

Abschlussbericht

Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH

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

Berichtsnummer: 3

Datum: 21.12.2020

Autoren:

Dr. Anne **Neumann**, M.P.H.¹, Roman **Kliemt**, M.A.², Dipl.-Psych. Fabian **Baum**¹,
Christopher **Schrey**, M.Sc.², Prof. Dr. Stefanie **March**, M.A.^{3 5}, Dipl-Phys. Martin
Seifert¹, Denise **Kubat**, B.A.³, Dr. rer. nat. Olaf **Schoffer**¹, PD Dr. rer. biol. hum.
Enno **Swart**³, 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

⁵ Hochschule Magdeburg-Stendal, Professur Sozialepidemiologie und Gesundheitsberichterstattung

Danksagung

Die Autoren danken folgenden Personen für die Unterstützung der Erstellung des Studiendesigns und der Studienkonzeption: Dipl.-Soz. Katrin Arnold¹, Dr. rer. pol. Franziska Claus, M.Sc.², Dipl.-Math. Nils Kossack², Dipl.-Betriebswirtin (FH) Denise Küster, M.P.H.¹, Dr. rer. medic. Thomas Petzold¹, Dipl.-Volksw. Ines Weinhold², Dr. med. Jessika Weiß³.

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

² WIG2 Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig

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

Inhalt

1. Zusammenfassung.....	30
2. Hintergrund.....	43
3. Studiendesign des Evaluationskonzeptes.....	43
4. Hypothesen zur Effektivität und zu Kosten	43
5. Methoden	45
6. Aufbereitung der Sekundärdaten.....	46
6.1 Patientenmatching	48
7. Darstellung Modellvorhaben Südharz-Klinikum Nordhausen gGmbH.....	56
8. Ergebnisse: Effektivität	57
8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe	58
8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene.....	71
8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	73
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	73
U1	77
U2	89
U3	94
U4	101
8.2.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	112
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	112
U1	115
U2	125
U3	129
U4	135
8.2.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	144
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	144
U1	146
U2	166
U3	173
U4	181
8.2.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	200
Beschreibung Ergebnisse (U2)	200
U2	201

8.2.5	Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	208
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	208
	U1	209
	U2	213
	U3	215
	U4	218
8.2.6	Arbeitsunfähigkeit	221
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	221
	U1	224
	U2	231
	U3	234
	U4	238
8.2.7	Wiederaufnahmeraten	244
	Beschreibung Ergebnisse (U2)	244
	U2	245
8.2.8	Komorbidität	248
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	248
	U1	250
	U2	253
	U3	254
	U4	256
8.2.9	Mortalität.....	258
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	258
	U1	259
	U2	263
	U3	265
	U4	268
8.2.10	Progression der psychischen Erkrankung	271
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	271
	U1	273
	U2	282
	U3	286
	U4	291
8.2.11	Leitlinienadhärenz	299

Beschreibung Ergebnisse (U2)	299
U2	300
8.3 Ergebnisse Outcomes, Kinder und Jugendliche	310
8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer.....	310
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	310
U1	315
U2	327
U3	332
U4	339
8.3.2 Häufigkeit des Einsatzes ambulanter Leistungen.....	350
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	350
U1	352
U2	362
U3	366
U4	372
8.3.3 Kontinuität der Behandlung nach Entlassung aus der Klinik	381
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	381
U1	383
U2	396
U3	401
U4	407
8.3.4 Abbrüche des Kontakts schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem.....	419
8.3.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping	420
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	420
U1	421
U2	425
U3	427
U4	430
8.3.6 Arbeitsunfähigkeit	433
8.3.7 Wiederaufnahmeraten	434
Beschreibung Ergebnisse (U2)	434
U2	435
8.3.8 Komorbidität	438

8.3.9	Mortalität.....	439
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	439
	U1.....	440
	U2.....	444
	U3.....	446
	U4.....	449
8.3.10	Progression der psychischen Erkrankung.....	452
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	452
	U1.....	454
	U2.....	463
	U3.....	467
	U4.....	472
8.3.11	Leitlinienadhärenz.....	480
9.	Ergebnisse: Patientenmix und Leistungserbringung.....	481
9.1	Patientenmix.....	481
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	481
	U1.....	482
	U2.....	487
	U3.....	489
	U4.....	491
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche.....	495
	U1.....	495
	U2.....	500
	U3.....	502
	U4.....	504
9.2	Leistungserbringung.....	508
	Beschreibung Ergebnisse (U1), Erwachsene.....	508
	U1.....	508
	Beschreibung Ergebnisse (U1), Kinder und Jugendliche.....	517
	U1.....	517
10.	Ergebnisse: Kosten.....	526
10.1	Direkte psychiatrische Versorgungskosten.....	526
	Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene.....	526
	U1.....	528

