0,787
IG x Jahr 2 (DiD)			10,40 €	0,181	10,83 €	0,164
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-0,99 €	0,823
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-31,49 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-19,24 €	0,254
F 30-39 (Affektive Störungen)					-22,11 €	0,008
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-6,11 €	0,535
F 45 (Somatoforme Störungen)					-16,78 €	0,129
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-11,36 €	0,334
F 50 (Essstörungen)					-13,05 €	0,272
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					24,21 €	0,462
F 70-79 (Intelligenzstörung)					56,75 €	0,051
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					99,37 €	0,002
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-0,72 €	0,939
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,96 €	0,796
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					288,92 €	0,117
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-36,27 €	0,063
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					39,22 €	<0,001
R ²		0,004		0,004		0,025

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

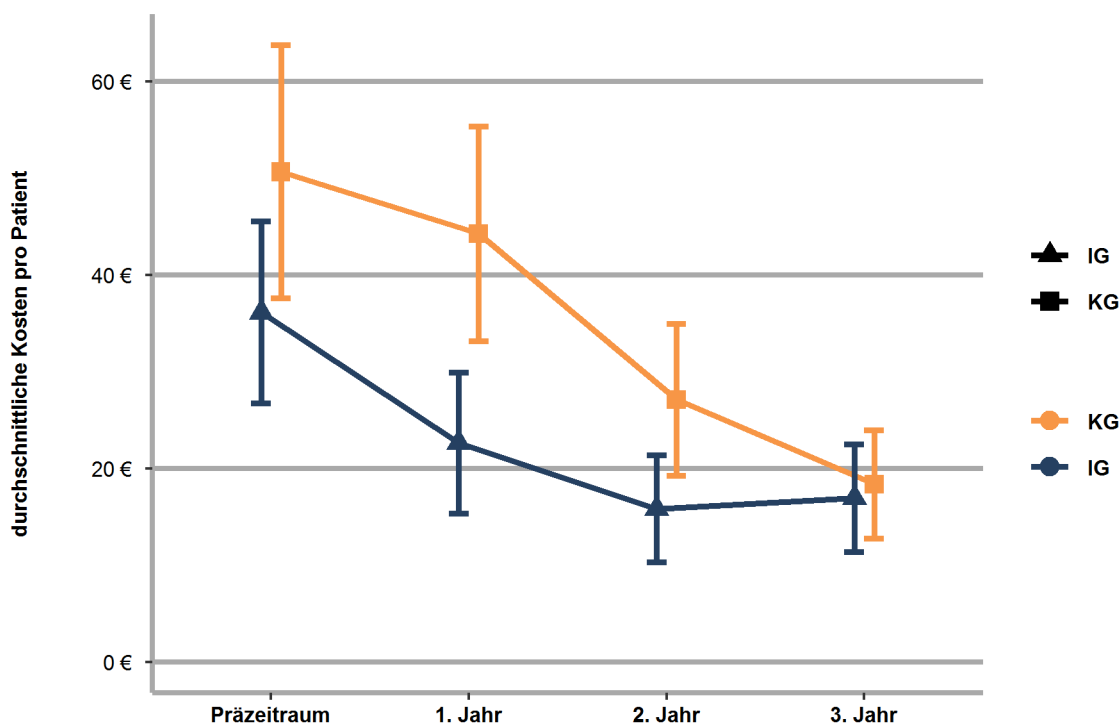
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	52	37	36	35	60	68	46	39
Mittelwert	36,14 €	22,65 €	15,83 €	16,95 €	50,65 €	44,26 €	27,10 €	18,37 €
Standardabweichung	194,49 €	150,72 €	114,66 €	114,77 €	270,01 €	229,19 €	162,17 €	115,10 €
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	3.075,70 €	2.297,17 €	1.659,53 €	1.689,18 €	3.706,27 €	2.829,69 €	2.487,82 €	1.321,29 €

Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

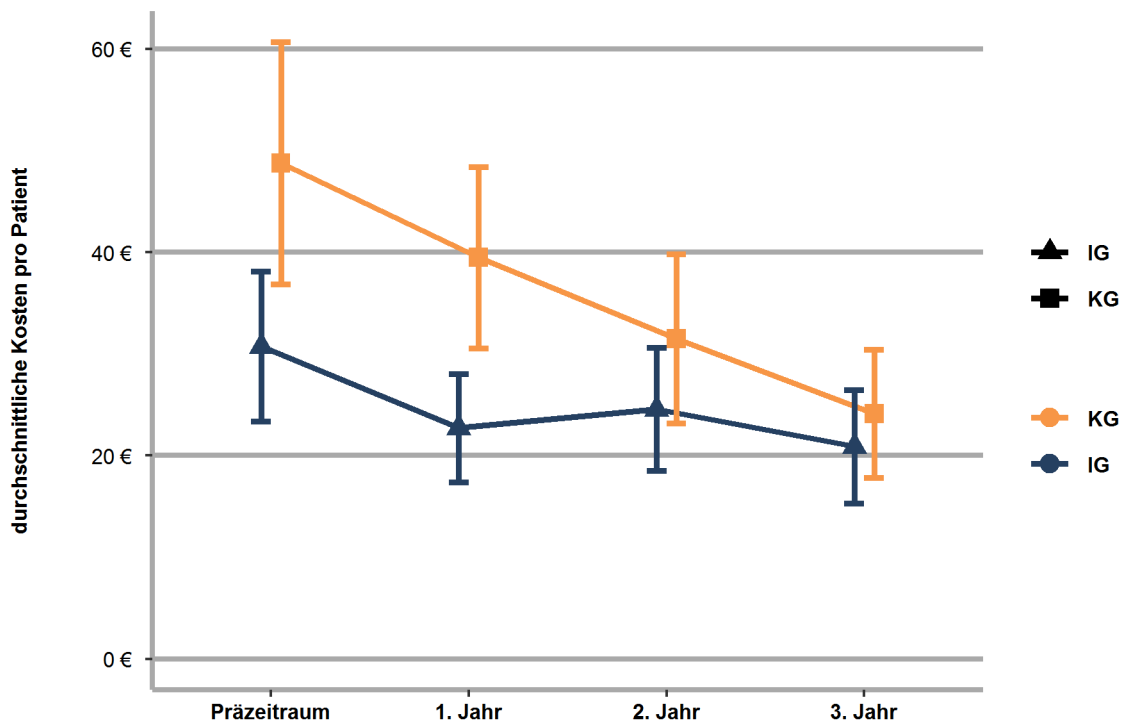


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	69	63	55	51	90	79	63	57
Mittelwert	30,73 €	22,73 €	24,54 €	20,90 €	48,75 €	39,48 €	31,50 €	24,12 €
Standardabweichung	182,74 €	131,88 €	150,03 €	138,23 €	295,64 €	221,62 €	206,17 €	156,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.401,04 €	1.548,20 €	2.019,93 €	1.600,00 €	6.113,38 €	2.823,67 €	4.347,77 €	1.986,88 €

Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 224, Tabelle 226) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 244,84 € geringere Kosten als die KG mit 256,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 398,46 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 421,19 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 10,82 € nicht signifikant ($p=0,752$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 103,31 €. In der KG sanken die Kosten auf 118,44 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 3,22 € nicht signifikant ($p=0,892$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 225, Tabelle 227) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 264,39 € mehr Kosten als die KG mit 244,87 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 288,41 €. In der KG stiegen die Kosten auf 248,37 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 20,51 € nicht signifikant ($p=0,184$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 104,29 €. In der KG sanken die Kosten auf 120,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 35,38 € nicht signifikant ($p=0,032$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 228) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 193,15 € geringere Kosten als die KG mit 194,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 241,17 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 252,89 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 229, Tabelle 230) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen

Kosten von 209,79 € weniger Kosten als die KG mit 212,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 262,00 €. In der KG stiegen die Kosten auf 276,84 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 12,48 € nicht signifikant ($p=0,395$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 140,35 €. In der KG sanken die Kosten auf 155,23 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken sich die Kosten in der IG um 12,53 € nicht signifikant ($p=0,304$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 231) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 249,31 € höhere Kosten als die KG mit 244,17 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 305,86 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 313,96 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 113,76 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 122,99 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 232) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 264,41 € mehr Kosten als die KG mit 246,04 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 284,09 €. In der KG stiegen die Kosten auf 249,25 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 110,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 123,05 €.

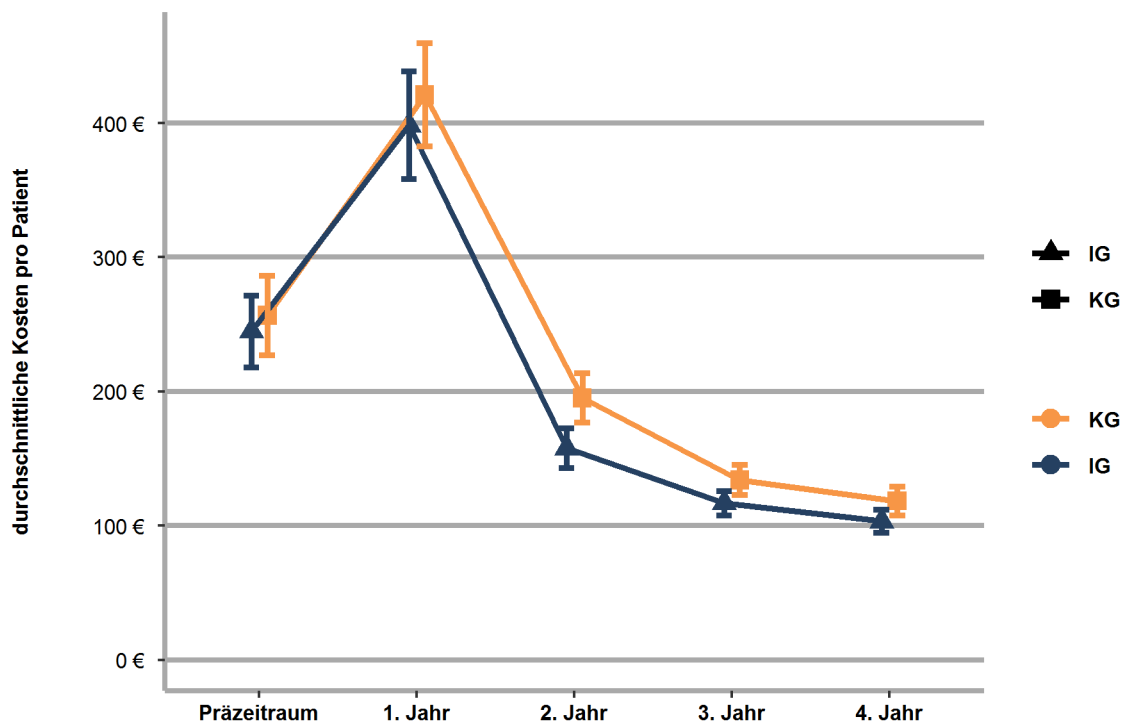
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	881	897	771	733	674	852	903	780	723	665
Mittelwert	244,84 €	398,46 €	157,91 €	117,02 €	103,31 €	256,74 €	421,19 €	195,29 €	134,14 €	118,44 €
Standardabweichung	516,22 €	769,64 €	275,45 €	166,26 €	153,96 €	563,68 €	728,00 €	340,92 €	201,59 €	194,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	21,17 €	27,29 €	15,33 €	11,03 €	8,92 €	18,35 €	38,67 €	21,57 €	15,37 €	5,93 €
Median	69,90 €	86,13 €	59,04 €	50,45 €	44,17 €	65,71 €	117,84 €	73,97 €	65,17 €	47,95 €
75%-Perzentil	198,02 €	308,19 €	167,09 €	148,88 €	133,86 €	210,55 €	365,83 €	233,98 €	177,16 €	158,73 €
Maximum	5.099,24 €	4.942,51 €	2.668,45 €	1.742,63 €	1.943,84 €	4.895,64 €	5.183,94 €	4.038,78 €	2.600,53 €	3.105,11 €

Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.352	2.337	2.214	2.127	2.044	2.294	2.298	2.178	2.092	2.012
Mittelwert	264,39 €	288,41 €	164,68 €	110,33 €	104,29 €	244,87 €	248,37 €	164,98 €	122,29 €	120,15 €
Standardabweichung	576,29 €	654,16 €	311,35 €	171,06 €	167,43 €	617,65 €	613,77 €	337,47 €	230,75 €	223,37 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	35,07 €	32,31 €	28,93 €	25,76 €	24,09 €	27,37 €	26,16 €	23,20 €	22,81 €	22,38 €
Median	73,22 €	67,38 €	61,76 €	59,38 €	53,71 €	63,25 €	60,17 €	55,63 €	57,06 €	55,73 €
75%-Perzentil	155,50 €	155,25 €	142,26 €	126,16 €	120,81 €	140,74 €	137,17 €	136,60 €	123,28 €	127,17 €
Maximum	6.442 €	6.970 €	4.331 €	3.144 €	2.885 €	11.944 €	10.728 €	3.928 €	2.937 €	2.966 €

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

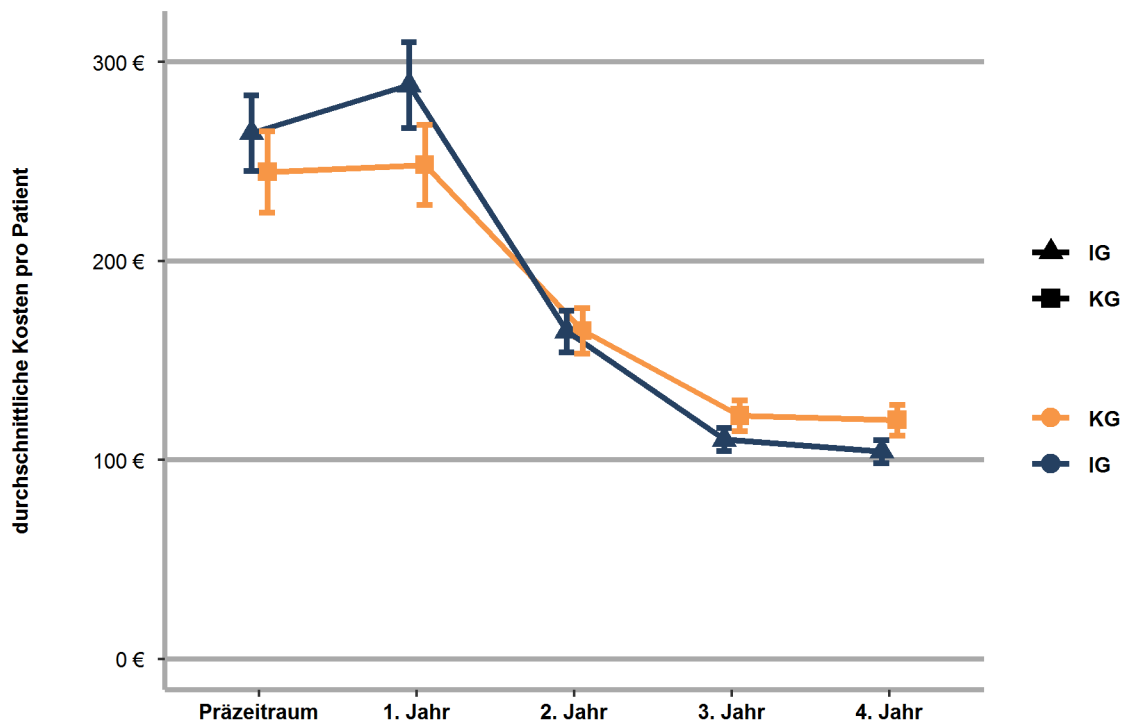


Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	256,74 €	<0,001	256,74 €	<0,001	-52,42 €	0,058
IG (vs. KG)	-11,91 €	0,625	-11,91 €	0,625	-12,51 €	0,592
Post (vs. Prä)	-33,91 €	0,040				
IG x Post (DiD)	-11,04 €	0,627				
1. Jahr (vs. Prä)			164,45 €	<0,001	409,83 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-61,45 €	<0,001	177,94 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-122,61 €	<0,001	113,33 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-138,31 €	<0,001	93,47 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-10,82 €	0,752	-7,07 €	0,837
IG x Jahr 2 (DiD)			-25,48 €	0,294	-23,38 €	0,335
IG x Jahr 3 (DiD)			-5,21 €	0,824	-2,22 €	0,924
IG x Jahr 4 (DiD)			-3,22 €	0,892	0,41 €	0,986
Alter (30-47 J. vs. U30)					42,66 €	0,048
Alter (48-64 J. vs. U30)					13,52 €	0,499
Alter (Ü64 vs. U30)					-100,91 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					41,12 €	0,002
F 00 (Demenz)					-58,11 €	0,085
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-36,16 €	0,401
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					68,54 €	0,418
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-33,34 €	0,133
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					55,72 €	0,052
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-75,90 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					29,88 €	0,305
F 30-39 (Affektive Störungen)					85,13 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					58,86 €	0,006
F 45 (Somatoforme Störungen)					-31,31 €	0,167
F 40-48 (ohne F43 und F45)					46,41 €	0,165
F 50 (Essstörungen)					19,92 €	0,747
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					154,40 €	0,033
F 70-79 (Intelligenzstörung)					38,33 €	0,588
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-96,77 €	0,052
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-56,76 €	0,094
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					203,82 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					258,32 €	0,060
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					27,06 €	0,722
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					259,13 €	<0,001
R ²		0,002		0,055		0,104

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	244,87 €	<0,001	244,87 €	<0,001	79,90 €	0,024
IG (vs. KG)	19,52 €	0,248	19,52 €	0,248	9,16 €	0,578
Post (vs. Prä)	-79,12 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-16,23 €	0,247				
1. Jahr (vs. Prä)			3,51 €	0,733	229,71 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-79,89 €	<0,001	143,74 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-122,58 €	<0,001	98,62 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-124,72 €	<0,001	94,01 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			20,51 €	0,184	27,69 €	0,078
IG x Jahr 2 (DiD)			-19,82 €	0,206	-12,68 €	0,421
IG x Jahr 3 (DiD)			-31,48 €	0,053	-24,08 €	0,139
IG x Jahr 4 (DiD)			-35,38 €	0,032	-27,59 €	0,094
Alter (30-47 J. vs. U30)					-14,95 €	0,455
Alter (48-64 J. vs. U30)					-74,74 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					-163,76 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					37,95 €	<0,001
F 00 (Demenz)					120,37 €	0,100
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-4,89 €	0,791
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					6,69 €	0,862
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-28,86 €	0,020
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-20,80 €	0,128
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					5,39 €	0,739
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-68,92 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					14,38 €	0,276
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					16,68 €	0,221
F 45 (Somatoforme Störungen)					28,65 €	0,163
F 40-48 (ohne F43 und F45)					6,39 €	0,740
F 50 (Essstörungen)					-24,56 €	0,464
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					98,98 €	0,013
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-108,81 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-70,84 €	0,234
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-50,46 €	0,106
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					94,24 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					168,79 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-37,27 €	0,234
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					258,86 €	<0,001
R ²		0,006		0,023		0,062

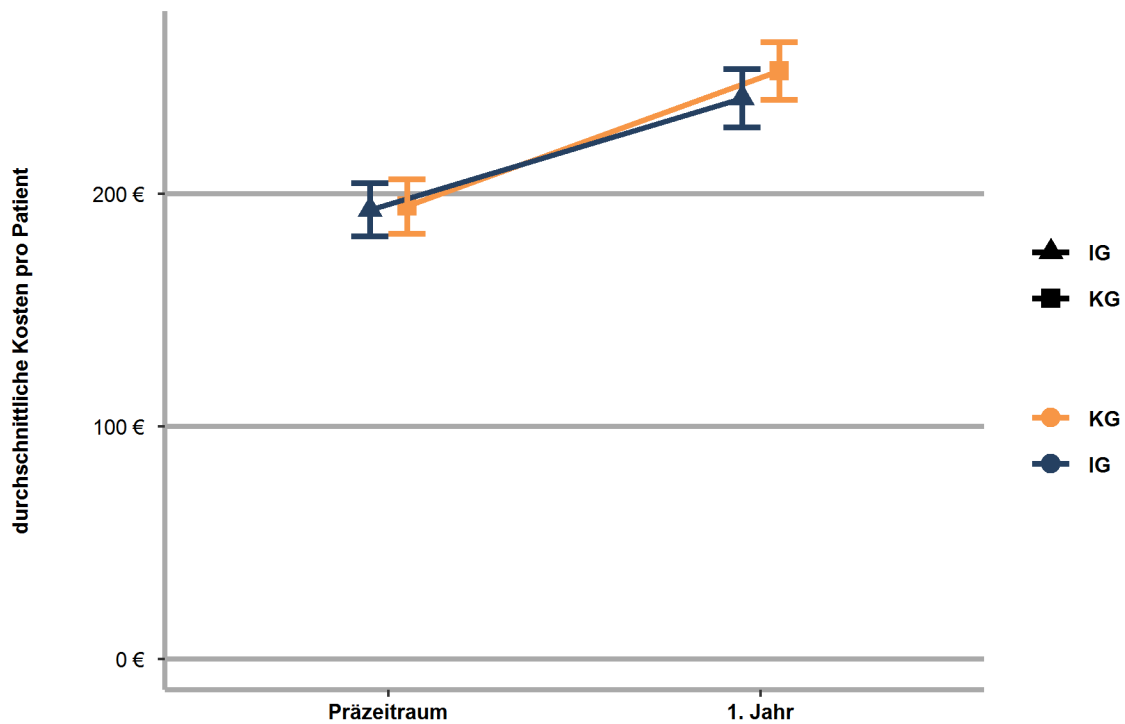
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	3.205	3.340	3.189	3.348
Mittelwert	193,15 €	241,17 €	194,66 €	252,89 €
Standardabweichung	421,81 €	464,82 €	432,51 €	453,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	17,92 €	29,41 €	19,27 €	31,96 €
Median	60,41 €	88,74 €	64,19 €	101,43 €
75%-Perzentil	172,89 €	254,62 €	185,55 €	284,12 €
Maximum	6.117,63 €	4.942,51 €	5.160,32 €	5.183,94 €

Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	2.507	2.630	2.215	2.513	2.654	2.231
Mittelwert	209,79 €	262,00 €	140,35 €	212,15 €	276,84 €	155,23 €
Standardabweichung	461,02 €	507,82 €	238,68 €	473,05 €	492,46 €	253,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	18,15 €	30,50 €	14,61 €	19,79 €	35,44 €	16,03 €
Median	60,62 €	89,98 €	57,74 €	65,55 €	107,29 €	64,14 €
75%-Perzentil	181,29 €	271,95 €	169,26 €	195,61 €	301,75 €	200,22 €
Maximum	6.117,63 €	4.942,51 €	4.688,38 €	5.160,32 €	5.183,94 €	4.038,78 €

Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

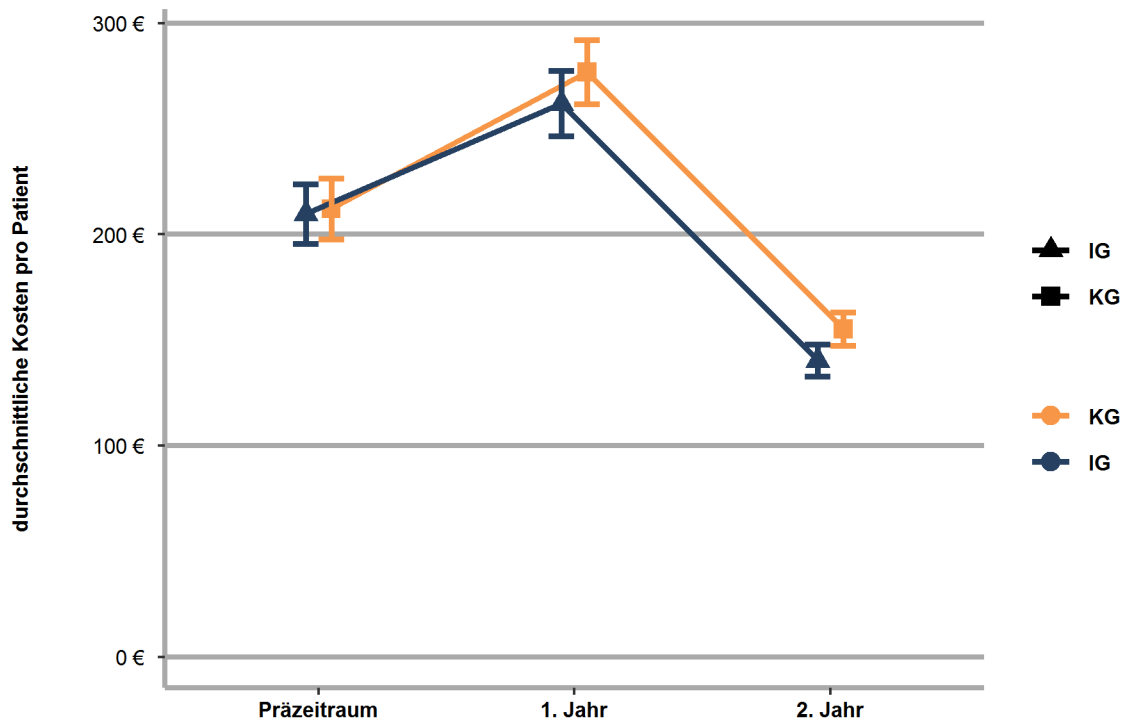


Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	212,15 €	<0,001	212,15 €	<0,001	-46,68 €	0,005
IG (vs. KG)	-2,36 €	0,848	-2,36 €	0,848	1,22 €	0,918
Post (vs. Prä)	5,83 €	0,495				
IG x Post (DiD)	-12,34 €	0,315				
1. Jahr (vs. Prä)			64,69 €	<0,001	265,28 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-56,91 €	<0,001	138,05 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-12,48 €	0,395	-13,08 €	0,374
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,53 €	0,304	-14,35 €	0,236
Alter (30-47 J. vs. U30)					38,09 €	0,006
Alter (48-64 J. vs. U30)					15,26 €	0,244
Alter (Ü64 vs. U30)					-96,11 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					39,24 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-30,42 €	0,024
F 01 (Vaskuläre Demenz)					12,18 €	0,507
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					65,33 €	0,130
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-21,93 €	0,057
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					43,89 €	0,003
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-70,80 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					39,54 €	0,029
F 30-39 (Affektive Störungen)					79,50 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					55,32 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-21,66 €	0,140
F 40-48 (ohne F43 und F45)					51,25 €	0,031
F 50 (Essstörungen)					34,28 €	0,509
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					128,42 €	0,008
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-58,66 €	0,075
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-37,37 €	0,284
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-16,88 €	0,458
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,24 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					418,86 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					28,45 €	0,512
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					218,46 €	<0,001
R ²		<0,001		0,014		0,071

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

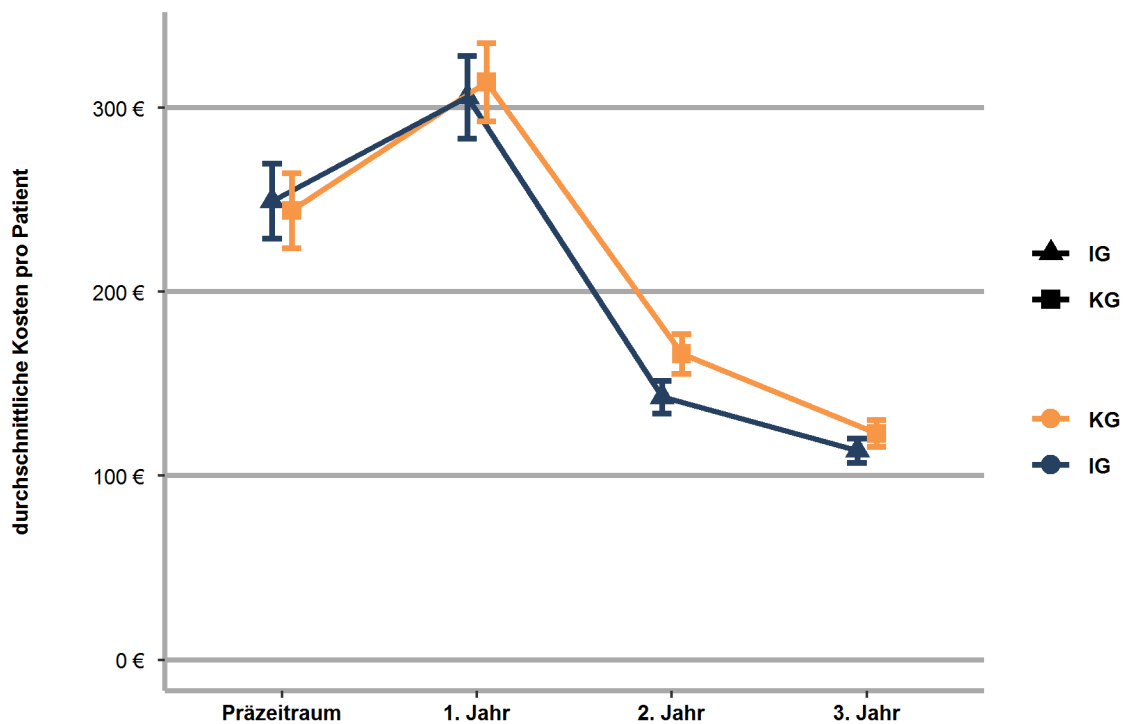
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.695	1.760	1.502	1.426	1.680	1.782	1.535	1.403
Mittelwert	249,31 €	305,86 €	142,82 €	113,76 €	244,17 €	313,96 €	166,35 €	122,99 €
Standardabweichung	541,87 €	597,96 €	231,25 €	165,71 €	541,52 €	563,70 €	277,99 €	186,26 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	19,18 €	30,61 €	15,69 €	10,81 €	19,60 €	35,54 €	19,03 €	9,96 €
Median	64,22 €	87,57 €	58,60 €	48,28 €	66,64 €	107,08 €	68,35 €	51,26 €
75%-Perzentil	200,29 €	293,30 €	169,75 €	148,20 €	206,05 €	316,40 €	214,71 €	165,77 €
Maximum	6.117,63 €	4.942,51 €	2.668,45 €	1.742,63 €	5.160,32 €	5.183,94 €	4.038,78 €	2.600,53 €

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

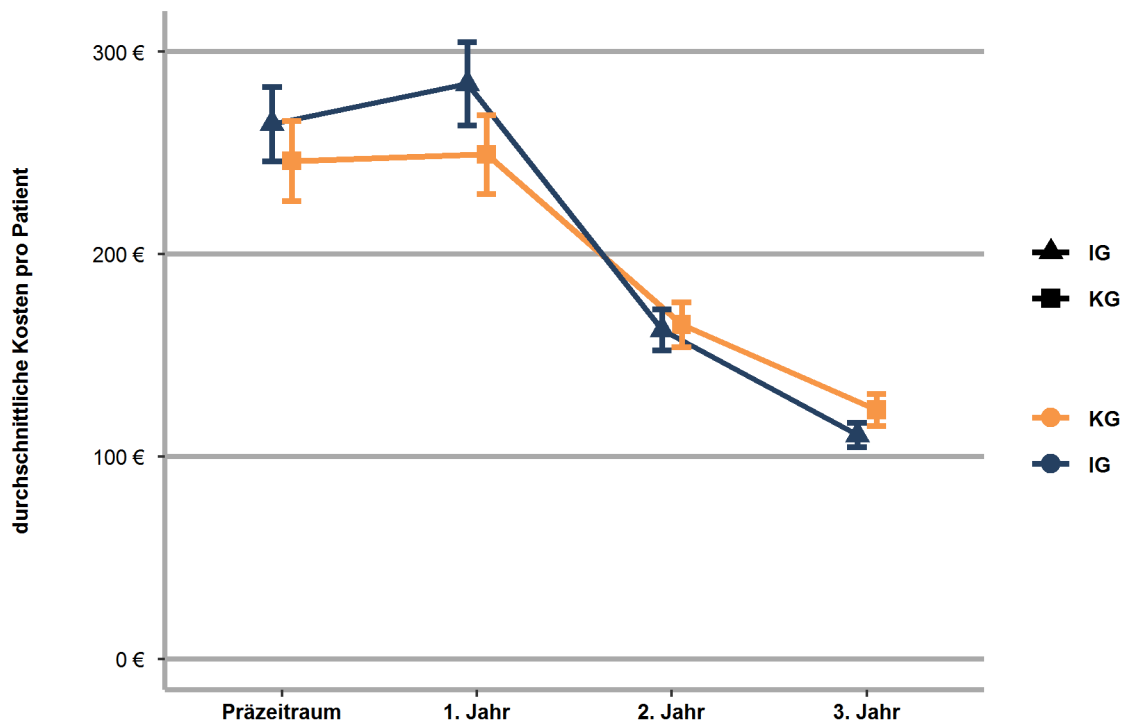


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.489	2.476	2.340	2.239	2.432	2.436	2.292	2.191
Mittelwert	264,41 €	284,09 €	162,54 €	110,58 €	246,04 €	249,25 €	165,15 €	123,05 €
Standardabweichung	574,08 €	642,76 €	310,04 €	182,23 €	616,15 €	610,49 €	337,31 €	235,94 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	34,85 €	32,12 €	28,75 €	24,60 €	28,00 €	26,02 €	22,83 €	22,06 €
Median	72,87 €	68,29 €	61,45 €	58,87 €	64,03 €	60,72 €	55,82 €	56,92 €
75%-Perzentil	156,43 €	158,74 €	142,20 €	125,76 €	142,80 €	139,68 €	139,06 €	123,94 €
Maximum	6.442 €	6.970 €	4.331 €	3.495 €	11.944 €	10.728 €	3.928 €	3.140 €

Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 233, Tabelle 235) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 203,54 € höhere Kosten als die KG mit 198,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 371,44 €. In der KG stiegen die Kosten auf 383,91 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 17,76 € nicht signifikant ($p=0,706$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 89,45 €. In der KG sanken die Kosten auf 96,39 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 12,24 € nicht signifikant ($p=0,707$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 234, Tabelle 236) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 241,42 € höhere Kosten als die KG mit 233,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 361,83 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 375,18 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 21,63 € nicht signifikant ($p=0,526$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 96,09 €. In der KG sanken die Kosten auf 98,54 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 10,73 € signifikant ($p=0,672$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 237) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 189,33 € weniger Kosten als die KG mit 162,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 243,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 239,65 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 238, Tabelle 239) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 208,78 € höhere Kosten als die KG mit 175,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 261,57 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 255,49 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 27,11 € nicht signifikant ($p=0,216$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 159,92 €. In der KG sanken die Kosten auf 141,08 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 14,35 € nicht signifikant ($p=0,460$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 240) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 237,75 € mehr Kosten als die KG mit 201,32 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 296,84 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 289,29 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 113,38 €. In der KG sanken die Kosten auf 110,07 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 241) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 244,77 € höhere Kosten als die KG mit 233,77 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 326,35 €. In der KG stiegen die Kosten auf 330,52 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 105,35 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 106,25 €.

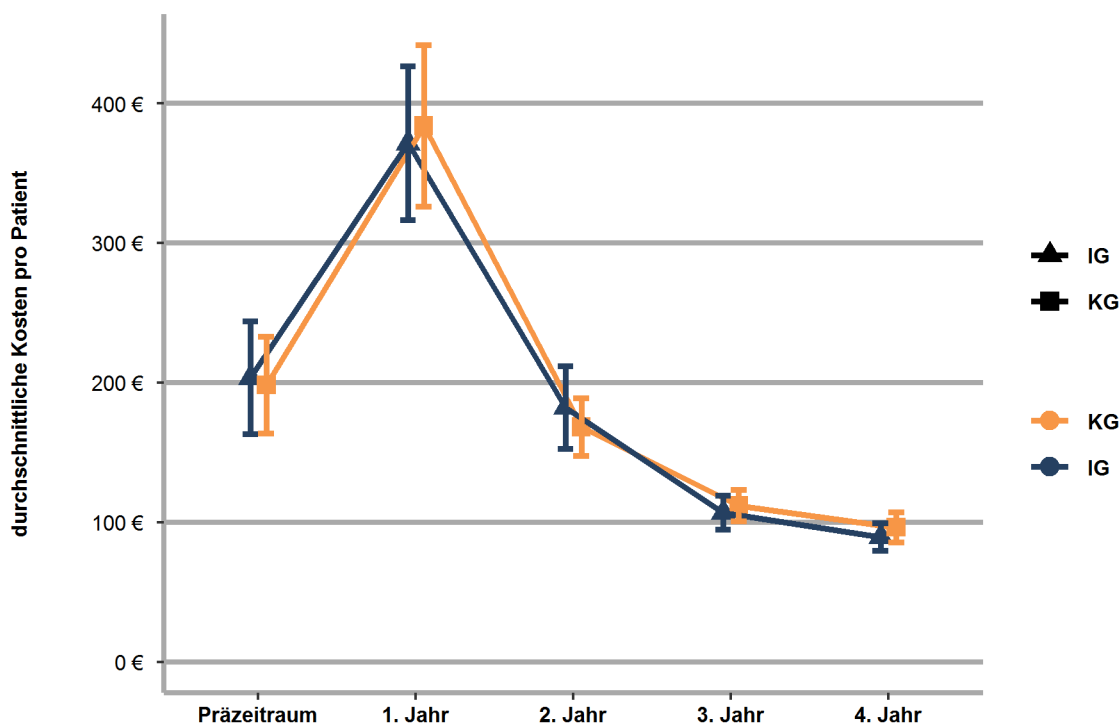
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	464	488	430	377	347	457	498	436	406	370
Mittelwert	203,54 €	371,44 €	182,25 €	106,86 €	89,45 €	198,24 €	383,91 €	168,18 €	111,88 €	96,39 €
Standardabweichung	597,94 €	814,96 €	437,56 €	178,66 €	144,60 €	513,28 €	854,63 €	306,01 €	166,20 €	157,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,93 €	19,05 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	6,97 €	23,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	45,03 €	79,85 €	43,06 €	35,50 €	23,03 €	38,61 €	79,97 €	49,42 €	46,30 €	29,63 €
75%-Perzentil	134,25 €	244,44 €	157,90 €	124,45 €	116,18 €	133,08 €	237,98 €	182,18 €	151,27 €	127,39 €
Maximum	5.537,43 €	5.552,94 €	6.244,67 €	1.102,85 €	767,15 €	4.453,08 €	6.190,01 €	2.653,82 €	974,54 €	1.095,09 €

Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.084	1.102	985	897	834	1.092	1.141	1.013	965	919
Mittelwert	241,42 €	361,83 €	210,22 €	108,17 €	96,09 €	233,14 €	375,18 €	222,65 €	107,96 €	98,54 €
Standardabweichung	679,78 €	900,61 €	488,04 €	160,09 €	153,50 €	616,15 €	890,29 €	474,38 €	156,98 €	148,75 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	16,48 €	22,20 €	4,11 €	0,00 €	0,00 €	16,48 €	30,03 €	8,03 €	0,00 €	0,00 €
Median	59,49 €	76,07 €	55,67 €	44,35 €	31,81 €	62,45 €	77,31 €	60,36 €	50,50 €	39,55 €
75%-Perzentil	139,42 €	181,29 €	151,28 €	149,03 €	134,97 €	145,79 €	188,02 €	179,83 €	137,57 €	128,30 €
Maximum	8.403 €	10.622 €	5.314 €	1.615 €	1.267 €	8.665 €	8.407 €	4.270 €	1.031 €	1.064 €

Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

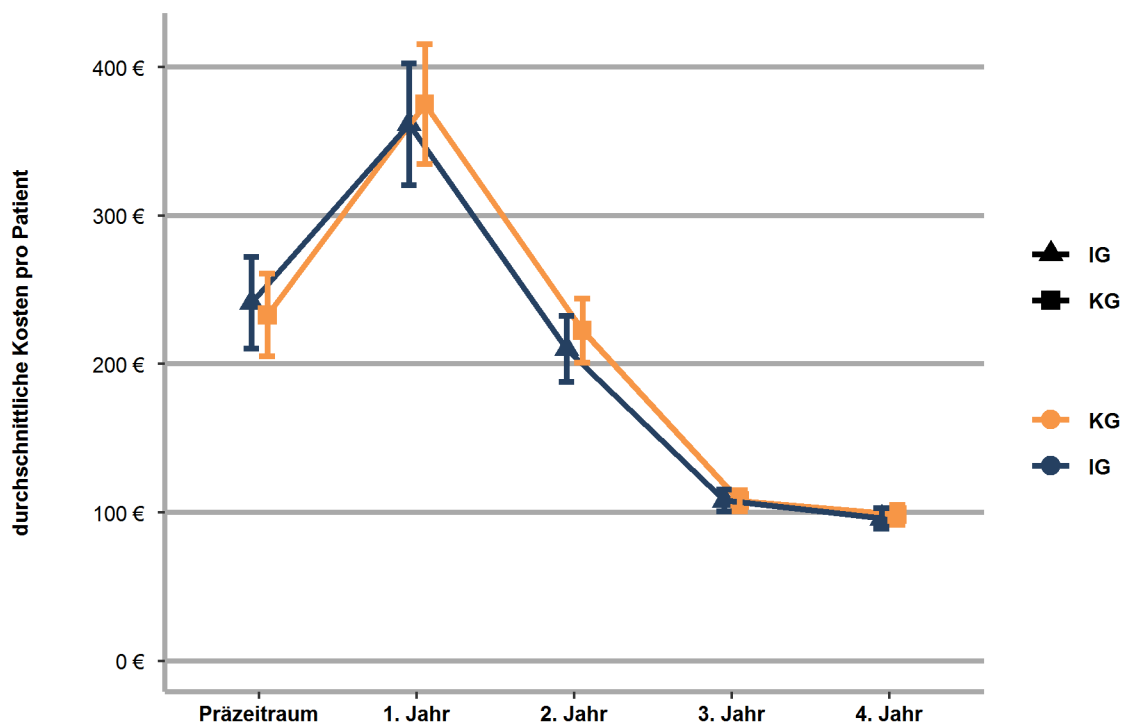


Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	198,24 €	<0,001	198,24 €	<0,001	-89,79 €	0,054
IG (vs. KG)	5,30 €	0,870	5,30 €	0,870	15,37 €	0,638
Post (vs. Prä)	-8,15 €	0,672				
IG x Post (DiD)	-7,89 €	0,801				
1. Jahr (vs. Prä)			185,67 €	<0,001	401,40 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-30,05 €	0,177	185,68 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-86,36 €	<0,001	129,37 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-101,85 €	<0,001	113,88 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-17,76 €	0,706	-25,12 €	0,602
IG x Jahr 2 (DiD)			8,76 €	0,812	1,41 €	0,970
IG x Jahr 3 (DiD)			-10,32 €	0,748	-17,68 €	0,589
IG x Jahr 4 (DiD)			-12,24 €	0,707	-19,59 €	0,553
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					62,22 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-145,26 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft Stör.)					176,78 €	0,206
F 30-39 (Affektive Störungen)					133,68 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					138,83 €	0,005
F 45 (Somatoforme Störungen)					-2,17 €	0,960
F 40-48 (ohne F43 und F45)					140,25 €	0,176
F 50 (Essstörungen)					230,56 €	0,092
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					100,49 €	0,403
F 70-79 (Intelligenzstörung)					15,52 €	0,877
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					146,68 €	0,063
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					10,45 €	0,811
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					304,48 €	0,052
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-211,21 €	0,066
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					160,71 €	0,226
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					252,60 €	<0,001
R ²		<0,001		0,041		0,082

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	233,14 €	<0,001	233,14 €	<0,001	25,42 €	0,628
IG (vs. KG)	8,28 €	0,744	8,28 €	0,744	8,19 €	0,740
Post (vs. Prä)	-32,02 €	0,046				
IG x Post (DiD)	-15,32 €	0,525				
1. Jahr (vs. Prä)			142,05 €	<0,001	308,01 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-10,49 €	0,586	155,47 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			-125,17 €	<0,001	40,90 €	0,406
4. Jahr (vs. Prä)			-134,59 €	<0,001	31,48 €	0,523
IG x Jahr 1 (DiD)			-21,63 €	0,526	-20,88 €	0,546
IG x Jahr 2 (DiD)			-20,70 €	0,473	-19,95 €	0,490
IG x Jahr 3 (DiD)			-8,07 €	0,749	-7,42 €	0,766
IG x Jahr 4 (DiD)			-10,73 €	0,672	-10,09 €	0,686
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					28,44 €	0,033
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					130,41 €	0,555
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					113,16 €	0,578
F 30-39 (Affektive Störungen)					182,93 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					59,52 €	0,145
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,65 €	0,550
F 40-48 (ohne F43 und F45)					87,28 €	0,280
F 50 (Essstörungen)					209,39 €	0,037
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-0,66 €	0,998
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-46,86 €	0,016
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-12,05 €	0,713
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					13,08 €	0,679
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					196,56 €	0,006
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					14,81 €	0,819
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-88,43 €	0,115
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					279,38 €	<0,001
R ²		<0,001		0,032		0,059

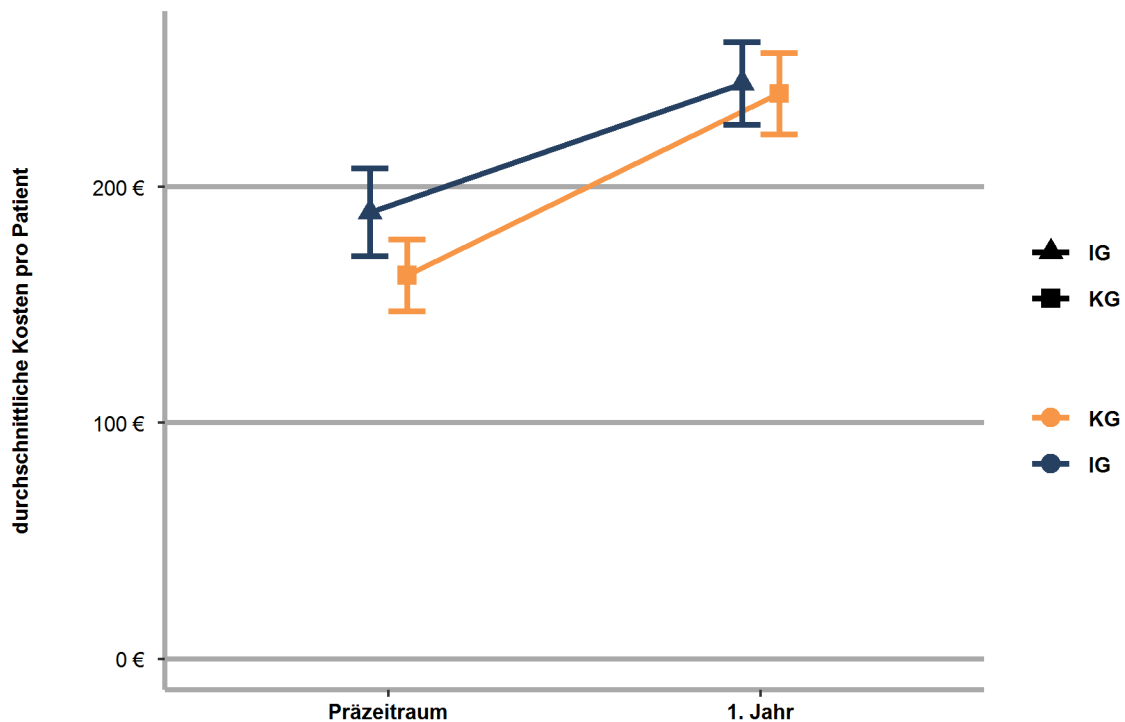
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	1.722	1.855	1.728	1.919
Mittelwert	189,33 €	243,96 €	162,55 €	239,65 €
Standardabweichung	535,51 €	501,22 €	439,17 €	496,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	6,39 €	21,53 €	8,00 €	28,01 €
Median	46,12 €	87,12 €	42,24 €	86,81 €
75%-Perzentil	142,19 €	250,11 €	127,64 €	242,57 €
Maximum	6.339,17 €	5.552,94 €	5.257,07 €	6.190,01 €

Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	1.312	1.402	1.219	1.313	1.462	1.259
Mittelwert	208,78 €	261,57 €	159,92 €	175,59 €	255,49 €	141,08 €
Standardabweichung	596,93 €	556,35 €	318,68 €	486,20 €	552,86 €	231,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	6,37 €	20,12 €	0,00 €	6,91 €	27,70 €	0,00 €
Median	44,56 €	86,18 €	57,49 €	41,07 €	84,89 €	53,93 €
75%-Perzentil	140,59 €	242,95 €	186,19 €	128,81 €	233,98 €	178,19 €
Maximum	6.339,17 €	5.552,94 €	6.244,67 €	5.257,07 €	6.190,01 €	2.653,82 €

Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

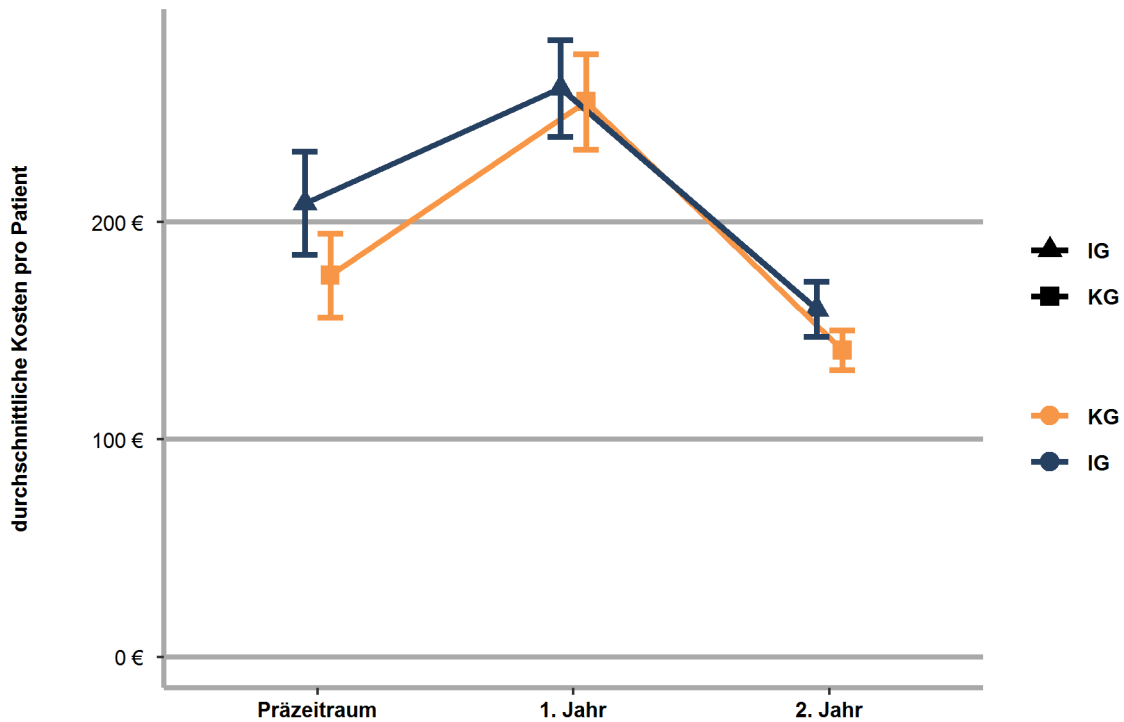


Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	175,59 €	<0,001	175,59 €	<0,001	-92,10 €	0,002
IG (vs. KG)	33,19 €	0,074	33,19 €	0,075	37,72 €	0,037
Post (vs. Prä)	22,72 €	0,057				
IG x Post (DiD)	-20,75 €	0,277				
1. Jahr (vs. Prä)			79,90 €	<0,001	278,51 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-34,50 €	0,004	164,09 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-27,11 €	0,216	-32,03 €	0,145
IG x Jahr 2 (DiD)			-14,35 €	0,460	-19,27 €	0,315
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					35,21 €	0,003
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-52,35 €	0,147
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					124,10 €	0,262
F 30-39 (Affektive Störungen)					166,92 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					120,74 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,98 €	0,789
F 40-48 (ohne F43 und F45)					158,45 €	0,122
F 50 (Essstörungen)					183,30 €	0,006
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					31,22 €	0,632
F 70-79 (Intelligenzstörung)					8,89 €	0,833
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					67,50 €	0,139
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					13,88 €	0,606
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					198,02 €	0,019
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-157,95 €	0,020
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					269,71 €	0,014
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					237,97 €	<0,001
R ²		<0,001		0,009		0,059

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

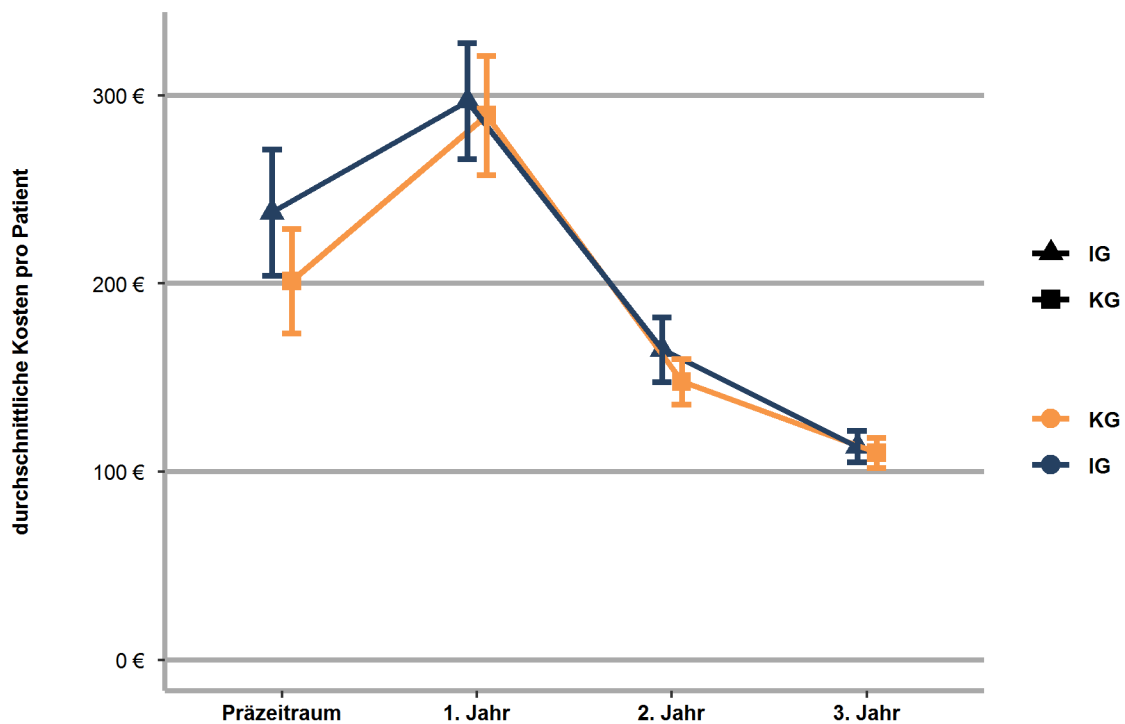
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	905	961	841	765	880	981	857	769
Mittelwert	237,75 €	296,84 €	164,90 €	113,38 €	201,32 €	289,29 €	147,82 €	110,07 €
Standardabweichung	692,46 €	636,74 €	357,08 €	174,50 €	571,54 €	652,12 €	252,66 €	164,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,93 €	21,10 €	0,00 €	0,00 €	5,84 €	26,44 €	0,00 €	0,00 €
Median	44,53 €	86,93 €	53,32 €	40,75 €	37,77 €	82,61 €	53,34 €	45,16 €
75%-Perzentil	132,68 €	252,82 €	177,50 €	146,66 €	124,08 €	219,40 €	178,72 €	149,24 €
Maximum	6.339,17 €	5.552,94 €	6.244,67 €	1.102,85 €	5.257,07 €	6.190,01 €	2.653,82 €	974,54 €

Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

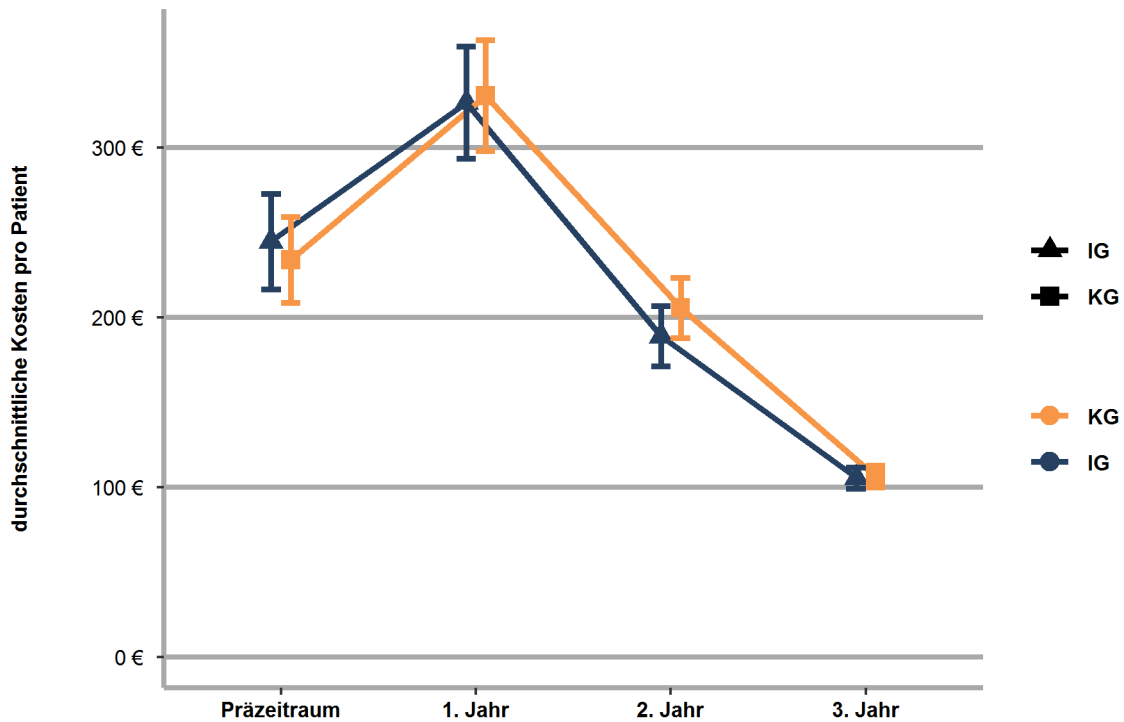


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.378	1.397	1.248	1.133	1.395	1.439	1.282	1.210
Mittelwert	244,77 €	326,35 €	188,92 €	105,35 €	233,77 €	330,52 €	205,64 €	106,25 €
Standardabweichung	696,09 €	818,56 €	441,27 €	155,77 €	628,17 €	809,80 €	440,22 €	156,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	15,93 €	21,88 €	1,53 €	0,00 €	17,16 €	29,42 €	6,87 €	0,00 €
Median	55,92 €	74,56 €	55,32 €	42,48 €	62,35 €	76,98 €	58,77 €	46,93 €
75%-Perzentil	139,15 €	182,74 €	149,28 €	144,72 €	143,84 €	180,40 €	174,87 €	135,07 €
Maximum	8.403 €	10.622 €	5.314 €	1.615 €	8.665 €	8.407 €	4.270 €	1.031 €

Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 242, Tabelle 244) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 157,24 € geringere Kosten als die KG mit 178,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 265,47 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 313,36 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,20 € nicht signifikant ($p=0,257$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 250,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 244,04 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 28,24 € nicht signifikant ($p=0,426$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 243, Tabelle 245) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 756,16 € geringere Kosten als die KG mit 772,48 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 728,59 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 789,89 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 44,98 € nicht signifikant ($p=0,028$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 638,02 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 663,50 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 9,16 € nicht signifikant ($p=0,789$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 246) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 147,73 € höhere Kosten als die KG mit 154,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 261,11 €. In der KG stiegen die Kosten auf 286,46 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 247, Tabelle 248) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 152,97 € geringere Kosten als die KG mit 163,92 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 258,52 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 298,26 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 28,79 € nicht signifikant ($p=0,069$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr

sanken die Kosten in der IG auf 240,07 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 272,07 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 21,05 € signifikant ($p=0,335$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 249) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 152,23 € niedrigere Kosten als die KG mit 171,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 257,12 €. In der KG stiegen die Kosten auf 325,65 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 239,14 €. In der KG sanken die Kosten auf 279,82 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 250) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 729,63 € geringere Kosten als die KG mit 746,73 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 707,68 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 762,01 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 622,38 €. In der KG sanken die Kosten auf 642,05 €.

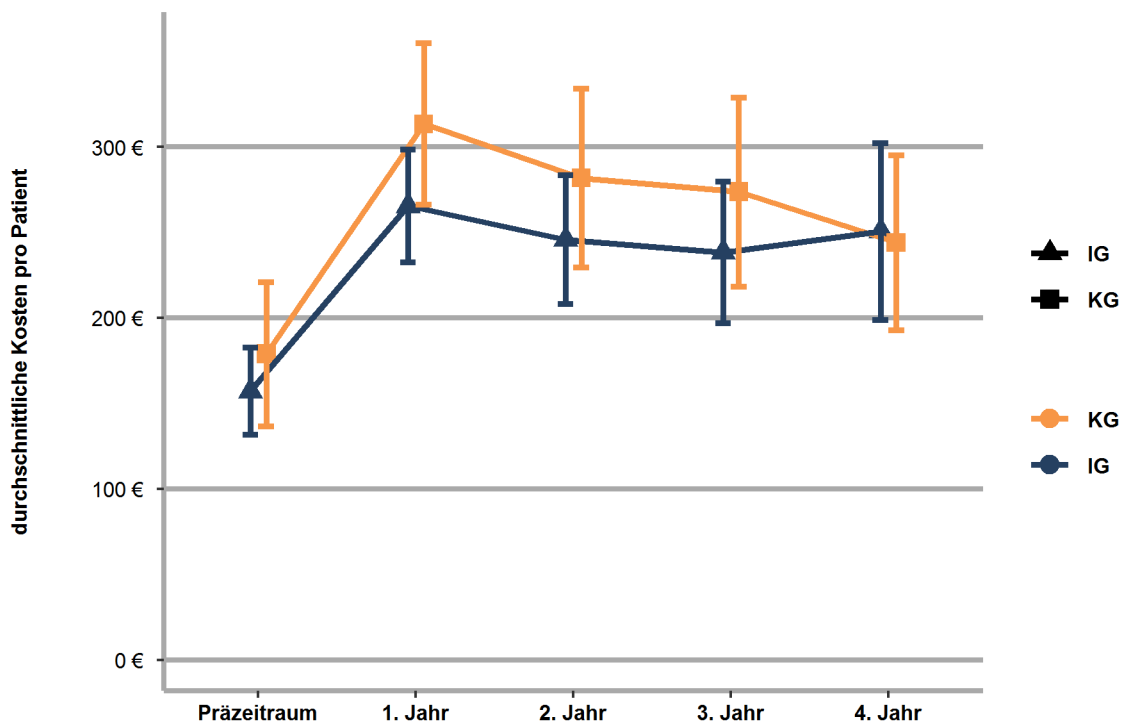
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	534	712	529	475	442	564	759	564	528	452
Mittelwert	157,24 €	265,47 €	245,81 €	238,38 €	250,58 €	178,94 €	313,36 €	281,78 €	273,79 €	244,04 €
Standardabweichung	486,67 €	633,86 €	698,34 €	757,06 €	926,85 €	800,07 €	896,18 €	963,73 €	1.000,15 €	909,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,36 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,03 €	89,41 €	41,85 €	17,22 €	12,70 €	17,83 €	114,08 €	65,01 €	43,52 €	15,32 €
75%-Perzentil	110,04 €	291,88 €	227,30 €	204,74 €	204,42 €	127,04 €	328,30 €	268,77 €	241,24 €	219,29 €
Maximum	7.516 €	11.342 €	11.219 €	12.819 €	13.884 €	17.780 €	18.703 €	16.731 €	17.704 €	17.756 €

Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.157	2.213	1.947	1.825	1.770	2.155	2.237	2.068	1.937	1.833
Mittelwert	756,16 €	728,59 €	665,67 €	639,33 €	638,02 €	772,48 €	789,89 €	689,53 €	662,67 €	663,50 €
Standardabweichung	1.535,93 €	1.438,70 €	1.501,81 €	1.502,46 €	1.552,08 €	1.440,28 €	1.517,81 €	1.380,88 €	1.412,71 €	1.533,67 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	79,75 €	89,98 €	44,42 €	29,21 €	19,60 €	89,38 €	109,79 €	76,72 €	62,10 €	49,91 €
Median	255,64 €	272,72 €	213,16 €	200,77 €	186,90 €	304,33 €	335,44 €	291,95 €	275,42 €	246,92 €
75%-Perzentil	815,56 €	787,87 €	651,40 €	598,14 €	612,19 €	845,79 €	844,17 €	731,25 €	693,24 €	663,64 €
Maximum	25.700 €	19.870 €	23.074 €	17.266 €	16.456 €	19.027 €	16.822 €	13.997 €	17.520 €	18.319 €

Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

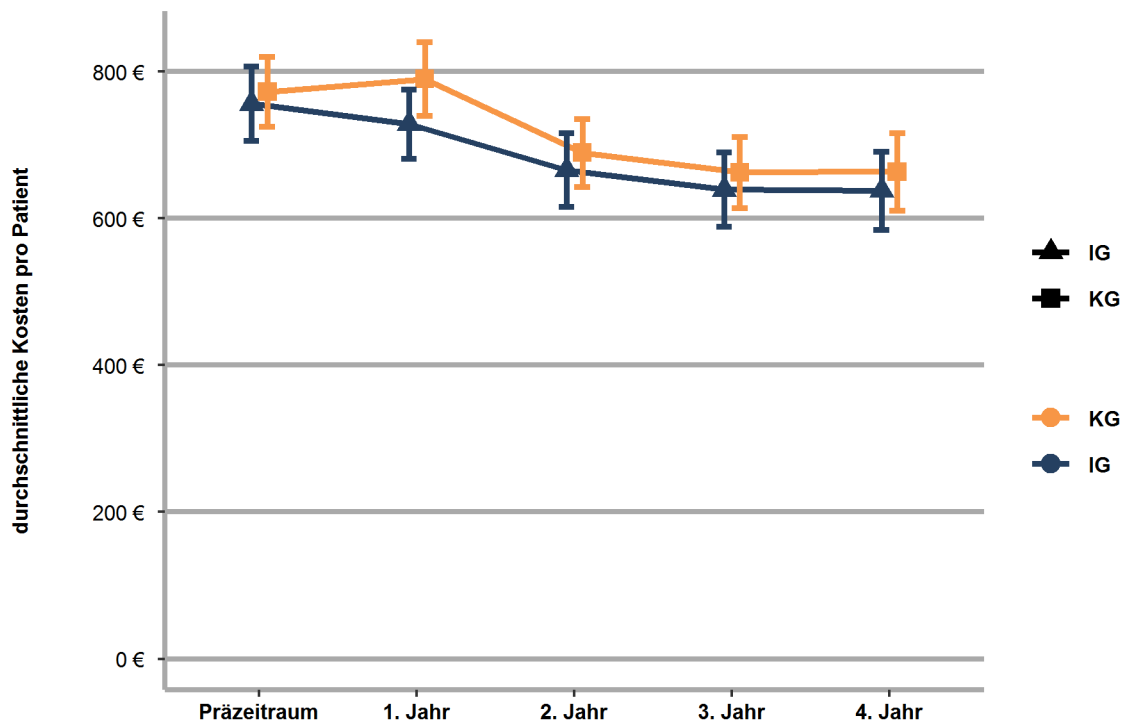


Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	178,94 €	<0,001	178,94 €	<0,001	-174,07 €	<0,001
IG (vs. KG)	-21,70 €	0,468	-21,70 €	0,468	-30,36 €	0,297
Post (vs. Prä)	100,46 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-7,29 €	0,765				
1. Jahr (vs. Prä)			134,43 €	<0,001	312,45 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			102,84 €	<0,001	283,15 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			94,85 €	<0,001	275,52 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			65,10 €	<0,001	244,61 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-26,20 €	0,257	-24,24 €	0,301
IG x Jahr 2 (DiD)			-14,28 €	0,614	-9,72 €	0,732
IG x Jahr 3 (DiD)			-13,71 €	0,654	-7,82 €	0,799
IG x Jahr 4 (DiD)			28,24 €	0,426	38,62 €	0,280
Alter (30-47 J. vs. U30)					148,51 €	0,007
Alter (48-64 J. vs. U30)					49,80 €	0,140
Alter (Ü64 vs. U30)					130,33 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-80,65 €	0,055
F 00 (Demenz)					-40,29 €	0,600
F 01 (Vaskuläre Demenz)					94,81 €	0,521
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					394,46 €	0,114
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					9,65 €	0,828
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					154,42 €	0,022
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-55,02 €	0,117
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					874,78 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					100,18 €	0,004
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					63,65 €	0,376
F 45 (Somatoforme Störungen)					-36,12 €	0,146
F 40-48 (ohne F43 und F45)					79,19 €	0,096
F 50 (Essstörungen)					73,34 €	0,428
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					182,99 €	0,028
F 70-79 (Intelligenzstörung)					144,93 €	0,092
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					474,96 €	0,087
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-19,10 €	0,789
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					99,58 €	0,150
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,85 €	0,997
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					457,80 €	0,050
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					179,57 €	<0,001
R ²		0,003		0,003		0,087

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	772,48 €	<0,001	772,48 €	<0,001	-123,48 €	0,247
IG (vs. KG)	-16,32 €	0,699	-16,32 €	0,699	-16,04 €	0,679
Post (vs. Prä)	-69,36 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-17,85 €	0,443				
1. Jahr (vs. Prä)			17,41 €	0,215	704,88 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-82,95 €	<0,001	598,45 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-109,81 €	<0,001	563,65 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-108,97 €	<0,001	560,80 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-44,98 €	0,028	-38,48 €	0,063
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,53 €	0,766	2,06 €	0,935
IG x Jahr 3 (DiD)			-7,02 €	0,816	7,06 €	0,814
IG x Jahr 4 (DiD)			-9,16 €	0,789	9,18 €	0,787
Alter (30-47 J. vs. U30)					110,77 €	0,148
Alter (48-64 J. vs. U30)					-16,95 €	0,813
Alter (Ü64 vs. U30)					-99,38 €	0,156
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-134,68 €	<0,001
F 00 (Demenz)					-77,61 €	0,513
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-126,30 €	0,189
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					15,65 €	0,905
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-42,00 €	0,634
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					323,40 €	0,050
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-13,33 €	0,837
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					1.267,52 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					12,35 €	0,754
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-57,08 €	0,054
F 45 (Somatoforme Störungen)					-155,03 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					67,43 €	0,055
F 50 (Essstörungen)					20,36 €	0,760
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					166,94 €	0,172
F 70-79 (Intelligenzstörung)					52,91 €	0,581
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-54,58 €	0,625
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-124,25 €	0,068
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					77,26 €	0,154
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					176,07 €	0,038
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					477,05 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					253,87 €	0,001
R ²		<0,001		0,001		0,147

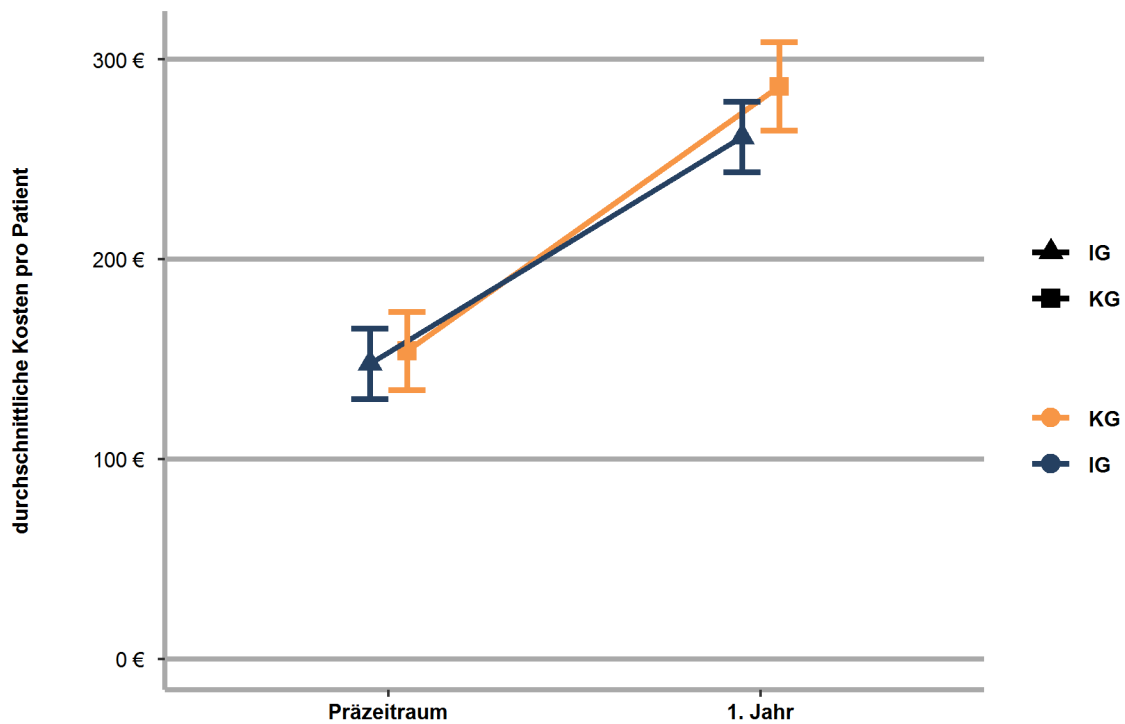
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	1.946	2.650	2.054	2.799
Mittelwert	147,73 €	261,11 €	154,12 €	286,46 €
Standardabweichung	652,80 €	650,70 €	718,45 €	815,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	12,68 €
Median	12,91 €	94,05 €	16,46 €	106,41 €
75%-Perzentil	102,08 €	286,40 €	112,95 €	305,84 €
Maximum	29.002 €	11.478 €	27.550 €	18.703 €

Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	1.527	2.081	1.526	1.638	2.219	1.643
Mittelwert	152,97 €	258,52 €	240,07 €	163,92 €	298,26 €	272,07 €
Standardabweichung	695,00 €	628,12 €	741,00 €	778,59 €	811,24 €	884,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	13,82 €	0,00 €
Median	12,94 €	92,88 €	37,31 €	17,83 €	114,83 €	61,93 €
75%-Perzentil	106,32 €	286,30 €	233,22 €	121,52 €	317,90 €	261,93 €
Maximum	29.002 €	11.478 €	11.774 €	27.550 €	18.703 €	16.731 €

Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

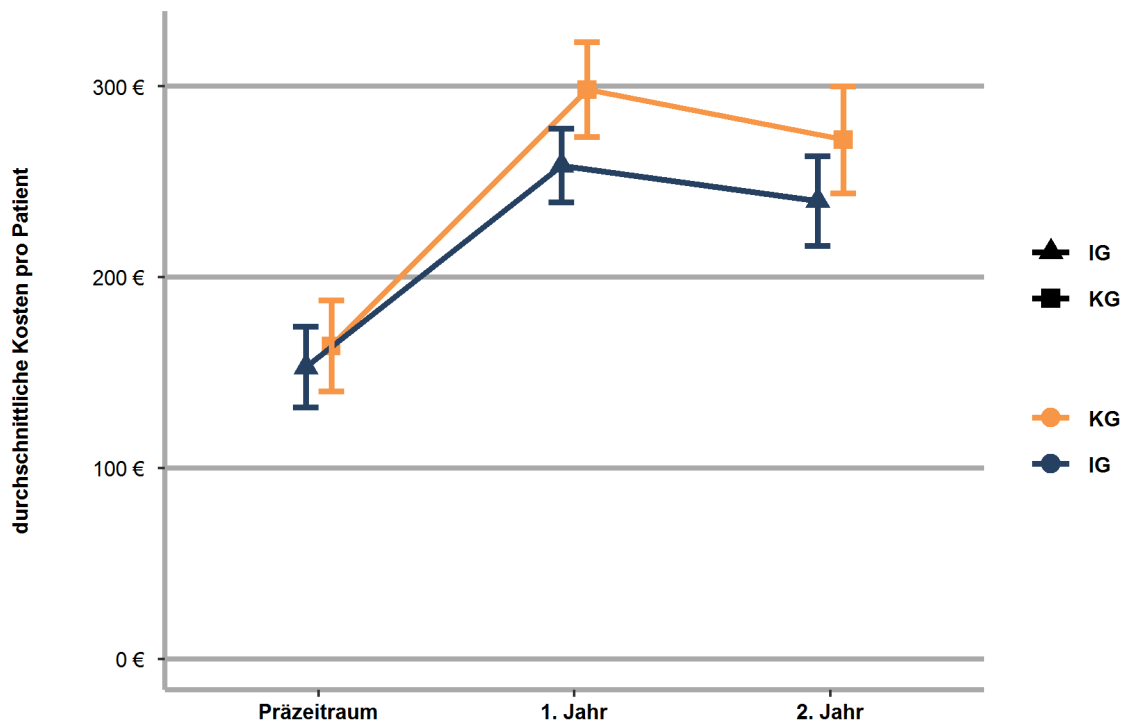


Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	163,92 €	<0,001	163,92 €	<0,001	-168,86 €	<0,001
IG (vs. KG)	-10,95 €	0,573	-10,95 €	0,573	-15,76 €	0,411
Post (vs. Prä)	121,67 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-25,02 €	0,159				
1. Jahr (vs. Prä)			134,34 €	<0,001	285,33 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			108,15 €	<0,001	260,21 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-28,79 €	0,069	-30,63 €	0,053
IG x Jahr 2 (DiD)			-21,05 €	0,335	-22,04 €	0,311
Alter (30-47 J. vs. U30)					115,51 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					119,23 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					114,07 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-19,34 €	0,300
F 00 (Demenz)					49,85 €	0,127
F 01 (Vaskuläre Demenz)					64,46 €	0,049
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					216,70 €	0,006
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					47,63 €	0,036
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					84,00 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-53,65 €	0,005
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					724,51 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					68,97 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					16,62 €	0,552
F 45 (Somatoforme Störungen)					-52,70 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					106,03 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					50,53 €	0,407
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					156,44 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					74,52 €	0,198
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					191,17 €	0,118
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					220,66 €	0,013
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					72,50 €	0,028
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8,19 €	0,940
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					215,96 €	0,029
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					160,21 €	<0,001
R ²		0,005		0,005		0,075

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

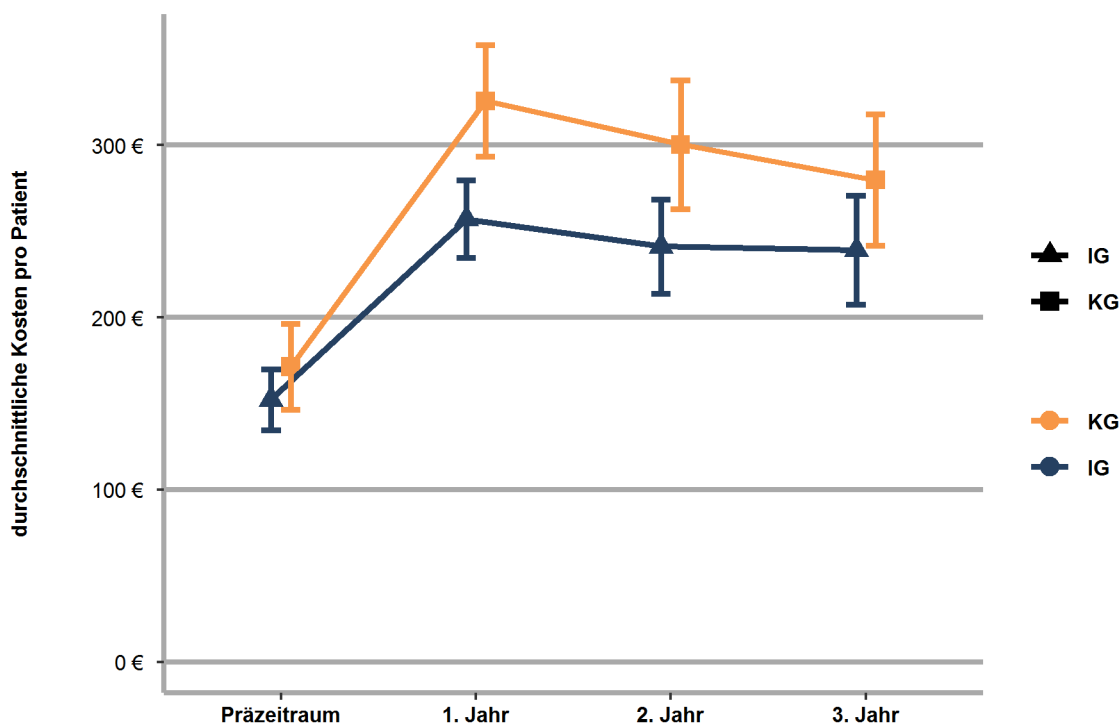
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.029	1.381	1.027	932	1.106	1.504	1.131	1.009
Mittelwert	152,23 €	257,12 €	241,24 €	239,14 €	171,41 €	325,65 €	300,36 €	279,82 €
Standardabweichung	468,20 €	601,88 €	705,43 €	806,92 €	667,18 €	864,45 €	966,70 €	976,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	15,79 €	0,00 €	0,00 €
Median	13,03 €	91,65 €	38,48 €	18,00 €	18,30 €	119,56 €	70,07 €	38,12 €
75%-Perzentil	108,00 €	285,51 €	233,09 €	207,30 €	128,26 €	336,42 €	279,13 €	236,73 €
Maximum	8.148 €	11.342 €	11.774 €	13.669 €	17.780 €	18.703 €	16.731 €	17.704 €

Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

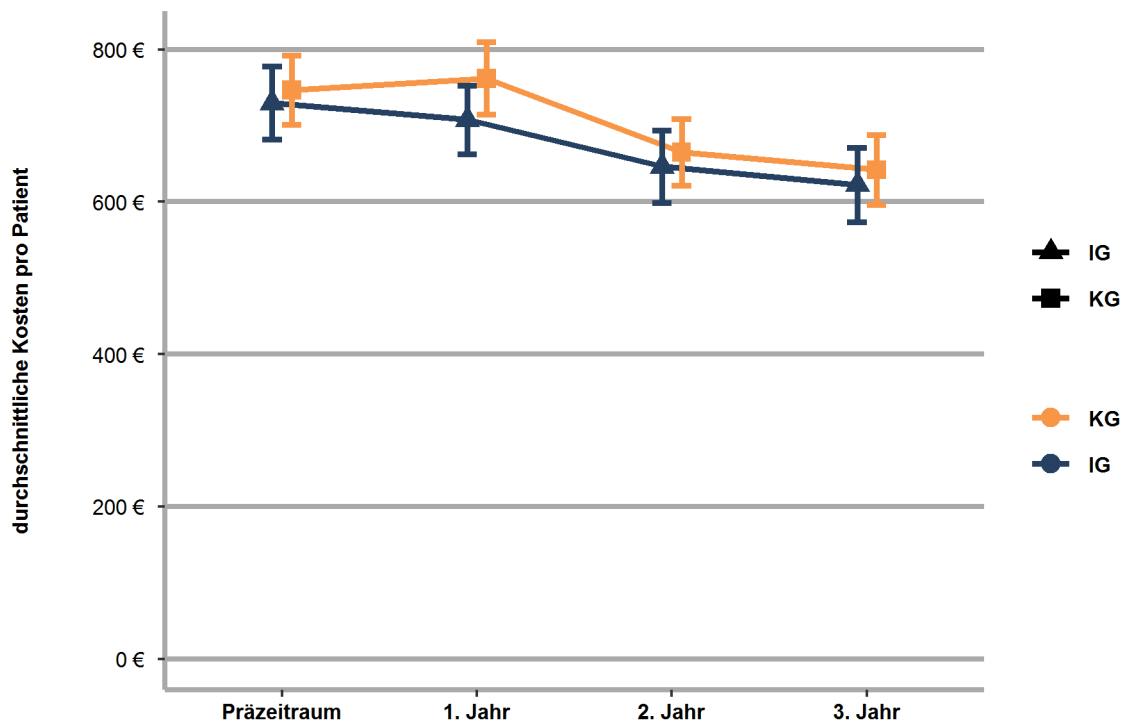


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.252	2.319	2.038	1.907	2.262	2.347	2.157	2.009
Mittelwert	729,63 €	707,68 €	646,21 €	622,38 €	746,73 €	762,01 €	664,90 €	642,05 €
Standardabweichung	1.503,65 €	1.415,41 €	1.473,93 €	1.476,88 €	1.415,41 €	1.482,87 €	1.349,74 €	1.389,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	71,39 €	86,03 €	36,58 €	16,84 €	76,91 €	99,93 €	69,97 €	50,22 €
Median	237,50 €	257,54 €	202,74 €	190,22 €	285,70 €	319,36 €	281,14 €	260,39 €
75%-Perzentil	780,61 €	763,80 €	628,03 €	581,13 €	816,92 €	816,61 €	702,64 €	677,66 €
Maximum	25.700 €	19.870 €	23.074 €	17.266 €	19.027 €	16.822 €	13.997 €	17.520 €

Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 251, Tabelle 253) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 25,04 € niedrigere Kosten als die KG mit 36,78 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 56,44 €. In der KG stiegen die Kosten auf 79,65 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 11,48 € nicht signifikant ($p=0,308$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 79,26 €. In der KG stiegen die Kosten auf 103,37 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 12,38 € nicht signifikant ($p=0,557$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 252, Tabelle 254) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 65,83 € niedrigere Kosten als die KG mit 95,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 105,47 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 150,46 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 15,67 € nicht signifikant ($p=0,086$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 118,58 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 136,60 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 11,30 € nicht signifikant ($p=0,413$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 255) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 30,80 € geringere Kosten als die KG mit 38,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 70,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 79,69 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 256, Tabelle 257) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 27,72 € weniger Kosten als die KG mit 37,56 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 60,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 77,40 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 7,10 € nicht signifikant ($p=0,249$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 79,10 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 90,23 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 1,29 € nicht signifikant ($p=0,871$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 258) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 28,88 € geringere Kosten als die KG mit 36,81 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 55,30 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 78,16 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 87,68 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 98,83 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 259) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 55,56 € weniger Kosten als die KG mit 81,75 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 90,80 €. In der KG stiegen die Kosten auf 134,69 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 107,61 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 135,66 €.

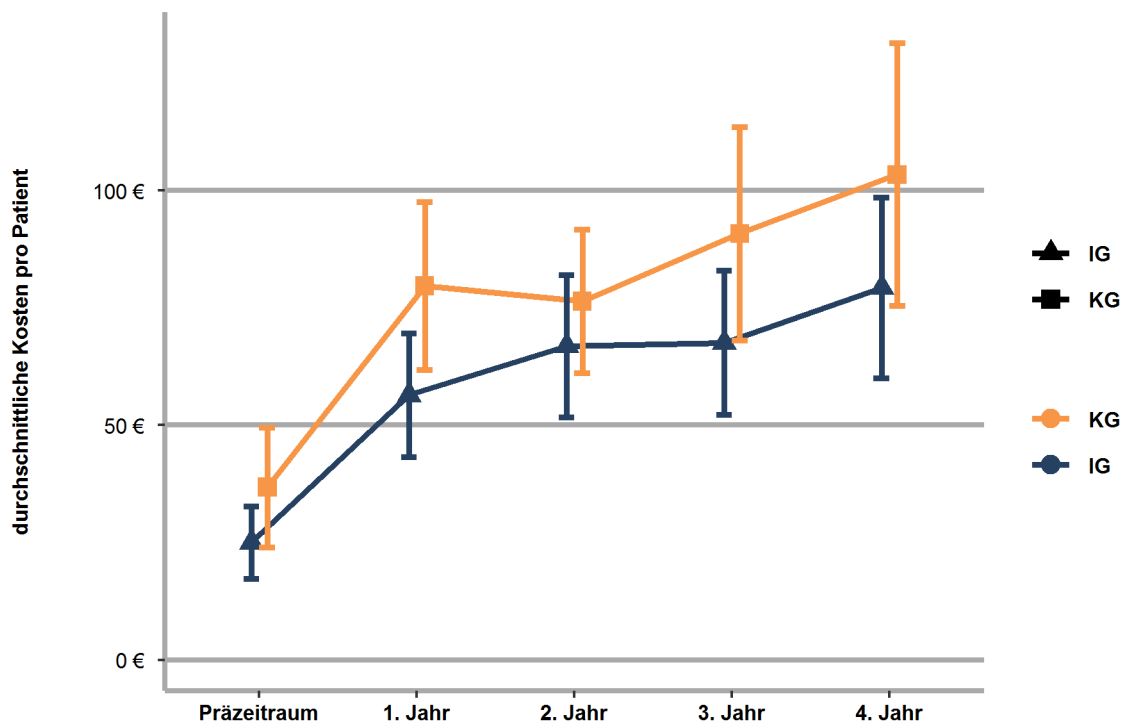
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	59	132	129	124	123	61	175	161	150	138
Mittelwert	25,04 €	56,44 €	66,88 €	67,52 €	79,26 €	36,78 €	79,65 €	76,35 €	90,79 €	103,37 €
Standardabweichung	114,50 €	194,84 €	223,98 €	227,35 €	284,66 €	189,18 €	265,60 €	226,39 €	337,50 €	414,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,77 €	26,73 €	12,28 €	0,00 €
Maximum	976,14 €	1.909,10 €	1.955,22 €	1.971,81 €	3.237,46 €	1.942,67 €	3.841,61 €	2.315,18 €	4.603,24 €	6.895,18 €

Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	292	394	384	365	354	372	525	467	417	386
Mittelwert	65,83 €	105,47 €	107,16 €	112,22 €	118,58 €	95,15 €	150,46 €	148,01 €	140,58 €	136,60 €
Standardabweichung	241,48 €	299,82 €	303,56 €	300,82 €	321,85 €	272,89 €	352,50 €	357,79 €	389,45 €	357,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	71,97 €	63,15 €	46,96 €	40,89 €	39,58 €	174,47 €	133,82 €	108,71 €	69,90 €
Maximum	4.293,05 €	4.667,36 €	4.731,74 €	3.195,09 €	3.409,39 €	3.497,04 €	6.528,69 €	5.574,69 €	8.273,56 €	3.914,59 €

Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

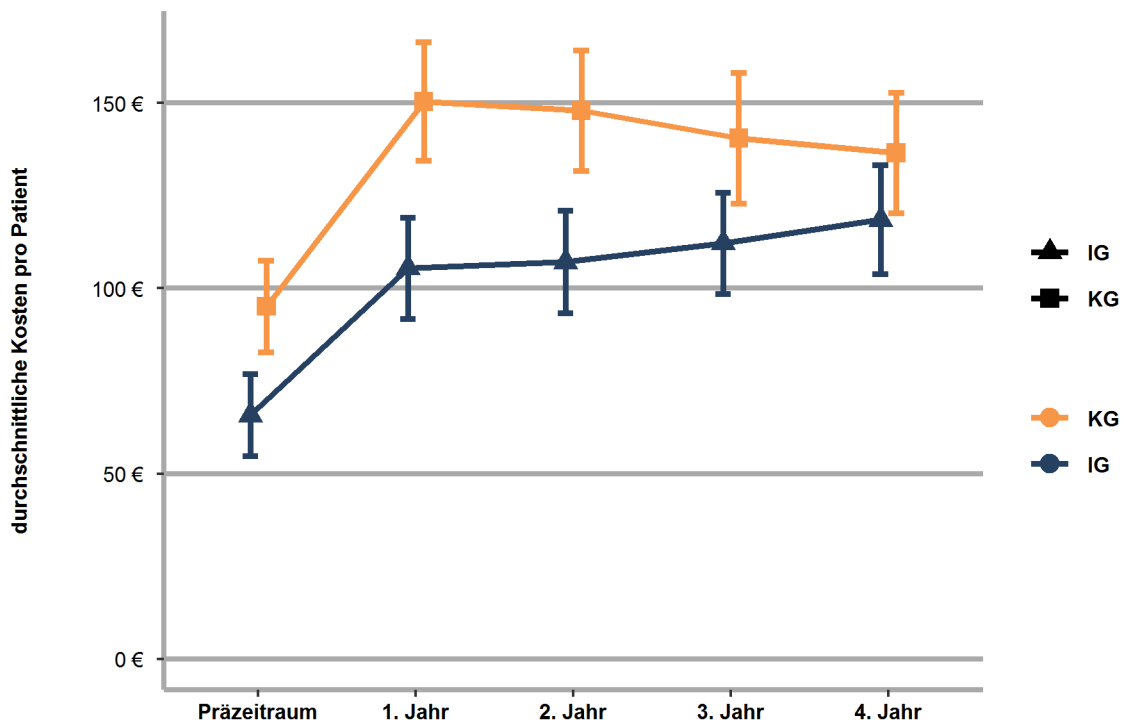


Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	36,78 €	<0,001	36,78 €	<0,001	0,81 €	0,968
IG (vs. KG)	-11,73 €	0,196	-11,73 €	0,196	-9,09 €	0,336
Post (vs. Prä)	50,77 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-8,28 €	0,528				
1. Jahr (vs. Prä)			42,87 €	<0,001	74,51 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			39,57 €	<0,001	71,21 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			54,02 €	<0,001	85,65 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			66,60 €	<0,001	98,23 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-11,48 €	0,308	-13,33 €	0,249
IG x Jahr 2 (DiD)			2,26 €	0,857	0,41 €	0,974
IG x Jahr 3 (DiD)			-11,54 €	0,501	-13,39 €	0,429
IG x Jahr 4 (DiD)			-12,38 €	0,557	-14,23 €	0,495
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-37,54 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-18,96 €	0,372
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					799,00 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					39,15 €	0,088
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-8,64 €	0,625
F 45 (Somatoforme Störungen)					-15,35 €	0,389
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-62,34 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					13,68 €	0,635
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					39,84 €	0,010
F 70-79 (Intelligenzstörung)					34,15 €	0,491
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					68,49 €	0,323
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					14,35 €	0,484
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					82,45 €	0,240
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-88,40 €	0,302
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,98 €	0,643
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,84 €	<0,001
R ²		0,006		0,007		0,082