U2	532
U3	533
U4	535
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	537
U1	539
U2	543
U3	544
U4	546
10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen.....	548
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	548
U1	550
U2	554
U3	555
U4	557
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	559
U1	561
U2	565
U3	566
U4	568
10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen	570
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4).....	570
10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen	571
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	571
U1	573
U2	577
U3	578
U4	580
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	582
U1	584
U2	588
U3	589
U4	591
10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen	593
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	593

U1	595
U2	599
U3	600
U4	602
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	604
U1	606
U2	610
U3	611
U4	613
10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen 615	
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	615
U1	617
U2	620
U3	621
U4	622
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	624
U1	626
U2	628
U3	629
U4	631
10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung	633
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	633
U1	635
U2	639
U3	640
U4	642
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	644
U1	646
U2	650
U3	651
U4	653
10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung	655
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	655

U1	657
U2	661
U3	662
U4	664
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	666
U1	668
U2	672
U3	673
U4	675
10.9 Kosten der Heilmittelversorgung	677
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene	677
U1	679
U2	682
U3	683
U4	685
Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche	687
U1	689
U2	692
U3	693
U4	695
11. Ergebnisse: Effizienz	697
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Erwachsene	697
U2	698
U4	699
Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Kinder und Jugendliche	701
U2	702
U4	702
12. Diskussion	704
12.1 Hauptergebnisse.....	704
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	772
14.4	Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche	823
14.5	Ergebnisse Kosten	856
Ergebnisse Kosten, Erwachsene		856
14.5.1	Somatische Versorgungskosten (U1).....	856
14.5.2	Somatische Versorgungskosten (U2).....	861
14.5.3	Somatische Versorgungskosten (U3).....	864
14.5.4	Somatische Versorgungskosten (U4).....	867
14.5.5	Zusatztabellen Patientenmix, Erwachsene	872
14.5.6	Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten, Erwachsene	873
Ergebnisse Kosten, Kinder und Jugendliche		874
14.5.7	Somatische Versorgungskosten (U1).....	874
14.5.8	Somatische Versorgungskosten (U2).....	879
14.5.9	Somatische Versorgungskosten (U3).....	882
14.5.10	Somatische Versorgungskosten (U4).....	885
14.5.11	Zusatztabellen Patientenmix, Kinder und Jugendliche	890
14.5.12	Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten, Kinder und Jugendliche	891

Glossar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outcome beschreibt die gemessene abhängige oder Ergebnisvariable.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Abkürzungsverzeichnis

APN	- Abrechnungspositionsnummer
ATC	- Anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem
AU	- Arbeitsunfähigkeit
BPfIV	- Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflugesatzverordnung)
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)	80
Abbildung 2: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U2)	90
Abbildung 3: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U3)	96
Abbildung 4: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Erwachsene, (U4)	104
Abbildung 5: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)	118
Abbildung 6: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2)	126
Abbildung 7: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)	131
Abbildung 8: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4)	138
Abbildung 9: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)	159
Abbildung 10: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)	170
Abbildung 11: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3)	177
Abbildung 12: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)	194
Abbildung 13: Graphische Darstellungen, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)	205
Abbildung 14: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)	211
Abbildung 15: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2)	214
Abbildung 16: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)	216
Abbildung 17: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4)	220
Abbildung 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1)	226
Abbildung 19: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2)	232
Abbildung 20: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3)	235
Abbildung 21: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4)	240
Abbildung 22: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2)	246
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1)	251
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2)	253
Abbildung 25: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U3)	254
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4)	257
Abbildung 27: Graphische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U1)	260
Abbildung 28: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U2)	264
Abbildung 29: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U3)	266
Abbildung 30: Grafische Darstellungen, Mortalität, Erwachsene, (U4)	269
Abbildung 31: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U1)	275
Abbildung 32: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U2)	283
Abbildung 33: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U3)	287
Abbildung 34: Grafische Darstellungen, Progression, Erwachsene, (U4)	293
Abbildung 35: Graphische Darstellungen, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	305
Abbildung 36: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	318
Abbildung 37: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	328
Abbildung 38: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	334
Abbildung 39: Graphische Darstellungen, stationäre Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	342
Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	355
Abbildung 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	363
Abbildung 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	368
Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	375
Abbildung 44: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	389
Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	398
Abbildung 46: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	403

Abbildung 47: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	413
Abbildung 48: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	423
Abbildung 49: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	426
Abbildung 50: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	428
Abbildung 51: Graphische Darstellungen, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	432
Abbildung 52: Graphische Darstellungen, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2).....	436
Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	441
Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	445
Abbildung 55: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	447
Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	450
Abbildung 57: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1).....	456
Abbildung 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2).....	464
Abbildung 59: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3).....	468
Abbildung 60: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U4).....	474
Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	484
Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	486
Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	488
Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	490
Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	492
Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	494
Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	497
Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten	499
Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	501
Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	503
Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	505
Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten	507
Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	528
Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	529
Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	532
Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	533
Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	535
Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	536
Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	539
Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	540
Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	543
Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	544
Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten	546
Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten	547
Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	550
Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	551
Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	554
Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	555
Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	557
Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	558
Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	561

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	562
Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	565
Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	566
Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	568
Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	569
Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	573
Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	574
Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	577
Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	578
Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	580
Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	581
Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	584
Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	585
Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	588
Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	589
Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	591
Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten	592
Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	595
Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	596
Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	599
Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	600
Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	602
Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	603
Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	606
Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	607
Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	610
Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	611
Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	613
Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten	614
Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	617
Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	618
Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	621
Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	621
Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	622
Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	623
Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	626
Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	627
Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	628
Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	629
Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	631
Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten	632
Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	635
Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	636
Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	639
Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	640

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	642
Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	643
Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	646
Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	647
Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	650
Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	651
Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten.....	653
Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	654
Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	657
Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	658
Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	661
Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	662
Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	664
Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	665
Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	668
Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	669
Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	672
Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	673
Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten.....	675
Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten.....	676
Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	679
Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	680
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.....	692
Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	693
Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten.....	695
Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten.....	696
Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Erwachsene.....	700
Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4, Kinder und Jugendliche.....	703
Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage.....	873
Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage.....	891

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching, Erwachsene..... 49

Tabelle 2: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Erwachsene 50

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching, Erwachsene 51

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching, Kinder und Jugendliche 53

Tabelle 5: Übersicht der erzielten Scores sowie der jeweils eingeschlossenen Kontrollpatienten der verfügbaren Kontrollkliniken, Kinder und Jugendliche 54

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching, Kinder und Jugendliche..... 55

Tabelle 7: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Erwachsene 59

Tabelle 8: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Erwachsene 61

Tabelle 9: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche 65

Tabelle 10: Übersicht Charakteristika Referenzfälle, U1, Kinder und Jugendliche 67

Tabelle 11: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1)..... 77

Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) 88

Tabelle 13: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U2)..... 89

Tabelle 14: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3)..... 94

Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) 100

Tabelle 16: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U4)..... 101

Tabelle 17: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) 115

Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1)..... 124

Tabelle 19: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U2) 125

Tabelle 20: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) 129

Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3)..... 134

Tabelle 22: Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U4) 135

Tabelle 23: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1)..... 146

Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) 165

Tabelle 25: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U2)..... 166

Tabelle 26: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene,(U3)..... 173

Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) 180

Tabelle 28: Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U4)..... 181

Tabelle 29: Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2)..... 201

Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) 207

Tabelle 31: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) 209

Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1)..... 212

Tabelle 33: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U2) 213

Tabelle 34: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) 215

Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3)..... 217

Tabelle 36: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U4) 218

Tabelle 37: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) 224

Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) 230

Tabelle 39: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U2) 231

Tabelle 40: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) 234

Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) 237

Tabelle 42: Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U4) 238

Tabelle 43: Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) 245

Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) 247

Tabelle 45: Komorbidität, Erwachsene, (U1)..... 250

Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1)	252
Tabelle 47: Komorbidität, Erwachsene, (U2)	253
Tabelle 48: Komorbidität, Erwachsene, (U3)	254
Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3)	255
Tabelle 50: Komorbidität, Erwachsene, (U4)	256
Tabelle 51: Mortalität, Erwachsene, (U1)	259
Tabelle 52: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U1)	262
Tabelle 53: Mortalität, Erwachsene, (U2)	263
Tabelle 54: Mortalität, Erwachsene, (U3)	265
Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3)	267
Tabelle 56: Mortalität, Erwachsene, (U4)	268
Tabelle 57: Progression, Erwachsene, (U1)	273
Tabelle 58: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U1)	281
Tabelle 59: Progression, Erwachsene, (U2)	282
Tabelle 60: Progression, Erwachsene, (U3)	286
Tabelle 61: Inferenzstatistik, Progression, Erwachsene, (U3)	290
Tabelle 62: Progression, Erwachsene, (U4)	291
Tabelle 63: Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit, Erwachsene, (U2)	300
Tabelle 64: Leitlinienadhärenz Demenz, Erwachsene, (U2)	301
Tabelle 65: Leitlinienadhärenz Depression, Erwachsene, (U2)	302
Tabelle 66: Leitlinienadhärenz Schizophrenie, Erwachsene, (U2)	304
Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2)	309
Tabelle 68: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	315
Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1)	326
Tabelle 70: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U2)	327
Tabelle 71: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	332
Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3)	338
Tabelle 73: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U4)	339
Tabelle 74: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	352
Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1)	361
Tabelle 76: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2)	362
Tabelle 77: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	366
Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3)	371
Tabelle 79: Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4)	372
Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	383
Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1)	395
Tabelle 82: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2)	396
Tabelle 83: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	401
Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3)	406
Tabelle 85: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U4)	407
Tabelle 86: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	421
Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1)	424
Tabelle 88: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U2)	425
Tabelle 89: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	427
Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3)	429
Tabelle 91: Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U4)	430
Tabelle 92: Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	435

Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2)	437
Tabelle 94: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1)	440
Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1).....	443
Tabelle 96: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2)	444
Tabelle 97: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3)	446
Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3).....	448
Tabelle 99: Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4)	449
Tabelle 100: Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)	454
Tabelle 101: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U1)	462
Tabelle 102: Progression, Kinder und Jugendliche, (U2)	463
Tabelle 103: Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)	467
Tabelle 104: Inferenzstatistik, Progression, Kinder und Jugendliche, (U3)	471
Tabelle 105: Progression, Kinder und Jugendliche, (U4)	472
Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	483
Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	485
Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	487
Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	489
Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	491
Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	493
Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten	496
Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten.....	498
Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten	500
Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten	502
Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten	504
Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten.....	506
Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	509
Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	510
Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	511
Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	512
Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	513
Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	514
Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	515
Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	516
Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten	518
Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	519
Tabelle 128: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten	520
Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten.....	521

Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten.....	522
Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	523
Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten	524
Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten	525
Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	528
Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	529
Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	530
Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	531
Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	532
Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	533
Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	534
Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	535
Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	536
Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	539
Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	540
Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten.....	541
Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	542
Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten.....	543
Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	544
Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten.....	545
Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten.....	546
Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	547
Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	550
Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	551
Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	552
Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	553
Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	554
Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	555
Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	556
Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	557
Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	558
Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	561
Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	562
Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	563
Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	564
Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	565
Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	566
Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	567
Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	568
Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	569
Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	573
Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	574
Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	575

Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	576
Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	577
Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	578
Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	579
Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	580
Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	581
Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	584
Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	585
Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	586
Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	587
Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	588
Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	589
Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	590
Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten	591
Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	592
Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	595
Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	596
Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	597
Tabelle 191: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	598
Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	599
Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	600
Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	601
Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	602
Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	603
Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	606
Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	607
Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten	608
Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten	609
Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten	610
Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	611
Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten	612
Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten	613
Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten	614
Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	617
Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	618
Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene	619
Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten	620
Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	620
Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	621
Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	622
Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten	622
Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ...	623
Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	626
Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten ...	627

Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche 627

Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten 627

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten 628

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten 629

Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten..... 630

Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten 631

Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten ... 632

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 635

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 636

Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 637

Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 638

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 639

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 640

Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 641

Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 642

Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 643

Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 646

Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 647

Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten 648

Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten..... 649

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten 650

Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 651

Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten 652

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten 653

Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 654

Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 657

Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 658

Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 659

Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 660

Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 661

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 662

Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten..... 663

Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten 664

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten 665

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten 668

Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 669

Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten..... 670

Tabelle 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten 671

Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten 672

Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten 673

Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	674
Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten	675
Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	676
Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	679
Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	680
Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten ...	681
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	691
Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	692
Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	693
Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten ...	694
Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten	695
Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	696
Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	698
Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten	698
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene	699
Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene	699
Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten	702
Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche	702
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)	763
Tabelle 298: Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, nach Alter und Diagnose, (U1)	768
Tabelle 299: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	773
Tabelle 300: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	775
Tabelle 301: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	777
Tabelle 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	779
Tabelle 303: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	781
Tabelle 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	782
Tabelle 305: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	783
Tabelle 306: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	784
Tabelle 307: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Erwachsene	785
Tabelle 308: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene	786
Tabelle 309: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Erwachsene	787
Tabelle 310: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Erwachsene	788
Tabelle 311: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	789
Tabelle 312: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	789
Tabelle 313: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	790
Tabelle 314: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	791
Tabelle 315: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	792
Tabelle 316: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	794
Tabelle 317: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	796
Tabelle 318: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	796
Tabelle 319: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	797
Tabelle 320: Prädiktoren Komorbidität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	799
Tabelle 321: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	801
Tabelle 322: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	802
Tabelle 323: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	803
Tabelle 324: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene	804
Tabelle 325: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U1), Erwachsene	805
Tabelle 326: Prädiktoren Abbrüche des Kontakts, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	806
Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	807
Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene	808
Tabelle 329: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	809
Tabelle 330: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	811
Tabelle 331: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Erwachsene	813
Tabelle 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene	814
Tabelle 333: Prädiktoren Kontaktabbruch, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	815
Tabelle 334: Prädiktoren Arzt- und Krankenhaushopping, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	816
Tabelle 335: Prädiktoren Arbeitsunfähigkeit, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	817
Tabelle 336: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	818
Tabelle 337: Prädiktoren Komorbidität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	819
Tabelle 338: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	820
Tabelle 339: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	821
Tabelle 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene	822
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	824
Tabelle 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	826

Tabelle 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	828
Tabelle 344: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	830
Tabelle 345: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	832
Tabelle 346: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	833
Tabelle 347: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche	834
Tabelle 348: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche	835
Tabelle 349: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 1, Kinder und Jugendliche.....	836
Tabelle 350: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 2, Kinder und Jugendliche.....	837
Tabelle 351: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 3, Kinder und Jugendliche.....	838
Tabelle 352: Prädiktoren Kontinuität, klinikbekannte Patienten (U1), Jahr 4, Kinder und Jugendliche.....	839
Tabelle 353: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	840
Tabelle 354: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	841
Tabelle 355: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	842
Tabelle 356: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	842
Tabelle 357: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	843
Tabelle 358: Prädiktoren Mortalität, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche	844
Tabelle 359: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	845
Tabelle 360: Prädiktoren Progression, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche.....	846
Tabelle 361: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2).....	847
Tabelle 362: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	848
Tabelle 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	849
Tabelle 364: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 1, Kinder und Jugendliche	850
Tabelle 365: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Kinder und Jugendliche	851
Tabelle 366: Prädiktoren Arzt- und Krankenhausshopping, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche	852
Tabelle 367: Prädiktoren Wiederaufnahme, klinikneue Patienten, Kinder und Jugendliche (U3).....	853
Tabelle 368: Prädiktoren Mortalität, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	854
Tabelle 369: Prädiktoren Progression, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche.....	855
Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	856
Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	856
Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	857
Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	857
Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	857
Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	858
Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	858
Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	858
Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	859
Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	859
Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	859
Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	860
Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	860
Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	860
Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	861
Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	861
Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	861
Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	862

Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	862
Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	862
Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	863
Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	864
Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	864
Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	864
Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	865
Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	865
Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	865
Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	866
Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	867
Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	867
Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	867
Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	868
Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	868
Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	868
Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	869
Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	869
Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	869
Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	870
Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	870
Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	870
Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	871
Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	871
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting, Erwachsene	872
Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten	874
Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten	874
Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten	874
Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	875
Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	875
Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	875
Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten	876
Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten.....	876
Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten.....	876
Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten.....	877
Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	877
Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	877
Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten	878
Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten	878
Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten	879
Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten	879
Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	879
Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten	880
Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten.....	880
Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	880
Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten	881
Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten	882
Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	882
Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten	882

Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten	883
Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten.....	883
Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	883
Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten	884
Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten	885
Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten	885
Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	885
Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	886
Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten	886
Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	886
Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten	887
Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten.....	887
Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten.....	887
Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten.....	888
Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	888
Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	888
Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten	889
Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten	889
Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting, Kinder und Jugendliche	890

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 Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH. Das Klinikum startete zum 01.01.2014 mit einem Modellvorhaben zur allgemeinen Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie gemäß § 64b SGB V. Unmittelbar vor Modellbeginn bestand am Klinikum ein 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.

Studiendesign und Methoden

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

Wesentliche Einschlusskriterien für Patienten waren: Alter ≥ 18 Jahre bzw. < 18 Jahre, Versicherung bei teilnehmender Krankenkasse und Vorliegen mindestens einer der folgenden Diagnosen als Hauptdiagnose bei einer voll- oder teilstationären Behandlung innerhalb des Evaluationszeitraums oder als eine gesicherte oder Zustand nach ambulante Diagnose im Falle einer Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) (Indexdiagnosen): Demenz (F00), vaskuläre Demenz (F01), Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F02), nicht näher bezeichnete Demenz (F03),

Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (F07), Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10), Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29), Affektive Störungen (F30-F39), Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), Somatoforme Störungen (F45), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Essstörungen (F50), Spezifische Persönlichkeitsstörungen vom Typ Borderline (F60.31), Intelligenzstörung (F70-F79), Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84), sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend (F90-F98).