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	95,15 €	<0,001	95,15 €	<0,001	-57,33 €	0,007
IG (vs. KG)	-29,31 €	0,004	-29,31 €	0,004	-29,37 €	0,002
Post (vs. Prä)	48,77 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-3,74 €	0,710				
1. Jahr (vs. Prä)			55,31 €	<0,001	162,92 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			52,86 €	<0,001	160,47 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			45,44 €	<0,001	153,16 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			41,45 €	<0,001	149,17 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-15,67 €	0,086	-15,95 €	0,086
IG x Jahr 2 (DiD)			-11,54 €	0,305	-11,81 €	0,297
IG x Jahr 3 (DiD)			0,95 €	0,945	0,56 €	0,967
IG x Jahr 4 (DiD)			11,30 €	0,413	10,91 €	0,430
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-59,80 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-90,58 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					408,19 €	0,036
F 30-39 (Affektive Störungen)					36,04 €	0,044
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,92 €	0,876
F 45 (Somatoforme Störungen)					-19,04 €	0,312
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-33,06 €	0,081
F 50 (Essstörungen)					3,24 €	0,871
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					51,27 €	0,051
F 70-79 (Intelligenzstörung)					130,59 €	<0,001
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					90,96 €	0,046
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					68,85 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					86,62 €	0,003
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-34,15 €	0,042
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					52,47 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					65,00 €	<0,001
R ²		0,006		0,006		0,035

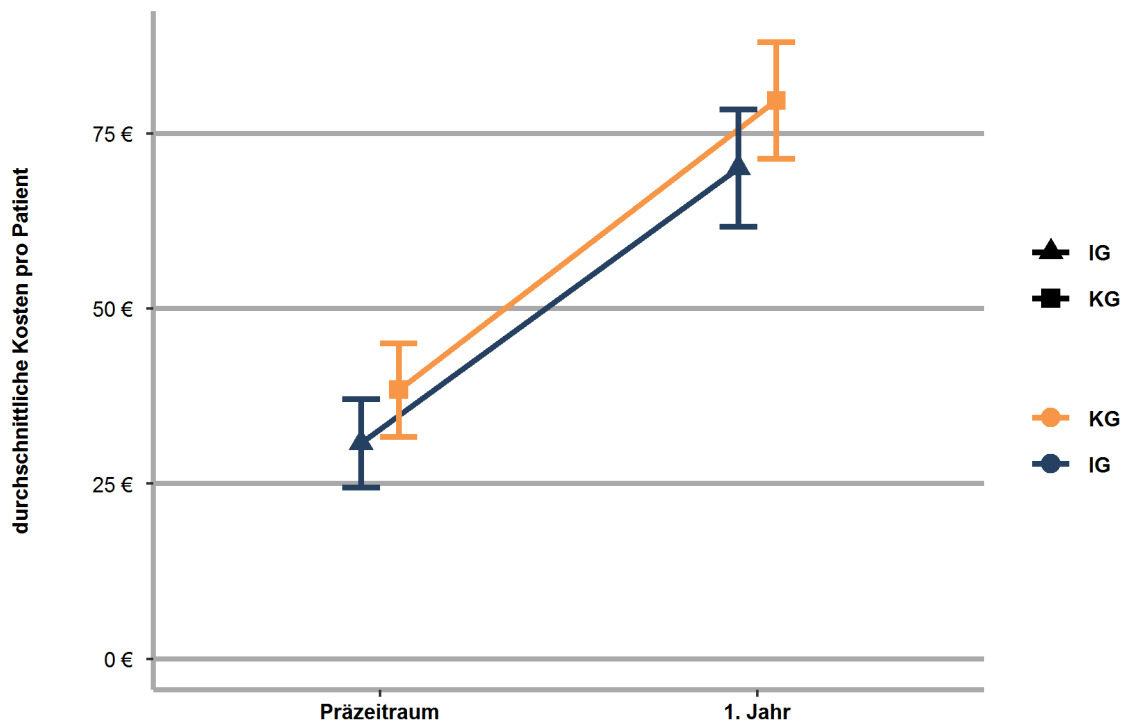
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	221	579	252	633
Mittelwert	30,80 €	70,07 €	38,41 €	79,69 €
Standardabweichung	182,28 €	240,23 €	192,37 €	239,54 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	12,74 €	0,00 €	30,06 €
Maximum	4.396,30 €	5.529,22 €	2.638,77 €	3.841,61 €

Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KP



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

Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	167	420	410	183	473	476
Mittelwert	27,72 €	60,47 €	79,10 €	37,56 €	77,40 €	90,23 €
Standardabweichung	142,32 €	190,02 €	242,94 €	193,29 €	238,58 €	258,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	26,12 €	29,32 €
Maximum	2.438,20 €	1.909,10 €	2.490,71 €	2.638,77 €	3.841,61 €	2.598,28 €

Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

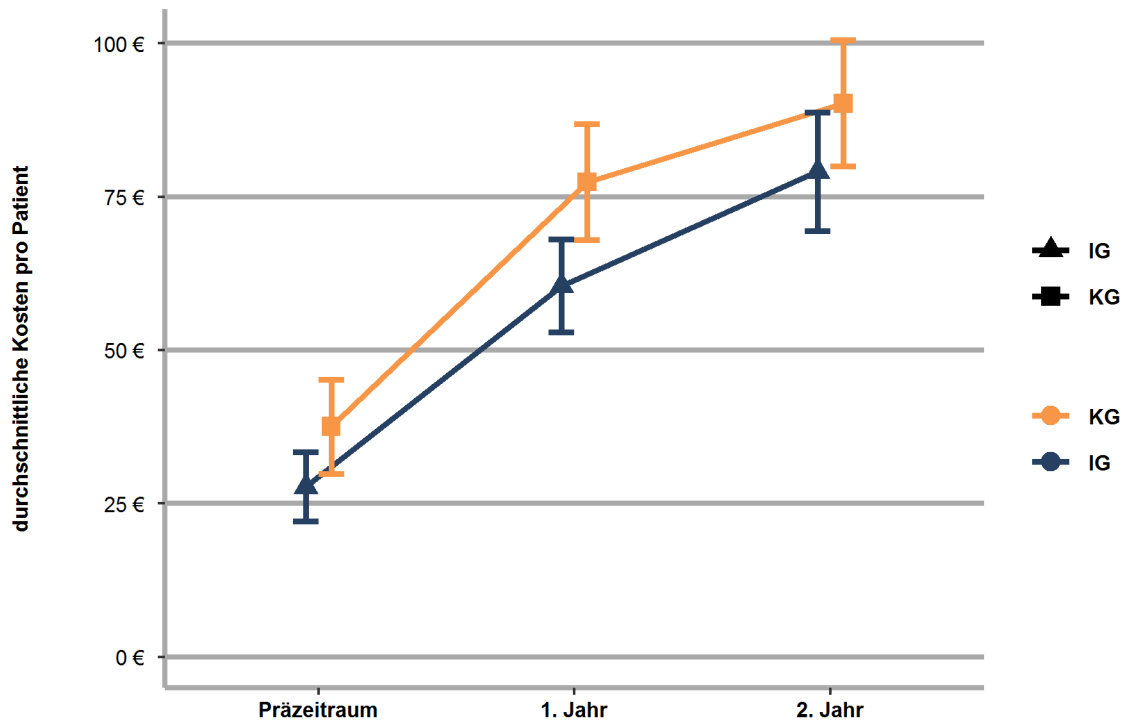


Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	37,56 €	<0,001	37,56 €	<0,001	-27,43 €	0,041
IG (vs. KG)	-9,83 €	0,090	-9,83 €	0,090	-10,18 €	0,081
Post (vs. Prä)	46,25 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-4,19 €	0,513				
1. Jahr (vs. Prä)			39,85 €	<0,001	71,09 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			52,67 €	<0,001	83,90 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-7,10 €	0,249	-8,57 €	0,176
IG x Jahr 2 (DiD)			-1,29 €	0,871	-2,75 €	0,732
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-30,21 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-2,96 €	0,885
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					455,87 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					42,82 €	0,002
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					40,97 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					16,86 €	0,192
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-33,08 €	0,001
F 50 (Essstörungen)					34,55 €	0,044
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					74,66 €	0,002
F 70-79 (Intelligenzstörung)					90,28 €	0,047
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					91,08 €	0,008
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					45,88 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					37,50 €	0,211
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,34 €	0,868
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					76,94 €	0,021
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					35,41 €	<0,001
R ²		0,010		0,011		0,049

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

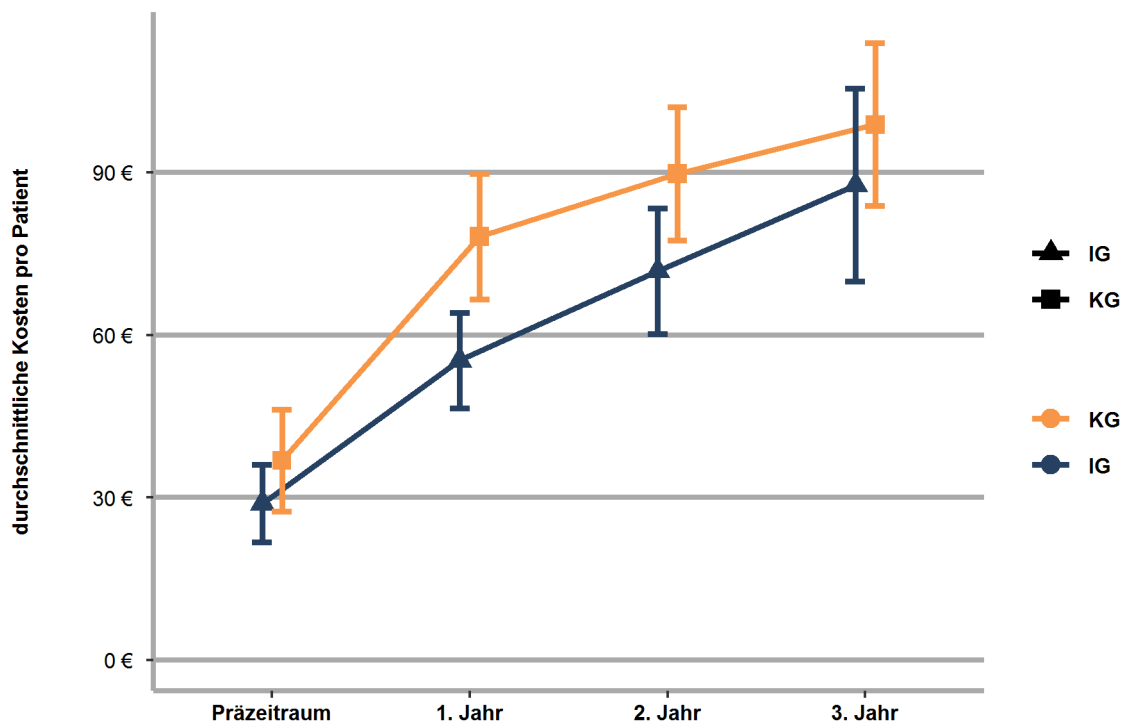
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	105	259	251	268	121	325	326	309
Mittelwert	28,88 €	55,30 €	71,78 €	87,68 €	36,81 €	78,16 €	89,75 €	98,83 €
Standardabweichung	149,15 €	182,33 €	240,45 €	367,49 €	194,73 €	240,25 €	253,32 €	309,92 €
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	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	31,70 €	39,27 €	20,46 €
Maximum	2.438,20 €	1.909,10 €	2.490,71 €	9.332,65 €	2.638,77 €	3.841,61 €	2.315,18 €	4.603,24 €

Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

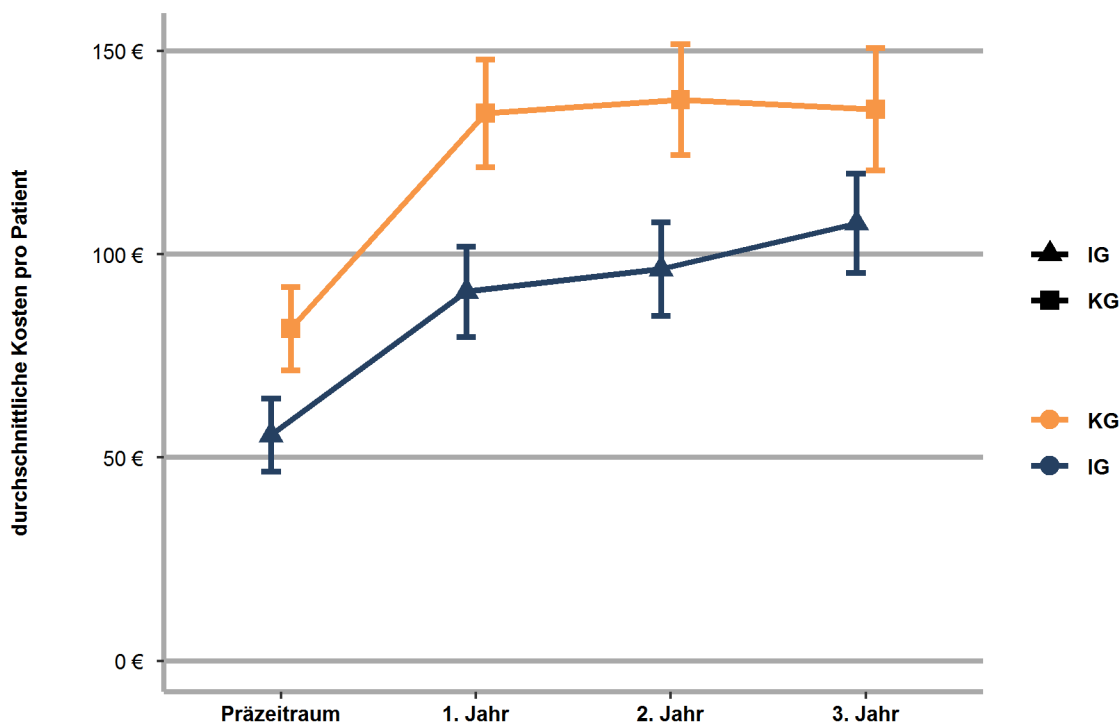


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	314	459	452	443	411	634	571	514
Mittelwert	55,56 €	90,80 €	96,37 €	107,61 €	81,75 €	134,69 €	137,99 €	135,66 €
Standardabweichung	223,58 €	273,98 €	284,64 €	303,15 €	255,05 €	328,65 €	338,57 €	373,41 €
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 €	41,08 €	41,55 €	27,02 €	0,00 €	133,10 €	118,75 €	89,10 €
Maximum	4.293,05 €	4.667,36 €	4.731,74 €	3.195,09 €	3.497,04 €	6.528,69 €	5.574,69 €	8.273,56 €

Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KP



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) EP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 260, Tabelle 262) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,79 € weniger Kosten als die KG mit 3,12 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,99 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7,10 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 4,79 € nicht signifikant ($p=0,266$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7,38 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 6,58 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 2,13 € nicht signifikant ($p=0,737$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 261, Tabelle 263) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,72 € geringere Kosten als die KG mit 10,43 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 5,16 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 15,41 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2,55 € nicht signifikant ($p=0,450$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3,49 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 15,57 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 4,37 € nicht signifikant ($p=0,393$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 264) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,81 € geringere Kosten als die KG mit 10,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 2,66 €. In der KG sanken die Kosten auf 10,39 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 265, Tabelle 266 und

Abbildung 160) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,14 € niedrigere Kosten als die KG mit 12,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 2,83 €. In der

KG verringerten sich die Kosten auf 10,13 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,77 € nicht signifikant ($p=0,867$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 5,24 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 9,85 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 3,46 € nicht signifikant ($p=0,539$) stärker als in der KG.

U4: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 267) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,06 € niedrigere Kosten als die KG mit 8,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,74 €. In der KG sanken die Kosten auf 6,26 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 7,19 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 268) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,56 € geringere Kosten als die KG mit 9,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4,86 €. In der KG stiegen die Kosten auf 15,65 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4,64 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 13,65 €.

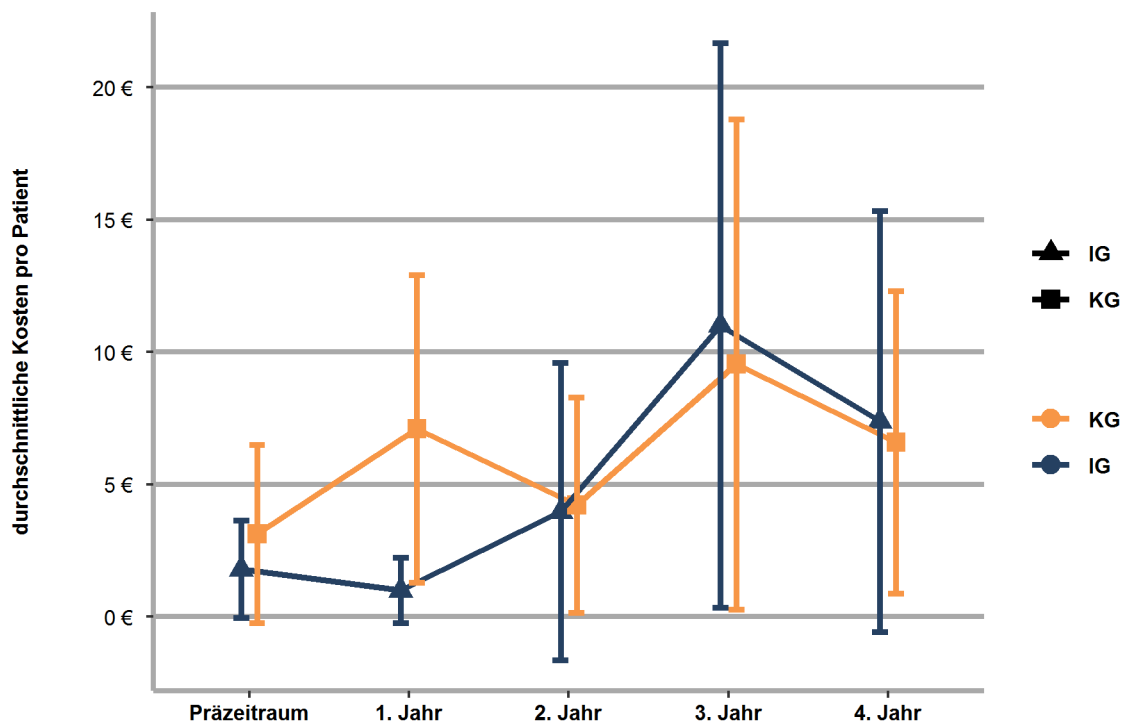
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	1,79 €	0,99 €	3,97 €	11,00 €	7,38 €	3,12 €	7,10 €	4,22 €	9,54 €	6,58 €
Standardabweichung	35,45 €	23,67 €	103,83 €	194,77 €	142,54 €	63,92 €	110,43 €	74,82 €	167,65 €	101,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	921,70 €	685,18 €	3.109,18 €	3.902,76 €	3.558,42 €	1.878,55 €	2.973,95 €	1.949,20 €	4.648,44 €	2.558,60 €

Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	< 10	12	11	< 10	< 10	27	29	19	18	18
Mittelwert	2,72 €	5,16 €	4,25 €	3,07 €	3,49 €	10,43 €	15,41 €	12,69 €	14,42 €	15,57 €
Standardabweichung	86,94 €	88,44 €	100,56 €	75,35 €	93,43 €	135,94 €	196,41 €	200,25 €	206,63 €	205,43 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	3.842,11 €	2.276,36 €	4.050,40 €	3.019,50 €	3.926,03 €	3.254,60 €	6.342,55 €	5.657,08 €	4.647,12 €	4.265,93 €

Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

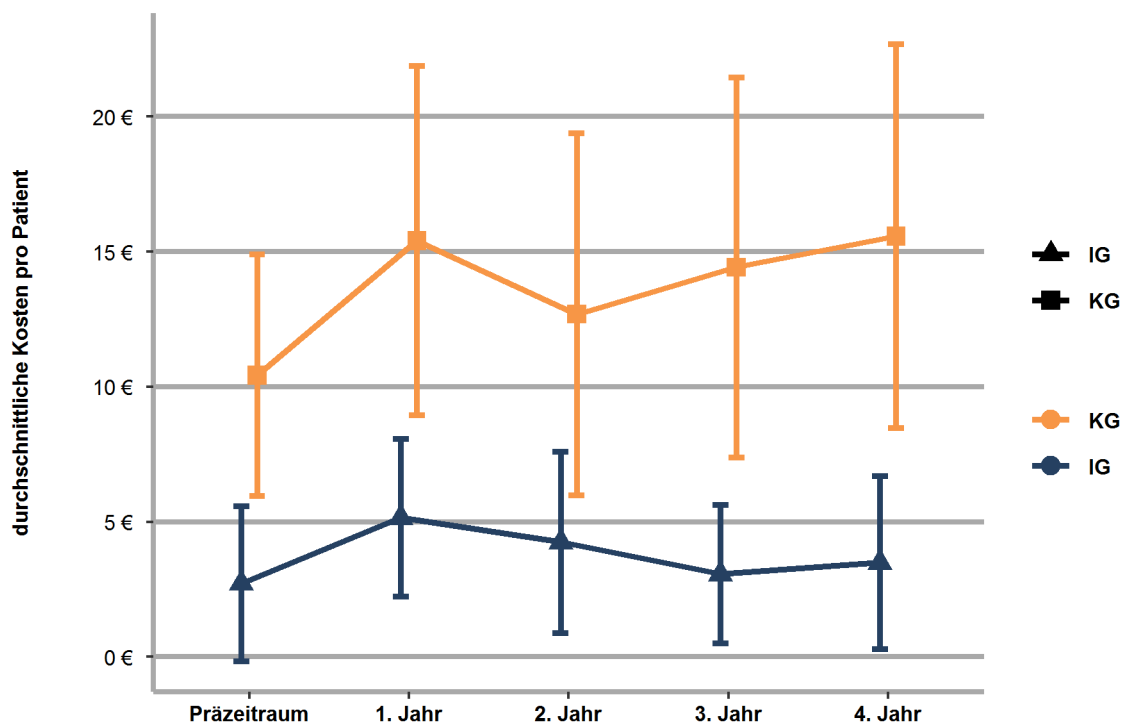


Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3,12 €	0,127	3,12 €	0,127	-6,79 €	0,232
IG (vs. KG)	-1,33 €	0,569	-1,33 €	0,570	-2,14 €	0,379
Post (vs. Prä)	3,73 €	0,214				
IG x Post (DiD)	0,17 €	0,969				
1. Jahr (vs. Prä)			3,98 €	0,329	5,80 €	0,118
2. Jahr (vs. Prä)			1,10 €	0,730	3,10 €	0,240
3. Jahr (vs. Prä)			6,41 €	0,280	8,51 €	0,135
4. Jahr (vs. Prä)			3,46 €	0,381	5,54 €	0,131
IG x Jahr 1 (DiD)			-4,79 €	0,266	-4,77 €	0,269
IG x Jahr 2 (DiD)			1,08 €	0,822	1,46 €	0,762
IG x Jahr 3 (DiD)			2,80 €	0,752	3,14 €	0,729
IG x Jahr 4 (DiD)			2,13 €	0,737	2,62 €	0,682
Alter (30-47 J. vs. U30)					1,25 €	0,451
Alter (48-64 J. vs. U30)					7,51 €	0,071
Alter (Ü64 vs. U30)					7,73 €	0,007
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-4,54 €	0,234
F 00 (Demenz)					23,86 €	0,376
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-6,75 €	0,242
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					1,57 €	0,872
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					0,14 €	0,983
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					5,96 €	0,277
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,79 €	0,387
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					8,63 €	0,341
F 30-39 (Affektive Störungen)					8,14 €	0,060
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-0,18 €	0,957
F 45 (Somatoforme Störungen)					6,29 €	0,383
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-4,02 €	0,088
F 50 (Essstörungen)					-1,62 €	0,404
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					15,46 €	0,263
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-1,55 €	0,538
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					4,77 €	0,100
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1,81 €	0,512
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,43 €	0,379
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,94 €	0,300
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,52 €	0,357
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,30 €	0,137
R ²		<0,001		<0,001		0,004

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	10,43 €	<0,001	10,43 €	<0,001	-4,13 €	0,495
IG (vs. KG)	-7,71 €	0,017	-7,71 €	0,017	-8,09 €	0,017
Post (vs. Prä)	4,09 €	0,140				
IG x Post (DiD)	-2,79 €	0,406				
1. Jahr (vs. Prä)			4,99 €	0,094	14,96 €	0,018
2. Jahr (vs. Prä)			2,26 €	0,462	12,64 €	0,052
3. Jahr (vs. Prä)			4,00 €	0,316	14,89 €	0,024
4. Jahr (vs. Prä)			5,15 €	0,243	16,30 €	0,015
IG x Jahr 1 (DiD)			-2,55 €	0,450	-2,40 €	0,481
IG x Jahr 2 (DiD)			-0,73 €	0,858	-0,38 €	0,926
IG x Jahr 3 (DiD)			-3,64 €	0,429	-3,44 €	0,458
IG x Jahr 4 (DiD)			-4,37 €	0,393	-4,15 €	0,418
Alter (30-47 J. vs. U30)					2,95 €	0,395
Alter (48-64 J. vs. U30)					3,75 €	0,236
Alter (Ü64 vs. U30)					-0,72 €	0,808
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					2,56 €	0,426
F 00 (Demenz)					-6,58 €	0,134
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-6,04 €	0,287
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					47,20 €	0,490
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					48,28 €	0,064
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,13 €	0,995
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-3,91 €	0,292
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					-4,96 €	0,333
F 30-39 (Affektive Störungen)					-2,23 €	0,619
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1,56 €	0,734
F 45 (Somatoforme Störungen)					2,86 €	0,733
F 40-48 (ohne F43 und F45)					5,97 €	0,493
F 50 (Essstörungen)					-1,17 €	0,877
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-3,43 €	0,474
F 70-79 (Intelligenzstörung)					7,38 €	0,416
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-8,06 €	0,050
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					9,82 €	0,449
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,97 €	0,235
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7,45 €	0,480
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,35 €	0,453
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,77 €	0,005
R ²		0,001		0,001		0,007

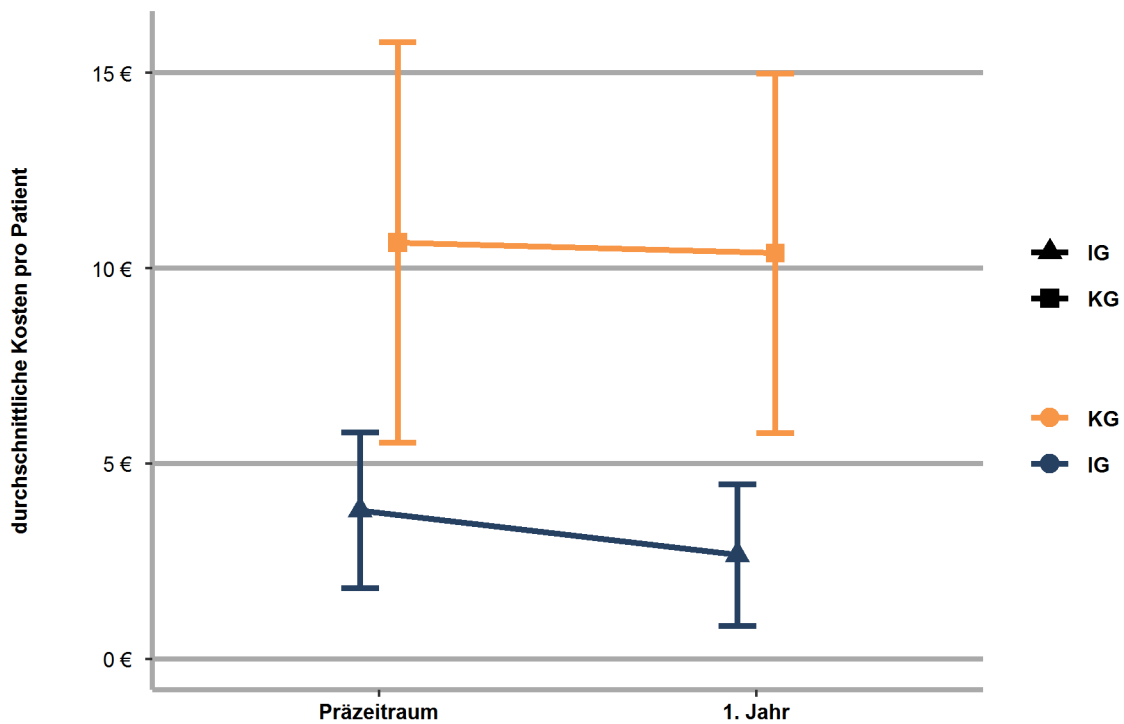
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	18	11	28	32
Mittelwert	3,81 €	2,66 €	10,66 €	10,39 €
Standardabweichung	73,38 €	66,76 €	189,23 €	169,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.941,36 €	3.239,87 €	6.126,00 €	6.383,64 €

Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP



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

Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	16	< 10	11	22	26	15
Mittelwert	4,14 €	2,83 €	5,24 €	12,20 €	10,13 €	9,85 €
Standardabweichung	75,31 €	71,09 €	131,93 €	208,01 €	148,75 €	205,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.941,36 €	3.239,87 €	4.277,70 €	6.126,00 €	4.118,91 €	7.866,00 €

Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

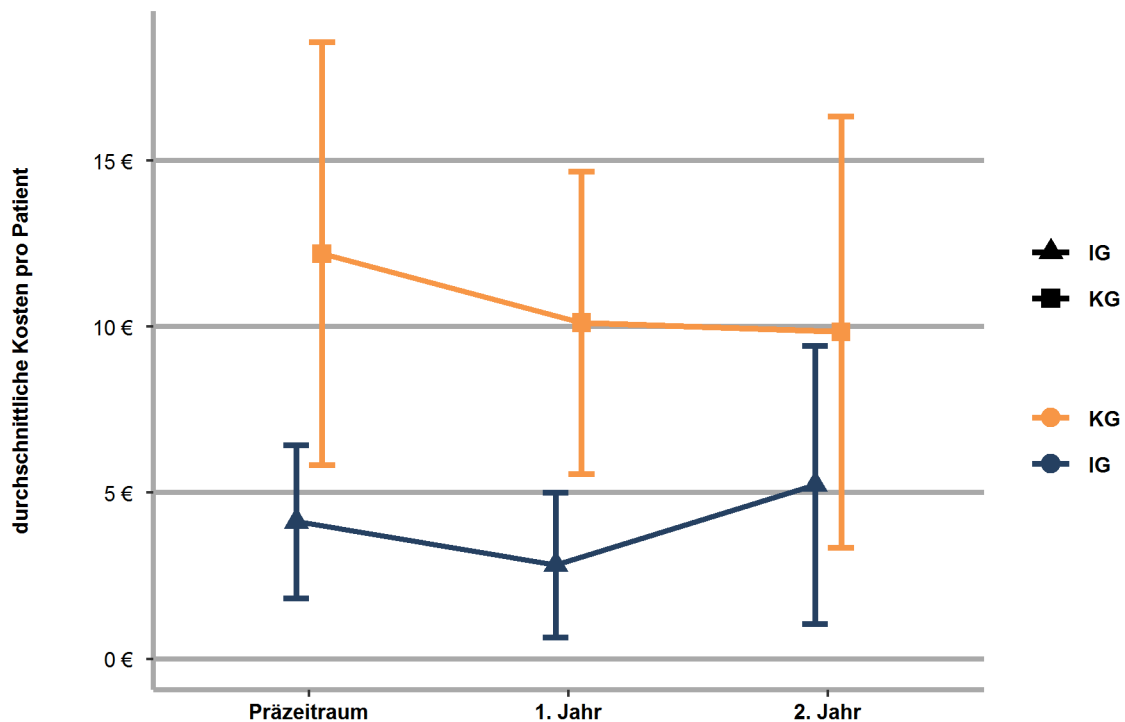


Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	12,20 €	0,002	12,20 €	0,002	-11,83 €	0,078
IG (vs. KG)	-8,06 €	0,050	-8,06 €	0,050	-7,99 €	0,057
Post (vs. Prä)	-2,21 €	0,621				
IG x Post (DiD)	2,07 €	0,667				
1. Jahr (vs. Prä)			-2,07 €	0,625	4,51 €	0,135
2. Jahr (vs. Prä)			-2,35 €	0,648	4,44 €	0,238
IG x Jahr 1 (DiD)			0,77 €	0,867	0,57 €	0,901
IG x Jahr 2 (DiD)			3,46 €	0,539	3,55 €	0,531
Alter (30-47 J. vs. U30)					6,48 €	0,230
Alter (48-64 J. vs. U30)					9,50 €	0,061
Alter (Ü64 vs. U30)					2,90 €	0,569
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					6,03 €	0,031
F 00 (Demenz)					43,27 €	0,104
F 01 (Vaskuläre Demenz)					23,02 €	0,145
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					31,15 €	0,296
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					14,97 €	0,125
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,26 €	0,976
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					4,67 €	0,377
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					6,80 €	0,430
F 30-39 (Affektive Störungen)					5,06 €	0,087
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-1,75 €	0,643
F 45 (Somatoforme Störungen)					1,35 €	0,700
F 40-48 (ohne F43 und F45)					9,65 €	0,471
F 50 (Essstörungen)					40,09 €	0,375
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1,97 €	0,825
F 70-79 (Intelligenzstörung)					38,91 €	0,308
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					133,96 €	0,317
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					24,80 €	0,321
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-5,66 €	0,507
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-19,87 €	0,094
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					37,30 €	0,212
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6,95 €	0,002
R ²		<0,001		<0,001		0,010

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

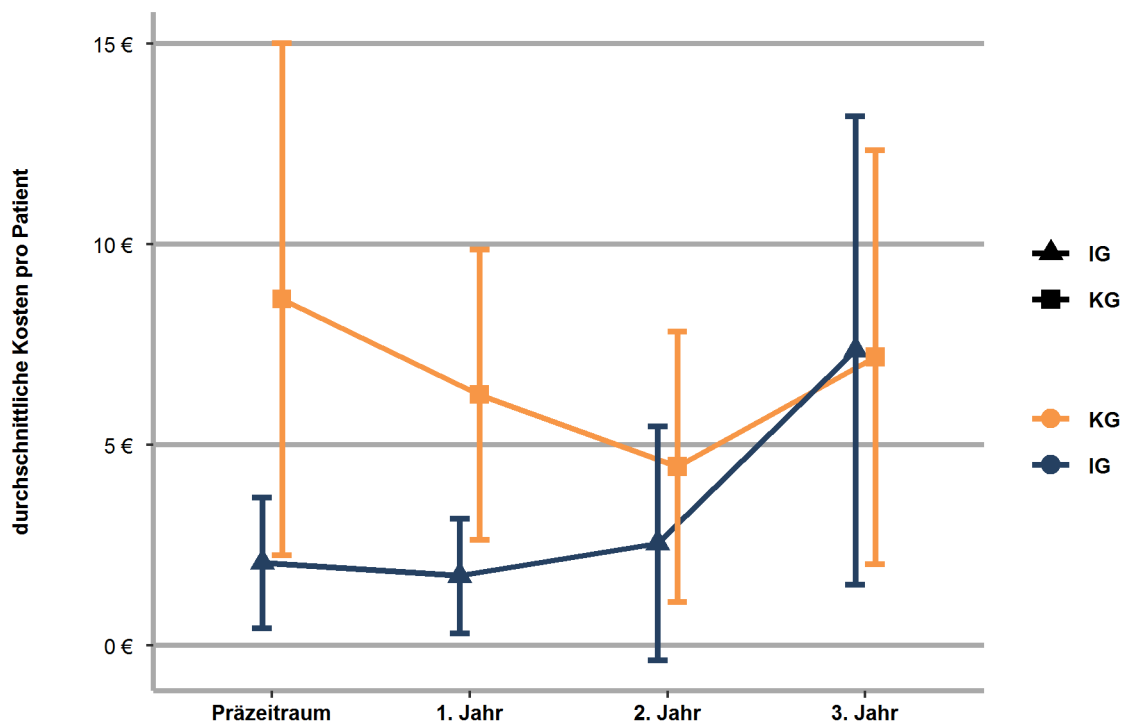
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Klinikneue Patienten

Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	12	16	< 10	11
Mittelwert	2,06 €	1,74 €	2,55 €	7,36 €	8,63 €	6,26 €	4,46 €	7,19 €
Standardabweichung	43,59 €	38,19 €	75,21 €	149,20 €	170,28 €	96,59 €	87,26 €	131,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.502,00 €	1.065,02 €	3.109,18 €	3.902,76 €	6.121,24 €	2.973,95 €	2.272,36 €	4.648,44 €

Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

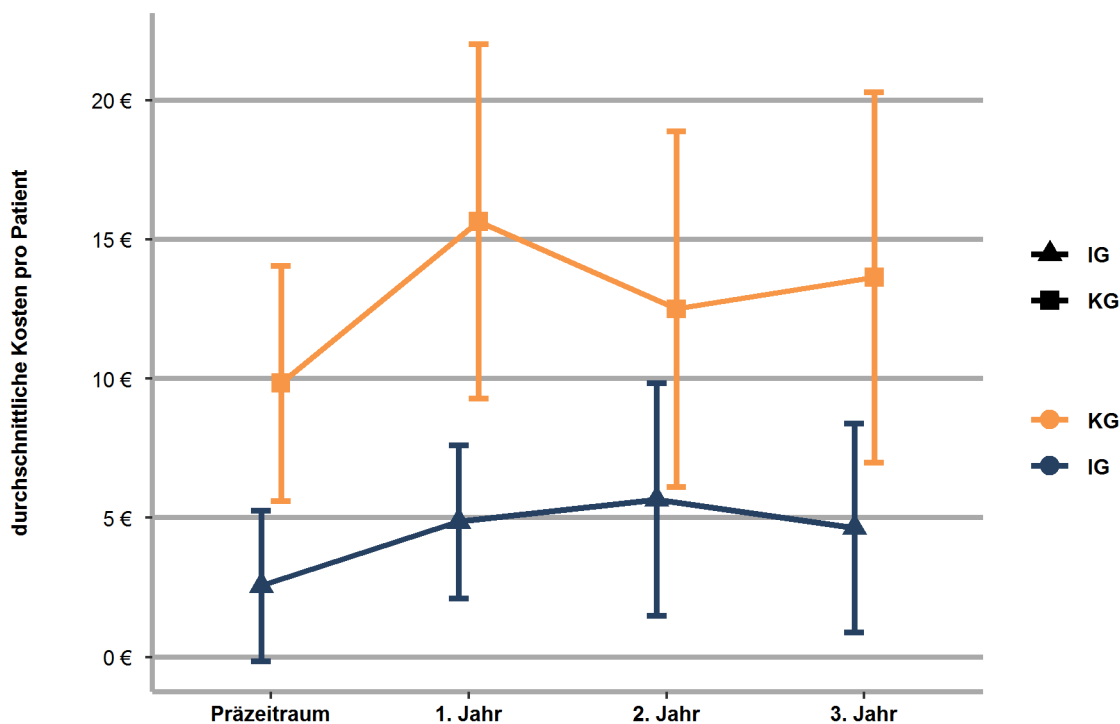


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	< 10	12	12	< 10	27	30	20	18
Mittelwert	2,56 €	4,86 €	5,66 €	4,64 €	9,84 €	15,65 €	12,50 €	13,65 €
Standardabweichung	84,42 €	85,89 €	128,46 €	113,74 €	132,05 €	199,03 €	196,40 €	201,01 €
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	3.842,11 €	2.276,36 €	4.229,31 €	4.351,20 €	3.254,60 €	6.342,55 €	5.657,08 €	4.647,12 €

Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4) KJP

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 269, Tabelle 271) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,66 € weniger Kosten als die KG mit 12,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,92 €. In der KG stiegen die Kosten auf 30,41 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,19 € nicht signifikant ($p=0,023$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 13,06 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 12,88 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 2,42 € nicht signifikant ($p=0,850$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 270, Tabelle 272) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 19,42 € höhere Kosten als die KG mit 18,25 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 23,46 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 45,07 €. Die Zunahme der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 22,78 € nicht signifikant ($p=0,022$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 13,12 €. In der KG sanken die Kosten auf 10,03 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1,93 € nicht signifikant ($p=0,816$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 273) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,55 € geringere Kosten als die KG mit 22,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 13,58 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 30,47 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 274, Tabelle 275) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 7,08 € geringere Kosten als die KG mit 15,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 13,74 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 29,47 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 7,42 € nicht signifikant ($p=0,364$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 15,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 30,79 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 7,42 € nicht signifikant ($p=0,417$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 276) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von

5,66 € geringere Kosten als die KG mit 14,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 17,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 28,98 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 12,76 €. In der KG sanken die Kosten auf 26,24 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 277) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 18,66 € geringere Kosten als die KG mit 22,89 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 36,42 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 58,98 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 23,31 €. In der KG sanken die Kosten auf 29,17 €.

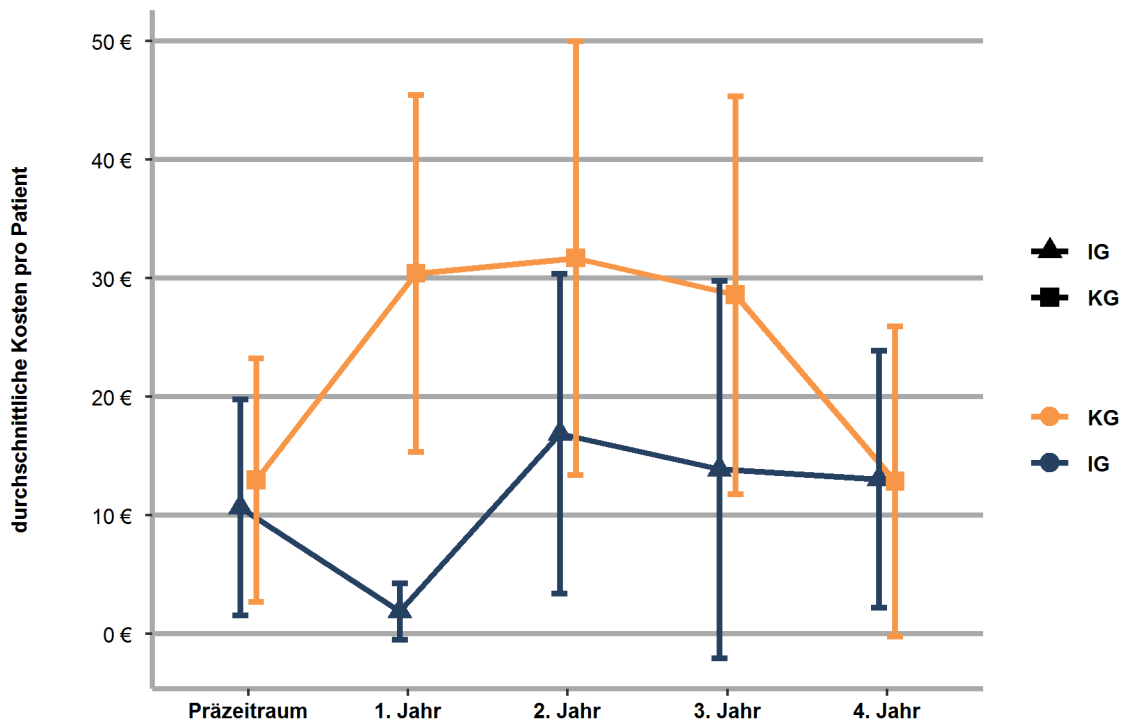
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	15	10	< 10	< 10
Mittelwert	10,66 €	1,92 €	16,89 €	13,88 €	13,06 €	12,97 €	30,41 €	31,71 €	28,59 €	12,88 €
Standardabweichung	134,92 €	35,23 €	199,77 €	235,61 €	160,51 €	152,15 €	223,08 €	270,88 €	248,68 €	193,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.653,70 €	825,58 €	3.972,70 €	5.284,11 €	2.684,08 €	2.794,17 €	2.944,77 €	3.942,30 €	3.164,40 €	4.219,20 €

Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	28	27	17	13	10	29	46	24	17	< 10
Mittelwert	19,42 €	23,46 €	20,91 €	18,44 €	13,12 €	18,25 €	45,07 €	31,78 €	25,69 €	10,03 €
Standardabweichung	153,49 €	215,85 €	232,23 €	212,07 €	179,52 €	147,22 €	310,01 €	270,76 €	273,22 €	158,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.205,30 €	4.789,00 €	4.276,96 €	3.256,20 €	4.219,20 €	2.816,40 €	6.836,14 €	4.873,00 €	5.674,05 €	3.717,46 €

Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

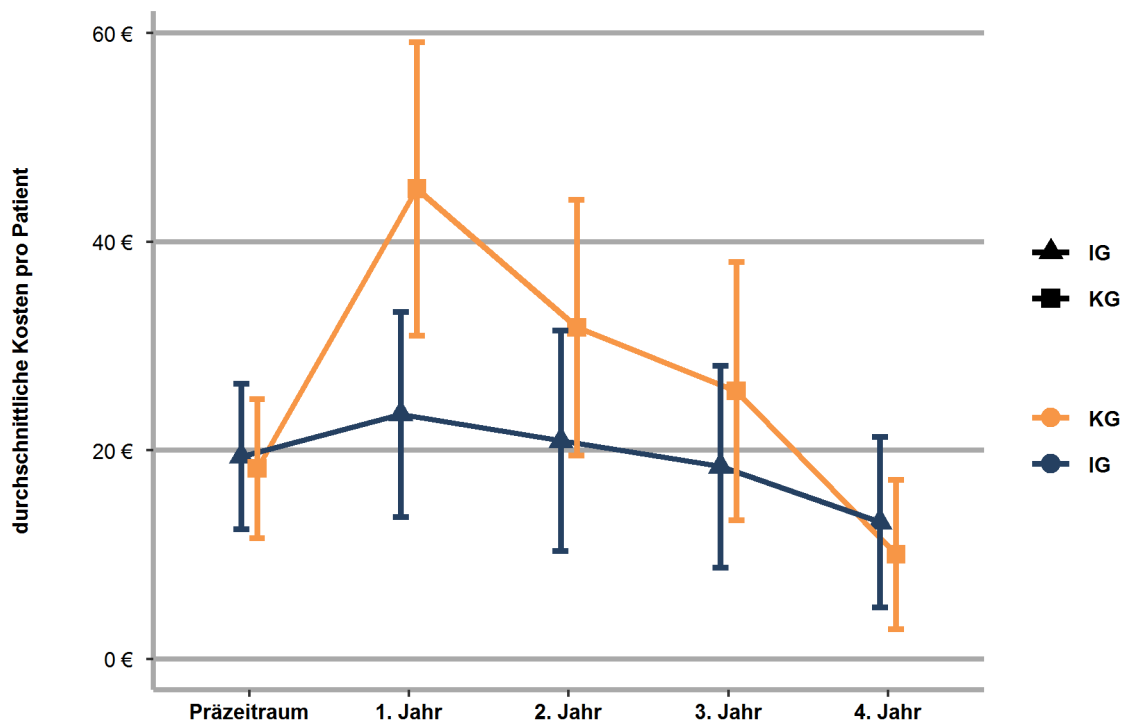


Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	12,97 €	0,038	12,97 €	0,038	8,28 €	0,454
IG (vs. KG)	-2,30 €	0,782	-2,30 €	0,783	-3,58 €	0,674
Post (vs. Prä)	12,93 €	0,162				
IG x Post (DiD)	-12,16 €	0,280				
1. Jahr (vs. Prä)			17,44 €	0,085	25,54 €	0,009
2. Jahr (vs. Prä)			18,74 €	0,143	26,85 €	0,027
3. Jahr (vs. Prä)			15,62 €	0,168	23,72 €	0,028
4. Jahr (vs. Prä)			-0,09 €	0,993	8,01 €	0,393
IG x Jahr 1 (DiD)			-26,19 €	0,023	-26,46 €	0,022
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,52 €	0,410	-12,79 €	0,402
IG x Jahr 3 (DiD)			-12,40 €	0,436	-12,68 €	0,426
IG x Jahr 4 (DiD)			2,48 €	0,850	2,21 €	0,867
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-15,80 €	0,006
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2,30 €	0,822
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-20,98 €	0,044
F 30-39 (Affektive Störungen)					-7,33 €	0,377
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-0,86 €	0,944
F 45 (Somatoforme Störungen)					-6,90 €	0,433
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-16,36 €	0,004
F 50 (Essstörungen)					-5,74 €	0,429
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2,16 €	0,725
F 70-79 (Intelligenzstörung)					60,64 €	0,384
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					47,47 €	0,181
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					7,09 €	0,451
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1,19 €	0,893
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-13,87 €	0,173
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					17,57 €	0,367
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9,64 €	0,069
R ²		0,001		0,002		0,009

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	18,25 €	<0,001	18,25 €	<0,001	16,08 €	0,205
IG (vs. KG)	1,17 €	0,843	1,17 €	0,843	1,14 €	0,847
Post (vs. Prä)	9,89 €	0,076				
IG x Post (DiD)	-10,33 €	0,181				
1. Jahr (vs. Prä)			26,82 €	0,001	27,77 €	0,049
2. Jahr (vs. Prä)			13,53 €	0,072	14,48 €	0,299
3. Jahr (vs. Prä)			7,43 €	0,320	8,38 €	0,548
4. Jahr (vs. Prä)			-8,23 €	0,143	-7,28 €	0,566
IG x Jahr 1 (DiD)			-22,78 €	0,022	-22,82 €	0,022
IG x Jahr 2 (DiD)			-12,04 €	0,253	-12,07 €	0,251
IG x Jahr 3 (DiD)			-8,41 €	0,411	-8,45 €	0,408
IG x Jahr 4 (DiD)			1,93 €	0,816	1,90 €	0,819
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					5,38 €	0,467
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-28,98 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-21,66 €	0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					-18,50 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-17,29 €	0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-15,57 €	0,019
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-12,80 €	0,089
F 50 (Essstörungen)					-0,47 €	0,973
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-9,97 €	0,043
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-4,52 €	0,741
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					14,12 €	0,559
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3,59 €	0,513
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2,76 €	0,728
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,12 €	0,773
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,83 €	0,725
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-3,22 €	0,744
R ²		<0,001		0,002		0,004

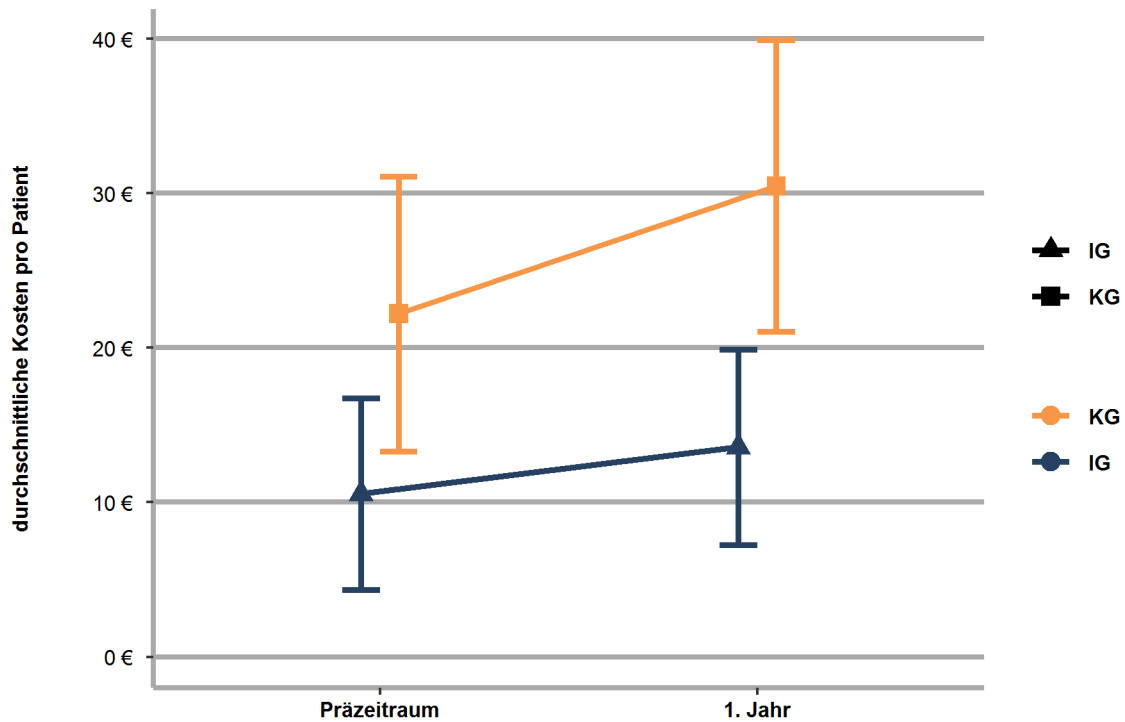
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	15	20	29	44
Mittelwert	10,55 €	13,58 €	22,20 €	30,47 €
Standardabweichung	178,29 €	182,32 €	256,42 €	271,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.143,40 €	3.955,60 €	6.179,10 €	6.002,28 €

Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP



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

Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	12	14	16	21	33	25
Mittelwert	7,08 €	13,74 €	15,07 €	15,38 €	29,47 €	30,79 €
Standardabweichung	105,35 €	188,83 €	189,78 €	169,66 €	250,35 €	286,64 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.653,70 €	3.955,60 €	3.972,70 €	2.976,28 €	4.187,07 €	5.220,15 €

Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

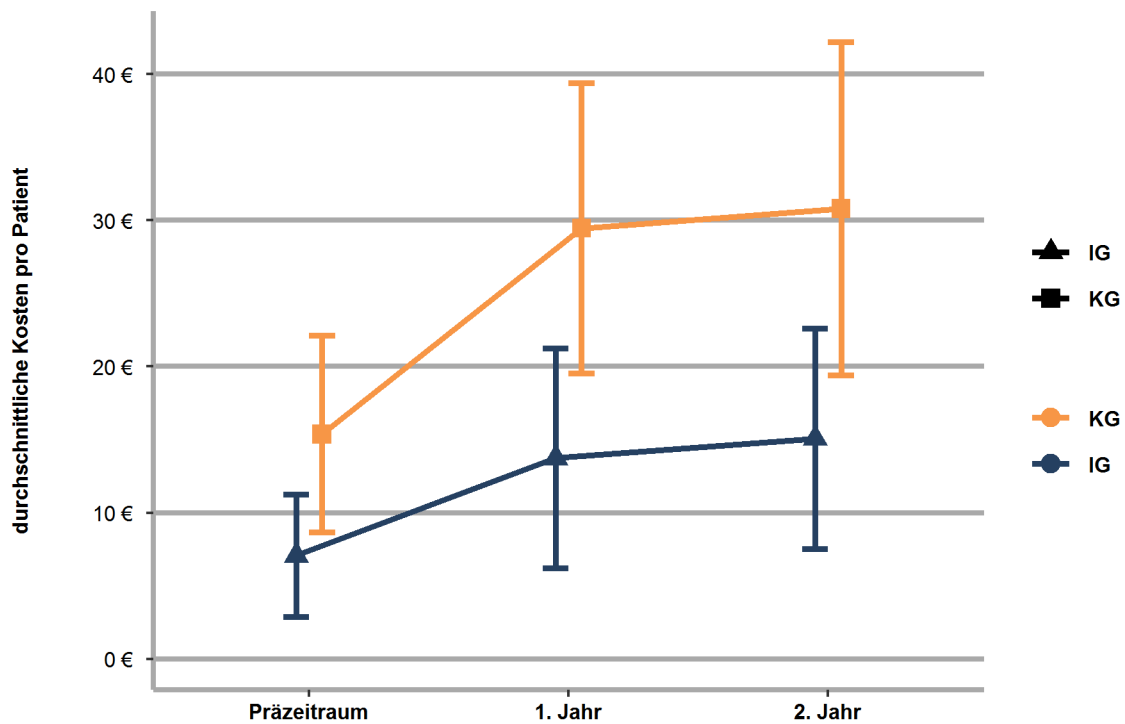


Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	15,38 €	<0,001	15,38 €	<0,001	4,35 €	0,579
IG (vs. KG)	-8,31 €	0,085	-8,31 €	0,085	-8,77 €	0,074
Post (vs. Prä)	14,75 €	0,023				
IG x Post (DiD)	-7,42 €	0,345				
1. Jahr (vs. Prä)			14,08 €	0,025	23,05 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			15,41 €	0,046	24,37 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-7,42 €	0,364	-7,34 €	0,370
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,42 €	0,417	-7,34 €	0,423
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-16,87 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-16,38 €	0,033
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-8,93 €	0,156
F 30-39 (Affektive Störungen)					-0,78 €	0,919
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					10,77 €	0,429
F 45 (Somatoforme Störungen)					-3,42 €	0,627
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-6,51 €	0,456
F 50 (Essstörungen)					-3,16 €	0,567
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					0,65 €	0,889
F 70-79 (Intelligenzstörung)					14,36 €	0,602
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					21,85 €	0,338
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					14,32 €	0,055
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-2,09 €	0,584
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-10,99 €	0,009
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-1,96 €	0,817
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,98 €	<0,001
R ²		0,002		0,002		0,006

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

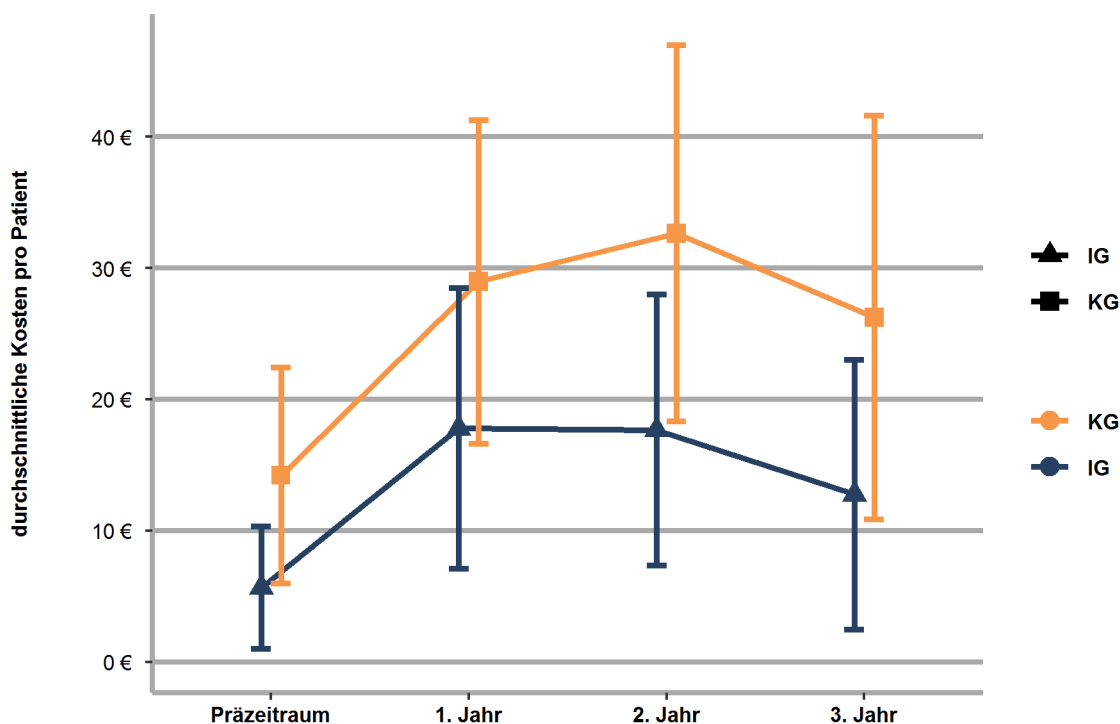
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Klinikneue Patienten

Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	< 10	12	12	< 10	12	22	18	13
Mittelwert	5,66 €	17,79 €	17,67 €	12,76 €	14,21 €	28,98 €	32,65 €	26,24 €
Standardabweichung	96,80 €	221,36 €	213,62 €	212,25 €	169,95 €	254,52 €	295,67 €	317,21 €
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 €	3.955,60 €	3.972,70 €	5.284,11 €	2.923,80 €	4.187,07 €	5.220,15 €	8.227,44 €

Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

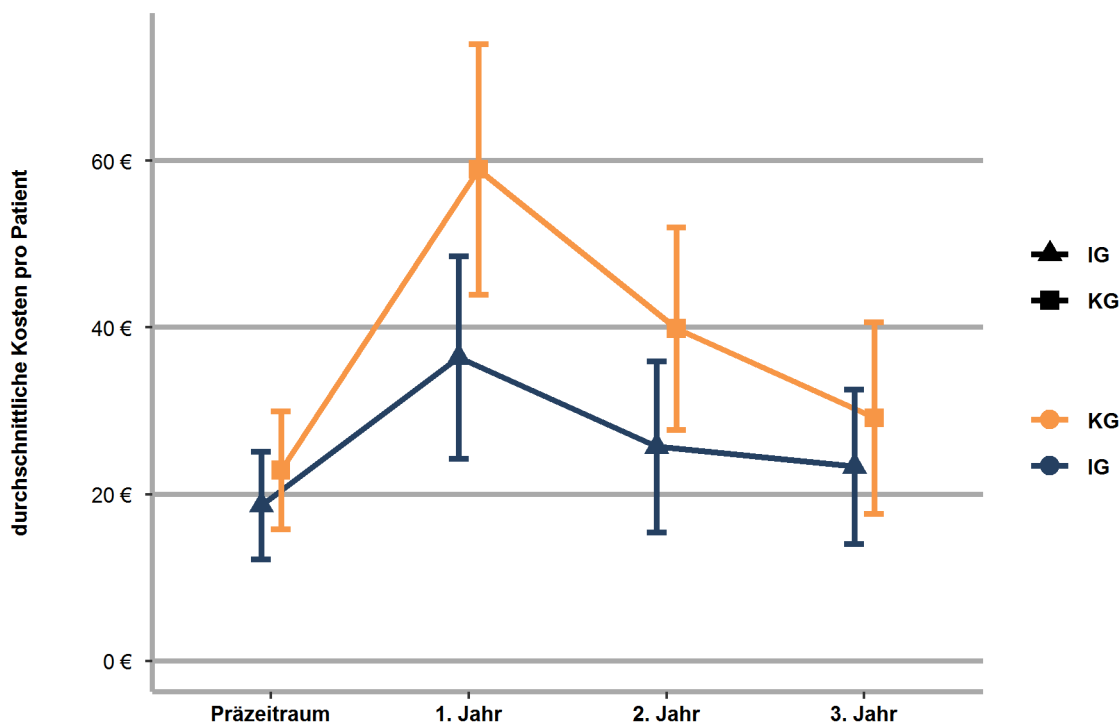


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	32	41	26	25	39	63	39	25
Mittelwert	18,66 €	36,42 €	25,70 €	23,31 €	22,89 €	58,98 €	39,88 €	29,17 €
Standardabweichung	159,53 €	301,43 €	253,56 €	229,67 €	175,01 €	372,79 €	302,56 €	284,85 €
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	2.923,80 €	4.900,24 €	4.276,96 €	3.439,49 €	2.816,40 €	6.836,14 €	4.873,00 €	5.674,05 €

Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP



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 die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) EP

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 197 und Abbildung 121): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 742,67 € signifikant ($p=0,003$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 3,0 Tage signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -250,23 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 250,23 € zusätzlich ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 198 und Abbildung 121): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 477,56 € nicht signifikant ($p=0,149$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 5,8 Tage nicht signifikant ($p=0,144$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -82,40 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 82,40 € zusätzlich ausgegeben.

Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 123 im Anhang.

U4 – Variante A (vgl. Tabelle 199 und Abbildung 121): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 7,76 € nicht signifikant ($p=0,977$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 2,4 Tage signifikant ($p=0,004$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 3,19 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 3,19 € eingespart.

U4 – Variante B (vgl. Tabelle 200 und Abbildung 121): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 47,56 € nicht signifikant ($p=0,909$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 3,2 Tage nicht signifikant ($p=0,435$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -17,78 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 14,78 € zusätzlich ausgegeben.

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

Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz		
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	
Kosten	IG	867,26 €		3688	8.120,54 €		3688	7.253,28 €		
	KG	913,24 €		3688	7.423,84 €		3688	6.510,61 €		
	Diff (IG - KG)	-45,98 €	0,573		696,69 €	0,003		742,67 €	0,003	
KH-Tage	IG	1,5		3688	16,8		3688	15,3		
	KG	1,6		3688	19,9		3688	18,3		
	Diff (IG - KG)	-0,1	0,586		-3,1	<0,001		-3,0	<0,001	
ICER		-250,23 €/d								

Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz		
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	
Kosten	IG	786,85 €		2080	7.682,95 €		2080	6.896,10 €		
	KG	881,06 €		2124	7.299,61 €		2124	6.418,55 €		
	Diff (IG - KG)	-94,21 €	0,378		383,35 €	0,221		477,56 €	0,149	
AU-Tage	IG	26,1		2080	80,4		2080	54,3		
	KG	28,6		2124	88,7		2124	60,1		
	Diff (IG - KG)	-2,5	0,204		-8,3	0,017		-5,8	0,144	
ICER		-82,40 €/d								

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

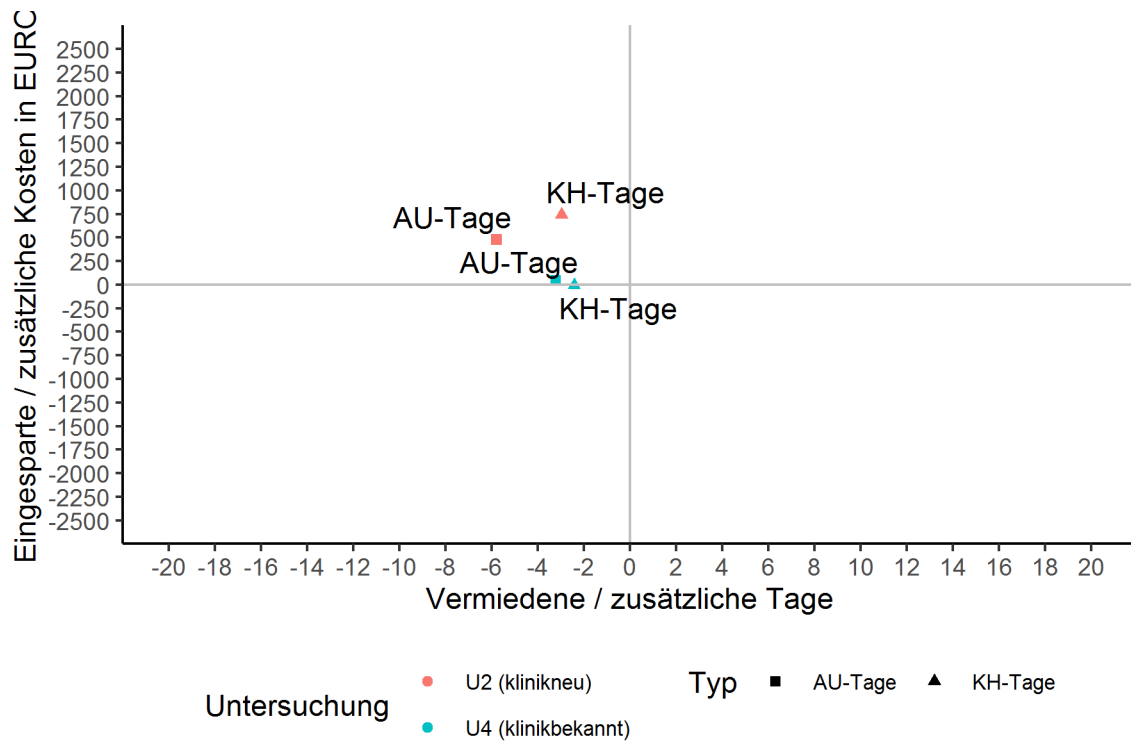
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	3.935,21 €		2687	4.666,58 €		2687	731,37 €	
	KG	3.861,97 €		2687	4.601,09 €		2687	739,12 €	
	Diff (IG - KG)	73,25 €	0,701		65,49 €	0,748		-7,76 €	0,977
KH-Tage	IG	6,5		2687	6,6		2687	0,1	
	KG	5,8		2687	8,4		2687	2,6	
	Diff (IG - KG)	0,6	0,279		-1,8	0,003		-2,4	0,004
ICER		3,19 €/d							

Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	3.932,96 €		1187	4.896,05 €		1187	963,09 €	
	KG	3.875,87 €		1221	4.791,39 €		1221	915,53 €	
	Diff (IG - KG)	57,09 €	0,837		104,66 €	0,737		47,56 €	0,909
AU-Tage	IG	37,2		1187	36,3		1187	-0,9	
	KG	27,7		1221	30,0		1221	2,3	
	Diff (IG - KG)	9,6	<0,001		6,4	0,031		-3,2	0,435
ICER		-14,78 €/d							

Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4 EP



Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4) KJP

U2- Variante A (vgl. Tabelle 201 und Abbildung 122): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 1.108,08 € signifikant ($p=0,045$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 0,3 Tage nicht signifikant ($p=0,791$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 3.671,22 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 3.671,22 € zusätzlich ausgegeben.

Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 124 im Anhang.

U4 – Variante A (vgl. Tabelle 203 und Abbildung 122): Der Anstieg der Kosten fiel in der IG um 226,39 € nicht signifikant ($p=0,688$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 0,4 Tage nicht signifikant ($p=0,732$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 576,00 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 576,00 € eingespart.

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

Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

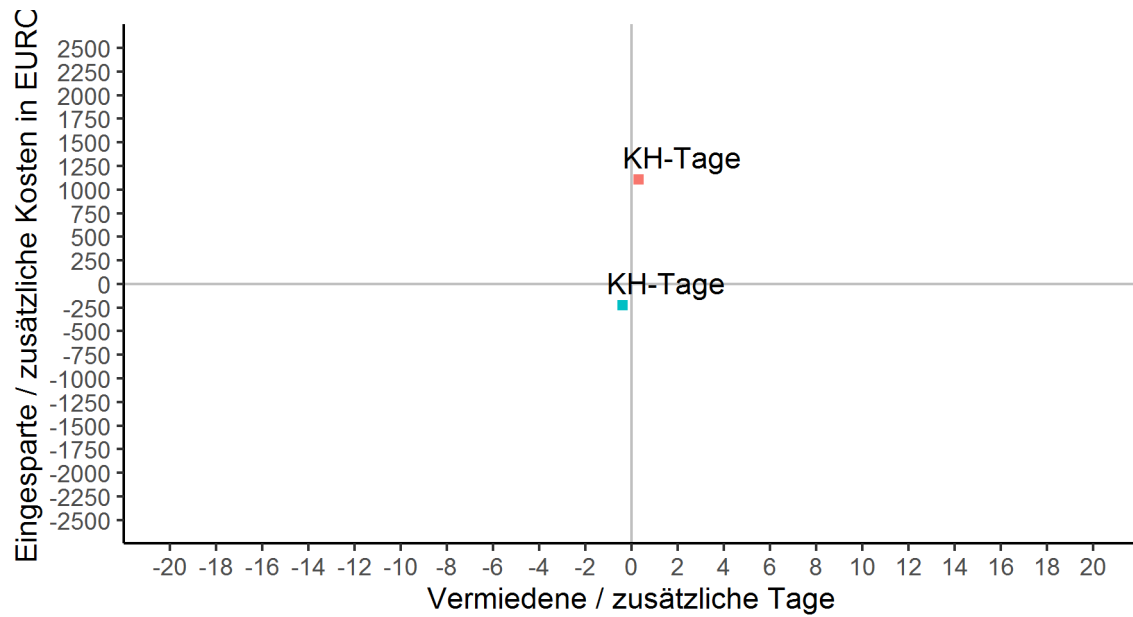
Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	872,18 €		2243	10.104,28 €		2243	9.232,10 €	
	KG	819,10 €		2243	8.943,12 €		2243	8.124,03 €	
	Diff (IG - KG)	53,08 €	0,732		1.161,15 €	0,029		1.108,08 €	0,045
KH-Tage	IG	1,3		2243	14,5		2243	13,2	
	KG	1,2		2243	14,1		2243	12,9	
	Diff (IG - KG)	0,1	0,668		0,4	0,678		0,3	0,791
ICER		3.671,22 €/d							

U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	2.983,02 €		1725	6.106,27 €		1725	3.123,26 €	
	KG	3.227,38 €		1725	6.577,03 €		1725	3.349,65 €	
	Diff (IG - KG)	-244,36 €	0,405		-470,75 €	0,328		-226,39 €	0,688
KH-Tage	IG	3,4		1725	7,4		1725	4,0	
	KG	4,0		1725	8,4		1725	4,4	
	Diff (IG - KG)	-0,6	0,338		-1,0	0,284		-0,4	0,732
ICER		576,00 €/d							

Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4 KJP



Untersuchung ● U2 (klinikneu) Typ ■ KH-Tage
 ● U4 (klinikbekannt)

12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH und untersucht dabei vier verschiedene Betrachtungsweisen (U1-U4). Verglichen wurden dabei Patienten der Modellklinik (IG) mit Patienten aus bis zu zehn Kontrollkliniken (KG). U1 untersucht dabei alle Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung. Hier liegt der Verlauf der Outcomes über die Zeit im Vordergrund. U2 betrachtet dagegen alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr über das erste patientenindividuelle Jahr nach Referenzfall (keine Inferenzstatistik, außer bei den drei Outcomes ohne Verlaufsbeobachtung). Hier steht die Entwicklung der Inanspruchnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Vordergrund. U3 analysiert alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr mit zweijähriger Nachbeobachtung. Im Vordergrund der Betrachtung liegt hier die Untersuchung der Inanspruchnahme über zwei Jahre nach Referenzfall und somit die Veränderung nach dem ersten Modelljahr (siehe U2). U4 untersucht die Entwicklung der Outcomes für alle Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (keine Inferenzstatistik). Hier ist der Verlauf der Inanspruchnahme mit erhöhter Fallzahl im Vergleich zu U1 im Blickpunkt.

Die Zuordnung der Kliniken und Patienten erfolgte im Rahmen eines mehrstufigen Matchingverfahrens. Somit wurden zunächst Kontrollkliniken (getrennt nach Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) ausgewählt, welche besonders gut zur Modellklinik passen² und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen³. Die vergleichbaren Ausgangswerte von IG und KG zeigen, dass das vorgenommene Matching trotz der Unterschiede zwischen den Kliniken gut funktioniert hat und eine hinreichende Strukturgleichheit zwischen IG und KG hergestellt wurde.

Die Stärken der vorliegenden Auswertung sind daher eine Datenbasis über fünf Modelljahre bzw. vier patientenindividuelle Jahre zuzüglich des Zeitraums vor Modellstart sowie die hohe Vergleichbarkeit 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.

² In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patientenklimentel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

³ Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] stärken stationsäquivalente/ambulante Behandlungsoptionen und ermöglichen somit die Dauer und Intensität der Behandlung besser an den Bedarf des einzelnen Patienten anzupassen. In der IG sind Anzahl und Dauer vollstationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung jeweils geringer als in der KG und/oder die Anzahl und Dauer teilstationärer Aufenthalte sind in der IG höher als in der KG. Dagegen sind Anzahl und Dauer von ambulanten Behandlungen, insbesondere stationsäquivalente ambulante Leistungen der Kliniken, in der IG jeweils höher als in der KG.“

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der Modellklinik bei den linikneuen erwachsenen Patienten in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung, statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch in U1 und U3 (in denen statistisch getestet wurde) nicht. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten sanken die Anteile vom Jahr vor Referenzfall zu den Jahren danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. In U1 war das stärkere Absinken der Anteil für das zweite und dritte Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit ist bei der Betrachtung des Anteils an erwachsenen Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt zu erkennen, dass sich dieser in der Modellklinik stärker verringerte als in der Regelversorgung. Diese Veränderung erreicht jedoch nur bei den linikbekannt Patienten statistische Signifikanz.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei den linikneuen jungen Patienten ein soweit zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbarer Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt ersichtlich. Sowohl der Verlauf als auch das Niveau war zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Lediglich in U1 war der Anstieg vom Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas geringer als in der Regelversorgung. Dieser etwas geringere Anstieg war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannt jungen Patienten war auch ein vergleichbarer Verlauf des Anteils ersichtlich. Die Anteile waren in der Modellklinik im ersten und zweiten (U1) bzw. im dritten (U4) Jahr nach Referenzfall zwar etwas geringer als in der Regelversorgung, jedoch im geringen Ausmaß und statistisch nicht signifikant. Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist in der KJP somit nicht eindeutig erkennbar.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen erwachsenen Patienten in U1, U3 und U4 zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets weniger stark im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied jedoch nicht statistisch signifikant. Die restlichen Jahre und der Anstieg in U1 waren zwischen den Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten der U1 stieg dieser Anteil vom Jahr vor zum ersten und zweiten Jahr danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Dieser

stärkere Anstieg war für das zweite Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. In U1 waren die Verläufe soweit vergleichbar. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist somit für die klinikneuen erwachsenen Patienten der Modellversorgung nicht und für die klinikbekannten erwachsenen Patienten teilweise erkennbar.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war der Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt im Modellvorhaben sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten jungen Patienten zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Lediglich in U4 bei den klinikneuen und in U1 bei den klinikbekannten Patienten war in der Modellklinik jeweils ein etwas geringerer Anstieg der Anteile vom Jahr vor zum Jahr nach Referenzfall erkennbar. Signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

Der Anstieg der **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer erwachsener Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach war in der Modellklinik in allen Untersuchungen geringer als in der Regelversorgung. In U1 und U3 (in denen der Unterschied inferenzstatistisch getestet wurde) war dieser geringere Anstieg statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik ab dem Jahr nach Referenzfall stets weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf (Ausnahme bildet das vierte Jahr nach Referenzfall in U1). In U1 war dieser Unterschied im ersten bis dritten Jahr statistisch signifikant (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall). Vollstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben für die erwachsenen Patienten verringert. Auch in anderen Studien zu Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlichen Modellvorhaben war eine Reduktion vollstationärer Tage in Modellvorhaben im Vergleich zu Kontrollpatienten ersichtlich. So sank die durchschnittliche Dauer vollstationärer Behandlung im Landkreis Dithmarschen mit der Einführung von Regionalen Psychriatriebudgets (RPB) im Jahr 2008 um ca. 22 % im Vergleich vor Einführung des RPB (4). In einer Region in Schleswig-Holstein wurde nach Einführung des RPBs die Zahl vollstationärer Behandlungsplätze innerhalb von fünf Jahren deutlich reduziert (5). Im Rahmen eines modellähnlichen integrierten Versorgungsvertrages in einer Klinik in Hessen konnten 30 % der stationären Leistungen durch stationersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) zeigten sich bei den klinikneuen jungen Patienten zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbare Verläufe bezüglich der vollstationären Behandlungsdauer. Zwar stieg die Anzahl an vollstationären Behandlungstagen in U1 und U4 im Modellvorhaben etwas geringer als in der Vergleichsgruppe; dieser Unterschied war jedoch gering und statistisch nicht signifikant. In U2 und U3 war dieser Anstieg zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den klinikbekannten jungen Patienten war der Verlauf der vollstationären Behandlungstage zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar, wobei die Höhe der vollstationären Tage im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas unter den Niveaus in der

Regelversorgung lag. Somit wurden in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht eindeutig verringert.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik verlief die Anzahl an **teilstationären Tagen** stets vergleichbar mit den der Regelversorgung. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten stieg die Anzahl an teilstationären Behandlungstagen zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung. Der stärkere Anstieg zum ersten bzw. das geringere Absinken zum zweiten Jahr nach Referenzfall (im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall) war in U1 statistisch signifikant. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage ist somit nicht bei den klinikneuen, jedoch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten ersichtlich. Auch in anderen Modellvorhaben wurden verstärkt die teilstationären Behandlungen ausgebaut. Im oben beschriebenen RPB in Dithmarschen z.B. wurden vollstationäre Behandlungstage teilweise durch teilstationäre Tage aufgefangen (4). Und teilstationäre Behandlungsangebote wurden auch im RPB in der Region in Schleswig-Holstein deutlich ausgebaut (5, 8).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen jungen Patienten der Modellklinik in U1 und U4 (Referenzfälle im ersten bzw. ersten und zweiten Modelljahr) etwas weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung, jedoch statistisch nicht signifikant. In U2 und U4 (Referenzfälle im ersten bis vierten bzw. ersten bis dritten Modelljahr) war dieser Anstieg jedoch zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Dies deutet darauf hin, dass in den ersten Modelljahren nach Modellstart die teilstationären Tage im Modellvorhaben noch weniger in Anspruch genommen wurden (auch wenn dieser Unterschied nicht signifikant war); aber im Laufe des Modellvorhabens hat sich dieser Unterschied verringert. Bei den linikbekannten jungen Patienten zeigten sich parallele Verläufe mit einem Absinken der teilstationären Tage ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall und vergleichbarem Niveau zwischen IG und KG. Somit ist bei den jungen Patienten der Modellklinik keine Steigerung teilstationärer Behandlungstage ersichtlich.

Einschränkend für die Diskussion mit anderen Untersuchungen bleibt zu erwähnen, dass andere Studien bezüglich der stationären Behandlungsdauer meist nur Patienten untersuchten, die in die Klinik aufgenommen wurden. In der vorliegenden Evaluation gab es hinsichtlich der kumulierten vollstationären Dauern jedoch keine Einschränkung auf Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt. Dies führt dazu, dass auch Patienten, die über die PIA oder teilstationäre Behandlung aufgenommen wurden, in den Nenner der Betrachtung der durchschnittlichen Anzahl der Tage eingehen. Dieses Vorgehen ist für eine valide Beurteilung der Behandlung der Patienten in dieser Evaluation wichtig, da auch vermiedene stationäre Tage betrachtet werden müssen. Die Vermeidung von (voll-)stationären Tagen kann bereits ein Modelleffekt sein. Weiterhin fokussieren sich andere Studien zumeist auf bestimmte Erkrankungsgruppen (z.B. nur F10 oder nur F20-29). Beides schränkt jedoch einen direkten Vergleich mit anderen Studien und der Literatur stark ein, da in den (meisten) anderen Studien nur Patienten gezählt wurden, die stationär behandelt wurden bzw. in denen nur eine ausgewählte Diagnosegruppe untersucht wurde. Die Betrachtung aller Patienten führt dazu, dass die

durchschnittlichen kumulierten Dauern in dieser Evaluation (meist) wesentlich geringer ausfallen im Vergleich mit anderen Studien. Der Fokus der Evaluation liegt jedoch nicht auf den Vergleich mit anderen Studien, sondern auf einer validen Evaluation von Modellvorhaben nach § 64b SGB V.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** ist zu erkennen, dass die Zunahme der durchschnittlichen PIA-Kontakte bei den linikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik stets größer ausfiel als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in allen Untersuchungen deutlich und in U1 (hier auch im zweiten Jahr nach Referenzfall) und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten hingegen verringerte sich die Anzahl durchschnittlicher PIA-Kontakte in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets mehr als in der Regelversorgung. Obwohl dieser Unterschied der geringeren PIA-Inanspruchnahme in der Modellklinik bereits im Jahr vor Referenzfall bestand, vergrößerte sich dieser über die patientenindividuelle Zeit sowohl in U1 und U4. Diese größere Abnahme war in U1 für alle vier Jahre nach Referenzfall statistisch signifikant. Somit sind bezüglich der PIA-Kontakte zwischen den klinikneuen (stärkere Zunahme in der Modellklinik) und klinikbekannten (stärkere Abnahme in der Modellklinik) erwachsenen Patienten gegensätzliche Entwicklungen zu verzeichnen.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war bei den linikneuen jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein größerer Anstieg der PIA-Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung ersichtlich. In U3 war dieser Unterschied statistisch signifikant. Die weiteren Jahre waren stets zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten hingegen war in U1 und U4 im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall stets eine geringere PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. In U1 waren die Unterschiede in beiden Jahren statistisch signifikant. Somit ist in der KJP bei den klinikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall eine stärkere Zunahme und bei den klinikbekanntem Patienten im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall eine stärkere Abnahme der Inanspruchnahme der PIA ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben bei den linikneuen erwachsenen Patienten stets zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war jedoch eine stärkere Zunahme der Kontakte in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. In U1 war dieser Unterschied signifikant. Die weiteren Jahre waren im Verlauf und Niveau zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit für klinikneuen Patienten nicht und für klinikbekannte Patienten für das erste Jahr nach Referenzfall beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekanntem jungen Patienten die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen Modell- und Regelversorgung stets vergleichbar. Jedoch ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme bei einem anderen Vertragsarzt

aufgrund einer Indexdiagnose im Modellvorhaben über den patientenindividuellen Verlauf etwas stärker sank bzw. weniger stark stieg als in der Regelversorgung. Dieses etwas stärkere Absinken war vom Jahr vor Referenzfall zum dritten Jahr nach Referenzfall in U1 und zum ersten Jahr nach Referenzfall in U3 für linikneue Patienten statistisch signifikant. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit in der KJP nicht beobachtet werden. Vielmehr wurden andere Vertragsärzte weniger stark in Anspruch genommen.

Obwohl die Gesetzgebung mit § 64b SGB V eindeutig auf Modellvorhaben mit Ausrichtung einer sektorenübergreifenden Leistungserbringung abzielte, wurden die Modellvorhaben selten über den Krankenhaussektor hinaus etabliert. Gründe dafür mögen mannigfaltig sein, sind aber mehrheitlich durch die finanzielle Sektorierung bzw. getrennte Verantwortung in Budgets für Krankenhäuser und den ambulanten Bereich begründet (9, 10). Das verhandelte Budget nach § 64b SGB V beschränkt sich bei der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH auf den Krankenhaussektor. Daher sind keine finanziellen Anreize für eine verstärkte Vernetzung in den ambulanten Bereich außerhalb des Krankenhauses gesetzt.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie eine Tendenz hin zu einer Verringerung der Anzahl vollstationärer Anteile ersichtlich war, jedoch erreichte dieser Unterschied nur bei den klinikbekannten Patienten statistische Signifikanz. Ein Absinken der Anteile vollstationärer Behandlungen ist in der KJP hingegen nicht eindeutig erkennbar. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung ist für die klinikneuen erwachsenen Patienten sowie für die jungen KJP-Patienten der Modellversorgung nicht und für die klinikbekannten erwachsenen Patienten nur teilweise erkennbar. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben ab; in der KJP war diese Verringerung hingegen nicht eindeutig erkennbar. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage war sowohl bei den klinikneuen erwachsenen Patienten sowie bei den jungen Patienten der KJP nicht, jedoch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten, ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich bei den PIA-Kontakten zwischen den klinikneuen (stärkere Zunahme in der Modellklinik) und klinikbekannten (stärkere Abnahme in der Modellklinik) erwachsenen sowie jungen Patienten gegensätzliche Entwicklungen. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses konnte für die klinikneuen erwachsenen sowie für die jungen Patienten nicht, jedoch für klinikbekannte erwachsenen Patienten für das erste Jahr nach Referenzfall schon beobachtet werden. Bei den jungen Patienten der Modellversorgung wurden zudem andere Vertragsärzte weniger stark in Anspruch genommen als bei den Patienten der Regelversorgung.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität im Modellvorhaben für sowohl für die linikneuen als auch die linikbekannten erwachsenen Patienten und für alle Nachbeobachtungszeiträume stets größer verglichen mit der Regelversorgung. Im ersten Jahr nach Referenzfall war dieser Unterschied für alle inferenzstatistisch untersuchten Kohorten stets statistisch signifikant (mit Ausnahme für U1, klinikneu und 90 Tage). Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie des Modellvorhabens konnte somit klar beobachtet werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war generell kein Unterschied zwischen Modell- und Regelversorgung bezüglich der Behandlungskontinuität ersichtlich. Lediglich bei den klinikbekannten Patienten in U4 (Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung) wies die Modellklinik im ersten Jahr eine stets niedrigere und im dritten Jahr nach Referenzfall für 30 und 90 Tage eine höhere Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung auf. Eindeutige Unterschiede in der Behandlungskontinuität sind somit bei den jungen Patienten aber nicht erkennbar.

Beim Outcome **Abbrüche des Kontakts** schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wurde untersucht, wie häufig und wie lange linikneue Patienten mit schweren psychischen Störungen keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem hatten. Da eine Betrachtung dieses Parametes über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Auch wurde dieser Outcome für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht angewendet, da die abgeleitete Definition schwerer psychischer Störungen für Kinder und Jugendliche nicht passend ist. Ein geringerer Anteil im Modellvorhaben wies keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem im Vergleich zur Regelversorgung auf. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung von 90 und 180 Tagen statistisch signifikant. Auch war die Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik bei beide Nachbeobachtungszeiträume statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Analog zur stationären Behandlungsdauer wurden in dieser Analyse Fälle ohne Kontaktabbruch mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Die Outcomes Abbrüche des Kontaktes zum psychiatrischen Versorgungssystem sowie Behandlungskontinuität zeigen eine eindeutige Tendenz in der Erwachsenenpsychiatrie für eine

erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. In der KJP ist jedoch keine klare Stärkung der Behandlungskontinuität erkennbar.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** wurde untersucht, ob Patienten zwischen verschiedenen Leistungserbringern im gleichen Versorgungssektor innerhalb eines Jahres mehr als zweimal wechselten. Im Allgemeinen kann sowohl für die Erwachsenen- als auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgesagt werden, dass Arzt- und Krankenhaus-Hopping nur sehr wenige Patienten betraf und nur sehr wenig Veränderung über die Zeit ersichtlich war. Ein Unterschied zwischen IG und KG war in allen untersuchten Kohorten nicht zu beobachten. Hopping war hier weder in der Modellklinik noch in der Regelversorgung ersichtlich. Durch die regionale Pflichtversorgung in der Psychiatrie, eine enge Bindung an den Psychotherapeuten (bei durchgehender Therapie) und teilweise fehlendem Fachpersonal in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbunden mit teils langen Wartezeiten (10), ist vermutlich die „Möglichkeit“ des Hoppings zwischen verschiedenen Krankenhäusern und Ärzten ohnehin und unabhängig von Modellversorgung sehr eingeschränkt.

Die Kontinuität der Behandlung gilt als wichtiges Qualitätskriterium einer patientenzentrierten Behandlung. Besonders im Bereich der psychisch Erkrankten ist eine kontinuierliche Versorgung des Patienten, bestenfalls mit gleichbleibenden Therapeuten, Pflegepersonal und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Bei den erwachsenen Patienten konnte im Modellvorhaben sowohl bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität als auch beim Kontaktabbruch eindeutige Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie nachgewiesen werden konnte. In der KJP war jedoch keine klare Stärkung dieser erkennbar.

Hypothese c) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] sorgen für eine **schnellere und nachhaltigere Gesundheitsverbesserung** von Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG und **verringern somit das Risiko für Arbeitsunfähigkeit**,

schnellere vollstationäre Wiederaufnahmen, für die Entwicklung von psychischen und somatischen Komorbiditäten, für Erkrankungsprogression und für eine erhöhte Mortalität.

Die Anzahl der Personen mit mindestens einer **Arbeitsunfähigkeits (AU) – Episode** war zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten vergleichbar.

Der Anstieg der durchschnittlichen **Anzahl an AU-Tagen** war bei den linikneuen erwachsenen Patienten vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach stets geringer in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik in U1 und U4 im Jahr vor Referenzfall mehr AU-Tage als die Vergleichsgruppe auf. Dieser Unterschied verringerte sich in beiden Untersuchungen über den patientenindividuellen Verlauf, so dass das Modellvorhaben (in U1) eine statistisch signifikant größere Abnahme an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung aufwies. Numerisch glichen sich die AU-Tage in beiden Gruppen an. Durch den Niveau-Unterschied im Jahr vor Referenzfall nahmen die AU-Tage im Modellvorhaben aber stärker ab.

Ob Modellvorhaben nach § 64b SGB V oder ähnlich konzipierte Vorhaben eine Veränderung der AU-Episoden oder AU-Tage bewirken, wurde bis jetzt wenig untersucht. In dem Projekt der integrierten Versorgung „Seelische Gesundheit Aachen“ wurde für Depression eine Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitstage festgestellt (12). In der ACCESS-Studie (ACT vs. Regelversorgung für Schizophrenie-Patienten) konnte in einer prospektiven Kohortenstudie eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, im Arbeitsleben zu sein und selbstständig zu wohnen herausgefunden werden (13). Das Hauptaugenmerk der meisten Studien zur Beurteilung der Effektivität von (§ 64b SGB V-ähnlichen) Modellvorhaben lag u.a. auf der Reduktion vollstationärer Tage, Veränderung ambulanter Inanspruchnahme, Lebensqualität, Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus, Beurteilung der Patienten, Mitarbeiter und Angehörigen und weitere Outcomes.

Die Rückführung von psychisch Erkrankten in den primären Arbeitsmarkt bzw. die Vermeidung von AU ist ein wichtiges Ziel in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Obwohl ein enger Zusammenhang zwischen Bildung und psychischer Gesundheit besteht (14), sind auch nach Berücksichtigung soziodemographischer Faktoren, wie Bildung, Einkommen und beruflicher Position, hoch-signifikante Effekte von psychischen Störungen auf AU und Langzeit-AU ersichtlich (15). Arbeitsunfähigkeit ist somit bei der hier untersuchten Personengruppe besonders zu betrachten.

Durch das weitestgehend erfolgreiche Matching von Patienten der Modellversorgung mit Patienten von Kontrollkliniken wurde die Erkrankungsschwere möglichst vergleichbar gemacht. Diese wurde u.a. durch die Berücksichtigung der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen vor Referenzfall im Matching hergestellt. Einschränkend bleibt zu erwähnen, dass die vorliegenden Daten Erkrankungsschwere nur bedingt abbilden können. Auch wenn die Klinik auf die AU des Patienten teilweise nur indirekten Einfluss hat, so kann davon ausgegangen werden, dass umfassende Konzepte, welche u.a. „Supported Employment“ oder Arbeitstherapie beinhalten, auch hier Auswirkungen entfalten können. Eine stärkere Berücksichtigung des Themas „Arbeit und Beschäftigung“ in der

medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Sensibilisierung von Behandlern und Umsetzung von Programmen wie Supported Employment, deren Wirksamkeit in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten belegt ist, wird empfohlen (16).