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

Matching auf Klinik- und Patientenebene

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

Analyse

Primäre Outcomes der Effektivitätsanalyse waren (1) Veränderungen in der kumulierten vollstationären Behandlungsdauer von Krankenhausaufenthalten aufgrund von Indexdiagnosen sowie (2) der Arbeitsunfähigkeit (nur bei Erwachsenen) aufgrund von Indexdiagnosen zwischen den Patienten der IG und KG im Zeitverlauf. Als sekundäre Outcomes wurden Behandlungskontinuität, Kontaktabbrüche (nicht KJP), Arzt- und/oder Krankenhaushopping, stationäre Wiederaufnahmeraten, Komorbiditäten (nicht KJP), Mortalität, Erkrankungsprogression und Leitlinienadhärenz (nicht KJP) 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 Südharz Klinikum Nordhausen gGmbH für den vorliegenden Bericht umfasste insgesamt 1.545 Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie und 1.219 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 73 ff.) war in der Modellklinik bei den linikneuen erwachsenen Patienten in U2, U3 und U4 zwar geringer als in der Regelversorgung, statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch in U3 (in der von allen dreien statistisch getestet wurde) nicht. In U1 war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Hier sanken jedoch die Anteile in der Modellklinik über den weiteren patientenindividuellen Verlauf stärker als in der Regelversorgung. In U4 wies die IG zudem stets numerisch geringere Anteile im Vergleich zur KG auf. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten sanken die Anteile vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung und waren in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer im Vergleich (U1 & U4). 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, jedoch erreichte diese Veränderung keine statistische Signifikanz. Dies traf sowohl auf klinikneue als auch klinikbekannte Patienten zu.

Bei den Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie war bei den linikneuen jungen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen stets ein größerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch in U1 und U3 nicht. Auch waren die absoluten Werte in allen Untersuchungen in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung, außer in U3 im 2. Jahr nach Referenzfall und in U4 im 3. Jahr nach Referenzfall. Bei den linikbekannten jungen Patienten war hier eine, in U1 im ersten bis dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärkere Verringerung des Anteils in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Dieses stärkere Absinken wurde hauptsächlich durch den wesentlich größeren Anteil im Jahr vor Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bewirkt. Im Präzeitraum wies in U1 die IG 17,1 % und die KG 9,3 % sowie in U4 die IG 14,5 % und die KG 7,2 % auf. Eine Verringerung der Anteile vollstationärer Behandlungen war in der KJP somit nicht bei den klinikneuen Patienten, jedoch aber bei den klinikbekannten Patienten zu erkennen.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den linikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 (hier wurde inferenzstatistisch getestet) statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten waren zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe erkennbar. Im ersten Jahr nach Referenzfall war in U1 und U4 stets ein kleiner Peak, welcher in der Modellklinik etwas höher ausfiel, zu erkennen. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung im Modellvorhaben ist somit erkennbar.

Bei den Kindern und Jugendlichen 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 war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klinikbekannten Patienten ein etwas stärkerer Anstieg der Anteile im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Der weitere Verlauf war jedoch auch in U4 vergleichbar. Für inferenzstatistische Aussagen waren die Fallzahlen jedoch stets zu gering.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** linikneuer erwachsener Patienten war in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der Regelversorgung, ausgenommen das zweite Jahr nach Referenzfall in U1. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht, auch wenn in U1 und U3 die Modellklinik sogar mehr vollstationäre Behandlungstage im Jahr vor Referenzfall aufwies. Auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik stets weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf. In U1 war dieser Unterschied erneut nicht statistisch signifikant. Im ersten Jahr nach Referenzfall war der Unterschied zwischen beiden Gruppen am größten. Der bereits im Jahr vor Referenzfall bestehende Niveauunterschied in U1 (-1,3 vollstationäre Tage) könnte auf den in der Modellklinik bereits vorhandenen Vorläufervertrag zurückzuführen sein, d.h. hier könnten bereits Strukturen in der Modellklinik etabliert worden sein, die auf eine bereits vor Einführung des Modellvorhabens nach § 64 b SGB V geringere vollstationäre Versorgung hinweist. Jedoch war dieser Unterschied zum einen numerisch gering und vergrößerte sich im ersten Jahr nach Referenzfall weiter und zum anderen war dieser Unterschied in U4 nicht ersichtlich. Vollstationäre Behandlungstage wurden somit zwar im Modellvorhaben insgesamt verringert, die Effekte erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Bei den Kindern und Jugendlichen waren bei den linikneuen jungen Patienten in der Modellklinik in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) die vollstationären Behandlungstage mit denen der Regelversorgung vergleichbar. In den weiteren Untersuchungen (U2 bis U4), bei denen auch Patienten mit Referenzfall aus weiteren Modelljahren eingeschlossen wurden, stieg die Anzahl vollstationärer Behandlungstage im jeweils ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas stärker als in der Regelversorgung. In U3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Der Verlauf und das Niveau der weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannten jungen Patienten war zwischen IG und KG ein vergleichbarer Verlauf erkennbar. Lediglich in U4 war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Der weitere Verlauf war jedoch auch hier vergleichbar. Somit wurden in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht verringert. Bei den klinikneuen Patienten war eher ein leichter Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall erkennbar. Bei den klinikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf, mit Ausnahme von U4 im 1. Jahr nach Referenzfall, erkennbar.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik verlief die Anzahl **teilstationärer Tage** stets vergleichbar mit den der Regelversorgung. Lediglich in U1 war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas größer. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch U4 der

Verlauf zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Teilstationäre Behandlungssettings wurden somit im Modellvorhaben nicht verstärkt in Anspruch genommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen stieg die Anzahl teilstationärer Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen jungen Patienten der Modellklinik stets etwas weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten jedoch keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt werden. Bei den linikbekannten jungen Patienten stiegen die teilstationären Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall erneut weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Auch hier waren die Fallzahlen für inferenzstatistische Tests zu gering. Teilstationäre Behandlungssettings wurden somit auch in der KJP des Modellvorhabens nicht verstärkt in Anspruch genommen verglichen mit der Regelversorgung.

Bei der Betrachtung des Unterschiedes bei den **ambulanten Leistungen** (Seite 112 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 etwas geringer ausfiel als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der Modellklinik stets größer. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall. Hier lässt sich vermuten, dass die Modellklinik innerhalb ihres Vorläufervertrags bereits Strukturen eingerichtet hatte, um Patienten in der PIA vermehrt zu versorgen. Diese erhöhte PIA-Inanspruchnahme von vier bis fünf (U1) bzw. sechs bis sieben durchschnittlichen PIA-Kontakten mehr war über den gesamten patientenindividuellen Verlauf klinikbekannter Patienten erkennbar. Statistisch signifikante Unterschied zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Somit war bei den klinikneuen erwachsenen Patienten keine erhöhte PIA-Inanspruchnahme und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine durchgehend erhöhte (einschließlich Präzeitraum) PIA-Inanspruchnahme erkennbar.

Bei den Kindern und Jugendlichen war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein vergleichbarer Verlauf der PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Bei den klinikbekannten jungen Patienten in U1 war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch in keiner Kohorte zu beobachten. Eine nach Modellstart größere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit nicht ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten stets zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit nicht beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Auch war bei den linikneuen jungen Patienten stets ein etwas geringerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten war auch die Anzahl der Kontakte geringer; zudem sank diese in U1 im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker als in der

Regelversorgung und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit auch in der KJP nicht beobachtet werden.

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** (Seite 144 ff.) war die Kontinuität für alle erwachsenen Patienten in der Modellklinik fast durchgehend größer verglichen mit der Regelversorgung. Es gab einzelne statistisch signifikante Unterschiede sowohl bei den linikneuen als auch den linikbekannten erwachsenen Patienten. Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben konnte somit festgestellt werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war kein einheitliches Bild ersichtlich. Für linikneue junge Patienten der U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) war kein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG erkennbar. Hier erschwerten teils sehr kleine Fallzahlen die Bewertung. In U2 bis U4 wies meist die Modellklinik eine geringere Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung auf. Bei der Betrachtung von 30 Tagen Nachbeobachtung war dieser Unterschied in U3 im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auf der anderen Seite war die Behandlungskontinuität im zweiten Jahr nach Referenzfall für die gleiche Nachbeobachtungszeit in U3 im Modellvorhaben statistisch signifikant größer verglichen mit der Regelversorgung. Die Tendenz zu einer geringeren Behandlungskontinuität bei den linikneuen Patienten der Modellklinik ist somit nicht durchgängig zu beobachten. Bei den linikbekannten jungen Patienten war in U1 ein vergleichbarer Verlauf erkennbar. In U4 war die Tendenz erneut widersprüchlich mit im zweiten Jahr nach Referenzfall höherer und im dritten Jahr nach Referenzfall niedrigerer Behandlungskontinuität im Modellvorhaben. Eindeutige Unterschiede in der Behandlungskontinuität sind somit bei den linikbekannten Patienten nicht erkennbar.