Da eine Betrachtung vollstationärer **Wiederaufnahme** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier ausschließlich eine Betrachtung dieser für klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor (U2). Sowohl der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme im ersten Jahr nach Referenzfall als auch die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung war im Modellvorhaben etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den klinikneuen jungen Patienten der Anteil und die Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Generell zu beachten ist, dass eine schnellere Wiederaufnahme per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein muss. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der vollstationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der vollstationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bezüglich der **Komorbidität** zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine Unterschiede. Der mittlere Elixhauser-Score war bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung

vergleichbar. In der KJP konnte dieses Outcome aufgrund für Kinder und Jugendliche unpassender eingeschlossener Diagnosen (Elixhauser Score) nicht angewendet werden.

Zur Messung von Komorbiditäten anhand von GKV-Sekundärdaten wurde die Einteilung nach dem Elixhauser Score herangezogen (19, 20). Auf eine Gewichtung der Erkrankungsklassen wurde verzichtet, da der Elixhauser Score im Grundprinzip das Risiko, im Krankenhaus zu versterben, abbildet (21). Das Auftreten der jeweils 30 Elixhauser Kategorien wurden gezählt und als Summe bewertet. Je höher der Score war, desto höher wurde die Last aufgrund von Komorbiditäten gewertet. Kritisch zu bewerten ist, dass der Elixhauser Score ursprünglich zur Abbildung vom Mortalitätsrisiko erhoben wurde, jedoch auch mit Krankenhausverweildauer und -kosten assoziiert ist (22). In der Literatur wird er bei der Erhebung von Komorbiditäten aufgrund von GKV-Sekundärdaten jedoch relativ häufig eingesetzt (23), da es bisher kaum valide Alternativen zur Abbildung von Komorbiditäten mit administrativen Daten gibt. Der Zusammenhang von psychischer und somatischer Ko-Erkrankung ist unbestreitbar. In einigen Fällen sind somatische Leiden mit psychischen Erkrankungen assoziiert, z.B. Krebserkrankung und Angststörung (24). In anderen Fällen begünstigen psychische Erkrankungen organische Leiden, z.B. Suchterkrankung und Leberschäden (25). Wiederum gibt es verschiedene psychische Erkrankungen, die oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergehen, z.B. Sucht mit Depression und Angststörungen (26). Komorbiditäten verringern zudem häufig die Compliance der Patienten für die Behandlung, erhöhen die Kosten und Komplexität der Behandlung (26).

Weiterhin wurde in dem vorliegenden Bericht untersucht, inwieweit sich das Risiko, innerhalb eines definierten Zeitraumes zu versterben, zwischen IG und KG unterscheidet (**Mortalität**). Hier zeigten sich in der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Mortalität unter den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar war. Bei den linikbekannten Patienten wiesen die Patienten der Modellversorgung stets eine etwas geringere Mortalität im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf (4-Jahres-Mortalität = -2,2 %-Punkte; 2-Jahres-Mortalität = -1,8 %-Punkte). Diese Unterschiede waren jedoch gering und statistisch nicht signifikant. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren keine signifikanten Unterschiede zwischen Modell- und Regelversorgung zu beobachten. Die Verläufe waren hier nahezu identisch. Es verstarben generell sehr wenige junge Patienten. Somit weisen dies Ergebnisse darauf hin, dass sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP kein Unterschied bezüglich der Mortalität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung beobachtet werden konnte.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sterben durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung bzw. deren Mortalität ist doppelt so hoch im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, überwiegend durch somatische Erkrankungen (27, 28). Besonders in Kombination mit Co-Erkrankungen (siehe auch unter Komorbidität) leiden diese Menschen nicht nur unter einer erhöhten Morbidität, sondern auch unter einer erhöhten Mortalität. Dies gilt besonders für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (29). Modellvorhaben nach § 64b SGB V können hier nur bedingt Einfluss nehmen. Eine nachhaltigere und patientenzentrierte Versorgung in den Modelkrankenhäusern könnte aber möglicherweise zu weniger Begleiterkrankungen und dadurch zu einer geringeren Mortalität führen. Dies könnte ggf. in Modellvorhaben mit Vorläuferverträgen (wie hier) beobachtet werden, würde aber für Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, wie im

vorliegenden Modellvorhaben, zu weit greifen, da solche Auswirkungen Jahre benötigen, bis diese sichtbar sind.

Die **Erkrankungsprogression** wurde in der vorliegenden Evaluation anhand von drei Untersuchungen analysiert. Es wurde untersucht, ob (A) leichte oder mittelgradige depressive Episoden sich zu einer schweren depressiven Episode entwickeln, ob (B) jegliche depressive Episode sich zu einer rezidivierenden depressiven Störung entwickeln oder ob (C) eine Suchterkrankung entwickelt wurde. In der Erwachsenenpsychiatrie war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik stets geringer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren jedoch jeweils statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war keine eindeutige Tendenz ersichtlich. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse hingegen stets geringer. Der geringere Anteil war in U1 statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten der Modellversorgung stets geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch nicht zu verzeichnen. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik hingegen stets größer, jedoch auch hier ohne Erreichen einer statistischen Signifikanz.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik in U1 - U3 vergleichbar und in U4 etwas geringer als in der Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Vergleichsgruppe. Statistisch signifikante Unterschiede gab es in U1 jedoch nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten zwischen beiden Gruppen weitgehend vergleichbar. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten zwischen Modell- und Regelversorgung vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der Modellklinik in beiden Untersuchungen (U1 und U4) geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit nicht verändert hat. Jedoch wurden Arbeitsunfähigkeitstage sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten mit Einführung des Modellvorhabens verringert. Im Modellvorhaben an der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH wurden die Patienten der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wiederaufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Die mittlere Anzahl an Komorbiditäten war zwischen Modell- und

Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. Bei den erwachsenen klinikbekannten Patienten gab es in der Modellklinik weniger Fälle mit einer Krankheitsprogression hin zu einer rezidivierenden depressiven Störung.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Auch sind die definierten Betrachtungen für die KJP nichtzutreffend und wurden hier nicht untersucht. Der Anteil an erwachsenen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war im Modellvorhaben geringer als in der Regelversorgung. Dies widerspricht einer leitliniennahen Versorgung. Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist

im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgefedert werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit (34) in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach § 64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den linikneuen erwachsenen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung in U1 im zweiten Jahr nach Referenzfall, in U2 bis U4 zum Referenzfall und im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) und in U3 und U4 auch im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung in allen untersuchten Jahresschreibern (ausgenommen im vierten Jahr nach Referenzfall in U1) im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer als in der Regelversorgung. Auch bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war bei den klinikneuen Patienten in U1 bis U4 im Referenzfall und ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten Patienten war die geringere Inanspruchnahme in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung in (fast) jeder Jahresscheibe statistisch signifikant (außer im vierten Jahr nach Referenzfall in U1). Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit weder für die Erwachsenenpsychiatrie noch für die KJP beobachtet werden. Die aufsuchende Behandlung wurde dagegen weniger im Modellvorhaben in Anspruch genommen. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den

vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home-Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Der Anteil an erwachsenen Patienten mit akuter, mindestens mittelgradiger depressiver Episode und der Verordnung eines Antidepressivums innerhalb von 90 Tagen war im Modellvorhaben sogar geringer als in der Regelversorgung. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie und der KJP geringer in Anspruch genommen.

Hypothese e) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] stärken stationsäquivalente/ ambulante Behandlungsoptionen und reduzieren Anzahl und Dauer stationärer Aufenthalte aufgrund einer psychischen Erkrankung. Direkte stationär-psychiatrische Versorgungskosten sind in der IG daher geringer als in der KG.“

Erwachsene

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationär-psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 1.069,01 € signifikant günstiger als die KG. Dieser Effekt wurde durch eine deutlich geringere Zahl vollstationär behandelter Personen in der IG hervorgerufen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klimbekannt Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 436,57 € je Patient günstiger. Dieser Effekt wurde auch hier durch eine deutlich geringere Zahl vollstationär behandelter Personen in der IG hervorgerufen. Dieses Muster ließ sich auch für die klimbekannt Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 4.962,49 € und 5.551,79 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant geringer als der der KG.

Bei den klimbneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 818,43 € je Patient nicht signifikant günstiger als die KG.

Kinder und Jugendliche

Bei den klimbneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **vollstationär-psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 261,60 € nicht signifikant günstiger als die KG. Dieser Effekt wurde durch eine geringere Zahl vollstationär behandelter Personen in der IG hervorgerufen. Bezieht man die klimbneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klimbekannt Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant um 322,38 € je Patient günstiger. Dieser Effekt wurde auch hier durch eine geringere Zahl vollstationär behandelter Personen in der IG hervorgerufen. Dieses Muster ließ sich auch für die klimbekannt Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 6.487,47 € und 5.924,58 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit größer als der der KG.

Bei den klimbneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 44,80 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG.

Zusammenfassend zeigt sich ein bei den Erwachsenen ein hypothesenkonformes Ergebnis. Die Kosten bzw. die Kostenanstiege der vollstationären Versorgung lagen in der IG unter denen der KG. Bei den Kindern und Jugendlichen war für Kohorte 1 ein günstigerer Kostenverlauf der IG gegenüber der KG zu

verzeichnen, der sich aber im Zeitverlauf über die jeweiligen Kohorten zu einem teureren Verlauf wandelte. Hier scheinen demnach über die Zeit hypothesenkonträre Effekte zu wirken.

Hypothese f) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu geringeren Kosten. Die **direkten psychiatrischen Versorgungskosten aus allen Versorgungsbereichen sind in der IG insgesamt geringer als in der KG.**“*

Erwachsene

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 476,17 € nicht signifikant günstiger als die KG. Die Kosten der PIA-Versorgung waren dabei signifikant höher als in der KG. Dies wurde jedoch durch geringere Kosten der vollstationären Versorgung ausgeglichen. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den linikbekannten Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 29,99 € je Patient teurer. Dieses Muster ließ sich auch für die klinikbekannten Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 8.120,54 € und 7.423,84 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG.

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 156,09 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Kinder und Jugendliche

Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (U1) entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **direkten psychiatrischen Versorgungskosten** vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 432,01 € nicht signifikant günstiger als die KG. Bezieht man die klinikneuen Patienten der ersten beiden Modelljahre bei dreijähriger Nachbeobachtung (U4) ein, ergibt sich ein in Richtung und Höhe der Kostenverläufe vergleichbares Bild zu den für U1 gemachten Ausführungen.

Bei den klambekanntem Patienten des ersten Modelljahres (U1) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr nicht signifikant um 648,80 € je Patient günstiger. Dieses Muster ließ sich auch für die klambekanntem Patienten der ersten beiden Modelljahre und dreijähriger Nachbeobachtungszeit (U4) feststellen.

Bei Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (U2) ergaben sich in der IG im Nachbeobachtungszeitraum Kosten je Patient in Höhe von 10.104 € und 8.943 € in der KG. Der Anstieg der IG ist somit signifikant höher als der der KG.

Bei den klambneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (U3) entwickelte sich die IG vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr um 410,16 € je Patient nicht signifikant teurer als die KG. In der Kostenverteilung ergab sich hier ein vergleichbares Muster zu U2.

Zusammenfassend zeigt sich bei den Erwachsenen im erstem Modelljahr noch eine Kostenersparnis im Sinne eines geringeren Anstiegs. Durch die über die Zeit (ersichtlich über die Anstiege bzw. Differenzen zwischen IG und KG von U4 zu U3 und zu U2) immer stärker ausgebauten Behandlungskapazitäten und somit höheren Kosten im tagesklinischen und PIA-Bereich stiegen die Gesamtkosten, da die zu Beginn geringeren, aber ebenfalls im Zeitverlauf ansteigenden vollstationären Kosten diesen Zuwachs nicht kompensieren konnten.

Dies gilt ebenso für die Kinder und Jugendlichen.

Hypothese q) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zur Herstellung von **Leistungstransparenz** durch eine patientenbezogene Abrechnung.“*

Der Begriff der **Leistungstransparenz** wurde und wird im stationären Bereich primär mit der Einführung des PEPP-Systems als neue Vergütungssystematik ab dem Jahr 2013 diskutiert. Vor allem die nach Diagnosen, behandelnder Fachabteilung, Patientenalter sowie durchgeführter Prozeduren differenzierenden, die Erlöshöhe bestimmenden Pauschalen werden dabei als Schritt zu mehr Transparenz im Zuge der Abrechnung – vor allem gegenüber tagesgleichen Pflegesätzen – verstanden. Der Begriff der Leistungstransparenz ist aber dennoch zu unspezifisch und wird von verschiedenen Akteuren unterschiedlich definiert. Seit dem ersten Quartal 2016 werden PEPP-Entgelte für die stationäre Abrechnung verwendet. Definiert man Leistungstransparenz als Einführung des PEPP-Systems als Abrechnungssystem, lässt sich festhalten, dass somit Leistungstransparenz gegeben ist. Dem ließe sich jedoch entgegen, dass Leistungstransparenz auch unabhängig vom Vergütungssystem vorhanden ist, wenn die aktuell bestehenden Kodierrichtlinien für Diagnosen und Prozeduren umgesetzt werden, da sich die Gruppierung zu einer PEPP lediglich daraus ergibt.

Analog dazu kann für die PIA von Leistungstransparenz gesprochen werden, wenn eine nach behandelnder Berufsgruppe, Behandlungsart (bspw. Grundversorgung oder Krisenintervention; Einzel- oder Gruppenbehandlung) und Behandlungsdauer differenzierende Dokumentation erfolgt. Dies ist durch die Umsetzung der PIA-Doku-Vereinbarung ab 2018 gegeben. Die Differenzierung der PIA-Dokumentation ab 2018 ist dabei kein Modellmerkmal, sondern geht mit allgemeinen Dokumentationspflichten einher.

Zusammenfassend kann zwar für die Modellklinik von Leistungstransparenz gesprochen werden, dies ist jedoch nicht zwingend auf das Modellvorhaben selbst zurückzuführen.

Hypothese h) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu einer **Verlagerung von Versorgungskosten in den haus- und fachärztlichen Bereich.**“*

Die Kosten der vertragsärztlichen Versorgung der IG lagen bei den Erwachsenen gemittelt über klinikneue und klinikbekannte Patienten auf vergleichbarem Niveau wie die der Kontrollgruppe. Bei den Kindern und Jugendlichen lagen sie teilweise darunter. Von einer Verlagerung ist somit nicht auszugehen.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zum einen zu einer **Veränderung der Arzneimitteltherapie** durch eine mögliche Verschiebung der Arzneimittelkosten in den fach- und hausärztlichen Bereich. Zum anderen ist davon auszugehen, dass im stationsäquivalenten / ambulanten Bereich die **Kosten der Arzneimittelversorgung sinken**, da weniger Medikamente in diesen Versorgungsbereichen verordnet werden oder verstärkt auf Generika zurückgegriffen wird.“*

Bei den klinikneuen Patienten zeigten sich in allen Untersuchungsperspektiven vergleichbare Verläufe und Höhen der Kosten in IG und KG. Bei den klinikbekannten Patienten zeigten sich hingegen geringere Kosten der Psychopharmakaversorgung. Inwieweit dies aber auf Modelleffekte zurückzuführen ist, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Insbesondere dadurch nicht, da die geringeren Kosten bereits im Prä-Zeitraum vorhanden waren. Auch bei den Kindern und Jugendlichen war dieses Muster zu beobachten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Frage nach geringeren Kosten für Arzneimittel nicht abschließend beantwortet werden kann, da die Effekte nicht eindeutig und teilweise auch gegenläufig sind.

Hypothese j) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

„[...] führen zu einer **kosten-effektiveren Verwendung** der vorhandenen finanziellen Mittel zur psychiatrischen Versorgung von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur Regelversorgung.“

Erwachsene

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von -250,23 € je Tag. D.h. für jeden der 3,0 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 250,23 € aufgewendet. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von - 82,40 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 5,8 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 82,40 € an.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 3,19 € je Tag. D.h. für jeden der 2,4 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i.H.v. 3,19 € eingespart. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) ergab sich eine Kosteneffektivitätsrelation von - 14,78 € je vermiedenem AU-Tag bei insgesamt 3,2 vermiedenen AU-Tagen. Für jeden vermiedenen AU-Tag fielen somit zusätzliche Kosten in Höhe von 14,78 € an.

Kinder und Jugendliche

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 3.671,22 € je Tag. D.h. für jeden der 0,3 in der IG zusätzlich erbrachten vollstationären psych. Tage wurden zusätzliche Kosten i.H.v. 3.671,22 € aufgewendet.

U4: Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 576,00 € je Tag. D.h. für jeden der 0,4 in der IG vermiedenen vollstationären psych. Tage wurden Kosten i.H.v. 576,00 € eingespart.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Modellvorhaben zwar effektiv im Sinne verbesserter primärer Outcomes ist, die Kosten jedoch in der IG über denen der KG liegen. Hier müsste die

Zahlungsbereitschaft der Kostenträger ermittelt werden. Bei den Kindern und Jugendlichen konnte die Effektivität nicht nachgewiesen werden und somit ist auch keine Kosteneffektivität gegeben.

Fazit

Im Zuge des Modellvorhabens nach § 64b SGB V in der Vitos Klinikum Riedstadt gGmbH muss im Fazit zwischen der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie unterschieden werden.

In der Erwachsenenpsychiatrie nahm die Dauer vollstationärer Behandlung im Modellvorhaben ab. In der KJP war diese Verringerung hingegen nicht eindeutig erkennbar. Ein Ausbau teilstationärer Behandlungstage war sowohl bei den klinikneuen erwachsenen Patienten sowie bei den jungen Patienten der KJP nicht, jedoch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten, ersichtlich. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich bei den PIA-Kontakten zwischen den klinikneuen (stärkere Zunahme in der Modellklinik) und klinikbekannten (stärkere Abnahme in der Modellklinik) erwachsenen sowie jungen Patienten gegensätzliche Entwicklungen.

Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte in der Erwachsenenpsychiatrie, aber nicht in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem eine Verringerung von Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden, im Vergleich zur Regelversorgung, die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht schneller vollstationär wiederaufgenommen. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung vergleichbar. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bei den Erwachsenen wurden rezidivierende depressive Störungen klinikbekannter Patienten im Modellvorhaben vermieden. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte weder für die Erwachsenenpsychiatrie, noch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet werden. Vielmehr wurde die aufsuchende Behandlung im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie geringer in Anspruch genommen. Bzgl. der gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten konnte kein hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden. Die Kosten sowie die Anstiege der Kosten der IG lagen zwar zu Beginn unter denen der KG, entwickelten sich im Zeitverlauf deutlich stärker, sodass in der Gesamtschau von höheren Kosten als in der Kontrollgruppe auszugehen ist.

Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie eine Reihe hypothesenkonformer Modelleffekte, besonders eine Verringerung vollstationärer Behandlungs- sowie AU-Tage. Auch wurde die Behandlungskontinuität gestärkt. Hypothesenkonforme Veränderungen der voll- bzw. teilstationären Anteile bzw. der teilstationären Behandlungstage waren im Beobachtungszeitraum zunächst nur für die klinikbekannten Patienten erkennbar, während bei den klinikbekannten Patienten die PIA-

Behandlung vermindert in Anspruch genommen wurde. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren kaum Modelleffekte ersichtlich.

Wir hoffen, durch diese Evaluation der Modellklinik Hinweise auf bereits erzielte Effekte wie auch auf eine mögliche weitere Optimierung der Modellumsetzung zu geben. Inwieweit die hier beobachteten Ergebnisse auf die Gesamtheit aller Modellvorhaben zutreffen, wird der modellübergreifende Abschlussbericht zeigen.

12.2 Limitationen der Evaluation (inhaltlich)

Effektivität

Insgesamt gingen Daten von einer großen Anzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein und rechtfertigen eine *Verallgemeinerung* auf alle Patienten der untersuchten Kliniken. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein *zweistufiges Matching*-Verfahren auf Klinikebene und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellen GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer *vergleichbaren Kontrollgruppe* sowie ein Design, das nicht nur den *Vergleich zwischen den Gruppen*, sondern auch *im Zeitverlauf* erlaubt (Prä-Post-Vergleich).

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) weitere Einblicke in die Modelleffekte auf diese Zielkriterien bieten, da es eine direkte Befragung der Patienten beinhaltet. Zusätzlich wurden in der Studie rein quantitative Maße betrachtet. Ein vollständigeres Bild, welches auch Aussagen über Erfahrungen und Akzeptanz der Modelle bei Versorgern und Patienten liefern kann, wird auch hier mit dem Projekt PsychCare erwartet.

Die Erfassung von AU erfolgte mit GKV-Daten auf der einen Seite konsistent und konsequent. Es werden alle gemeldeten AU-Zeiten der erwerbstätigen Bevölkerung erhoben. Auf der anderen Seite werden Schüler, Auszubildende und Rentner nur bedingt, unter der Maßgabe einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit, über AU-Meldungen der GKV erfasst. Daher können nicht alle versicherten Personen in der Berechnung der AU-Episoden bzw. AU-Tage einbezogen werden. Der Status Erwerbsfähigkeit lag den Evaluatoren leider nicht vor. Daher wurden bei der Betrachtung der AU nur die Personen mit Versichertenstatus „Mitglied“ als erwerbsfähig berücksichtigt (d.h. selbst versichert und nicht Rentner oder familienversichert). Dies kann zu einer Überschätzung der erwerbsfähigen Personen führen, da auch Patienten mit Versichertenstatus „Mitglied“ ggf. nicht erwerbsfähig sind. Weiterhin ist davon auszugehen, dass gerade bei Patienten mit psychischen Erkrankungen kurze Krankmeldungen über „andere Erkrankungen“ oder über arbeitgeberinterne „Krank-ohne-Schein“-Tage abgefangen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass beide erwähnten Einschränkungen in gleicher Weise die IG und die KG betreffen, so dass die Vergleichbarkeit zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung dennoch gegeben ist. Bei der Deskription der AU-Episoden wurde im Abschlussbericht eine Anpassung vorgenommen. Hier werden

die AU-Episoden jetzt über alle Patienten gemittelt, nicht mehr nur über Patienten mit mind. einer Episode. Das schränkt die Vergleichbarkeit der Werte zwischen den 1. und 2. Zwischenberichten und den Abschlussberichten ein.

Letztlich kann der Outcome Leidlinienadhärenz nur näherungsweise über Surrogatparameter abgebildet werden. Hinzu kommt hier das Problem, dass Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nicht genau quantifizierbar waren. Damit lässt sich teils nicht darstellen, welche Leistungen im Einzelnen in den PIA in Anspruch genommen wurden.

Strukturell wiesen die gelieferten Daten gewisse Besonderheiten auf. In den Fällen, in denen das Vorkommen von Ereignissen ausgewertet wurde (z.B. stationärer Aufenthalt: ja vs. nein) kam es innerhalb der Gruppen zu Konstellationen, in denen das interessierende Ereignis bei einem Großteil der untersuchten Patienten nicht vorhanden war. Dieses statistisch als *Nullinflation* (da das Nichtvorhandensein des Ereignisses bei einem Patienten mit „0“ kodiert wird) bezeichnete Phänomen musste bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden, da sonst fehlerhafte Schätzungen die Folge gewesen wären. Da dies jedoch nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist, wurde zudem die Festlegung getroffen, dass in Fällen, in denen das Auftreten des zu analysierenden Ereignisses pro Gruppe den Wert 40 nicht erreicht, auf eine inferenzstatistische Auswertung dieses Outcomes verzichtet wurde. Zudem mussten bei vielen betrachteten Outcomes strukturelle Besonderheiten, wie z.B. die Verletzung der Normalverteilungsannahme, beachtet werden.

Veränderungen in der inferenzstatistischen Analyse gegenüber dem ersten Zwischenbericht ergeben sich über eine Anpassung der Mindestfallzahlen für eine mögliche Modellierung. Hier gab es im ersten Zwischenbericht das Kriterium „mindestens 20 Fälle pro Zelle“. Das Wort Zelle bezeichnet dabei einen Zeitraum (prä oder 1. Jahr) in einer Gruppe (IG oder KG). Durch die Wahl dieses Kriteriums konnte es jedoch passieren, dass besonders bei der Gruppe der inzidenten Patienten, die durch sehr wenige Ereignisse im Präzeitraum gekennzeichnet sind, unberechtigterweise Analysen von vornerein ausgeschlossen wurden. Daher wurde das Mindestfallzahlkriterium angepasst auf „mindestens 40 Fälle pro Gruppe“.

Durch Vertragsänderungen bzgl. Modellbeitritt und Teilnahme an der kassenübergreifenden Evaluation und vor allem Kassenfusionen gab es bei der neuen Datenlieferung Veränderungen in der Liste der berücksichtigten Krankenkassen gegenüber dem ersten Zwischenbericht, so dass es auch zu Änderungen bei den einbezogenen Patienten gekommen ist.

Die valide Zuordnung der Patienten in die beiden Gruppen klinikneu und klinikbekannt hängt von der Vollständigkeit der Daten bzgl. voll-/teilstationärer Leistungen einerseits und PIA-Leistungen andererseits ab. Die PIA-Leistungen konnten von einigen Kassen bei der ersten Datenlieferung 2016 nicht geliefert werden. Diese Untererfassung reduzierte sich in der dieser Analyse zugrundeliegenden Datenlieferung, ohne ganz aufgelöst zu werden. In der Datenlieferung 2018 haben die Fallzahlen bzgl. PIA-Leistungen weiter zugenommen.

Für Demenz wurden ab der Datenlieferung September 2017 die Einschlusskriterien erweitert und zusätzliche Diagnosekombinationen aus Haupt- und Sekundär Diagnosen als Indexdiagnosen bei den meisten gesetzlichen Krankenkassen als Aufgreifkriterien der Patienten angewendet (vgl. Methodenband 4.1). Bezüglich der Liste der Kontrollkliniken kommt ebenfalls seit der Datenlieferung September 2017 eine erweiterte Liste zum Einsatz, die aber nicht mehr vollständig von allen Krankenkassen umgesetzt werden konnte. Dies geschieht erst seit der Datenlieferung in 2018. Zudem ist eine rückwirkende Anpassung und Erweiterung bereits gelieferter Daten nicht bei allen Krankenkassen möglich. Daher hat sich die Datenlage in Bezug auf den 1. Zwischenbericht bereits bei dem Einschluss geändert.

Die Vergleichbarkeit mit dem Ersten Zwischenbericht wird zusätzlich durch das angepasste Matchingverfahren leicht beeinträchtigt. Das Matching wurde dahingehend angepasst, dass für eine Mindestzahl von 95 Prozent der Patienten der IG mit Referenzfall und ausreichender Datenverfügbarkeit ein passender Patient der KG gefunden wurde. Dadurch flossen ab dem Zweiten Bericht zusätzlich Patienten ein, für die aufgrund ihrer spezifischen Merkmale in der ersten Auswertung kein passender Partner gefunden werden konnte. Dabei handelt es sich vor allem um Patienten mit seltenen Formen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen von einem erhöhten Behandlungsbedarf und Ressourcenaufwand auszugehen ist. Dass für diese Patientengruppe ein Partner gefunden werden konnte, ist durch die zusätzliche Matchingstufe mit einem Wechsel von einer exakten Diagnoseübereinstimmung zu einer Score-Ähnlichkeit erklärt. Es ist demzufolge nicht ausgeschlossen, dass für einen kleinen Teil der Patienten ein nur bedingt passender Kontrollpatient gefunden werden konnte.

Kosten

Das Ziel der Kostenanalyse bestand in der Quantifizierung der in der IG im Vergleich zur KG aus Krankenkassenperspektive entstehenden Versorgungskosten. Verschiedene Kostenarten konnten jedoch aufgrund uneinheitlicher Datenlieferungen nicht berücksichtigt werden und begründen damit eine Limitation der Kostenanalyse, die somit die tatsächlichen Kosten für Krankenkassen unterschätzen könnte. So konnten bspw. bei den Kosten für vertragsärztliche Leistungen die kassenspezifischen Gebührenordnungspositionen nicht berücksichtigt werden, da diese nicht von allen an der Evaluation beteiligten Krankenkassen zur Verfügung gestellt wurden. Somit ergibt sich für den vertragsärztlichen Bereich eine Unterschätzung der Kosten. Ferner konnten aus denselben Gründen keine Selektivverträge berücksichtigt werden. Deutlich schwerwiegender ist allerdings das Problem der Preiseffekte. Unterschiedliche Kostenhöhen zwischen Modell- und Kontrollkliniken werden dabei nicht durch unterschiedliche Mengen bei gleichen Preisen, sondern durch eine Kombination aus unterschiedlichen Mengen und ungleichen Preisen bestimmt. Es ist also einerseits von periodenfremden Preiseffekten auszugehen. Außerdem ist der Vergleich der Kohorte mit Referenzfall im ersten Jahr mit der Kohorte mit Referenzfall im dritten Jahr an dieser Stelle verzerrt. Zur Reduktion dieser Preiseffekte wird geprüft, ob sich ein über die zur Verfügung stehenden Daten valides Mengengerüst stationärer psychiatrischer Leistungen und PIA-Leistungen erstellen lässt, bei dem sich

die Kosten über normierte Preise ermitteln lassen. Die genannte Einschränkung wirkt sich dabei ebenfalls auf die Kosteneffektivitätsanalyse aus.

Eine weitere Limitation kann in der Methodik der Berechnung der durchschnittlichen AU-Tage begründet liegen, die sich auf das Ergebnis der Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante B) auswirken kann: Zum einen wurden AU-Tage bezogen auf alle Individuen mit Versichertenstatus 1 (Mitglieder) berechnet, zum anderen wurden zusätzlich zu den in den Routinedaten dokumentierten AU-Episoden voll- und teilstationäre Krankenhaustage ebenfalls als AU-Episode gewertet. Durch die Berücksichtigung der voll- und teilstationären Krankenhaustage kann sich eine Verzerrung zugunsten der Interventionsgruppe ergeben, wenn durch das Modell stationäre Behandlungstage vermieden werden. Bezogen auf die Kosten-Effektivitätsanalyse (Variante A) ergibt sich eine weitere Limitation durch den Outcome-Parameter der stationären Behandlungstage, da diese mit den psychiatrischen Versorgungskosten korrelieren: Eine Veränderung der stationären Behandlungstage bewirkt ebenfalls eine Veränderung der psychiatrischen Versorgungskosten.

Im Rahmen der Kosteneffektivitätsanalyse mit dem Outcomeparameter *AU-Tage* ist zu berücksichtigen, dass Krankengeldzahlungen nicht erfasst werden. Unterschiede in den Gesamtkosten können sich auch durch eine unterschiedliche Zahl an AU-Tagen sowie durch unterschiedliche Höhen der Krankengeldzahlungen (bei unterschiedlichen Einkommensstrukturen) ergeben. Ob und inwieweit sich die beiden Gruppen hier unterscheiden, lässt sich nicht bestimmen.

12.3 Limitationen der Evaluation (datentechnisch)

Die diesem Bericht zugrundeliegende Datenbasis von Abrechnungsdaten von rund 70 gesetzlichen Krankenkassen stellt nach dem Kenntnisstand der Autoren die bislang breiteste sekundärdatenbasierte Evaluationsgrundlage in Deutschland dar. Die damit verbundenen Herausforderungen sind detailliert in March et al. (2020) geschildert (2). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentrierte Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u. a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (39).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (40).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen - grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK-Gesundheit und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK-Gesundheit und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (41). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Häckl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. 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.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A, Zeichner D, Birker T, Heider D, et al. Das Regionale Psychriatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung [The regional psychiatry budget: costs and effects of a new multisector financing model for psychiatric care] *Psychiatr Prax*. 2008;35:279-85.
9. Melchinger H. Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Medizinische Hochschule Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen [Coordinated care for people with mental illness]. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Berlin; 2015.

17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249(3):136-43.
18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare.* 2005;43(11):1130-9.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care.* 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care.* 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer.* 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact.* 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych.* 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat.* 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat.* 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international.* 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>; 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax.* 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, John J, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry.* 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax.* 2014;41(5):266-73.

35. Rümmelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.
37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med*. 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. 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.
40. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen*. 2010;72:316-22.
41. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Erwachsene

Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	3.688	3.688
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,5 %	71,6 %
• Zwei Diagnosen	27,1 %	24,6 %
• Drei Diagnosen	3,1 %	3,1 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F03 & F07 / KG: F10 & F32	70	75
2. IG: F10 & F32 / KG: F32 & F41	68	74
3. F10 & F33	67	66

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 285: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Erwachsene

Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.562	2.640	3.688	3.688
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,8 %	1,6 %	4,1 %	3,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,6 %	1,0 %	1,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,8 %	4,4 %	5,5 %	5,5 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns) 	1,8 %	2,2 %	7,3 %	6,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) 	14,6 %	14,7 %	17,4 %	17,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) 	8,6 %	8,1 %	7,6 %	6,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 30-39 (Affektive Störungen) 	47,1 %	46,8 %	52,4 %	52,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) 	12,5 %	12,5 %	14,8 %	14,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 45 (Somatoforme Störungen) 	0,5 %	0,5 %	3,5 %	3,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	5,8 %	5,9 %	12,9 %	13,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) 	0,3 %	0,2 %	0,9 %	1,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	0,9 %	0,6 %	1,8 %	1,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 70-79 (Intelligenzstörung) 	0,9 %	0,5 %	1,2 %	1,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	1,5 %	1,3 %	1,9 %	2,1 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert 	48,8	49,4	50,6	50,0
<ul style="list-style-type: none"> • Median 	49	49	50	50
<ul style="list-style-type: none"> • (Interquartilsabstand) 	(33 - 61)	(34 - 62)	(35 - 64)	(34 - 63)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen 	52,8 %	51,7 %	53,4 %	52,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Männer 	47,2 %	48,3 %	46,6 %	47,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär 	36,7 %	46,5 %	40,6 %	49,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • PIA 	63,3 %	53,5 %	59,4 %	50,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss 	0,7 %	1,1 %	0,6 %	1,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Haupt-/Volksschulabschluss 	8,0 %	8,6 %	7,3 %	8,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss 	9,8 %	11,9 %	9,7 %	11,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur 	7,2 %	7,1 %	6,9 %	6,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	9,9 %	8,8 %	10,1 %	9,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	64,4 %	62,5 %	65,4 %	63,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss 	6,6 %	6,4 %	6,4 %	6,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	16,9 %	20,0 %	16,7 %	19,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,9 %	1,4 %	0,8 %	1,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Bachelor 	0,9 %	0,5 %	0,8 %	0,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	2,5 %	2,2 %	2,1 %	2,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion 	0,2 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	7,7 %	6,8 %	7,7 %	7,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	64,4 %	62,5 %	65,4 %	63,3 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	12,7 %	14,4 %	15,9 %	16,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	70,5 %	62,0 %	68,1 %	60,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	16,8 %	23,6 %	16,0 %	23,0 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	27,2 %	25,6 %	28,5 %	26,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	14,4 %	17,7 %	15,7 %	19,1 %
• Weder A noch B	58,4 %	56,7 %	55,8 %	54,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	59,3 %	58,8 %	56,4 %	57,6 %
• Familienversicherter	10,5 %	8,6 %	9,4 %	8,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,9 %	30,6 %	32,5 %	31,9 %
• Fehlende Angabe	1,3 %	1,9 %	1,7 %	1,9 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 286: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.888	2.889
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,3 %	71,5 %
• Zwei Diagnosen	27,5 %	24,5 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	3,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F33 & F41 / KG: F32 & F41	62	64
2. IG: F03 & F07 / KG: F10 & F32	62	58
3. IG: F10 & F32 / KG: F33 & F41	54	57

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 287: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.000	2.065	2.888	2.889
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,4 %	0,9 %	3,6 %	2,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,6 %	0,7 %	1,1 %	1,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,8 %	4,3 %	5,7 %	5,6 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	2,0 %	2,4 %	7,6 %	6,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,5 %	14,3 %	16,9 %	16,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	8,7 %	8,1 %	7,7 %	6,8 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	47,9 %	47,6 %	53,0 %	53,7 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,0 %	12,0 %	14,0 %	13,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,6 %	0,6 %	3,7 %	3,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,7 %	6,1 %	13,2 %	14,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,4 %	0,2 %	0,9 %	1,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	48,6 49 (33 - 60)	49,0 49 (33 - 61)	50,5 50 (35 - 63)	49,8 50 (34 - 62)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	53,2 % 46,8 %	52,7 % 47,3 %	54,4 % 45,6 %	54,3 % 45,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	36,0 % 64,1 %	47,1 % 52,9 %	40,0 % 60,0 %	49,5 % 50,5 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,8 % 7,9 % 10,1 % 7,5 % 9,9 % 64,1 %	1,1 % 8,2 % 11,8 % 7,2 % 8,6 % 63,1 %	0,7 % 7,1 % 10,0 % 7,0 % 10,1 % 65,1 %	1,1 % 8,0 % 11,2 % 6,9 % 9,3 % 63,5 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,9 % 17,1 % 1,0 % 1,0 % 2,9 % 0,2 % 7,1 % 64,1 %	6,1 % 20,0 % 1,3 % 0,4 % 2,2 % 0,1 % 6,8 % 63,1 %	6,6 % 17,0 % 0,8 % 0,8 % 2,4 % 0,1 % 7,2 % 65,1 %	6,3 % 19,2 % 1,2 % 0,4 % 2,1 % 0,1 % 7,1 % 63,5 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	11,8 % 71,1 % 17,2 %	13,8 % 61,7 % 24,6 %	15,3 % 68,5 % 16,3 %	15,6 % 60,9 % 23,5 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	25,5 % 14,8 % 59,7 %	25,3 % 17,7 % 56,9 %	27,4 % 16,1 % 56,5 %	26,3 % 19,3 % 54,3 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	59,0 %	59,3 %	55,9 %	57,5 %

• Familienversicherter	11,0 %	8,3 %	9,7 %	8,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	28,8 %	30,4 %	32,7 %	32,1 %
• Fehlende Angabe	1,3 %	2,0 %	1,8 %	1,9 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 288: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.931	1.930
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,7 %	72,8 %
• Zwei Diagnosen	25,9 %	23,6 %
• Drei Diagnosen	3,1 %	2,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F03 & F07 / KG: F32 & F41	48	46
2. IG: F33 & F41 / KG: F03 & F07	35	35
3. IG: F32 & F41 / KG: F10 & F32	35	34

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.644	2.648
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,2 %	71,3 %
• Zwei Diagnosen	26,2 %	22,9 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	4,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,5 %	1,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F33 & F41	68	65
2. IG: F03 & F07 / KG: F10 & F33	49	48
3. F33 & F45	46	45

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 289: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Erwachsene
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	1.365	1.406	1.931	1.930
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,5 %	2,7 %	1,8 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,5 %	0,6 %	1,1 %	1,2 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,3 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	3,7 %	4,3 %	5,9 %	5,9 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	2,0 %	2,3 %	7,9 %	7,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	14,5 %	14,4 %	17,0 %	16,6 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,1 %	8,5 %	8,1 %	7,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	49,1 %	48,2 %	52,7 %	53,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,2 %	11,6 %	13,4 %	13,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,7 %	0,7 %	3,4 %	3,3 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,3 %	6,0 %	12,7 %	13,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,4 %	0,2 %	0,9 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	1,1 %	0,9 %	2,0 %	1,9 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,7 %	0,5 %	1,2 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,6 %	1,3 %	2,0 %	2,1 %
Alter ¹				
• Mittelwert	48,6	48,7	50,4	49,4
• Median	49	49	50	49
• (Interquartilsabstand)	(34 - 60)	(33 - 60)	(35 - 63)	(34 - 61)
Geschlecht (%)				
• Frauen	53,3 %	52,4 %	54,3 %	54,3 %
• Männer	46,7 %	47,6 %	45,7 %	45,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	35,7 %	45,8 %	39,6 %	48,9 %
• PIA	64,3 %	54,2 %	60,4 %	51,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,0 %	1,1 %	0,9 %	1,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	8,1 %	8,5 %	7,2 %	8,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	9,7 %	11,9 %	9,7 %	11,3 %
• Abitur/Fachabitur	8,0 %	7,3 %	7,6 %	6,8 %
• Abschluss unbekannt	10,5 %	9,0 %	10,7 %	10,0 %

• Fehlende Angabe	62,8 %	62,2 %	63,9 %	62,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,0 %	6,3 %	6,7 %	6,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,1 %	20,3 %	17,5 %	19,4 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,0 %	1,4 %	0,8 %	1,3 %
• Bachelor	1,0 %	0,6 %	0,8 %	0,4 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,2 %	2,3 %	2,5 %	2,2 %
• Promotion	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	7,6 %	7,0 %	7,5 %	7,5 %
• Fehlende Angabe	62,8 %	62,2 %	63,9 %	62,6 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	10,3 %	13,9 %	14,2 %	15,2 %
• Nein	71,6 %	61,9 %	68,8 %	61,9 %
• Fehlende Angabe	18,1 %	24,2 %	17,0 %	22,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	25,9 %	26,5 %	27,8 %	27,0 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	15,5 %	17,9 %	16,0 %	19,3 %
• Weder A noch B	58,7 %	55,7 %	56,3 %	53,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	58,6 %	58,3 %	55,3 %	56,2 %
• Familienversicherter	10,7 %	8,6 %	9,7 %	9,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	29,3 %	30,9 %	33,0 %	32,7 %
• Fehlende Angabe	1,4 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.830	1.887	2.644	2.648
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,1 %	0,6 %	0,3 %	0,7 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 01 (Vaskuläre Demenz) • F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten) • F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz) • F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns) • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) • F 30-39 (Affektive Störungen) • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) • F 45 (Somatoforme Störungen) • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,9 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
	0,0 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
	3,2 %	3,9 %	5,4 %	5,3 %
	0,8 %	1,5 %	3,3 %	3,7 %
	4,9 %	5,3 %	10,2 %	10,8 %
	24,8 %	25,7 %	21,4 %	21,9 %
	46,9 %	45,9 %	53,0 %	52,1 %
	3,0 %	2,9 %	6,7 %	6,8 %
	1,3 %	0,6 %	5,4 %	4,9 %
	5,5 %	5,2 %	14,5 %	14,0 %
	0,3 %	0,1 %	1,3 %	1,4 %
	1,5 %	1,2 %	3,3 %	3,3 %
	4,3 %	3,9 %	4,8 %	5,0 %
	0,3 %	0,3 %	0,6 %	0,3 %
	2,4 %	2,0 %	2,6 %	2,6 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	51,4	53,4	52,1	53,4
	52	53	52	53
	(40 - 62)	(41 - 65)	(41 - 63)	(41 - 65)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	56,7 %	57,7 %	58,3 %	58,4 %
	43,3 %	42,3 %	41,7 %	41,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	6,4 %	8,8 %	6,9 %	9,7 %
	93,6 %	91,2 %	93,1 %	90,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,4 %	1,1 %	0,3 %	1,3 %
	4,9 %	4,9 %	4,8 %	4,9 %
	7,9 %	7,3 %	7,8 %	7,1 %
	4,7 %	4,7 %	4,8 %	4,7 %
	9,5 %	8,0 %	9,4 %	7,9 %
	72,6 %	74,0 %	72,9 %	74,1 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	4,0 %	4,5 %	4,0 %	4,4 %
	13,8 %	12,7 %	13,7 %	12,5 %
	0,6 %	0,8 %	0,5 %	0,8 %
	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
	1,6 %	1,3 %	1,6 %	1,7 %
	0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,1 %
	7,3 %	6,3 %	7,1 %	6,3 %
	72,6 %	74,0 %	72,9 %	74,1 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	15,2 %	20,4 %	16,3 %	20,2 %
• Nein	69,6 %	55,1 %	68,2 %	54,8 %
• Fehlende Angabe	15,1 %	24,5 %	15,5 %	25,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,2 %	20,7 %	23,7 %	20,2 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	54,6 %	57,2 %	55,4 %	59,4 %
• Weder A noch B	22,2 %	22,1 %	20,9 %	20,4 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	43,5 %	46,7 %	43,9 %	45,0 %
• Familienversicherter	8,6 %	6,7 %	7,8 %	6,8 %
• Rentner und deren Familienangehörige	46,1 %	44,1 %	46,6 %	45,7 %
• Fehlende Angabe	1,7 %	2,5 %	1,8 %	2,5 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Kinder und Jugendliche
Tabelle 290: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	2.243	2.243
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	84,1 %	87,5 %
• Zwei Diagnosen	14,4 %	10,8 %
• Drei Diagnosen	1,3 %	1,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 / KG: F93 & F98	33	26
2. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	32	25
3. F32 & F93	23	23

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 291: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U2, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.887	1.962	2.243	2.243
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 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	16,0 %	15,6 %	18,1 %	17,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,6 %	12,7 %	13,3 %	13,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	5,4 %	4,3 %	6,6 %	6,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	12,0 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)	12,0 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	43,7 % 56,3 %	44,8 % 55,2 %	43,4 % 56,6 %	44,9 % 55,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	15,3 % 84,7 %	13,6 % 86,4 %	18,3 % 81,7 %	15,7 % 84,3 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,1 % 3,2 % 4,7 % 6,3 % 3,7 % 82,1 %	0,2 % 1,7 % 4,5 % 5,6 % 2,6 % 85,4 %	0,0 % 3,0 % 4,5 % 6,2 % 3,7 % 82,6 %	0,2 % 1,9 % 4,3 % 5,6 % 2,4 % 85,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	3,1 % 7,2 % 0,8 % 0,2 % 3,7 % 0,4 % 2,5 % 82,1 %	2,7 % 5,6 % 1,1 % 0,2 % 3,0 % 0,2 % 2,0 % 85,4 %	3,0 % 6,8 % 0,9 % 0,1 % 3,8 % 0,4 % 2,5 % 82,6 %	2,5 % 5,4 % 1,2 % 0,2 % 3,1 % 0,2 % 1,8 % 85,6 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	3,0 % 76,4 % 20,6 %	4,0 % 68,0 % 28,0 %	3,9 % 75,7 % 20,5 %	4,1 % 68,1 % 27,7 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	10,8 % 0,5 % 88,7 %	9,7 % 0,8 % 89,6 %	11,2 % 0,4 % 88,3 %	10,3 % 0,8 % 88,9 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	7,6 %	8,0 %	7,2 %	8,0 %
• Familienversicherter	86,6 %	85,9 %	87,0 %	85,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,5 %	4,4 %	4,6 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	1,3 %	1,7 %	1,2 %	1,6 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 292: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.710	1.715
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	84,3 %	87,2 %
• Zwei Diagnosen	14,4 %	11,0 %
• Drei Diagnosen	1,0 %	1,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,2 %	0,2 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F90 & F93 / KG: F93 & F98	26	21
2. IG: F93 & F98 / KG: F90 & F93	24	20
3. IG: F91 & F93 / KG: F43 & F93	17	18

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 293: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U3, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum				
Population	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.442	1.495	1.710	1.715
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)	0,3 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,5 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	15,6 %	15,1 %	17,4 %	17,0 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,0 %	13,5 %	13,7 %	14,3 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,4 %	0,8 %	0,6 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,4 %	4,2 %	6,6 %	6,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) • F 70-79 (Intelligenzstörung) • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	1,3 %	1,7 %	1,8 %	2,0 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	12,1 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	43,9 % 56,1 %	45,5 % 54,5 %	43,4 % 56,6 %	45,4 % 54,6 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	15,3 % 84,7 %	13,8 % 86,2 %	17,7 % 82,3 %	15,9 % 84,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,1 % 2,8 % 4,8 % 6,2 % 3,8 % 82,3 %	0,2 % 1,9 % 4,8 % 5,6 % 2,7 % 84,7 %	0,1 % 2,7 % 4,6 % 6,0 % 4,1 % 82,6 %	0,2 % 2,1 % 4,6 % 5,5 % 2,6 % 85,0 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. • Bachelor • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen • Promotion • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	3,1 % 7,1 % 0,8 % 0,1 % 3,6 % 0,5 % 2,6 % 82,3 %	2,9 % 6,0 % 1,1 % 0,1 % 2,9 % 0,3 % 1,9 % 84,7 %	2,9 % 6,8 % 0,9 % 0,1 % 3,5 % 0,4 % 2,7 % 82,6 %	2,7 % 5,8 % 1,3 % 0,2 % 3,0 % 0,2 % 1,7 % 85,0 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	2,4 % 77,2 % 20,4 %	3,5 % 69,2 % 27,2 %	3,3 % 76,5 % 20,2 %	3,6 % 69,3 % 27,1 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	10,8 % 0,6 % 88,6 %	9,8 % 0,9 % 89,3 %	11,1 % 0,5 % 88,4 %	10,6 % 0,8 % 88,6 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	7,8 %	8,1 %	7,3 %	8,2 %

• Familienversicherter	86,1 %	85,5 %	86,7 %	85,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,6 %	4,4 %	4,6 %	4,4 %
• Fehlende Angabe	1,5 %	2,0 %	1,4 %	1,9 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Tabelle 294: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.157	1.153
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	85,4 %	88,0 %
• Zwei Diagnosen	13,4 %	11,0 %
• Drei Diagnosen	1,0 %	0,9 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,3 %	0,1 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	21	17
2. F93 & F98	15	16
3. IG: F91 & F93 / KG: F43 & F93	12	10

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.659	1.669
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	79,9 %	80,5 %
• Zwei Diagnosen	18,3 %	16,5 %
• Drei Diagnosen	1,7 %	2,4 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,1 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F93	46	54
2. F93 & F98	31	21
3. IG: F91 & F93 / KG: F90 & F98	17	16

¹ stationär: Hauptdiagnose und keine Indexdiagnose als Nebendiagnose; PIA: nur eine Indexdiagnose kodiert

Tabelle 295: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U4, Kinder und Jugendliche
Klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum		Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population		IG	KG	IG	KG
Gruppe		IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)		988	1.015	1.157	1.153
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)		0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)		0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)		13,9 %	13,9 %	15,6 %	15,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)		13,2 %	14,0 %	14,1 %	14,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)		0,3 %	0,5 %	1,0 %	0,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴		5,4 %	4,6 %	6,8 %	6,1 %
• F 50 (Essstörungen)		1,0 %	1,4 %	1,2 %	1,7 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)		0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,3 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)		1,3 %	0,9 %	1,5 %	1,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)		2,2 %	2,6 %	2,9 %	2,6 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)		61,7 %	61,4 %	64,0 %	63,4 %
Alter ¹					
• Mittelwert		12,0	12,0	11,9	12,0
• Median		12	12	12	13
• (Interquartilsabstand)		(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht (%)					
• Frauen		43,2 %	44,4 %	41,9 %	44,0 %
• Männer		56,8 %	55,6 %	58,1 %	56,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)					
• stationär		14,6 %	13,5 %	16,6 %	15,3 %
• PIA		85,4 %	86,5 %	83,4 %	84,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)					
• Ohne Schulabschluss		0,0 %	0,2 %	0,0 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss		2,3 %	1,8 %	2,2 %	2,2 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss		4,9 %	4,6 %	4,7 %	4,4 %
• Abitur/Fachabitur		6,5 %	5,0 %	6,4 %	4,7 %
• Abschluss unbekannt		4,5 %	2,9 %	4,5 %	2,7 %

• Fehlende Angabe	81,9 %	85,5 %	82,3 %	85,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	3,2 %	2,9 %	3,0 %	2,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	6,8 %	6,0 %	6,7 %	5,9 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,8 %	0,7 %	1,0 %	0,9 %
• Bachelor	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,8 %	2,7 %	3,8 %	2,4 %
• Promotion	0,5 %	0,1 %	0,4 %	0,1 %
• Abschluss unbekannt	2,8 %	2,1 %	2,8 %	1,9 %
• Fehlende Angabe	81,9 %	85,5 %	82,3 %	85,9 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	2,4 %	4,1 %	2,8 %	4,1 %
• Nein	77,8 %	69,6 %	77,4 %	69,9 %
• Fehlende Angabe	19,7 %	26,3 %	19,9 %	26,0 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	10,2 %	10,2 %	10,5 %	10,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,7 %	1,0 %	0,6 %	0,9 %
• Weder A noch B	89,1 %	88,8 %	88,9 %	88,5 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	8,0 %	7,0 %	7,3 %	7,2 %
• Familienversicherter	85,0 %	86,6 %	85,7 %	86,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,9 %	3,5 %	5,0 %	3,9 %
• Fehlende Angabe	2,1 %	2,9 %	2,0 %	2,8 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

Klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.326	1.344	1.659	1.669
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 %	0,1 %	0,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	8,3 %	7,5 %	10,2 %	9,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,4 %	7,0 %	6,2 %	6,8 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,3 %	0,8 %	1,1 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	3,0 %	3,0 %	5,2 %	6,3 %
• F 50 (Essstörungen)	0,9 %	0,5 %	1,6 %	1,3 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,1 %	0,0 %	0,2 %	0,1 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 %	1,7 %	2,6 %	3,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,4 %	3,3 %	3,0 %	3,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	77,8 %	76,3 %	78,7 %	77,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,2	11,5	11,3	11,6
• Median	11	11	11	12
• (Interquartilsabstand)	(8 - 14)	(9 - 14)	(9 - 14)	(9 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	35,6 %	36,1 %	35,0 %	35,7 %
• Männer	64,4 %	63,9 %	65,0 %	64,3 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	5,1 %	6,7 %	7,1 %	8,6 %
• PIA	94,9 %	93,3 %	92,9 %	91,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,1 %	2,5 %	2,9 %	2,4 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	5,1 %	5,3 %	5,5 %	5,1 %
• Abitur/Fachabitur	5,5 %	6,5 %	5,6 %	6,2 %
• Abschluss unbekannt	3,8 %	3,4 %	3,8 %	3,4 %
• Fehlende Angabe	82,4 %	82,0 %	82,1 %	82,6 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	2,2 %	2,4 %	2,1 %	2,3 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	7,5 %	7,3 %	8,1 %	7,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	1,1 %	1,2 %	1,0 %	1,0 %
• Bachelor	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	3,8 %	3,6 %	3,4 %	3,2 %
• Promotion	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %
• Abschluss unbekannt	2,9 %	2,9 %	3,0 %	2,9 %
• Fehlende Angabe	82,4 %	82,0 %	82,1 %	82,6 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	3,8 %	5,6 %	4,3 %	6,5 %
• Nein	71,6 %	61,6 %	70,8 %	60,9 %
• Fehlende Angabe	24,5 %	32,8 %	24,9 %	32,6 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	9,7 %	8,7 %	9,7 %	9,6 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,7 %	1,9 %	0,9 %	2,1 %
• Weder A noch B	89,6 %	89,4 %	89,4 %	88,3 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	5,1 %	6,0 %	4,8 %	5,8 %
• Familienversicherter	90,1 %	89,8 %	90,4 %	89,5 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,0 %	3,1 %	3,0 %	3,7 %
• Fehlende Angabe	1,7 %	1,1 %	1,7 %	1,0 %

¹ Wird errechnet aus vollendeten Jahren bezogen auf das Jahr des Eintritts in IG bzw. KG zum Zeitpunkt des Eintritts in Modell- oder Kontrollklinik.

² 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

³ 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.

⁴ ohne F43 und F45

14.2 Unterteilung nach Alter und Diagnose

Erwachsene

Tabelle 296: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	686	686	657	645	624	690	690	649	632	613
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	1,7	14,9	3,2	2,7	2,6	1,9	18,5	4,0	4,1	3,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 50 Jahre)	1,3 (n=343)	13,0 (n=343)	2,6 (n=340)	2,4 (n=339)	3,9 (n=334)	1,7 (n=342)	16,6 (n=342)	4,0 (n=340)	4,5 (n=339)	3,4 (n=336)
Älter (IG/KG: ≥ 50 Jahre)	2,0 (n=343)	16,8 (n=343)	3,9 (n=317)	3,1 (n=306)	1,2 (n=290)	2,1 (n=348)	20,5 (n=348)	4,0 (n=309)	3,6 (n=293)	2,6 (n=277)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	40,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	7,0 (n<10)	—	—	—	4,0 (n<10)	26,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n=21)	4,2 (n=21)	0,0 (n=15)	0,0 (n=13)	0,0 (n=10)	0,7 (n=28)	7,6 (n=28)	0,4 (n=18)	2,1 (n=13)	0,0 (n=10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,8 (n=12)	31,0 (n=12)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,1 (n=15)	11,3 (n=15)	1,1 (n=11)	2,2 (n=10)	0,4 (n=10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,5 (n=94)	19,1 (n=94)	4,4 (n=89)	5,9 (n=87)	2,2 (n=84)	2,0 (n=87)	16,4 (n=87)	7,0 (n=83)	5,3 (n=81)	2,5 (n=73)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,2 (n=53)	36,2 (n=53)	11,3 (n=51)	10,6 (n=49)	13,4 (n=47)	9,3 (n=54)	38,8 (n=54)	10,0 (n=51)	12,8 (n=50)	12,1 (n=50)
F 30-39 (Affektive Störungen)	1,3 (n=365)	15,4 (n=365)	2,7 (n=358)	1,6 (n=356)	2,2 (n=347)	1,4 (n=354)	22,1 (n=354)	2,9 (n=338)	2,3 (n=331)	2,0 (n=327)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n=71)	1,7 (n=71)	0,1 (n=71)	2,1 (n=70)	1,1 (n=69)	0,0 (n=76)	3,4 (n=76)	1,1 (n=74)	4,0 (n=73)	0,7 (n=72)
F 45 (Somatoforme Störungen)	2,3 (n<10)	11,0 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	3,6 (n<10)	11,0 (n<10)	5,4 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n=40)	2,2 (n=40)	2,3 (n=40)	0,0 (n=39)	0,0 (n=38)	1,5 (n=48)	7,3 (n=48)	3,3 (n=46)	3,1 (n=46)	0,9 (n=44)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	9,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,5 (n<10)	82,5 (n<10)	52,5 (n<10)	84,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	13,3 (n<10)	13,1 (n<10)	5,1 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	24,9 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	36,9 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	6,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,1 (n<10)	4,0 (n<10)	8,7 (n<10)	8,9 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	1.717	1.717	1.679	1.636	1.601	1.779	1.779	1.727	1.672	1.623
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	6,6	6,5	4,7	4,0	5,2	5,7	7,1	5,5	5,9	5,1
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 53 Jahre)	8,0 (n=853)	8,1 (n=853)	6,0 (n=850)	5,4 (n=844)	6,8 (n=841)	6,9 (n=851)	8,6 (n=851)	6,2 (n=847)	7,0 (n=843)	6,4 (n=839)
Älter (IG/KG: ≥ 53 Jahre)	5,3 (n=864)	4,9 (n=864)	3,4 (n=829)	2,5 (n=792)	3,5 (n=760)	4,6 (n=928)	5,6 (n=928)	4,9 (n=880)	4,7 (n=829)	3,6 (n=784)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,4 (n<10)	2,4 (n<10)
F 01 (Vaskuläre Demenz)	4,1 (n=14)	0,1 (n=14)	3,5 (n=12)	0,0 (n=10)	0,0 (n<10)	2,3 (n=14)	1,5 (n=14)	0,0 (n=11)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,9 (n=54)	0,4 (n=54)	0,0 (n=43)	1,0 (n=34)	1,1 (n=27)	1,0 (n=65)	0,5 (n=65)	0,0 (n=52)	0,0 (n=36)	3,3 (n=25)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	8,3 (n=12)	0,7 (n=12)	9,7 (n=10)	0,3 (n<10)	9,3 (n<10)	3,4 (n=28)	2,5 (n=28)	5,3 (n=24)	1,2 (n=23)	0,0 (n=22)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,8 (n=83)	21,4 (n=83)	12,3 (n=80)	9,2 (n=76)	7,9 (n=75)	13,1 (n=91)	16,9 (n=91)	13,2 (n=86)	9,4 (n=81)	9,3 (n=77)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	9,4 (n=441)	11,4 (n=441)	7,2 (n=435)	10,0 (n=429)	11,4 (n=418)	7,0 (n=472)	9,6 (n=472)	8,7 (n=463)	11,0 (n=456)	8,0 (n=446)
F 30-39 (Affektive Störungen)	6,2 (n=807)	4,0 (n=807)	3,4 (n=799)	1,5 (n=785)	2,4 (n=775)	5,6 (n=823)	6,0 (n=823)	4,4 (n=807)	4,1 (n=786)	4,2 (n=770)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,0 (n=45)	3,0 (n=45)	3,7 (n=45)	1,3 (n=44)	1,0 (n=44)	5,0 (n=46)	10,1 (n=46)	4,2 (n=45)	3,0 (n=45)	2,7 (n=43)
F 45 (Somatoforme Störungen)	2,5 (n=22)	2,6 (n=22)	3,4 (n=22)	0,0 (n=21)	0,8 (n=21)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	0,0 (n=10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	2,9 (n=92)	5,9 (n=92)	5,6 (n=91)	2,1 (n=89)	2,9 (n=89)	2,4 (n=92)	6,1 (n=92)	3,3 (n=92)	4,6 (n=92)	2,2 (n=92)
F 50 (Essstörungen)	23,0 (n<10)	10,7 (n<10)	4,8 (n<10)	0,0 (n<10)	12,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	11,1 (n=25)	7,6 (n=25)	2,0 (n=24)	2,1 (n=24)	3,1 (n=24)	8,1 (n=22)	7,4 (n=22)	2,3 (n=22)	4,0 (n=22)	0,5 (n=22)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,8 (n=76)	0,6 (n=76)	0,5 (n=72)	0,5 (n=70)	5,1 (n=68)	0,6 (n=72)	0,0 (n=72)	0,0 (n=71)	0,1 (n=71)	2,1 (n=70)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,7 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 (n=36)	0,0 (n=36)	1,8 (n=36)	0,4 (n=36)	6,5 (n=36)	7,0 (n=29)	7,8 (n=29)	5,8 (n=29)	3,3 (n=29)	2,7 (n=28)

Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	389	389	384	382	376	393	393	390	388	381
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	21,3	73,9	23,3	16,0	18,4	23,8	82,3	23,8	15,8	12,3
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 42 Jahre)	15,7 (n=187)	55,9 (n=187)	18,1 (n=187)	10,6 (n=187)	14,8 (n=185)	16,0 (n=194)	59,1 (n=194)	17,6 (n=192)	14,8 (n=192)	14,5 (n=191)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 42 Jahre)	26,4 (n=202)	90,5 (n=202)	28,2 (n=197)	21,3 (n=195)	21,8 (n=191)	31,3 (n=199)	104,9 (n=199)	29,7 (n=198)	16,8 (n=196)	10,1 (n=190)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	18,3 (n<10)	2,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	71,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	38,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	13,3 (n=63)	55,4 (n=63)	22,0 (n=61)	16,9 (n=60)	10,9 (n=58)	12,8 (n=55)	58,4 (n=55)	24,6 (n=55)	21,8 (n=54)	14,2 (n=48)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	15,9 (n=30)	71,7 (n=30)	17,9 (n=30)	16,5 (n=30)	16,7 (n=30)	15,1 (n=34)	106,4 (n=34)	35,8 (n=32)	30,9 (n=32)	28,8 (n=32)
F 30-39 (Affektive Störungen)	27,2 (n=212)	91,0 (n=212)	27,4 (n=211)	15,6 (n=210)	21,8 (n=207)	32,9 (n=207)	108,4 (n=207)	28,2 (n=206)	13,6 (n=205)	11,1 (n=205)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,9 (n=48)	41,6 (n=48)	15,3 (n=48)	15,0 (n=48)	18,7 (n=47)	4,8 (n=57)	23,9 (n=57)	3,0 (n=57)	7,4 (n=57)	2,9 (n=57)
F 45 (Somatoforme Störungen)	9,0 (n<10)	2,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	20,6 (n<10)	38,6 (n<10)	66,4 (n<10)	61,2 (n<10)	15,6 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	14,8 (n=20)	65,4 (n=20)	19,5 (n=20)	30,0 (n=20)	19,0 (n=20)	26,1 (n=18)	52,9 (n=18)	11,6 (n=18)	7,3 (n=18)	8,6 (n=18)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	195,5 (n<10)	162,0 (n<10)	72,5 (n<10)	79,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	56,6 (n<10)	85,8 (n<10)	28,8 (n<10)	3,8 (n<10)	0,0 (n<10)	11,2 (n<10)	18,3 (n<10)	0,0 (n<10)	6,5 (n<10)	64,3 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	3,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,3 (n<10)	32,3 (n<10)	41,0 (n<10)	4,7 (n<10)

¹Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	736	736	735	730	727	818	818	815	808	802
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	36,7	32,5	20,3	20,9	19,5	28,0	26,4	17,4	18,5	19,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 46 Jahre)	32,1 (n=361)	31,1 (n=361)	18,0 (n=361)	21,7 (n=361)	17,0 (n=361)	29,9 (n=390)	27,9 (n=390)	16,0 (n=389)	16,9 (n=389)	20,3 (n=387)
Älter (IG/KG: ≥ 46 Jahre)	41,1 (n=375)	33,8 (n=375)	22,5 (n=374)	20,2 (n=369)	21,9 (n=366)	26,3 (n=428)	24,9 (n=428)	18,7 (n=426)	20,0 (n=419)	18,8 (n=415)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	25,5 (n<10)	182,5 (n<10)	47,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	6,0 (n<10)	0,5 (n<10)	0,5 (n<10)	9,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	38,0 (n=44)	33,3 (n=44)	24,6 (n=44)	19,0 (n=43)	15,5 (n=43)	23,1 (n=57)	42,4 (n=57)	36,2 (n=57)	26,1 (n=55)	28,2 (n=53)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	26,1 (n=181)	23,0 (n=181)	17,6 (n=180)	17,3 (n=179)	17,6 (n=178)	18,7 (n=236)	23,0 (n=236)	15,5 (n=234)	20,7 (n=234)	16,7 (n=232)
F 30-39 (Affektive Störungen)	47,2 (n=351)	44,2 (n=351)	23,9 (n=351)	26,1 (n=349)	23,5 (n=348)	40,0 (n=353)	30,2 (n=353)	20,1 (n=352)	20,9 (n=348)	25,4 (n=346)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	43,2 (n=25)	21,6 (n=25)	35,3 (n=25)	23,2 (n=25)	10,2 (n=25)	19,1 (n=24)	46,3 (n=24)	13,6 (n=24)	19,3 (n=24)	14,6 (n=24)
F 45 (Somatoforme Störungen)	10,3 (n<10)	61,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,3 (n<10)	14,3 (n<10)	5,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	35,2 (n=49)	22,0 (n=49)	20,3 (n=49)	10,4 (n=48)	21,9 (n=48)	28,4 (n=56)	24,2 (n=56)	11,0 (n=56)	11,4 (n=56)	15,8 (n=56)
F 50 (Essstörungen)	160,3 (n<10)	168,3 (n<10)	44,8 (n<10)	0,0 (n<10)	18,3 (n<10)	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	32,3 (n=15)	15,5 (n=15)	8,4 (n=15)	22,8 (n=15)	10,9 (n=15)	45,5 (n=19)	18,5 (n=19)	19,2 (n=19)	2,3 (n=19)	1,9 (n=19)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,4 (n=38)	0,9 (n=38)	0,1 (n=38)	2,6 (n=38)	8,3 (n=37)	2,4 (n=40)	1,4 (n=40)	1,1 (n=40)	1,2 (n=40)	1,5 (n=40)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,3 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,9 (n=20)	0,8 (n=20)	0,8 (n=20)	17,4 (n=20)	11,6 (n=20)	0,2 (n=19)	3,9 (n=19)	1,8 (n=19)	8,3 (n=19)	7,5 (n=19)

¹Versichertenstatus=1 (Mitglied) zum Zeitpunkt der Datenlieferung; Achtung: Hier ist eine Unsicherheit bezüglich des Versichertenstatus enthalten, da Wechsel des Status vor dem Datenabzug nicht ersichtlich sind und Personen unter Risiko nicht eindeutig nachvollziehbar sind.

Kinder und Jugendliche

Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	499	499	499	499	499	520	520	520	520	520
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	0,6	8,6	2,3	1,5	1,6	0,7	12,3	3,8	3,5	2,8
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG/KG: < 12 Jahre)	0,0 (n=224)	1,8 (n=224)	1,6 (n=224)	0,9 (n=224)	0,7 (n=224)	0,6 (n=225)	4,8 (n=225)	2,6 (n=225)	2,6 (n=225)	2,1 (n=225)
Älter (IG/KG: ≥ 12 Jahre)	1,0 (n=275)	14,2 (n=275)	2,8 (n=275)	1,9 (n=275)	2,3 (n=275)	0,7 (n=295)	18,0 (n=295)	4,7 (n=295)	4,2 (n=295)	3,3 (n=295)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 (n<10)	2,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n<10)	74,7 (n<10)	0,7 (n<10)	1,3 (n<10)	28,7 (n<10)	0,7 (n<10)	38,7 (n<10)	10,0 (n<10)	0,0 (n<10)	17,3 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,5 (n=64)	25,3 (n=64)	5,5 (n=64)	4,1 (n=64)	2,7 (n=64)	0,2 (n=70)	27,6 (n=70)	4,2 (n=70)	9,7 (n=70)	1,1 (n=70)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,6 (n=66)	10,1 (n=66)	1,4 (n=66)	1,0 (n=66)	2,2 (n=66)	0,2 (n=78)	5,7 (n=78)	3,0 (n=78)	4,3 (n=78)	5,1 (n=78)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	21,3 (n<10)	0,3 (n<10)	23,7 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,2 (n=26)	7,6 (n=26)	0,1 (n=26)	0,0 (n=26)	0,0 (n=26)	0,0 (n=22)	27,8 (n=22)	4,0 (n=22)	0,0 (n=22)	0,2 (n=22)
F 50 (Essstörungen)	1,4 (n<10)	35,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,6 (n<10)	4,8 (n<10)	112,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)	1,0 (n=10)	4,6 (n=10)	0,0 (n=10)	0,0 (n=13)	0,7 (n=13)	0,0 (n=13)	3,0 (n=13)	1,0 (n=13)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 (n=317)	4,5 (n=317)	2,1 (n=317)	1,2 (n=317)	1,3 (n=317)	0,7 (n=322)	8,1 (n=322)	3,9 (n=322)	2,4 (n=322)	2,8 (n=322)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	1.025	1.025	1.025	1.025	1.025	1.034	1.034	1.034	1.034	1.034
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	3,0	4,8	2,1	1,7	2,0	3,6	6,3	4,1	2,3	2,4
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 11 Jahre; KG: < 12 Jahre)	0,9 (n=432)	1,3 (n=432)	1,0 (n=432)	0,8 (n=432)	1,5 (n=432)	1,0 (n=512)	3,0 (n=512)	3,6 (n=512)	1,0 (n=512)	1,7 (n=512)
Älter (IG: ≥ 11 Jahre; KG: ≥ 12 Jahre)	4,6 (n=593)	7,2 (n=593)	2,9 (n=593)	2,3 (n=593)	2,4 (n=593)	6,2 (n=522)	9,6 (n=522)	4,7 (n=522)	3,5 (n=522)	3,1 (n=522)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,5 (n<10)	38,5 (n<10)	0,0 (n<10)	41,0 (n<10)	31,8 (n<10)	47,5 (n<10)	31,5 (n<10)	23,3 (n<10)	45,5 (n<10)	42,8 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	13,7 (n=67)	23,0 (n=67)	3,6 (n=67)	3,2 (n=67)	1,6 (n=67)	22,0 (n=67)	31,6 (n=67)	11,9 (n=67)	7,4 (n=67)	7,2 (n=67)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	4,0 (n=54)	3,8 (n=54)	0,7 (n=54)	0,0 (n=54)	0,0 (n=54)	3,1 (n=69)	2,6 (n=69)	1,9 (n=69)	3,3 (n=69)	2,7 (n=69)
F 45 (Somatoforme Störungen)	19,7 (n<10)	37,2 (n<10)	6,8 (n<10)	8,5 (n<10)	21,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	42,8 (n<10)	0,0 (n<10)	19,8 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,4 (n=32)	2,0 (n=32)	0,0 (n=32)	0,8 (n=32)	0,9 (n=32)	0,4 (n=25)	4,5 (n=25)	0,7 (n=25)	3,2 (n=25)	2,4 (n=25)
F 50 (Essstörungen)	33,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,5 (n<10)	7,0 (n<10)	0,0 (n<10)	23,1 (n<10)	9,9 (n<10)	16,1 (n<10)	27,6 (n<10)	5,1 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n=15)	4,1 (n=15)	0,0 (n=15)	0,0 (n=15)	0,0 (n=15)	0,1 (n=18)	1,5 (n=18)	4,3 (n=18)	2,5 (n=18)	0,1 (n=18)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 (n=26)	6,3 (n=26)	4,2 (n=26)	1,5 (n=26)	1,3 (n=26)	0,0 (n=37)	3,3 (n=37)	5,4 (n=37)	4,2 (n=37)	3,0 (n=37)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,7 (n=815)	3,0 (n=815)	2,2 (n=815)	1,4 (n=815)	2,1 (n=815)	2,1 (n=803)	4,7 (n=803)	3,3 (n=803)	1,2 (n=803)	1,7 (n=803)

14.3 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Erwachsene

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,69 0,46...1,05	0,57 0,20...1,60	-5,07*** -7,44...-2,69	-0,73 -2,00...0,54
DID Jahr 2	0,73 0,46...1,18	0,60 0,19...1,85	-0,90 -3,27...1,48	-0,36 -1,63...0,92
DID Jahr 3	0,84 0,52...1,35	0,81 0,26...2,58	-1,30 -3,67...1,07	-0,04 -1,32...1,23
DID Jahr 4	0,86 0,51...1,43	0,60 0,18...2,03	-0,09 -2,46...2,29	-0,55 -1,82...0,72
DID Jahr 1-4	—	—	-1,84 -3,81...0,13	-0,42 -1,44...0,60
Gruppe	1,15 0,80...1,65	1,38 0,51...3,73	1,07 -0,61...2,75	0,35 -0,56...1,25
Jahr 1	31,30*** 23,11...42,38	25,37*** 11,78...54,65	19,39*** 17,71...21,08	5,86*** 4,96...6,77
Jahr 2	1,89*** 1,37...2,62	4,76*** 2,08...10,86	2,51** 0,82...4,20	0,90 -0,01...1,80
Jahr 3	1,61** 1,16...2,25	3,22** 1,37...7,59	2,29** 0,61...3,98	0,83 -0,08...1,73
Jahr 4	1,08 0,76...1,54	2,62* 1,08...6,31	0,53 -1,15...2,22	0,72 -0,19...1,62
Indexgruppe 6 (F10)	1,87*** 1,56...2,23	1,02 0,72...1,44	-0,62 -1,78...0,53	-0,23 -0,84...0,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,83* 0,71...0,96	2,27*** 1,75...2,96	0,07 -0,78...0,92	1,26*** 0,81...1,72
Indexgruppe 9 (F43)	0,72** 0,58...0,89	0,88 0,62...1,25	-1,21* -2,38...-0,04	-0,28 -0,90...0,35
Psy A ¹	1,53*** 1,31...1,79	1,87*** 1,46...2,39	2,85*** 1,94...3,76	1,17*** 0,68...1,66
Psy B ²	1,22* 1,01...1,47	1,01 0,77...1,34	2,18*** 1,01...3,34	-0,02 -0,64...0,60
Alter	0,78** 0,67...0,90	0,99 0,78...1,25	-1,24** -2,11...-0,36	0,26 -0,20...0,73
Geschlecht (m vs. w)	0,89 0,78...1,02	1,30* 1,04...1,63	0,14 -0,65...0,92	0,55* 0,13...0,98

Komorbidität ³	1,00 0,97...1,04	0,93* 0,88...0,98	-0,10 -0,29...0,08	-0,14** -0,24...-0,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,82 0,66...1,01	0,48** 0,30...0,77	-0,68 -1,92...0,56	-0,94** -1,60...-0,27
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,22** 1,07...1,40	1,52*** 1,21...1,90	0,95* 0,17...1,74	0,94*** 0,52...1,36
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,12*** 0,11...0,14	0,66*** 0,53...0,83	-7,21*** -8,00...-6,41	-0,61** -1,04...-0,18

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,64...1,02	1,16 0,78...1,73	-2,30** -3,85...-0,75	0,94* 0,21...1,68
DID Jahr 2	0,75* 0,58...0,96	1,93** 1,20...3,10	-1,92* -3,47...-0,37	0,78* 0,05...1,51
DID Jahr 3	0,66** 0,51...0,85	1,03 0,66...1,62	-2,80*** -4,35...-1,25	0,29 -0,44...1,02
DID Jahr 4	0,95 0,73...1,23	1,15 0,69...1,90	-0,78 -2,33...0,77	0,48 -0,25...1,21
DID Jahr 1-4	—	—	-1,95** -3,18...-0,73	0,62* 0,05...1,20
Gruppe	1,06 0,90...1,26	1,11 0,84...1,48	1,11* 0,01...2,21	0,08 -0,44...0,59
Jahr 1	1,22* 1,04...1,44	1,05 0,78...1,40	1,93** 0,84...3,03	0,05 -0,46...0,57
Jahr 2	0,84 0,71...1,00	0,42*** 0,29...0,61	-0,34 -1,43...0,76	-0,85** -1,37...-0,34
Jahr 3	0,77** 0,65...0,92	0,63** 0,46...0,88	-0,18 -1,27...0,92	-0,63* -1,14...-0,11
Jahr 4	0,59*** 0,49...0,71	0,42*** 0,29...0,61	-1,22* -2,32...-0,13	-0,91** -1,43...-0,39
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,69*** 1,49...1,92	1,72*** 1,34...2,22	4,91*** 4,08...5,73	0,88*** 0,49...1,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,81*** 0,72...0,90	1,83*** 1,49...2,25	0,22 -0,44...0,87	0,98*** 0,67...1,28
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,86* 0,75...0,98	1,31** 1,08...1,61	-0,26 -1,01...0,50	0,52** 0,16...0,87
Psy A ¹	1,28*** 1,12...1,48	1,40* 1,08...1,81	1,38** 0,55...2,20	0,27 -0,12...0,66
Psy B ²	1,07 0,96...1,19	0,96 0,80...1,14	0,58 -0,08...1,24	-0,12 -0,43...0,19
Alter	0,65*** 0,59...0,71	0,80** 0,68...0,93	-1,90*** -2,44...-1,35	-0,12 -0,38...0,14
Geschlecht (m vs. w)	0,85*** 0,79...0,93	1,29** 1,10...1,50	-0,08 -0,59...0,43	0,36** 0,12...0,60
Komorbidität ³	1,05*** 1,03...1,07	1,01 0,98...1,05	0,05 -0,07...0,17	-0,04 -0,09...0,02

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,91 0,81...1,03	0,53*** 0,40...0,70	0,24 -0,45...0,94	-0,37* -0,70...-0,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,80*** 2,56...3,07	3,00*** 2,52...3,56	4,81*** 4,29...5,33	1,27*** 1,02...1,51
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,15*** 0,14...0,17	0,42*** 0,34...0,51	-14,61*** -15,58...-13,64	-1,84*** -2,29...-1,38

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	3,77*** 2,72...4,81	-0,39 -1,57...0,79	-1,16 -2,64...0,33
DID Jahr 2	1,29* 0,24...2,33	-0,77 -1,95...0,40	-0,70 -2,19...0,78
DID Jahr 3	0,32 -0,72...1,37	-0,55 -1,72...0,63	-0,31 -1,80...1,18
DID Jahr 4	0,29 -0,75...1,34	-0,35 -1,53...0,82	0,16 -1,33...1,65
Gruppe	-0,07 -0,80...0,68	0,25 -0,59...1,08	-0,74 -1,80...0,31
Jahr 1	4,11*** 3,37...4,85	2,16*** 1,32...3,00	2,87*** 1,82...3,93
Jahr 2	1,99*** 1,24...2,73	1,52*** 0,68...2,36	0,69 -0,37...1,74
Jahr 3	1,43*** 0,69...2,17	0,73 -0,11...1,56	-0,71 -1,77...0,34
Jahr 4	1,16** 0,42...1,90	-0,04 -0,88...0,80	-1,93*** -2,99...-0,88
Indexgruppe 6 (F10)	-0,20 -0,71...0,31	-0,90** -1,48...-0,33	1,26** 0,54...1,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34 -0,03...0,72	1,97*** 1,55...2,39	1,05*** 0,52...1,59
Indexgruppe 9 (F43)	-1,24*** -1,75...-0,72	-0,38 -0,96...0,20	-0,69 -1,42...0,04
Psy A ¹	0,56** 0,16...0,96	1,13*** 0,68...1,58	2,72*** 2,15...3,29
Psy B ²	0,86** 0,35...1,38	1,29*** 0,72...1,87	3,24*** 2,52...3,97
Alter	-0,35 -0,73...0,03	-1,49*** -1,92...-1,06	1,29*** 0,75...1,84
Geschlecht (m vs. w)	0,17 -0,17...0,52	0,70*** 0,31...1,09	0,94*** 0,44...1,43
Komorbidität ³	-0,09* -0,17...-0,01	-0,02 -0,11...0,07	0,83*** 0,72...0,95

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,61* 0,07...1,16	-1,44*** -2,05...-0,83	5,77*** 4,99...6,54
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,15 -0,19...0,49	0,71*** 0,33...1,10	0,14 -0,35...0,63
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,16*** 0,81...1,52	-0,55** -0,95...-0,16	0,71** 0,21...1,21

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,12* -2,02...-0,22	0,59* 0,02...1,16	-0,34 -1,60...0,92
DID Jahr 2	-1,61*** -2,51...-0,71	0,08 -0,50...0,65	0,09 -1,18...1,35
DID Jahr 3	-1,45** -2,34...-0,55	-0,14 -0,72...0,43	-0,28 -1,54...0,98
DID Jahr 4	-1,75*** -2,65...-0,86	-0,22 -0,79...0,36	-0,05 -1,31...1,21
Gruppe	-0,73* -1,37...-0,10	-0,04 -0,45...0,37	-0,92* -1,81...-0,02
Jahr 1	1,68*** 1,04...2,31	-0,25 -0,66...0,15	0,03 -0,86...0,92
Jahr 2	-0,74* -1,38...-0,11	-0,22 -0,62...0,19	-1,03* -1,92...-0,14
Jahr 3	-2,40*** -3,04...-1,77	-0,21 -0,61...0,20	-1,43** -2,32...-0,54
Jahr 4	-3,26*** -3,89...-2,63	-0,30 -0,70...0,11	-2,16*** -3,05...-1,26
Indexgruppe 7 (F20-F29)	5,17*** 4,70...5,65	-1,06*** -1,37...-0,76	-3,50*** -4,17...-2,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,69*** -1,07...-0,31	0,26* 0,02...0,50	-2,77*** -3,30...-2,23
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,29 -0,73...0,14	0,47** 0,19...0,74	-1,01** -1,62...-0,40
Psy A ¹	-0,21 -0,69...0,27	1,02*** 0,71...1,32	0,33 -0,34...1,00
Psy B ²	2,28*** 1,90...2,66	0,09 -0,16...0,33	2,19*** 1,65...2,72
Alter	0,14 -0,18...0,46	-1,13*** -1,34...-0,93	0,15 -0,29...0,60
Geschlecht (m vs. w)	-0,48** -0,77...-0,18	0,64*** 0,45...0,83	0,67** 0,26...1,09
Komorbidität ³	0,03 -0,03...0,10	-0,05* -0,09...-0,01	1,52*** 1,43...1,62

Pflegestufe (nein vs. ja)	2,13*** 1,73...2,53	-0,99*** -1,25...-0,73	4,35*** 3,79...4,92
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,12 -0,18...0,43	1,27*** 1,08...1,47	0,98*** 0,56...1,41
Referenzfall (KH vs. PIA)	5,34*** 4,78...5,90	-1,53*** -1,88...-1,17	1,24** 0,45...2,02

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,87*** 1,46...2,41	1,48** 1,16...1,89	1,27 0,98...1,66
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,30...0,61	0,33*** 0,24...0,46	0,35*** 0,25...0,49
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,46** 1,10...1,94	1,60** 1,22...2,08	1,73*** 1,30...2,30
Indexgruppe 9 (F43)	0,72 0,47...1,11	0,62* 0,41...0,94	0,67 0,43...1,02
Psy A ¹	1,37* 1,02...1,85	1,38* 1,04...1,85	1,47* 1,08...2,00
Psy B ²	1,33 0,95...1,87	1,41* 1,00...1,99	1,69** 1,15...2,49
Alter	0,84 0,64...1,11	0,99 0,75...1,29	1,01 0,76...1,36
Geschlecht (m vs. w)	1,39* 1,07...1,81	1,35* 1,05...1,73	1,40* 1,06...1,83
Komorbidität ³	0,91** 0,85...0,97	0,89*** 0,84...0,95	0,92** 0,86...0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,46** 0,29...0,74	0,56** 0,37...0,84	0,53** 0,35...0,81
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,25 0,97...1,62	1,37* 1,07...1,75	1,13 0,86...1,48
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,19 0,90...1,58	1,55** 1,17...2,06	1,87*** 1,35...2,59

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,20 0,69...2,12	1,26 0,75...2,15	1,20 0,67...2,15
Indexgruppe 6 (F10)	0,42* 0,19...0,92	0,42* 0,21...0,85	0,36** 0,17...0,76
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,47 0,82...2,63	1,60 0,92...2,77	1,74 0,93...3,25
Indexgruppe 9 (F43)	0,57 0,20...1,62	0,83 0,34...2,05	1,06 0,38...2,96
Psy A ¹	0,96 0,48...1,92	0,92 0,47...1,77	1,01 0,48...2,12
Psy B ²	0,61 0,29...1,26	1,15 0,58...2,25	0,89 0,42...1,92
Alter	0,89 0,49...1,60	0,80 0,46...1,39	0,83 0,45...1,54
Geschlecht (m vs. w)	1,23 0,66...2,28	1,36 0,76...2,43	1,00 0,53...1,90
Komorbidität ³	0,96 0,83...1,11	0,95 0,83...1,09	0,98 0,85...1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,44 0,09...2,11	2,06 0,63...6,73	0,71 0,20...2,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,68 0,39...1,21	1,22 0,72...2,07	0,92 0,51...1,66
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,53 0,84...2,80	1,69 0,95...2,99	1,56 0,82...2,97

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,77 0,42...1,41	0,63 0,37...1,08	0,67 0,37...1,20
Indexgruppe 6 (F10)	0,35* 0,15...0,83	0,61 0,31...1,21	0,48* 0,23...0,98
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,55...1,90	1,74 0,99...3,04	1,42 0,77...2,64
Indexgruppe 9 (F43)	1,21 0,56...2,63	1,88 0,85...4,17	1,10 0,45...2,71
Psy A ¹	1,63 0,77...3,45	1,40 0,71...2,75	1,62 0,77...3,41
Psy B ²	0,83 0,38...1,78	1,37 0,66...2,85	1,70 0,74...3,88
Alter	0,75 0,38...1,49	0,97 0,53...1,79	1,24 0,63...2,42
Geschlecht (m vs. w)	1,48 0,77...2,83	1,00 0,56...1,81	0,78 0,41...1,48
Komorbidität ³	0,96 0,80...1,14	0,90 0,77...1,05	0,93 0,78...1,10
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94 0,26...3,36	1,48 0,48...4,63	1,16 0,32...4,15
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,16 0,61...2,20	1,02 0,58...1,81	0,70 0,38...1,31
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,10 0,58...2,10	1,72 0,97...3,08	2,16* 1,14...4,09

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,81 0,41...1,60	0,63 0,33...1,18	0,88 0,46...1,69
Indexgruppe 6 (F10)	0,36* 0,15...0,88	0,40* 0,18...0,89	0,50 0,22...1,13
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,26* 1,09...4,66	1,93 1,00...3,75	1,24 0,62...2,50
Indexgruppe 9 (F43)	2,29 0,66...7,96	1,98 0,55...7,05	1,43 0,37...5,49
Psy A ¹	0,85 0,36...2,06	1,84 0,84...4,03	1,13 0,50...2,57
Psy B ²	2,09 0,86...5,08	1,44 0,64...3,25	1,43 0,60...3,39
Alter	0,43* 0,18...1,00	0,56 0,26...1,20	0,91 0,42...2,00
Geschlecht (m vs. w)	0,57 0,28...1,16	0,89 0,46...1,75	1,12 0,56...2,27
Komorbidität ³	1,05 0,86...1,29	0,98 0,82...1,17	0,93 0,78...1,12
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,87 0,18...4,12	2,84 0,75...10,77	1,86 0,40...8,62
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,43 0,72...2,83	1,12 0,60...2,12	1,07 0,56...2,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,86 0,43...1,72	1,16 0,61...2,22	1,11 0,56...2,20

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,77*** 1,40...2,24	1,43** 1,10...1,85	1,44* 1,04...2,00
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,96*** 1,37...2,81	3,13*** 2,12...4,64	4,30*** 2,51...7,39
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,51** 1,12...2,04	2,07*** 1,52...2,81	2,11*** 1,46...3,05
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,21 0,83...1,78	1,41 0,91...2,17	1,51 0,87...2,61
Psy A ¹	0,97 0,66...1,43	1,06 0,73...1,56	1,25 0,80...1,96
Psy B ²	1,41* 1,05...1,89	1,36 1,00...1,85	1,75** 1,18...2,58
Alter	0,72* 0,56...0,93	0,81 0,62...1,06	1,02 0,73...1,44
Geschlecht (m vs. w)	1,78*** 1,40...2,27	1,60*** 1,23...2,09	1,43* 1,03...2,00
Komorbidität ³	1,00 0,95...1,06	1,03 0,97...1,10	0,96 0,89...1,03
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,83 0,59...1,17	1,03 0,71...1,50	1,35 0,82...2,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,56** 1,21...2,02	0,90 0,68...1,19	0,97 0,69...1,38
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,79*** 2,19...3,56	3,61*** 2,78...4,68	4,60*** 3,29...6,44

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,08 0,81...1,44	1,11 0,81...1,52	1,15 0,75...1,77
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,76*** 1,74...4,39	3,41*** 2,08...5,59	4,64*** 2,35...9,16
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,83** 1,22...2,75	1,68* 1,13...2,50	2,59*** 1,57...4,29
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,89 0,56...1,41	0,86 0,54...1,39	1,12 0,58...2,14
Psy A ¹	0,80 0,47...1,35	0,84 0,50...1,42	0,70 0,38...1,32
Psy B ²	1,01 0,69...1,49	1,57* 1,05...2,35	2,71*** 1,62...4,54
Alter	0,62** 0,46...0,84	0,90 0,64...1,25	1,03 0,65...1,62
Geschlecht (m vs. w)	1,47* 1,08...2,00	1,69** 1,22...2,36	1,72* 1,10...2,69
Komorbidität ³	0,97 0,91...1,04	0,93* 0,86...1,00	0,89* 0,81...0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,98 0,65...1,50	1,05 0,65...1,70	0,84 0,45...1,60
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,10 0,81...1,49	1,03 0,74...1,44	0,79 0,51...1,23
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,98*** 1,37...2,84	2,83*** 1,97...4,06	2,94*** 1,86...4,66

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,29 0,96...1,73	1,17 0,83...1,66	0,82 0,51...1,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,71* 1,10...2,67	2,14** 1,29...3,55	2,33* 1,13...4,82
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,22 0,81...1,85	1,38 0,88...2,16	1,14 0,64...2,02
Indexgruppe 11 (F40-F48)	0,88 0,56...1,39	0,79 0,47...1,30	0,45* 0,23...0,89
Psy A ¹	0,77 0,45...1,31	0,68 0,39...1,20	0,76 0,39...1,49
Psy B ²	1,75** 1,15...2,65	2,66*** 1,71...4,16	4,05*** 2,27...7,22
Alter	0,92 0,68...1,25	0,73 0,51...1,05	0,77 0,46...1,29
Geschlecht (m vs. w)	1,46* 1,08...1,98	2,05*** 1,44...2,93	2,60*** 1,58...4,29
Komorbidität ³	0,99 0,93...1,06	0,95 0,88...1,02	0,95 0,85...1,06
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,71...1,69	1,22 0,71...2,12	1,13 0,51...2,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,08 0,79...1,47	1,21 0,85...1,74	1,90* 1,16...3,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,06*** 1,40...3,03	3,54*** 2,37...5,30	4,50*** 2,65...7,67

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,13 0,83...1,53	1,25 0,88...1,78	1,15 0,72...1,85
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,70* 1,09...2,66	2,50*** 1,50...4,18	2,82** 1,39...5,73
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,25 0,83...1,91	1,50 0,96...2,37	1,60 0,90...2,85
Indexgruppe 11 (F40-F48)	1,05 0,62...1,78	1,48 0,80...2,75	2,42 0,93...6,29
Psy A ¹	1,71 0,94...3,09	1,07 0,59...1,95	1,10 0,54...2,25
Psy B ²	1,04 0,69...1,58	1,26 0,79...2,01	1,83* 1,01...3,34
Alter	0,79 0,57...1,10	0,88 0,60...1,27	0,82 0,50...1,36
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,79...1,50	1,27 0,88...1,84	2,07** 1,25...3,43
Komorbidität ³	1,04 0,97...1,12	1,00 0,92...1,09	0,90* 0,81...1,00
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,53...1,35	1,20 0,68...2,11	1,11 0,49...2,49
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,86 0,62...1,19	0,88 0,61...1,28	0,93 0,57...1,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,12*** 1,40...3,22	4,20*** 2,76...6,38	4,46*** 2,66...7,47

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,09 -0,24...0,05	-13,39* -24,58...-2,19
DID Jahr 2	-0,02 -0,17...0,12	-2,01 -13,20...9,19
DID Jahr 3	-0,02 -0,17...0,13	-4,22 -15,42...6,97
DID Jahr 4	0,03 -0,12...0,18	0,67 -10,53...11,86
DID Jahr 1-4	—	-4,74 -14,17...4,69
Gruppe	-0,01 -0,12...0,09	0,77 -7,16...8,71
Jahr 1	0,48*** 0,38...0,59	63,65*** 55,75...71,54
Jahr 2	-0,15** -0,26...-0,05	2,34 -5,55...10,24
Jahr 3	-0,21*** -0,31...-0,10	-5,07 -12,97...2,82
Jahr 4	-0,37*** -0,47...-0,26	-9,90* -17,80...-2,01
Indexgruppe 6 (F10)	0,14*** 0,07...0,21	-0,13 -5,41...5,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,02 -0,07...0,04	9,50*** 5,33...13,67
Indexgruppe 9 (F43)	-0,08* -0,15...-0,01	-3,21 -8,45...2,02
Psy A ¹	0,11*** 0,06...0,17	10,61*** 6,40...14,81
Psy B ²	0,11** 0,03...0,18	3,27 -2,60...9,13
Alter	-0,08** -0,13...-0,03	5,03** 1,27...8,80
Geschlecht (m vs. w)	0,00 -0,05...0,05	4,08* 0,33...7,83
Komorbidität ³	0,00 -0,02...0,01	-0,03 -1,06...1,01

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,20** -0,34...-0,06	-15,84** -26,57...-5,12
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,19*** -0,24...-0,13	-7,73*** -11,62...-3,83

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,11 -0,23...0,02	-3,59 -10,71...3,53
DID Jahr 2	-0,06 -0,18...0,06	-9,41* -16,54...-2,29
DID Jahr 3	-0,13* -0,26...-0,01	-10,42** -17,54...-3,30
DID Jahr 4	-0,14* -0,27...-0,02	-10,94** -18,06...-3,81
DID Jahr 1-4	—	-8,59** -14,23...-2,95
Gruppe	0,09* 0,01...0,18	8,73** 3,69...13,77
Jahr 1	0,08 -0,01...0,16	0,30 -4,70...5,30
Jahr 2	-0,09* -0,17...0,00	-8,19** -13,19...-3,18
Jahr 3	-0,05 -0,14...0,03	-7,16** -12,16...-2,15
Jahr 4	-0,09* -0,17...0,00	-7,68** -12,69...-2,68
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,03 -0,03...0,10	4,86* 1,17...8,55
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,07** -0,12...-0,02	9,50*** 6,53...12,47
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,07* -0,12...-0,01	2,46 -0,89...5,82
Psy A ¹	0,02 -0,05...0,08	4,56* 0,90...8,22
Psy B ²	0,10*** 0,05...0,15	-2,08 -4,91...0,75
Alter	-0,02 -0,06...0,02	-2,53* -4,91...-0,15
Geschlecht (m vs. w)	-0,02 -0,06...0,02	1,71 -0,61...4,03
Komorbidity ³	0,01 0,00...0,02	-0,16 -0,81...0,49

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,08* -0,15...-0,01	-6,28** -10,56...-2,01
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,58*** -0,66...-0,51	-13,59*** -17,83...-9,35

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,03 -0,31...0,25
DID Jahr 2	0,07 -0,21...0,35
DID Jahr 3	0,19 -0,09...0,48
DID Jahr 4	0,25 -0,04...0,53
Gruppe	-0,14 -0,34...0,06
Jahr 1	0,61*** 0,41...0,81
Jahr 2	-0,13 -0,33...0,07
Jahr 3	-0,33** -0,53...-0,13
Jahr 4	-0,53*** -0,74...-0,33
Indexgruppe 6 (F10)	0,83*** 0,69...0,96
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,45*** 0,35...0,55
Indexgruppe 9 (F43)	0,09 -0,05...0,23
Psy A ¹	0,51*** 0,40...0,61
Psy B ²	0,46*** 0,32...0,59
Alter	1,40*** 1,31...1,50
Geschlecht (m vs. w)	0,13** 0,03...0,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,94*** 0,80...1,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,32*** 0,23...0,41

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,05 -0,14...0,05
------------------------------	-----------------------

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,02 -0,16...0,20
DID Jahr 2	0,04 -0,15...0,22
DID Jahr 3	0,04 -0,14...0,23
DID Jahr 4	0,15 -0,03...0,34
Gruppe	-0,07 -0,20...0,06
Jahr 1	0,15* 0,02...0,28
Jahr 2	0,00 -0,13...0,13
Jahr 3	-0,09 -0,22...0,04
Jahr 4	-0,20** -0,33...-0,07
Indexgruppe 7 (F20-F29)	0,17** 0,07...0,27
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,29*** 0,21...0,37
Indexgruppe 11 (F40-F48)	-0,06 -0,15...0,03
Psy A ¹	0,32*** 0,22...0,41
Psy B ²	0,48*** 0,40...0,56
Alter	1,22*** 1,16...1,29
Geschlecht (m vs. w)	0,05 -0,01...0,11
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,51*** 0,43...0,59
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,52*** 0,46...0,58

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,47*** -0,58...-0,35
------------------------------	---------------------------

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,06 0,84...1,35
Psy A ¹	0,66** 0,49...0,89
Psy B ²	0,71 0,47...1,07
Alter	4,59*** 3,04...6,94
Geschlecht (m vs. w)	0,61*** 0,48...0,77
Komorbidität ³	1,19*** 1,14...1,24
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,26*** 2,52...4,22
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,67** 0,52...0,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60*** 0,47...0,76

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,90 0,76...1,06
Psy A ¹	0,45*** 0,35...0,59
Psy B ²	0,85 0,66...1,10
Alter	5,74*** 4,17...7,90
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,77...1,09
Komorbidität ³	1,17*** 1,14...1,21
Pflegestufe (nein vs. ja)	3,16*** 2,64...3,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,85 0,70...1,02
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,69* 0,51...0,94

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,97 0,71...1,32	1,08 0,72...1,61	1,05 0,84...1,31
Psy A ¹	1,51* 1,08...2,11	1,18 0,73...1,90	0,81 0,62...1,05
Psy B ²	0,51** 0,31...0,84	1,95* 1,15...3,32	0,67* 0,45...0,99
Alter	0,94 0,66...1,32	1,30 0,85...1,98	0,80 0,62...1,02
Geschlecht (m vs. w)	1,27 0,92...1,75	0,67* 0,45...1,00	0,62*** 0,50...0,77
Komorbidität ³	0,97 0,89...1,05	1,07 0,98...1,18	1,01 0,95...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,85 0,36...2,04	0,25 0,06...1,05	0,55* 0,32...0,94
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,39* 1,00...1,92	1,23 0,82...1,86	0,93 0,75...1,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45*** 0,33...0,61	1,09 0,71...1,66	0,48*** 0,39...0,60

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,96 0,70...1,32	0,56*** 0,41...0,77	1,08 0,90...1,31
Psy A ¹	0,86 0,55...1,34	1,34 0,81...2,23	1,34 0,97...1,84
Psy B ²	0,92 0,63...1,34	0,85 0,60...1,19	0,99 0,79...1,24
Alter	0,75 0,54...1,04	1,08 0,78...1,50	0,75** 0,61...0,91
Geschlecht (m vs. w)	1,49* 1,05...2,13	1,44* 1,02...2,02	0,75** 0,62...0,91
Komorbidität ³	1,04 0,96...1,12	1,00 0,93...1,08	0,97 0,92...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,90 0,45...1,82	0,48 0,22...1,05	0,58** 0,41...0,82
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,21 0,87...1,68	1,71** 1,24...2,35	1,26* 1,04...1,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,45** 0,28...0,73	1,49 0,75...2,96	0,79 0,50...1,24

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,06** -0,11...-0,02	-21,64** -34,49...-8,79	-0,06*** -0,10...-0,03	-21,89*** -34,14...-9,63
Psy B ²	-0,04 -0,08...0,01	-18,60** -31,89...-5,32	-0,06** -0,10...-0,03	-21,32** -34,00...-8,65
Alter	0,02 -0,03...0,07	11,05 -3,14...25,23	0,03 -0,01...0,07	12,33 -1,20...25,86
Geschlecht (m vs. w)	-0,11*** -0,16...-0,06	-29,06*** -42,30...-15,81	-0,07*** -0,11...-0,03	-24,26*** -36,89...-11,62
Komorbidität ³	0,02** 0,01...0,03	4,88** 1,80...7,96	0,01** 0,01...0,02	4,28** 1,35...7,22
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 -0,08...0,08	2,91 -19,67...25,49	0,00 -0,06...0,07	3,13 -18,41...24,66

Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,93 0,80...1,08	-10,61 -24,58...3,36
Psy A ¹	1,15 0,96...1,39	-13,19 -30,10...3,73
Psy B ²	1,31* 1,06...1,63	2,21 -17,41...21,82
Alter	0,84* 0,71...0,99	13,29 -1,70...28,28
Geschlecht (m vs. w)	0,78** 0,67...0,91	2,67 -11,63...16,96
Komorbidität ³	1,01 0,97...1,04	1,11 -2,28...4,51
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,88 0,69...1,13	-11,13 -33,35...11,09
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,00 0,85...1,16	-0,85 -14,97...13,27
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,10 0,92...1,32	0,16 -16,59...16,91

Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2), Erwachsene

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	0,87 0,56...1,36	0,84* 0,72...0,97	0,91 0,65...1,28	0,98 0,57...1,69	1,13 0,49...2,64	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	0,11 0,01...1,09	1,35*** 1,15...1,59	0,83 0,57...1,21	0,62 0,34...1,12	0,53 0,22...1,28	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	1,32 0,81...2,14	1,28** 1,10...1,48	1,45* 1,02...2,05	1,34 0,76...2,36	0,63 0,27...1,49	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	1,05 0,97...1,13	1,08*** 1,04...1,12	0,99 0,91...1,07	1,06 0,92...1,23	1,37* 1,04...1,80	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	0,39** 0,23...0,66	1,08 0,80...1,46	0,00 0,00...INF	3,29* 1,12...9,72	>100 0,00...INF	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	1,34 0,83...2,17	1,14 0,98...1,32	1,23 0,87...1,75	0,91 0,52...1,60	0,98 0,40...2,43	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	3,01*** 1,85...4,90	0,86* 0,74...1,00	1,15 0,82...1,62	0,83 0,47...1,45	5,41 0,69...42,70	kf

U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,80 0,62...1,04	0,69 0,33...1,45	-3,94*** -5,45...-2,44	-0,06 -0,98...0,85
DID Jahr 2	0,81 0,61...1,09	0,75 0,34...1,67	-0,70 -2,20...0,81	0,00 -0,91...0,91
Gruppe	1,12 0,90...1,40	1,48 0,72...3,06	0,97 -0,09...2,04	0,30 -0,34...0,95
Jahr 1	50,02*** 41,18...60,76	44,36*** 25,44...77,34	19,22*** 18,15...20,28	6,51*** 5,87...7,15
Jahr 2	1,93*** 1,58...2,35	5,64*** 3,11...10,23	2,48*** 1,42...3,55	0,86** 0,22...1,51
Indexgruppe 6 (F10)	2,43*** 2,13...2,79	0,69** 0,55...0,87	-0,40 -1,33...0,54	-1,06*** -1,63...-0,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,97*** 1,63...2,37	1,07 0,79...1,46	8,72*** 7,43...10,02	0,18 -0,61...0,96
Indexgruppe 9 (F43)	0,96 0,86...1,08	2,53*** 2,13...3,01	2,40*** 1,70...3,10	2,13*** 1,70...2,55
Psy A ¹	1,46*** 1,29...1,64	1,63*** 1,39...1,91	2,65*** 1,91...3,40	1,24*** 0,79...1,69
Psy B ²	0,96 0,83...1,11	0,98 0,81...1,18	1,17* 0,22...2,13	-0,42 -1,00...0,16
Alter	0,93 0,83...1,04	0,86 0,74...1,00	-0,19 -0,90...0,53	0,07 -0,36...0,51
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,91...1,11	1,04 0,91...1,20	0,12 -0,53...0,76	0,27 -0,12...0,66
Komorbidität ³	1,00 0,98...1,03	0,94*** 0,91...0,97	-0,17* -0,31...-0,02	-0,17*** -0,26...-0,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,09 0,94...1,27	0,47*** 0,35...0,63	0,90 -0,08...1,88	-0,75* -1,34...-0,16
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,36*** 1,23...1,50	1,55*** 1,34...1,79	1,66*** 1,02...2,29	1,15*** 0,76...1,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,07*** 0,06...0,08	0,55*** 0,48...0,64	-9,30*** -9,97...-8,64	-1,41*** -1,81...-1,01

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	4,25*** 3,52...4,99	-0,25 -0,89...0,39	-0,27 -1,16...0,63
DID Jahr 2	0,37 -0,36...1,11	-0,37 -1,01...0,27	0,46 -0,43...1,36
Gruppe	-0,20 -0,72...0,32	0,33 -0,12...0,79	-1,42*** -2,05...-0,79
Jahr 1	3,89*** 3,38...4,41	2,21*** 1,75...2,66	2,13*** 1,50...2,76
Jahr 2	2,07*** 1,55...2,59	1,33*** 0,88...1,78	-0,44 -1,07...0,19
Indexgruppe 6 (F10)	0,47* 0,01...0,92	-1,64*** -2,04...-1,24	0,15 -0,41...0,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	2,60*** 1,97...3,23	-0,82** -1,37...-0,26	-0,30 -1,07...0,47
Indexgruppe 9 (F43)	1,17*** 0,83...1,51	1,71*** 1,41...2,00	0,44* 0,02...0,85
Psy A ¹	0,45* 0,08...0,81	1,78*** 1,46...2,10	2,42*** 1,98...2,87
Psy B ²	-0,04 -0,50...0,43	1,93*** 1,52...2,34	2,94*** 2,37...3,51
Alter	0,02 -0,33...0,36	-1,24*** -1,54...-0,94	1,18*** 0,76...1,60
Geschlecht (m vs. w)	0,33* 0,02...0,65	0,66*** 0,38...0,93	0,76*** 0,38...1,14
Komorbidität ³	-0,10** -0,17...-0,03	-0,09** -0,15...-0,02	1,07*** 0,99...1,16
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69** 0,22...1,16	-1,66*** -2,07...-1,24	5,46*** 4,88...6,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,32* 0,02...0,63	1,06*** 0,79...1,33	0,57** 0,20...0,95
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,54*** 1,22...1,86	-0,75*** -1,03...-0,47	0,06 -0,34...0,45

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)
Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,76*** 1,52...2,03	1,42*** 1,24...1,63	1,34*** 1,16...1,56
Indexgruppe 6 (F10)	0,65*** 0,53...0,80	0,50*** 0,42...0,61	0,43*** 0,36...0,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,99*** 1,55...2,55	2,38*** 1,86...3,04	2,17*** 1,65...2,86
Indexgruppe 9 (F43)	1,84*** 1,54...2,20	2,12*** 1,81...2,50	2,08*** 1,75...2,47
Psy A ¹	1,17 0,99...1,39	1,32** 1,12...1,56	1,45*** 1,22...1,73
Psy B ²	1,47*** 1,20...1,78	1,43*** 1,17...1,74	1,55*** 1,25...1,94
Alter	0,90 0,77...1,05	0,99 0,85...1,16	1,08 0,92...1,28
Geschlecht (m vs. w)	1,37*** 1,18...1,59	1,23** 1,06...1,42	1,24** 1,07...1,45
Komorbidität ³	0,90*** 0,86...0,93	0,91*** 0,88...0,94	0,92*** 0,89...0,95
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,62*** 0,48...0,81	0,72** 0,58...0,90	0,83 0,66...1,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23** 1,06...1,43	1,26** 1,09...1,45	1,28** 1,10...1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,38*** 1,17...1,63	1,71*** 1,44...2,01	1,98*** 1,64...2,39

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,36 0,98...1,88	1,29 0,93...1,78	1,25 0,87...1,78
Indexgruppe 6 (F10)	0,47** 0,30...0,76	0,37*** 0,24...0,56	0,35*** 0,22...0,56
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,41 0,81...2,44	1,51 0,90...2,55	1,97* 1,07...3,63
Indexgruppe 9 (F43)	2,01** 1,33...3,02	2,04*** 1,39...3,00	2,23*** 1,46...3,41
Psy A ¹	0,90 0,60...1,34	0,85 0,58...1,26	0,79 0,51...1,21
Psy B ²	1,20 0,77...1,86	1,70* 1,09...2,65	1,49 0,90...2,46
Alter	0,96 0,68...1,36	0,96 0,68...1,34	1,03 0,71...1,51
Geschlecht (m vs. w)	1,29 0,91...1,83	1,48* 1,05...2,08	1,37 0,93...2,00
Komorbidität ³	0,99 0,91...1,08	0,95 0,88...1,03	0,99 0,91...1,08
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,65 0,34...1,24	1,48 0,82...2,69	1,06 0,55...2,06
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,94 0,68...1,32	1,14 0,82...1,58	1,10 0,76...1,60
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,19 0,83...1,69	1,43* 1,00...2,04	1,66* 1,10...2,48

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Kontaktabbruch sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,06 -0,15...0,03	-10,77** -18,27...-3,28
DID Jahr 2	-0,04 -0,13...0,05	-3,57 -11,07...3,92
Gruppe	0,03 -0,04...0,09	1,31 -4,02...6,63
Jahr 1	0,50*** 0,44...0,56	64,58*** 59,31...69,83
Jahr 2	-0,13*** -0,19...-0,07	2,47 -2,79...7,73
Indexgruppe 6 (F10)	0,21*** 0,15...0,26	-9,72*** -14,27...-5,17
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,27*** 0,19...0,35	7,95* 1,39...14,51
Indexgruppe 9 (F43)	0,10*** 0,05...0,14	19,30*** 15,74...22,85
Psy A ¹	0,13*** 0,08...0,17	10,90*** 7,24...14,57
Psy B ²	0,09** 0,03...0,14	-1,10 -6,07...3,87
Alter	-0,07*** -0,11...-0,03	11,47*** 8,21...14,72
Geschlecht (m vs. w)	-0,03 -0,06...0,01	1,03 -2,16...4,23
Komorbidität ³	0,01* 0,00...0,02	0,73 -0,17...1,64
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,16** -0,27...-0,05	-19,53*** -28,68...-10,37
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,25*** -0,29...-0,20	-14,46*** -17,90...-11,03

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	0,01 -0,15...0,17
DID Jahr 2	0,04 -0,12...0,20
Gruppe	-0,07 -0,18...0,05
Jahr 1	0,58*** 0,47...0,70
Jahr 2	-0,19** -0,30...-0,08
Indexgruppe 6 (F10)	0,71*** 0,61...0,81
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,08 -0,06...0,22
Indexgruppe 9 (F43)	0,27*** 0,20...0,35
Psy A ¹	0,55*** 0,47...0,63
Psy B ²	0,46*** 0,36...0,57
Alter	1,58*** 1,50...1,65
Geschlecht (m vs. w)	0,12** 0,05...0,19
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,47*** 1,37...1,57
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,49*** 0,42...0,56
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,09* -0,17...-0,02

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,08 0,91...1,28
Psy A ¹	0,54*** 0,43...0,68
Psy B ²	0,84 0,61...1,14
Alter	8,43*** 5,77...12,31
Geschlecht (m vs. w)	0,82* 0,69...0,98
Komorbidität ³	1,16*** 1,13...1,20
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,85*** 2,36...3,44
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,88 0,74...1,06
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,67*** 0,56...0,80

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,83 0,68...1,00	0,85 0,64...1,13	1,11 0,97...1,27
Psy A ¹	1,18 0,96...1,47	1,19 0,87...1,65	0,83* 0,70...0,98
Psy B ²	0,77 0,57...1,03	1,10 0,73...1,65	0,83 0,65...1,07
Alter	1,18 0,95...1,45	1,15 0,84...1,56	1,04 0,89...1,22
Geschlecht (m vs. w)	1,18 0,97...1,44	0,77 0,58...1,03	0,81** 0,70...0,93
Komorbidität ³	0,98 0,94...1,03	1,02 0,95...1,09	0,98 0,94...1,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,58* 0,37...0,90	0,53 0,27...1,03	0,83 0,61...1,13
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,20 0,98...1,47	1,00 0,75...1,33	0,99 0,87...1,14
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42*** 0,34...0,51	1,08 0,81...1,45	0,64*** 0,55...0,73

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	1,44 0,71...2,93	1,81 0,31...10,38	-1,26 -4,37...1,86	-1,86 -4,28...0,55
DID Jahr 2	1,55 0,70...3,42	1,76 0,28...11,14	-1,17 -4,28...1,95	0,34 -2,07...2,75
DID Jahr 3	1,20 0,53...2,73	0,98 0,15...6,26	-0,68 -3,79...2,44	-1,33 -3,74...1,09
DID Jahr 4	1,78 0,78...4,07	1,33 0,18...9,78	0,33 -2,79...3,45	-0,05 -2,46...2,37
DID Jahr 1-4	—	—	-0,69 -3,20...1,82	-0,72 -2,65...1,20
Gruppe	0,58 0,31...1,12	0,49 0,09...2,67	-0,73 -2,93...1,47	-0,19 -1,90...1,52
Jahr 1	11,05*** 7,04...17,34	15,38*** 5,53...42,81	12,14*** 9,94...14,34	7,47*** 5,76...9,17
Jahr 2	1,86* 1,11...3,09	4,37** 1,46...13,09	3,15** 0,94...5,35	1,39 -0,32...3,09
Jahr 3	1,66 0,99...2,79	5,72** 1,96...16,72	1,83 -0,38...4,03	2,28** 0,57...3,98
Jahr 4	1,26 0,73...2,16	2,27 0,70...7,44	1,02 -1,18...3,22	0,53 -1,18...2,23
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,21 0,89...1,63	1,83* 1,07...3,13	2,50** 0,64...4,36	1,42 -0,03...2,86
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,64...1,19	0,42** 0,22...0,79	-0,39 -2,11...1,34	-1,09 -2,43...0,25
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,83 0,63...1,10	0,81 0,51...1,28	-0,27 -1,80...1,26	-0,15 -1,34...1,03
Alter	2,59*** 2,00...3,36	0,58** 0,40...0,83	1,83** 0,70...2,96	-1,71*** -2,59...-0,84
Geschlecht (m vs. w)	1,38** 1,13...1,70	0,55** 0,39...0,78	1,66** 0,60...2,73	-1,68*** -2,50...-0,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,17...0,26	0,57** 0,37...0,87	-7,38*** -8,89...-5,87	-1,24* -2,41...-0,07

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.) Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,87 0,58...1,30	0,81 0,49...1,34	-1,08 -3,12...0,95	-0,06 -1,84...1,71
DID Jahr 2	0,74 0,48...1,17	0,74 0,39...1,38	-1,08 -3,12...0,95	-0,13 -1,90...1,65
DID Jahr 3	0,99 0,62...1,59	1,05 0,51...2,17	0,24 -1,79...2,28	0,15 -1,63...1,93
DID Jahr 4	1,13 0,69...1,84	1,00 0,47...2,11	0,61 -1,43...2,64	0,28 -1,49...2,06
DID Jahr 1-4	—	—	-0,33 -1,95...1,29	0,06 -1,35...1,47
Gruppe	1,07 0,79...1,46	1,01 0,68...1,51	-0,39 -1,83...1,05	-0,15 -1,41...1,10
Jahr 1	1,76*** 1,33...2,33	2,27*** 1,60...3,22	3,36*** 1,92...4,79	3,32*** 2,06...4,57
Jahr 2	0,96 0,71...1,31	0,75 0,49...1,16	-0,44 -1,87...1,00	-1,13 -2,38...0,12
Jahr 3	0,66* 0,47...0,91	0,38*** 0,23...0,64	-2,40** -3,83...-0,96	-1,99** -3,25...-0,74
Jahr 4	0,53*** 0,37...0,75	0,36*** 0,22...0,62	-2,49** -3,93...-1,06	-2,14** -3,39...-0,89
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,99*** 1,60...2,48	1,51* 1,05...2,18	5,60*** 4,21...6,99	0,61 -0,60...1,82
Indexgruppe 9 (F43)	0,87 0,63...1,20	0,79 0,46...1,38	-1,77* -3,29...-0,26	-0,58 -1,90...0,74
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,78* 0,64...0,95	1,47* 1,06...2,04	-2,09*** -3,13...-1,05	1,09* 0,18...2,00
Alter	2,55*** 2,15...3,02	0,60*** 0,49...0,75	1,88*** 1,20...2,56	-1,62*** -2,21...-1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,35*** 1,17...1,57	0,86 0,69...1,06	1,21** 0,52...1,91	-0,47 -1,08...0,13
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,18*** 0,15...0,22	0,13*** 0,11...0,17	-13,88*** -15,21...-12,55	-8,78*** -9,94...-7,62

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,73 -0,10...1,56	-0,28 -1,80...1,24	-0,66 -1,94...0,62
DID Jahr 2	0,20 -0,63...1,03	-0,44 -1,95...1,08	-0,81 -2,08...0,47
DID Jahr 3	0,17 -0,66...1,00	-0,76 -2,28...0,76	-1,31* -2,59...-0,03
DID Jahr 4	0,41 -0,43...1,23	-0,68 -2,19...0,84	-1,00 -2,27...0,28
Gruppe	-0,29 -0,88...0,30	0,34 -0,73...1,42	0,16 -0,74...1,07
Jahr 1	6,20*** 5,61...6,79	2,33*** 1,25...3,40	2,00*** 1,10...2,90
Jahr 2	2,07*** 1,48...2,65	2,84*** 1,77...3,92	1,33** 0,43...2,23
Jahr 3	1,38*** 0,80...1,97	2,32*** 1,25...3,39	1,59** 0,69...2,50
Jahr 4	0,94** 0,36...1,53	2,00*** 0,93...3,08	1,19* 0,28...2,09
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,35 -0,14...0,85	0,72 -0,19...1,63	-0,22 -0,99...0,54
Indexgruppe 9 (F43)	-0,38 -0,84...0,08	-1,81*** -2,66...-0,97	-1,08** -1,79...-0,37
Indexgruppe 16 (F90-F98)	-0,08 -0,49...0,32	-1,61*** -2,36...-0,86	-0,52 -1,14...0,11
Alter	-0,41** -0,71...-0,11	0,70* 0,15...1,25	0,19 -0,28...0,65
Geschlecht (m vs. w)	0,04 -0,25...0,32	1,72*** 1,21...2,24	0,68** 0,24...1,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,71** 0,31...1,11	-1,52*** -2,25...-0,78	-0,98** -1,60...-0,36

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,37*** -1,97...-0,77	-0,18 -1,13...0,77	-0,34 -1,08...0,41
DID Jahr 2	-1,21*** -1,82...-0,61	-0,19 -1,15...0,76	-0,66 -1,40...0,09
DID Jahr 3	-0,31 -0,91...0,30	-0,12 -1,07...0,84	-0,72 -1,46...0,03
DID Jahr 4	-0,09 -0,69...0,52	-0,25 -1,21...0,70	-0,62 -1,37...0,12
Gruppe	-0,21 -0,64...0,22	0,16 -0,52...0,83	-0,24 -0,77...0,28
Jahr 1	2,96*** 2,53...3,38	1,48*** 0,81...2,15	0,98*** 0,45...1,50
Jahr 2	-0,70** -1,13...-0,27	1,72*** 1,05...2,39	0,68* 0,15...1,20
Jahr 3	-2,09*** -2,52...-1,67	1,46*** 0,78...2,13	0,38 -0,15...0,90
Jahr 4	-2,88*** -3,31...-2,45	1,18** 0,51...1,85	0,02 -0,51...0,54
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,19 -0,22...0,60	3,03*** 2,38...3,68	0,51* 0,01...1,02
Indexgruppe 9 (F43)	-0,83*** -1,27...-0,38	-0,24 -0,95...0,47	-1,99*** -2,55...-1,44
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,30 -0,01...0,60	-0,30 -0,79...0,19	-1,28*** -1,66...-0,90
Alter	-0,45*** -0,65...-0,25	-0,28 -0,60...0,04	0,25* 0,00...0,50
Geschlecht (m vs. w)	-0,61*** -0,81...-0,40	0,98*** 0,66...1,30	-0,18 -0,43...0,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,46*** 1,07...1,85	-2,41*** -3,04...-1,79	-0,31 -0,79...0,18

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.
kf=kleine Fallzahl

Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,91 0,60...1,38	0,84 0,57...1,23	1,07 0,68...1,68
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	2,02** 1,22...3,37	1,37 0,88...2,12	1,18 0,71...1,96
Geschlecht (m vs. w)	1,49 0,97...2,28	1,16 0,78...1,72	1,22 0,77...1,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,08 0,71...1,64	1,13 0,76...1,67	1,40 0,88...2,22

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,11 0,51...2,40	0,76 0,37...1,59	1,03 0,45...2,36
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,88 0,37...2,09	0,93 0,41...2,11	0,51 0,20...1,33
Geschlecht (m vs. w)	2,40* 1,07...5,40	2,44* 1,13...5,26	2,89* 1,17...7,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,73 0,30...1,73	0,97 0,41...2,31	0,73 0,27...1,95

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,44 0,65...3,22	1,43 0,56...3,65	2,16 0,60...7,83
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,97 0,37...2,56	0,53 0,18...1,58	0,76 0,17...3,33
Geschlecht (m vs. w)	1,58 0,67...3,72	2,86* 1,05...7,77	4,55* 1,09...18,93
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,60 0,23...1,61	0,60 0,18...2,02	1,82 0,34...9,83

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	2,12 0,81...5,54	0,86 0,34...2,15	1,30 0,45...3,80
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,86 0,31...2,34	0,60 0,22...1,62	0,49 0,15...1,61
Geschlecht (m vs. w)	2,78* 1,07...7,19	2,18 0,88...5,41	2,53 0,85...7,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,89 0,34...2,33	0,89 0,33...2,42	1,21 0,37...3,98

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,79 0,53...1,17	0,76 0,53...1,11	0,89 0,58...1,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,84** 1,19...2,85	1,84** 1,24...2,74	1,20 0,75...1,90
Geschlecht (m vs. w)	1,09 0,72...1,66	0,95 0,64...1,41	1,07 0,67...1,72
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,64* 1,10...2,45	1,07 0,74...1,56	0,80 0,52...1,24

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,90 0,54...1,49	0,72 0,42...1,24	1,08 0,54...2,16
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,08 0,59...1,97	1,25 0,66...2,37	0,55 0,25...1,19
Geschlecht (m vs. w)	0,92 0,52...1,63	0,83 0,45...1,51	1,41 0,67...2,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85 0,44...1,61	1,24 0,62...2,51	0,60 0,22...1,61

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,00 0,54...1,86	1,36 0,72...2,57	1,95 0,91...4,14
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,86 0,44...1,67	0,70 0,35...1,40	0,38* 0,17...0,87
Geschlecht (m vs. w)	1,24 0,63...2,44	2,23* 1,13...4,43	2,16 0,96...4,86
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,51 0,24...1,10	0,44 0,17...1,12	0,24* 0,06...0,92

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,88 0,46...1,68	0,93 0,49...1,78	0,50 0,22...1,11
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,04 0,52...2,06	0,45* 0,23...0,91	0,26** 0,11...0,61
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,53...2,06	1,83 0,92...3,63	1,38 0,60...3,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,85 0,38...1,93	0,90 0,40...2,06	0,68 0,24...1,89

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,99 0,51...1,94	0,89 0,39...2,03	1,01 0,72...1,43
Alter	3,71 0,49...28,01	2,89 0,38...22,22	20,45*** 8,29...50,44
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,47...2,09	0,69 0,30...1,60	1,01 0,71...1,44
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,40...1,74	0,77 0,32...1,84	0,60** 0,41...0,87

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	0,92 0,49...1,70	0,70 0,33...1,49	0,93 0,69...1,25
Alter	2,47 0,74...8,30	2,86 0,66...12,36	16,88*** 8,90...32,01
Geschlecht (m vs. w)	1,03 0,54...1,95	1,16 0,54...2,50	1,74*** 1,29...2,35
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,49 0,24...1,00	1,48 0,45...4,89	0,50** 0,33...0,76

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2)

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,00 0,79...1,28	0,82 -18,79...20,44
Alter	1,25 0,97...1,59	-7,88 -27,99...12,22
Geschlecht (m vs. w)	1,32* 1,03...1,71	10,28 -10,60...31,16
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,65...1,07	7,12 -13,12...27,36

U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,89 0,59...1,34	1,14 0,40...3,22	-0,77 -3,00...1,47	-0,90 -2,64...0,85
DID Jahr 2	0,86 0,54...1,36	1,42 0,48...4,21	-1,24 -3,48...0,99	0,75 -0,99...2,49
Gruppe	1,06 0,72...1,54	0,86 0,31...2,38	0,01 -1,57...1,59	-0,04 -1,27...1,19
Jahr 1	19,40*** 14,24...26,41	24,87*** 12,20...50,70	13,05*** 11,47...14,63	7,75*** 6,52...8,98
Jahr 2	3,03*** 2,18...4,22	6,16*** 2,91...13,07	3,65*** 2,08...5,23	1,60* 0,37...2,84
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,15 0,94...1,42	1,57** 1,13...2,20	2,76** 1,11...4,42	1,33* 0,04...2,62
Indexgruppe 9 (F43)	0,85 0,68...1,06	0,82 0,57...1,19	-1,98* -3,61...-0,35	-0,54 -1,81...0,74
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,82* 0,68...0,99	1,17 0,88...1,57	-1,20 -2,57...0,18	0,59 -0,49...1,66
Alter	3,43*** 2,82...4,17	0,77* 0,61...0,96	3,08*** 2,02...4,14	-1,72*** -2,55...-0,90
Geschlecht (m vs. w)	1,44*** 1,24...1,66	0,75** 0,61...0,92	2,20*** 1,23...3,17	-1,04** -1,80...-0,28
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,12*** 0,10...0,14	0,52*** 0,41...0,68	-11,82*** -13,17...-10,48	-1,51** -2,56...-0,46

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.; kf=kleine Fallzahl

Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,00*** 0,47...1,53	-0,29 -1,25...0,67	-0,52* -1,00...-0,04
DID Jahr 2	0,20 -0,33...0,74	-0,28 -1,24...0,68	-0,36 -0,84...0,13
Gruppe	-0,20 -0,58...0,18	0,37 -0,31...1,05	0,05 -0,29...0,40
Jahr 1	6,23*** 5,85...6,61	2,58*** 1,90...3,25	1,96*** 1,62...2,30
Jahr 2	2,15*** 1,77...2,52	2,66*** 1,98...3,34	1,10*** 0,76...1,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,43*** 1,03...1,82	2,42*** 1,71...3,13	-0,19 -0,54...0,17
Indexgruppe 9 (F43)	0,34 -0,05...0,73	-1,82*** -2,52...-1,12	-1,35*** -1,71...-1,00
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,61*** 0,28...0,94	-1,62*** -2,21...-1,03	-0,92*** -1,22...-0,63
Alter	-0,34** -0,60...-0,09	0,84*** 0,39...1,30	-0,02 -0,25...0,21
Geschlecht (m vs. w)	-0,01 -0,25...0,22	1,23*** 0,81...1,65	0,18 -0,04...0,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,18*** 0,86...1,50	-2,79*** -3,37...-2,21	-0,43** -0,72...-0,13

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	1,11 0,88...1,39	1,00 0,81...1,25	1,16 0,90...1,50
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	1,61*** 1,23...2,10	1,29* 1,01...1,64	1,21 0,92...1,61
Geschlecht (m vs. w)	1,56*** 1,23...1,99	1,27* 1,01...1,59	1,23 0,94...1,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,13 0,89...1,43	1,10 0,87...1,38	1,36* 1,04...1,78

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,83 0,55...1,25	0,73 0,49...1,08	1,09 0,68...1,75
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	0,91 0,59...1,41	0,85 0,55...1,31	0,63 0,37...1,06
Geschlecht (m vs. w)	2,03** 1,31...3,14	1,93** 1,27...2,93	1,74* 1,06...2,85
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,67...1,65	1,03 0,66...1,61	1,00 0,58...1,71

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

[kf]

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt² nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3)

Zeitreihenbetrachtungen für den Outcome Wiederaufnahmeraten sind nicht zweckmäßig, da sich Zeiträume der Betrachtung überlappen.

Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	kf
Alter	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Progression A (leichte zu schwere Depression)	Progression B (Depression zu rezidivierend)	Progression C (keine Sucht zu Sucht)
Gruppe	1,05 0,71...1,57	1,03 0,58...1,82	0,87 0,67...1,13
Alter	2,82 0,68...11,65	>100 0,00...INF	0,87 0,28...2,76
Geschlecht (m vs. w)	1,10 0,69...1,75	0,90 0,48...1,66	0,92 0,71...1,20
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,63* 0,42...0,94	0,53* 0,30...0,95	0,53*** 0,41...0,70

Signif. codes: '***' <0,001 '**' <0,01 '*' <0,05

¹ nur Diagnosekriterium und nicht Dauerkriterium erfüllt

² Diagnosekriterium und Dauerkriterium erfüllt

³ Co-Morbiditäten werden nach dem Algorithmus nach Elixhauser definiert (Quan H, Sundararajan V, Halfon P, et al. Coding algorithms for defining Comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. Med Care. 2005 Nov; 43(11): 1130-9.)

Hier werden die Klassen gezählt.

kf=kleine Fallzahl

14.5 Ergebnisse Kosten EP

14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung P

Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	971	974	895	869	824	953	954	889	856	789
Mittelwert	2.837,90 €	2.782,73 €	2.588,13 €	2.742,13 €	2.590,89 €	3.439,66 €	2.844,85 €	2.417,35 €	2.293,49 €	2.228,66 €
Standardabweichung	6.366,10 €	5.974,78 €	6.404,55 €	9.321,32 €	6.510,04 €	9.680,61 €	5.477,21 €	5.564,17 €	4.617,84 €	5.771,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	301,43 €	269,91 €	260,20 €	259,76 €	252,56 €	305,74 €	307,20 €	269,72 €	261,32 €	183,35 €
Median	804,58 €	722,61 €	740,48 €	719,64 €	703,57 €	863,40 €	844,83 €	718,44 €	731,70 €	560,36 €
75%-Perzentil	2.580,05 €	2.475,51 €	2.340,93 €	2.356,07 €	2.249,53 €	2.869,10 €	2.918,04 €	2.091,33 €	2.145,81 €	1.842,91 €
Maximum	108.364 €	64.284 €	111.538 €	179.613 €	82.013 €	170.816 €	57.358 €	82.622 €	56.270 €	87.345 €

Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.452	2.472	2.379	2.300	2.252	2.460	2.480	2.380	2.300	2.214
Mittelwert	2.469,88 €	2.871,23 €	2.617,05 €	2.834,46 €	2.912,73 €	2.610,05 €	2.842,06 €	2.774,15 €	2.911,11 €	2.969,60 €
Standardabweichung	6.414 €	12.259 €	6.137 €	6.544 €	8.173 €	6.696 €	9.729 €	7.246 €	6.961 €	7.277 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	336,25 €	347,96 €	338,30 €	321,13 €	347,21 €	325,87 €	356,00 €	331,72 €	333,80 €	345,14 €
Median	801,61 €	832,95 €	840,00 €	841,21 €	844,65 €	802,17 €	837,59 €	776,37 €	791,01 €	824,10 €
75%-Perzentil	2.124,28 €	2.258,31 €	2.399,35 €	2.415,74 €	2.474,80 €	2.357,18 €	2.383,27 €	2.352,95 €	2.411,83 €	2.632,36 €
Maximum	129.063 €	492.577 €	110.360 €	127.878 €	234.895 €	154.123 €	261.693 €	164.516 €	111.124 €	133.298 €

Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	273	269	214	210	176	299	284	188	178	146
Mittelwert	1.613,29 €	1.606,94 €	1.447,73 €	1.639,93 €	1.337,31 €	2.257,20 €	1.594,13 €	1.152,09 €	1.067,90 €	1.099,73 €
Standardabweichung	4.936,17 €	4.758,67 €	5.588,65 €	8.579,72 €	5.178,30 €	8.831,95 €	4.283,66 €	4.186,72 €	3.508,06 €	5.025,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	953,44 €	813,56 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.603,64 €	1.328,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	68.306 €	60.911 €	110.081 €	175.800 €	66.362 €	159.992 €	48.562 €	81.991 €	46.108 €	86.311 €

Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	506	506	491	481	459	567	518	484	496	457
Mittelwert	1.029,64 €	1.466,27 €	1.238,42 €	1.404,34 €	1.323,93 €	1.104,83 €	1.388,19 €	1.372,59 €	1.502,27 €	1.497,73 €
Standardabweichung	4.002 €	11.442 €	4.976 €	5.355 €	6.564 €	3.708 €	8.577 €	6.273 €	5.921 €	6.220 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	75.539 €	489.953 €	109.463 €	127.878 €	234.233 €	95.155 €	260.419 €	162.678 €	107.982 €	132.671 €

Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	23,77 €	8,91 €	6,52 €	9,21 €	14,90 €	2,56 €	3,16 €	1,93 €	0,53 €	4,47 €
Standardabweichung	531,56 €	265,17 €	186,22 €	262,27 €	202,21 €	79,97 €	69,71 €	58,31 €	15,83 €	108,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	16.555 €	8.349 €	5.657 €	7.869 €	4.043 €	2.497 €	1.593 €	1.765 €	471 €	3.084 €

Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	12	11	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	3,16 €	6,72 €	0,84 €	2,72 €	4,01 €	27,06 €	24,80 €	40,71 €	23,87 €	20,85 €
Standardabweichung	78,89 €	188,63 €	25,22 €	81,44 €	92,61 €	643,86 €	701,12 €	1.080,56 €	713,99 €	660,51 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.568 €	7.990 €	1.110 €	2.858 €	3.513 €	23.401 €	29.872 €	33.753 €	29.526 €	30.070 €

Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	62	63	62	70	69	71	93	85	74	56
Mittelwert	59,34 €	27,43 €	38,08 €	47,30 €	55,55 €	20,57 €	32,80 €	62,83 €	48,15 €	33,69 €
Standardabweichung	917,95 €	151,74 €	277,39 €	352,15 €	407,63 €	107,61 €	166,19 €	367,05 €	282,47 €	195,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	27.786 €	2.661 €	5.135 €	7.830 €	8.115 €	1.774 €	2.971 €	5.960 €	4.242 €	2.731 €

Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	123	146	160	196	199	143	163	152	145	143
Mittelwert	23,76 €	30,15 €	41,49 €	46,86 €	53,10 €	18,24 €	23,85 €	23,38 €	34,11 €	25,71 €
Standardabweichung	265,81 €	252,51 €	483,62 €	555,54 €	366,93 €	127,10 €	149,05 €	152,62 €	318,03 €	160,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.886 €	9.087 €	21.139 €	25.293 €	7.831 €	3.425 €	3.378 €	2.917 €	8.658 €	3.504 €

Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	966	967	893	864	819	948	947	880	847	780
Mittelwert	542,24 €	498,76 €	516,19 €	496,38 €	502,46 €	536,10 €	513,36 €	495,38 €	470,42 €	421,67 €
Standardabweichung	509,58 €	521,30 €	531,11 €	508,81 €	522,84 €	507,24 €	481,98 €	529,37 €	439,55 €	457,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	194,71 €	176,92 €	177,09 €	158,80 €	160,89 €	188,25 €	187,79 €	173,57 €	160,94 €	118,07 €
Median	409,33 €	346,67 €	365,11 €	342,82 €	365,12 €	400,89 €	394,55 €	364,12 €	380,52 €	301,74 €
75%-Perzentil	732,17 €	668,23 €	682,42 €	693,93 €	694,31 €	735,47 €	708,84 €	666,62 €	638,51 €	594,05 €
Maximum	4.768,44 €	5.221,04 €	5.144,76 €	4.808,86 €	6.058,21 €	5.337,14 €	5.286,69 €	6.704,18 €	4.288,01 €	4.420,35 €

Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.441	2.466	2.371	2.287	2.246	2.449	2.469	2.367	2.286	2.200
Mittelwert	548,46 €	547,35 €	536,11 €	517,48 €	548,37 €	526,51 €	532,67 €	501,94 €	510,29 €	518,75 €
Standardabweichung	517,49 €	503,28 €	515,85 €	466,85 €	507,51 €	499,23 €	523,22 €	469,99 €	486,72 €	501,88 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	212,89 €	226,25 €	214,45 €	196,63 €	209,90 €	208,14 €	214,45 €	205,30 €	200,34 €	204,09 €
Median	415,52 €	416,68 €	408,81 €	400,42 €	414,36 €	385,45 €	408,01 €	384,63 €	373,04 €	378,06 €
75%-Perzentil	726,81 €	694,90 €	697,24 €	698,47 €	732,14 €	709,28 €	687,79 €	653,20 €	672,58 €	679,02 €
Maximum	6.144,91 €	5.750,56 €	5.882,22 €	4.729,61 €	5.136,91 €	5.548,28 €	9.508,82 €	5.318,05 €	6.166,75 €	5.635,77 €

Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	851	836	770	753	695	822	829	770	733	671
Mittelwert	528,06 €	568,50 €	506,81 €	477,54 €	622,44 €	559,77 €	620,09 €	618,12 €	616,98 €	574,39 €
Standardabweichung	1.861,44 €	2.654,42 €	1.663,89 €	1.511,29 €	2.667,31 €	2.178,44 €	2.396,84 €	2.407,14 €	2.148,18 €	1.935,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,28 €	25,08 €	24,69 €	26,10 €	17,78 €	27,08 €	24,98 €	25,31 €	24,31 €	13,52 €
Median	119,95 €	119,66 €	123,33 €	108,87 €	113,04 €	110,19 €	112,23 €	110,52 €	116,60 €	100,93 €
75%-Perzentil	358,34 €	349,50 €	386,26 €	356,18 €	394,02 €	388,46 €	490,38 €	433,15 €	393,91 €	353,73 €
Maximum	22.891 €	56.268 €	24.729 €	21.095 €	55.598 €	47.506 €	56.209 €	54.866 €	32.011 €	26.030 €

Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	2.152	2.203	2.113	2.022	1.998	2.153	2.202	2.107	2.017	1.958
Mittelwert	781,60 €	742,90 €	715,73 €	770,35 €	896,95 €	841,92 €	778,07 €	731,22 €	735,86 €	794,23 €
Standardabweichung	4.418,69 €	3.197,48 €	2.391,43 €	2.969,94 €	3.825,84 €	4.854,95 €	3.804,94 €	2.370,10 €	2.391,97 €	2.644,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	40,80 €	44,49 €	42,59 €	37,92 €	43,45 €	36,35 €	44,01 €	42,58 €	41,75 €	44,31 €
Median	152,19 €	159,89 €	159,45 €	158,99 €	159,41 €	160,89 €	170,33 €	168,91 €	171,93 €	176,72 €
75%-Perzentil	467,07 €	514,36 €	540,51 €	551,60 €	568,42 €	542,54 €	591,64 €	582,66 €	571,48 €	607,67 €
Maximum	122.992 €	111.392 €	38.616 €	62.838 €	80.257 €	152.994 €	146.349 €	35.769 €	33.394 €	41.601 €

Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	995	995	927	903	868	975	975	916	886	858
N mit Fall	173	155	143	109	114	159	161	137	133	108
Mittelwert	71,20 €	72,19 €	72,80 €	71,77 €	58,23 €	63,45 €	81,32 €	87,00 €	89,52 €	94,72 €
Standardabweichung	414,52 €	464,61 €	346,50 €	378,72 €	335,14 €	309,29 €	393,54 €	421,99 €	409,69 €	459,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.001 €	11.200 €	5.201 €	6.482 €	6.667 €	5.320 €	7.380 €	5.779 €	5.915 €	5.847 €

Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	2.493	2.493	2.420	2.355	2.298	2.498	2.498	2.415	2.333	2.262
N mit Fall	432	435	404	332	313	435	457	396	335	328
Mittelwert	83,26 €	77,84 €	84,45 €	92,71 €	86,37 €	91,49 €	94,49 €	104,31 €	104,71 €	112,32 €
Standardabweichung	387,21 €	338,85 €	410,78 €	537,55 €	506,82 €	411,42 €	416,26 €	532,22 €	554,71 €	566,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.157 €	5.937 €	8.488 €	15.058 €	14.061 €	6.237 €	7.999 €	12.371 €	12.762 €	9.161 €

14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	3.596	3.623	3.600	3.619
Mittelwert	3.108,43 €	3.127,98 €	3.395,50 €	3.127,17 €
Standardabweichung	8.079,92 €	7.466,20 €	8.867,30 €	7.977,92 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	279,02 €	297,43 €	289,52 €	266,12 €
Median	826,38 €	785,97 €	836,05 €	785,28 €
75%-Perzentil	2.776,85 €	2.756,40 €	2.874,58 €	2.793,65 €
Maximum	223.820 €	160.352 €	170.816 €	231.845 €

Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	1.040	1.003	1.094	998
Mittelwert	1.747,18 €	1.827,53 €	2.102,90 €	1.802,62 €
Standardabweichung	6.360,63 €	6.164,95 €	7.906,79 €	6.622,73 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.121,91 €	947,86 €	1.431,54 €	920,96 €
Maximum	222.988 €	159.630 €	162.105 €	231.555 €

Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	21	< 10	14	10
Mittelwert	15,92 €	11,92 €	15,80 €	16,61 €
Standardabweichung	429,62 €	408,22 €	393,01 €	588,71 €
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 €	22.412 €	20.071 €	32.722 €

Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum				
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	278	278	338	381
Mittelwert	45,71 €	38,45 €	34,49 €	54,73 €
Standardabweichung	535,12 €	254,49 €	201,55 €	343,28 €
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 €	6.544 €	5.285 €	10.334 €

Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	3.584	3.605	3.585	3.590
Mittelwert	539,93 €	517,11 €	534,76 €	486,93 €
Standardabweichung	534,74 €	534,45 €	521,83 €	491,39 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	184,79 €	178,88 €	187,63 €	166,57 €
Median	398,42 €	369,82 €	386,81 €	349,46 €
75%-Perzentil	727,00 €	686,27 €	729,50 €	661,26 €
Maximum	6.044,80 €	7.286,32 €	5.337,14 €	5.980,34 €

Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	3.099	3.085	3.084	3.052
Mittelwert	696,62 €	666,51 €	642,21 €	697,48 €
Standardabweichung	3.747,89 €	2.860,64 €	2.533,99 €	3.187,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	25,83 €	26,34 €	25,14 €	21,05 €
Median	114,49 €	118,29 €	109,94 €	103,61 €
75%-Perzentil	390,59 €	407,78 €	399,94 €	413,71 €
Maximum	136.461 €	65.234 €	55.413 €	77.237 €

Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	3.688	3.688	3.688	3.688
N mit Fall	577	547	579	533
Mittelwert	63,07 €	66,46 €	65,35 €	68,80 €
Standardabweichung	359,69 €	378,49 €	318,63 €	353,21 €
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 €	11.200 €	8.813 €	7.527 €

14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	2.817	2.837	2.597	2.826	2.836	2.590
Mittelwert	3.131,45 €	3.087,03 €	2.783,80 €	3.370,47 €	3.038,00 €	2.733,51 €
Standardabweichung	8.491,44 €	7.185,94 €	7.956,33 €	8.693,55 €	6.877,42 €	7.205,36 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	288,21 €	300,25 €	250,80 €	296,13 €	282,42 €	231,46 €
Median	822,10 €	770,03 €	725,76 €	836,22 €	800,36 €	662,78 €
75%-Perzentil	2.699,66 €	2.739,94 €	2.326,39 €	2.873,25 €	2.758,96 €	2.242,93 €
Maximum	223.820 €	160.352 €	218.035 €	170.816 €	104.132 €	135.252 €

Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	799	781	590	868	781	557
Mittelwert	1.730,91 €	1.802,59 €	1.528,72 €	2.102,12 €	1.730,44 €	1.416,27 €
Standardabweichung	6.547,12 €	5.991,78 €	6.747,73 €	7.734,05 €	5.428,99 €	5.696,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	973,15 €	910,55 €	0,00 €	1.505,45 €	878,06 €	0,00 €
Maximum	222.988 €	159.630 €	216.792 €	159.992 €	102.247 €	134.132 €

Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	19	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	19,54 €	7,01 €	7,72 €	15,23 €	20,06 €	24,37 €
Standardabweichung	484,54 €	195,95 €	191,38 €	422,42 €	663,09 €	745,33 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	18.791 €	8.349 €	6.845 €	20.071 €	32.722 €	33.805 €

Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	198	202	229	268	299	241
Mittelwert	46,93 €	33,40 €	53,20 €	32,47 €	54,83 €	68,71 €
Standardabweichung	595,34 €	226,32 €	368,26 €	195,69 €	362,21 €	447,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	27.786 €	6.544 €	7.830 €	5.285 €	10.334 €	10.037 €

Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	2.806	2.821	2.582	2.813	2.820	2.565
Mittelwert	542,34 €	520,50 €	496,37 €	534,39 €	494,53 €	467,36 €
Standardabweichung	524,46 €	521,86 €	500,06 €	513,18 €	482,49 €	498,83 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	189,89 €	183,85 €	165,00 €	189,01 €	173,91 €	147,27 €
Median	408,75 €	370,22 €	360,41 €	392,14 €	360,59 €	333,42 €
75%-Perzentil	731,36 €	692,20 €	665,32 €	722,02 €	668,65 €	631,39 €
Maximum	6.044,80 €	5.292,25 €	5.144,76 €	5.337,14 €	5.454,55 €	6.704,18 €

Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	2.433	2.416	2.232	2.418	2.416	2.201
Mittelwert	723,69 €	653,63 €	631,23 €	622,86 €	667,60 €	684,40 €
Standardabweichung	4.110,61 €	2.766,61 €	2.794,47 €	2.356,47 €	2.867,32 €	3.320,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	26,11 €	26,00 €	21,25 €	25,47 €	23,52 €	16,05 €
Median	116,90 €	117,44 €	115,12 €	111,44 €	109,02 €	102,34 €
75%-Perzentil	384,64 €	391,93 €	413,26 €	410,32 €	424,11 €	404,24 €
Maximum	136.461 €	56.268 €	86.399 €	55.413 €	56.209 €	84.849 €

Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patientenim ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	2.888	2.888	2.695	2.889	2.889	2.710
N mit Fall	478	446	392	455	420	362
Mittelwert	68,04 €	69,90 €	66,56 €	63,41 €	70,55 €	72,40 €
Standardabweichung	386,85 €	392,71 €	311,09 €	299,13 €	362,49 €	347,52 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	10.973 €	11.200 €	5.201 €	6.836 €	7.527 €	5.779 €

14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.882	1.896	1.747	1.701	1.887	1.893	1.761	1.663
Mittelwert	2.873,44 €	2.937,61 €	2.809,97 €	3.098,16 €	3.473,66 €	2.903,35 €	2.567,59 €	2.412,39 €
Standardabweichung	7.015 €	7.093 €	8.551 €	12.003 €	9.419 €	6.376 €	5.766 €	5.559 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	295,25 €	298,94 €	260,22 €	258,94 €	303,95 €	277,80 €	256,53 €	209,31 €
Median	794,60 €	748,76 €	739,08 €	693,15 €	832,02 €	796,63 €	703,00 €	625,06 €
75%-Perzentil	2.516,89 €	2.578,09 €	2.342,65 €	2.336,98 €	2.867,18 €	2.747,01 €	2.260,10 €	2.001,46 €
Maximum	144.712 €	160.352 €	218.035 €	287.612 €	170.816 €	78.623 €	82.622 €	71.480 €

Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.602	2.621	2.520	2.433	2.607	2.627	2.510	2.419
Mittelwert	2.478,57 €	2.812,49 €	2.575,12 €	2.771,47 €	2.689,98 €	2.843,48 €	2.771,41 €	2.865,15 €
Standardabweichung	6.420 €	11.926 €	6.015 €	6.415 €	6.858 €	9.587 €	7.139 €	6.855 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	332,56 €	341,70 €	328,70 €	310,76 €	325,67 €	349,90 €	325,88 €	327,12 €
Median	788,50 €	820,38 €	822,91 €	821,80 €	810,41 €	839,79 €	776,37 €	780,88 €
75%-Perzentil	2.131,57 €	2.242,46 €	2.370,29 €	2.365,37 €	2.380,13 €	2.381,64 €	2.385,29 €	2.396,50 €
Maximum	129.063 €	492.577 €	110.360 €	127.878 €	154.123 €	261.693 €	164.516 €	111.124 €

Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	510	514	405	382	589	521	386	340
Mittelwert	1.540,62 €	1.708,77 €	1.543,42 €	1.769,63 €	2.232,99 €	1.630,50 €	1.275,42 €	1.196,60 €
Standardabweichung	4.902 €	6.093 €	7.338 €	10.159 €	8.552 €	5.151 €	4.332 €	4.265 €
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	771,22 €	802,72 €	0,00 €	0,00 €	1.573,84 €	828,88 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	68.306 €	159.630 €	216.792 €	283.185 €	159.992 €	76.272 €	81.991 €	71.301 €

Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	551	542	519	506	610	556	524	518
Mittelwert	1.066,63 €	1.431,32 €	1.221,19 €	1.370,18 €	1.183,78 €	1.380,08 €	1.371,36 €	1.453,15 €
Standardabweichung	4.135 €	11.123 €	4.879 €	5.240 €	4.042 €	8.381 €	6.144 €	5.774 €
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 €	95.155 €	260.419 €	162.678 €	107.982 €

Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	13	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	16,97 €	5,58 €	8,50 €	7,68 €	3,30 €	4,26 €	21,13 €	13,90 €
Standardabweichung	406,39 €	192,98 €	211,93 €	200,57 €	91,46 €	101,28 €	797,03 €	362,35 €
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 €	6.845 €	7.869 €	3.034 €	3.532 €	33.805 €	11.491 €

Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	12	12	< 10	< 10
Mittelwert	2,98 €	6,34 €	0,80 €	2,57 €	25,53 €	23,82 €	38,54 €	22,58 €
Standardabweichung	76,60 €	183,17 €	24,49 €	79,12 €	625,38 €	681,33 €	1.051,39 €	694,49 €
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 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	131	126	149	155	162	172	168	136
Mittelwert	49,02 €	29,43 €	54,46 €	52,92 €	28,59 €	42,99 €	63,56 €	58,09 €
Standardabweichung	679,28 €	212,05 €	400,43 €	364,78 €	165,05 €	302,72 €	387,96 €	452,58 €
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 €	6.544 €	7.830 €	7.918 €	4.174 €	9.196 €	6.834 €	13.056 €

Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	131	160	168	204	159	175	165	162
Mittelwert	23,03 €	29,86 €	42,85 €	47,41 €	18,99 €	24,04 €	24,23 €	34,83 €
Standardabweichung	258,49 €	246,31 €	494,52 €	552,74 €	126,54 €	148,10 €	154,39 €	311,37 €
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 €	3.425 €	3.378 €	2.917 €	8.658 €

Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.876	1.885	1.741	1.692	1.877	1.884	1.745	1.639
Mittelwert	543,15 €	517,73 €	505,98 €	491,35 €	529,55 €	495,69 €	480,39 €	438,58 €
Standardabweichung	524,84 €	532,37 €	515,75 €	511,82 €	505,05 €	494,39 €	508,22 €	453,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	194,61 €	183,41 €	168,10 €	158,97 €	188,14 €	172,48 €	165,51 €	135,36 €
Median	399,89 €	367,12 €	363,59 €	344,24 €	386,94 €	364,06 €	346,13 €	318,04 €
75%-Perzentil	731,95 €	682,37 €	677,63 €	674,76 €	721,99 €	664,80 €	638,81 €	599,80 €
Maximum	6.044,80 €	5.292,25 €	5.144,76 €	6.802,87 €	5.337,14 €	5.454,55 €	6.704,18 €	5.225,22 €

Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.591	2.614	2.510	2.418	2.595	2.615	2.495	2.402
Mittelwert	544,75 €	543,52 €	529,65 €	511,44 €	526,83 €	529,76 €	499,61 €	507,24 €
Standardabweichung	513,20 €	501,56 €	510,43 €	466,37 €	497,21 €	521,89 €	469,51 €	491,27 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	209,41 €	221,68 €	210,30 €	191,26 €	207,25 €	209,23 €	200,72 €	196,88 €
Median	411,22 €	412,43 €	402,21 €	392,29 €	385,45 €	402,75 €	382,10 €	370,48 €
75%-Perzentil	722,13 €	694,04 €	690,91 €	684,21 €	709,49 €	686,03 €	653,20 €	666,45 €
Maximum	6.144,91 €	5.750,56 €	5.882,22 €	4.729,61 €	5.548,28 €	9.508,82 €	5.318,05 €	6.166,75 €

Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	1.636	1.610	1.502	1.454	1.622	1.609	1.506	1.408
Mittelwert	655,01 €	606,25 €	624,06 €	709,90 €	616,11 €	657,53 €	653,95 €	632,22 €
Standardabweichung	3.759,14 €	2.576,49 €	2.897,17 €	5.334,82 €	2.306,36 €	2.610,04 €	2.546,13 €	2.423,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,15 €	24,82 €	23,22 €	25,05 €	26,37 €	23,25 €	19,08 €	15,51 €
Median	116,44 €	119,74 €	115,49 €	108,84 €	112,12 €	108,45 €	107,86 €	94,56 €
75%-Perzentil	374,57 €	364,70 €	412,53 €	397,95 €	396,94 €	448,31 €	409,81 €	370,28 €
Maximum	136.461 €	56.268 €	86.399 €	183.846 €	47.506 €	56.209 €	54.866 €	38.453 €

Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	2.282	2.320	2.224	2.138	2.279	2.326	2.213	2.113
Mittelwert	756,18 €	722,60 €	696,86 €	749,70 €	846,50 €	793,49 €	735,04 €	746,25 €
Standardabweichung	4.294,60 €	3.115,07 €	2.335,14 €	2.896,83 €	4.788,02 €	3.877,60 €	2.414,70 €	2.488,24 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	39,84 €	43,49 €	39,20 €	36,27 €	35,57 €	42,17 €	41,31 €	39,00 €
Median	150,04 €	153,82 €	154,64 €	151,32 €	159,42 €	167,86 €	165,36 €	168,14 €
75%-Perzentil	458,02 €	496,83 €	519,20 €	526,64 €	548,12 €	586,06 €	581,15 €	570,57 €
Maximum	122.992 €	111.392 €	38.616 €	62.838 €	152.994 €	146.349 €	35.769 €	35.246 €

Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.931	1.931	1.809	1.766	1.930	1.930	1.816	1.760
N mit Fall	334	310	274	232	322	301	259	237
Mittelwert	68,67 €	69,85 €	73,56 €	66,68 €	63,12 €	72,38 €	73,14 €	73,00 €
Standardabweichung	348,51 €	383,21 €	335,78 €	323,85 €	273,87 €	340,82 €	347,26 €	362,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	9.001 €	11.200 €	5.201 €	6.482 €	5.320 €	7.380 €	5.779 €	5.915 €

Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung EP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	2.644	2.644	2.565	2.495	2.648	2.648	2.551	2.466
N mit Fall	459	455	422	344	456	481	412	346
Mittelwert	85,01 €	78,86 €	83,78 €	90,16 €	88,35 €	92,29 €	102,64 €	101,10 €
Standardabweichung	391,67 €	343,61 €	409,32 €	525,01 €	400,71 €	408,96 €	527,08 €	541,76 €
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 €	8.488 €	15.058 €	6.237 €	7.999 €	12.371 €	12.762 €

14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix EP

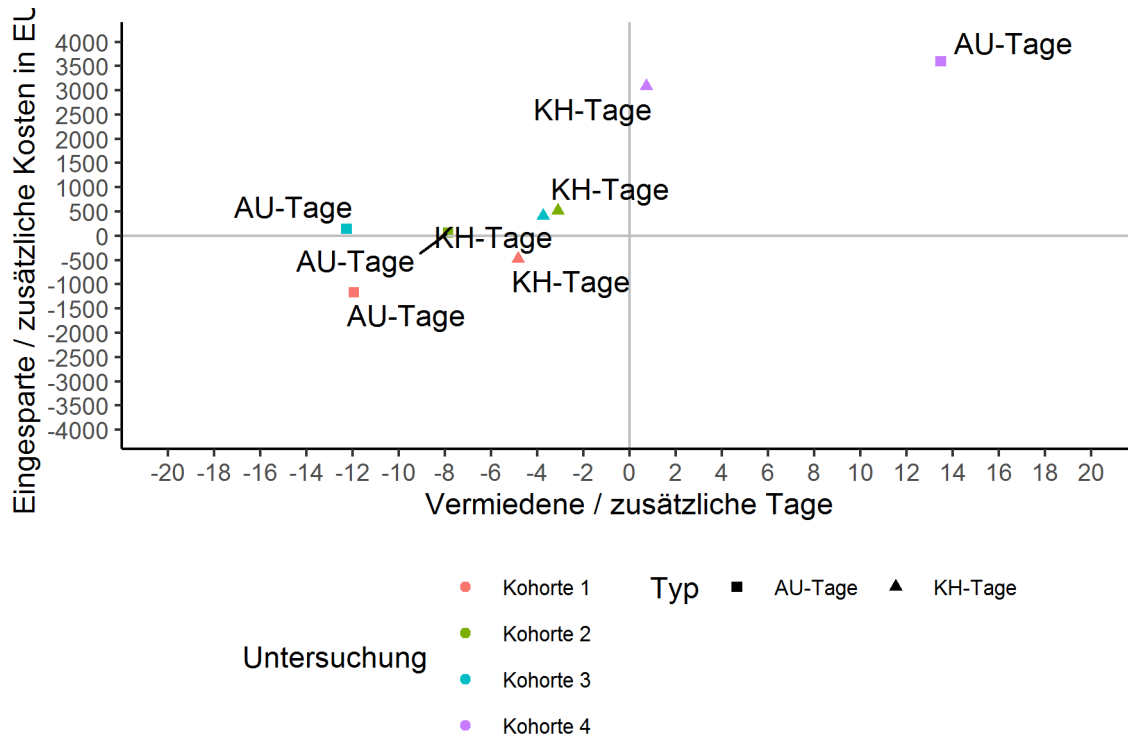
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting EP

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	<10	161	>0,999	33	427	0,692	42	568	0,072	98	735	0,124	109	630	<0,001	125	619	<0,001
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	99	>0,999	<10	236	<0,001	<10	279	0,002	28	445	0,017	36	395	0,486	49	449	0,924
vs+PIA	16	926	>0,999	259	2.562	>0,999	295	3.247	0,058	489	4.360	0,495	452	4.061	0,755	467	3.879	0,247
vs+HT																		
TK+PIA		196	0,370	51	506	>0,999	74	576	0,097	115	779	0,009	138	799	<0,001	145	747	<0,001
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	71	1.398	<0,001	183	3.433	<0,001	252	4.351	<0,001	497	7.817	<0,001	493	7.594	<0,001	509	7.336	<0,001
TK	<10	92	>0,999	<10	216	<0,001	<10	200	0,017	17	416	<0,001	15	417	<0,001	20	511	<0,001
PIA	43	3.746	<0,001	1.737	15.972	<0,001	2.360	19.977	<0,001	3.193	26.292	<0,001	3.138	24.845	<0,001	2.979	24.817	<0,001
HT																		
Gesamt-ergebnis	137	6.618	<0,001	2.269	23.352	<0,001	3.039	29.198	<0,001	4.437	40.844	<0,001	4.381	38.741	<0,001	4.294	38.358	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

14.5.6 Zusatztabelleffizienz – U2 Betrachtung der Kohorten EP

Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten) EP



14.6 Ergebnisse Kosten KJP

14.6.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	580	582	575	562	551	578	583	576	568	560
Mittelwert	1.053,60 €	960,56 €	1.153,43 €	1.207,81 €	1.126,38 €	735,02 €	943,02 €	854,52 €	830,69 €	895,39 €
Standardabweichung	7.496,97 €	4.481,57 €	6.477,28 €	7.476,24 €	8.906,98 €	1.464,78 €	2.465,58 €	1.771,52 €	2.040,67 €	2.284,40 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	149,45 €	137,64 €	114,13 €	103,82 €	84,41 €	136,78 €	147,52 €	124,02 €	111,55 €	90,12 €
Median	290,68 €	282,33 €	275,25 €	262,34 €	216,32 €	299,91 €	303,61 €	293,44 €	263,57 €	259,77 €
75%-Perzentil	644,87 €	618,57 €	636,05 €	559,10 €	527,23 €	710,06 €	766,63 €	787,28 €	640,95 €	674,45 €
Maximum	179.365 €	100.955 €	147.977 €	145.819 €	210.817 €	19.537 €	37.499 €	23.070 €	20.782 €	28.866 €

Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.270	1.282	1.265	1.249	1.230	1.274	1.298	1.272	1.255	1.245
Mittelwert	915,23 €	939,30 €	944,37 €	884,56 €	760,96 €	915,42 €	818,49 €	838,71 €	852,49 €	827,36 €
Standardabweichung	2.332,01 €	2.692,31 €	2.827,19 €	3.168,34 €	2.187,38 €	2.222,02 €	1.819,01 €	2.045,24 €	2.577,28 €	2.490,69 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	156,11 €	137,35 €	119,51 €	102,07 €	86,28 €	146,86 €	153,08 €	120,15 €	111,55 €	92,50 €
Median	337,77 €	312,23 €	277,46 €	249,09 €	225,16 €	327,87 €	312,47 €	285,03 €	260,79 €	251,19 €
75%-Perzentil	884,63 €	803,48 €	747,06 €	592,32 €	537,44 €	866,41 €	800,57 €	720,36 €	650,14 €	649,51 €
Maximum	35.287 €	53.025 €	40.380 €	82.493 €	42.211 €	38.895 €	35.444 €	35.320 €	45.416 €	56.275 €

Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	62	54	57	46	56	68	79	66	55	60
Mittelwert	270,31 €	244,02 €	320,60 €	454,12 €	296,50 €	246,73 €	412,53 €	271,92 €	286,29 €	350,74 €
Standardabweichung	1.141,48 €	1.027,48 €	1.815,49 €	4.298,07 €	1.323,26 €	980,48 €	2.123,57 €	990,03 €	1.368,52 €	1.515,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	14.328 €	10.187 €	37.936 €	93.576 €	18.295 €	15.897 €	37.451 €	10.029 €	18.108 €	22.948 €

Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	119	100	112	113	92	136	125	93	104	102
Mittelwert	237,99 €	242,96 €	269,14 €	287,33 €	209,63 €	292,56 €	209,28 €	217,15 €	264,74 €	245,03 €
Standardabweichung	1.234,59 €	1.665,37 €	1.598,48 €	1.779,24 €	1.094,81 €	1.553,09 €	911,85 €	1.118,93 €	1.748,95 €	1.274,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	27.117 €	48.990 €	33.920 €	51.569 €	17.728 €	37.587 €	18.527 €	21.791 €	43.257 €	26.718 €

Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,86 €	2,64 €	0,00 €	0,94 €	1,25 €	6,44 €	3,81 €	7,33 €	3,32 €	6,36 €
Standardabweichung	60,54 €	45,35 €	0,00 €	22,78 €	30,48 €	83,04 €	61,95 €	86,99 €	52,60 €	116,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	871,66 €	790,24 €	0,00 €	554,61 €	742,28 €	1.342,37 €	1.370,10 €	1.358,58 €	1.130,03 €	2.731,72 €

Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	< 10	13	< 10	< 10	< 10	18	14	14	< 10	< 10
Mittelwert	18,47 €	25,84 €	25,23 €	4,47 €	2,30 €	14,42 €	11,29 €	10,84 €	8,44 €	4,23 €
Standardabweichung	553,83 €	671,09 €	741,52 €	75,65 €	52,60 €	137,75 €	133,51 €	127,01 €	121,72 €	76,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	19.903 €	24.024 €	26.602 €	2.154 €	1.620 €	2.187 €	2.648 €	2.717 €	2.549 €	2.477 €

Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	41	51	47	44	36	44	54	45	49	45
Mittelwert	31,40 €	28,55 €	47,61 €	42,07 €	46,15 €	23,74 €	31,24 €	55,54 €	62,94 €	57,50 €
Standardabweichung	364,14 €	185,31 €	301,51 €	309,34 €	398,48 €	111,34 €	160,04 €	308,68 €	367,31 €	371,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.570,91 €	3.260,85 €	4.270,64 €	5.546,21 €	7.723,13 €	1.321,14 €	2.266,41 €	3.461,96 €	4.410,50 €	4.286,12 €

Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	84	98	95	83	92	101	101	105	108	118
Mittelwert	18,71 €	16,72 €	21,89 €	36,05 €	47,48 €	19,58 €	21,95 €	43,83 €	47,06 €	57,22 €
Standardabweichung	167,84 €	77,77 €	114,26 €	310,66 €	366,68 €	116,19 €	119,43 €	244,04 €	280,30 €	298,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.320,47 €	1.049,95 €	2.164,54 €	6.393,35 €	6.853,33 €	3.097,56 €	2.315,74 €	3.440,76 €	4.435,71 €	6.059,28 €

Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	579	581	573	557	545	578	579	573	566	557
Mittelwert	243,71 €	227,24 €	228,98 €	220,31 €	206,80 €	241,43 €	253,83 €	244,35 €	225,69 €	239,04 €
Standardabweichung	204,64 €	188,14 €	211,30 €	216,85 €	205,01 €	196,83 €	236,74 €	237,81 €	191,75 €	273,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	113,84 €	100,72 €	87,76 €	79,60 €	66,30 €	107,73 €	106,14 €	88,25 €	83,99 €	68,51 €
Median	184,41 €	178,71 €	172,83 €	164,30 €	147,88 €	189,35 €	191,22 €	176,94 €	169,52 €	168,41 €
75%-Perzentil	316,00 €	305,92 €	295,71 €	297,94 €	299,58 €	326,33 €	338,78 €	342,26 €	314,71 €	313,78 €
Maximum	1.639,08 €	1.433,40 €	1.736,40 €	1.859,57 €	2.158,32 €	1.451,19 €	1.879,23 €	1.741,52 €	1.245,94 €	2.619,75 €

Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.258	1.270	1.257	1.240	1.224	1.257	1.289	1.258	1.250	1.230
Mittelwert	240,57 €	235,46 €	222,15 €	222,13 €	210,35 €	234,24 €	236,89 €	219,57 €	222,89 €	216,78 €
Standardabweichung	207,16 €	209,77 €	204,81 €	227,58 €	234,71 €	204,57 €	197,14 €	193,06 €	214,89 €	219,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	102,72 €	95,66 €	81,94 €	76,76 €	66,64 €	100,05 €	102,39 €	87,42 €	78,30 €	66,18 €
Median	193,19 €	184,65 €	172,00 €	159,98 €	152,30 €	190,89 €	186,02 €	170,18 €	167,81 €	156,29 €
75%-Perzentil	311,85 €	318,80 €	286,34 €	295,63 €	272,23 €	315,31 €	319,30 €	299,15 €	299,07 €	297,03 €
Maximum	1.962,17 €	1.894,70 €	1.597,62 €	2.333,57 €	2.602,98 €	1.912,54 €	1.598,94 €	1.377,55 €	1.841,88 €	2.022,68 €

Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	465	467	431	421	396	456	458	457	435	410
Mittelwert	425,90 €	314,95 €	411,43 €	406,35 €	541,40 €	148,63 €	136,30 €	163,33 €	169,15 €	184,29 €
Standardabweichung	7.302,43 €	4.223,09 €	6.154,71 €	6.032,29 €	8.760,14 €	847,25 €	827,73 €	1.048,67 €	938,85 €	1.350,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,85 €	5,69 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	2,93 €	2,48 €	5,58 €	0,00 €	0,00 €
Median	32,37 €	29,42 €	30,83 €	28,75 €	25,39 €	30,14 €	30,05 €	32,31 €	34,68 €	29,54 €
75%-Perzentil	91,32 €	83,53 €	88,75 €	114,60 €	106,70 €	98,96 €	95,35 €	113,05 €	123,74 €	109,18 €
Maximum	177.352 €	100.778 €	147.573 €	144.543 €	210.439 €	19.268 €	19.211 €	22.339 €	16.017 €	23.844 €

Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	1.016	1.043	984	960	934	1.048	1.086	1.046	1.001	932
Mittelwert	203,41 €	221,73 €	237,01 €	221,19 €	202,91 €	174,67 €	175,94 €	165,68 €	198,75 €	202,36 €
Standardabweichung	1.587,23 €	1.698,69 €	1.875,03 €	1.822,95 €	1.547,91 €	1.295,49 €	1.325,60 €	1.366,18 €	1.551,36 €	1.827,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	1,80 €	4,12 €	1,72 €	0,00 €	0,00 €	3,48 €	4,67 €	6,86 €	3,80 €	0,00 €
Median	29,29 €	29,29 €	29,10 €	29,61 €	27,44 €	29,44 €	32,49 €	34,03 €	32,29 €	27,74 €
75%-Perzentil	78,86 €	90,22 €	91,74 €	90,52 €	100,64 €	84,76 €	93,83 €	99,19 €	108,12 €	114,78 €
Maximum	30.709 €	34.101 €	39.646 €	41.562 €	37.276 €	30.033 €	33.313 €	33.251 €	40.460 €	54.813 €

Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	593	593	593	593	593	594	594	594	594	594
N mit Fall	59	68	55	43	29	59	62	44	27	30
Mittelwert	77,42 €	143,17 €	144,81 €	84,03 €	34,28 €	68,06 €	105,32 €	112,05 €	83,30 €	57,46 €
Standardabweichung	344,93 €	571,43 €	631,38 €	436,35 €	232,39 €	288,12 €	406,08 €	535,34 €	566,47 €	412,74 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.471,74 €	6.852,24 €	6.781,50 €	5.000,20 €	3.162,36 €	3.435,01 €	3.555,46 €	5.101,86 €	7.105,42 €	6.452,68 €

Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	1.304	1.304	1.304	1.304	1.304	1.318	1.318	1.318	1.317	1.317
N mit Fall	297	243	179	111	94	267	203	204	124	104
Mittelwert	196,09 €	196,59 €	168,94 €	113,40 €	88,29 €	179,96 €	163,13 €	181,65 €	110,62 €	101,74 €
Standardabweichung	477,19 €	550,61 €	568,57 €	529,74 €	456,14 €	486,71 €	519,31 €	618,94 €	549,10 €	560,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	4.726,64 €	3.842,46 €	4.457,32 €	5.984,04 €	5.010,37 €	5.630,22 €	4.706,68 €	6.849,56 €	8.837,30 €	8.089,44 €

14.6.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum	2.243	2.243	2.243	2.243
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	2.183	2.188	2.191	2.193
Mittelwert	976,98 €	958,60 €	1.127,75 €	1.212,00 €
Standardabweichung	5.383,02 €	3.494,25 €	8.651,83 €	8.312,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	142,16 €	132,61 €	140,96 €	149,84 €
Median	295,29 €	284,65 €	314,21 €	324,33 €
75%-Perzentil	693,27 €	711,49 €	808,36 €	885,19 €
Maximum	179.365 €	100.955 €	317.187 €	298.020 €

Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum	2.243	2.243	2.243	2.243
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	224	218	282	261
Mittelwert	262,16 €	270,58 €	528,67 €	516,99 €
Standardabweichung	1.096,85 €	1.184,37 €	7.169,25 €	6.596,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	15.093 €	26.491 €	315.297 €	295.794 €

Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum	2.243	2.243	2.243	2.243
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	13	11	16	12
Mittelwert	3,96 €	3,55 €	21,30 €	45,61 €
Standardabweichung	55,39 €	54,10 €	777,13 €	1.938,19 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.102 €	1.102 €	36.629 €	91.699 €

Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
Zeitraum	2.243	2.243	2.243	2.243
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	175	192	177	268
Mittelwert	35,24 €	57,25 €	39,54 €	76,17 €
Standardabweichung	366,97 €	400,86 €	243,79 €	361,58 €
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 €	7.521 €	5.787 €	4.714 €

Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	2.174	2.180	2.185	2.183
Mittelwert	253,26 €	235,77 €	279,55 €	280,24 €
Standardabweichung	223,70 €	217,34 €	1.377,91 €	1.605,86 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	105,24 €	97,50 €	106,55 €	101,83 €
Median	191,82 €	182,21 €	199,35 €	192,53 €
75%-Perzentil	329,81 €	313,07 €	329,38 €	322,83 €
Maximum	1.932 €	3.073 €	64.744 €	75.394 €

Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	1.731	1.711	1.706	1.744
Mittelwert	321,10 €	255,71 €	148,45 €	145,02 €
Standardabweichung	5.068,58 €	3.105,99 €	987,81 €	752,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	5,08 €	3,05 €	2,93 €	5,82 €
Median	33,26 €	31,93 €	33,15 €	33,82 €
75%-Perzentil	99,61 €	95,17 €	106,84 €	109,52 €
Maximum	177.352 €	100.778 €	36.485 €	19.211 €

Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	2.243	2.243	2.243	2.243
N mit Fall	206	223	234	247
Mittelwert	101,25 €	135,74 €	110,24 €	147,97 €
Standardabweichung	500,73 €	586,94 €	472,20 €	596,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	8.792 €	7.594 €	5.972 €	10.306 €

14.6.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	1.667	1.666	1.636	1.679	1.683	1.630
Mittelwert	1.027,38 €	966,86 €	1.014,08 €	1.163,29 €	1.312,81 €	1.203,61 €
Standardabweichung	6.075,52 €	3.792,66 €	5.113,79 €	9.818,54 €	9.458,03 €	8.238,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	143,83 €	141,23 €	113,46 €	136,68 €	151,40 €	118,57 €
Median	298,76 €	295,90 €	278,60 €	307,68 €	333,75 €	292,38 €
75%-Perzentil	702,05 €	696,21 €	667,47 €	795,26 €	917,20 €	762,55 €
Maximum	179.365 €	100.955 €	147.977 €	317.187 €	298.020 €	294.813 €

Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	185	166	158	226	216	177
Mittelwert	288,59 €	274,90 €	291,40 €	581,91 €	605,07 €	505,64 €
Standardabweichung	1.175,06 €	1.226,85 €	1.438,89 €	8.146,33 €	7.521,97 €	7.236,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	15.093 €	26.491 €	37.936 €	315.297 €	295.794 €	292.833 €

Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	10	< 10	< 10	11	10	13
Mittelwert	3,72 €	3,05 €	9,82 €	25,66 €	59,16 €	8,42 €
Standardabweichung	50,49 €	47,36 €	290,71 €	887,11 €	2.216,48 €	116,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	872 €	971 €	11.608 €	36.629 €	91.699 €	2.794 €

Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	135	150	138	123	197	161
Mittelwert	33,55 €	53,77 €	57,20 €	37,46 €	73,13 €	84,71 €
Standardabweichung	399,30 €	400,30 €	380,54 €	251,97 €	360,34 €	444,03 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	13.305 €	7.521 €	8.636 €	5.787 €	4.714 €	5.866 €

Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	1.659	1.661	1.624	1.676	1.675	1.617
Mittelwert	254,59 €	238,44 €	232,11 €	283,70 €	297,43 €	302,20 €
Standardabweichung	225,48 €	207,44 €	226,33 €	1.571,26 €	1.833,09 €	2.560,30 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	109,72 €	102,38 €	82,88 €	105,63 €	106,21 €	86,85 €
Median	189,70 €	184,67 €	173,39 €	191,49 €	198,00 €	177,00 €
75%-Perzentil	330,10 €	322,96 €	309,84 €	326,92 €	334,51 €	322,10 €
Maximum	1.932 €	2.297 €	2.141 €	64.744 €	75.394 €	105.750 €

Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	1.348	1.326	1.248	1.297	1.346	1.288
Mittelwert	365,05 €	270,83 €	317,42 €	138,83 €	140,90 €	180,58 €
Standardabweichung	5.756,15 €	3.421,15 €	4.750,71 €	1.027,75 €	755,28 €	1.209,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	8,40 €	5,60 €	0,00 €	2,01 €	6,04 €	2,12 €
Median	34,56 €	33,52 €	30,90 €	32,15 €	34,10 €	32,60 €
75%-Perzentil	103,43 €	98,77 €	106,21 €	103,71 €	109,52 €	108,79 €
Maximum	177.352 €	100.778 €	147.573 €	36.485 €	19.211 €	24.779 €

Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	1.710	1.710	1.710	1.715	1.715	1.714
N mit Fall	153	170	130	176	184	153
Mittelwert	81,86 €	125,87 €	106,14 €	95,74 €	137,12 €	122,07 €
Standardabweichung	395,67 €	540,16 €	518,66 €	403,52 €	583,67 €	593,76 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.056 €	7.594 €	6.781 €	3.734 €	10.306 €	9.103 €

14.6.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	1.129	1.132	1.113	1.091	1.129	1.131	1.115	1.086
Mittelwert	1.100,74 €	1.009,20 €	1.095,70 €	1.230,72 €	845,10 €	1.036,07 €	932,09 €	890,77 €
Standardabweichung	7.249,56 €	4.387,54 €	6.030,49 €	7.815,08 €	1.797,35 €	2.656,14 €	2.210,74 €	2.707,38 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	146,76 €	141,56 €	117,51 €	108,65 €	138,90 €	157,95 €	133,39 €	102,83 €
Median	299,44 €	303,74 €	286,20 €	263,92 €	312,20 €	334,16 €	307,11 €	267,90 €
75%-Perzentil	683,22 €	671,35 €	671,58 €	585,99 €	799,97 €	927,65 €	764,66 €	643,94 €
Maximum	179.365 €	100.955 €	147.977 €	184.088 €	36.540 €	49.853 €	37.562 €	49.800 €

Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.621	1.631	1.606	1.584	1.621	1.641	1.608	1.582
Mittelwert	907,10 €	942,35 €	930,74 €	845,75 €	916,90 €	827,72 €	853,73 €	814,23 €
Standardabweichung	2.291,85 €	2.491,18 €	2.685,22 €	2.890,29 €	2.300,95 €	1.717,89 €	1.933,67 €	2.355,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	156,11 €	137,66 €	114,99 €	99,05 €	150,32 €	154,69 €	122,66 €	104,58 €
Median	333,05 €	312,22 €	270,90 €	236,65 €	328,60 €	317,10 €	293,75 €	256,87 €
75%-Perzentil	868,69 €	866,05 €	759,03 €	595,71 €	866,98 €	863,30 €	796,00 €	650,38 €
Maximum	35.287 €	53.025 €	40.380 €	82.493 €	41.478 €	35.444 €	35.320 €	45.416 €

Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	130	113	110	101	153	149	116	104
Mittelwert	299,69 €	265,00 €	293,13 €	405,01 €	344,30 €	431,68 €	298,48 €	300,69 €
Standardabweichung	1.248,05 €	1.087,02 €	1.486,45 €	3.312,37 €	1.489,94 €	2.311,01 €	1.358,99 €	1.860,02 €
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	15.093 €	12.723 €	37.936 €	93.576 €	35.358 €	48.947 €	29.076 €	47.426 €

Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	145	121	131	136	165	151	121	124
Mittelwert	233,30 €	227,34 €	235,43 €	266,10 €	293,17 €	200,32 €	214,02 €	237,74 €
Standardabweichung	1.200,31 €	1.527,84 €	1.442,54 €	1.635,25 €	1.726,69 €	881,67 €	1.071,15 €	1.579,23 €
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 €	40.682 €	18.527 €	21.791 €	43.257 €

Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	11	10
Mittelwert	3,68 €	2,41 €	11,50 €	20,70 €	5,73 €	6,98 €	10,95 €	8,89 €
Standardabweichung	49,52 €	38,77 €	342,57 €	687,89 €	83,60 €	119,56 €	135,49 €	106,67 €
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	872 €	790 €	11.608 €	23.392 €	1.892 €	2.749 €	2.794 €	1.821 €

Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	< 10	16	< 10	< 10	23	19	20	11
Mittelwert	14,52 €	21,57 €	19,83 €	3,51 €	15,47 €	12,19 €	12,55 €	8,25 €
Standardabweichung	491,03 €	595,74 €	657,44 €	67,09 €	149,46 €	140,65 €	135,07 €	121,59 €
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 €	2.563 €	2.657 €	2.717 €	2.549 €

Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	89	96	91	93	84	126	101	89
Mittelwert	27,98 €	41,65 €	45,76 €	52,01 €	29,85 €	60,31 €	78,93 €	60,55 €
Standardabweichung	277,23 €	269,35 €	273,22 €	408,89 €	183,82 €	311,79 €	434,40 €	355,67 €
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 €	3.988,02 €	4.270,64 €	7.954,58 €	4.237,43 €	4.039,54 €	5.865,63 €	4.744,23 €

Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	121	138	121	110	138	145	143	133
Mittelwert	20,90 €	25,06 €	23,90 €	31,92 €	20,74 €	30,14 €	51,72 €	47,68 €
Standardabweichung	157,68 €	152,76 €	130,82 €	277,30 €	112,70 €	156,16 €	302,59 €	284,47 €
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	5.320,47 €	3.686,00 €	2.497,96 €	6.393,35 €	3.097,56 €	2.765,61 €	6.354,40 €	4.435,71 €

Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	1.124	1.128	1.108	1.078	1.126	1.125	1.106	1.081
Mittelwert	255,42 €	241,91 €	235,96 €	234,04 €	248,47 €	256,80 €	247,20 €	227,94 €
Standardabweichung	221,39 €	208,65 €	221,22 €	238,81 €	211,34 €	279,06 €	251,95 €	220,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	111,99 €	104,77 €	88,35 €	82,52 €	107,98 €	112,57 €	96,42 €	76,26 €
Median	194,82 €	189,41 €	178,68 €	170,54 €	193,63 €	200,43 €	185,87 €	169,76 €
75%-Perzentil	334,92 €	326,78 €	311,56 €	313,73 €	327,40 €	339,41 €	331,28 €	310,90 €
Maximum	1.932,31 €	2.297,06 €	1.736,40 €	2.614,45 €	1.587,59 €	6.126,66 €	3.343,39 €	2.108,73 €

Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.608	1.616	1.594	1.569	1.603	1.630	1.592	1.575
Mittelwert	242,33 €	232,38 €	220,16 €	213,59 €	237,02 €	235,62 €	218,60 €	216,33 €
Standardabweichung	207,49 €	208,43 €	212,73 €	223,49 €	199,97 €	192,51 €	195,66 €	208,41 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	106,31 €	95,65 €	78,47 €	74,47 €	103,83 €	103,16 €	85,61 €	75,48 €
Median	195,36 €	180,29 €	165,43 €	153,51 €	194,53 €	186,70 €	169,52 €	164,22 €
75%-Perzentil	312,57 €	310,17 €	280,56 €	282,76 €	317,62 €	318,93 €	299,53 €	290,56 €
Maximum	1.962,17 €	1.902,88 €	1.823,13 €	2.333,57 €	1.912,54 €	1.598,94 €	1.986,50 €	1.841,88 €

Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	918	909	861	843	885	902	901	825
Mittelwert	441,68 €	336,71 €	396,47 €	451,66 €	130,51 €	141,41 €	176,02 €	202,89 €
Standardabweichung	6.921,94 €	4.124,03 €	5.708,86 €	6.939,56 €	626,44 €	715,02 €	1.103,14 €	1.478,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	8,97 €	6,78 €	0,00 €	0,00 €	2,93 €	5,82 €	7,97 €	0,00 €
Median	33,82 €	32,64 €	35,01 €	31,43 €	31,57 €	35,43 €	35,82 €	32,60 €
75%-Perzentil	101,21 €	92,19 €	113,34 €	113,17 €	106,25 €	110,13 €	117,10 €	116,64 €
Maximum	177.352 €	100.778 €	147.573 €	182.714 €	19.268 €	19.211 €	24.095 €	36.262 €

Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	1.290	1.304	1.247	1.196	1.335	1.368	1.321	1.253
Mittelwert	204,50 €	196,58 €	228,07 €	194,88 €	176,32 €	164,27 €	161,68 €	189,59 €
Standardabweichung	1.597,09 €	1.520,51 €	1.832,90 €	1.630,53 €	1.243,26 €	1.188,23 €	1.243,96 €	1.419,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	1,94 €	3,45 €	0,52 €	0,00 €	4,59 €	5,52 €	6,78 €	2,47 €
Median	29,92 €	28,63 €	28,67 €	26,92 €	30,55 €	33,75 €	33,78 €	31,28 €
75%-Perzentil	80,03 €	87,46 €	86,45 €	84,93 €	87,69 €	94,10 €	102,59 €	105,33 €
Maximum	30.709 €	34.101 €	39.646 €	41.562 €	30.033 €	33.313 €	33.251 €	40.460 €

Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.157	1.157	1.157	1.157	1.153	1.153	1.152	1.152
N mit Fall	101	117	92	68	119	127	102	63
Mittelwert	72,29 €	121,51 €	112,88 €	67,29 €	86,25 €	138,89 €	120,52 €	89,80 €
Standardabweichung	338,54 €	509,82 €	552,89 €	391,55 €	362,51 €	584,82 €	599,44 €	567,48 €
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	4.472 €	6.852 €	6.781 €	5.000 €	3.709 €	10.306 €	9.103 €	9.605 €

Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	1.659	1.659	1.659	1.659	1.669	1.669	1.669	1.668
N mit Fall	358	339	248	163	333	277	263	162
Mittelwert	191,56 €	239,41 €	203,36 €	135,76 €	174,16 €	185,17 €	195,16 €	114,66 €
Standardabweichung	489,91 €	650,77 €	653,76 €	591,70 €	476,88 €	552,65 €	638,67 €	534,87 €
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	4.726,64 €	6.262,44 €	6.639,07 €	7.792,80 €	5.630,22 €	4.706,68 €	6.849,56 €	8.837,30 €

14.6.5 Zusatztabelle Patientenmix KJP

Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting KJP

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	>0,999	<10	69	0,172	<10	86	0,061	41	124	0,690	53	150	0,343	59	138	0,013
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		<10	>0,999		12	0,654		14	0,120	<10	37	0,659	12	26	0,343	19	28	0,011
vs+PIA	<10	161	0,003	55	371	0,176	106	529	0,064	182	816	<0,001	189	914	<0,001	196	940	0,002
vs+HT																		
TK+PIA	<10	79	>0,999	14	194	<0,001	45	264	0,061	69	377	<0,001	67	455	<0,001	95	439	0,082
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	72	<0,001	26	173	0,654	45	269	0,056	116	547	0,001	127	579	0,078	88	534	<0,001
TK		<10	>0,999	<10	25	0,654	<10	33	0,064	13	71	0,355	<10	60	0,343	12	58	0,465
PIA	<10	1.282	<0,001	710	3.273	<0,001	1.299	4.729	<0,001	2.228	6.798	<0,001	2.069	7.003	<0,001	2.072	7.177	<0,001
HT																		
Gesamtergebnis	24	1.643	<0,001	813	4.117	<0,001	1.505	5.924	<0,001	2.656	8.770	<0,001	2.526	9.187	<0,001	2.541	9.314	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Hometreatment.

14.6.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten KJP

Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (Klinikneue Patienten) KJP