Beim Outcome **Abbrüche** des Kontakts (Seite 200 ff.) schwer psychisch Kranker zum psychiatrischen Versorgungssystem wies ein geringerer Anteil an linikneuen erwachsenen Patienten keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem im Vergleich zur Regelversorgung auf. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung von 180 Tagen statistisch signifikant. Auch war die Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

Beim Outcome **Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping** (Seite 208 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 221 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 in U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung, obwohl im Jahr vor Referenzfall die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik geringer waren. Dieser stärkere Anstieg in der IG war jedoch statistisch nicht signifikant. Ein Grund könnte in der geringen Fallzahl in U1 bei der Betrachtung der AU liegen ($N < 100$). In den weiteren Untersuchungen (U2 bis U4) wies die Modellklinik aber stets eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung auf. Statistisch signifikante

Unterschiede gab es hier nicht, da diese Unterschiede bereits im Jahr vor Referenzfall bestanden. In allen betrachteten Untersuchungen wies die IG eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG bereits im Jahr vor Referenzfall auf. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wies die Modellklinik eine stets geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung auf (Ausnahme: U4, zweites Jahr nach Referenzfall). Statistische signifikante Unterschiede gab es auch hier nicht. Weiterhin wies auch hier die IG in allen betrachteten Untersuchungen eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall auf.

Während der Anteil linikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer **Wiederaufnahme** (Seite 244 ff.) im ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben etwas unter dem der Regelversorgung lag, war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben etwas größer als bei Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den linikneuen jungen Patienten hingegen im Modellvorhaben etwas größere Anteile und eine etwas geringere Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung ersichtlich. Auch hier waren jedoch diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** (Seite 248 ff.) zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dabei war der mittlere Elixhauser-Score bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Auch war hier der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas kleiner. Diese Unterschiede waren jedoch sehr gering und in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wies die IG stets einen etwas geringeren Elixhauser-Score auf im Vergleich zur KG auf. Auch hier waren erneute keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich.

Bezüglich **Mortalität** (Seite 258 ff.) zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie, dass die Anzahl der Todesfälle unter den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar war. Bei den linikbekannt Patienten wiesen jedoch die Patienten der Modellversorgung stets eine geringere Mortalität im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf (4-Jahres-Mortalität = -5,6 %-Punkte; 2-Jahres-Mortalität = -2,9 %-Punkte). Dabei war der Unterschied in der 4-Jahres-Mortalität (U1) statistisch signifikant. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG zu beobachten. Hier verstarben generell sehr wenige Patienten. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in der Erwachsenenpsychiatrie eine etwas geringere Mortalität und in der KJP keinen Unterschied in der Mortalität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung beobachtet werden konnte.

Bei der **Erkrankungsprogression** (Seite 271 ff.) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der Modellklinik in U1 und U2 geringer und in U3 und U4 größer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren jeweils statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannt Patienten waren diese Anteile in der Modellklinik stets geringer;

auch hier erreichte dieser Unterschied keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets geringer. Der Unterschied war jedoch gering und erreichte keine statistische Signifikanz. Bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse nicht konsistent, d.h. einmal geringer und einmal größer, jedoch alle nicht statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) zwischen IG und KG zunächst vergleichbar; im Verlauf des Modellvorhabens jedoch in der IG höher im Vergleich zur KG (U2, U3 und U4). Diese Unterschiede erreichten jedoch in U3 keine statistische Signifikanz. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung; jedoch war dieser Unterschied in U1 statistisch nicht signifikant. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben weder negativ noch positiv auf die untersuchten Erkrankungsprogressionen ausgewirkt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der IG in U1, U3 und U4 etwas größer als in der KG und in U2 mit der KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets etwas größer als in der KG. Kleine Fallzahl erschwerten besonders in U1 die Bewertung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten in der IG stets größer als in der KG. In U1 waren die Fallzahlen für eine valide Bewertung noch zu gering. In U3 war dieser Unterschied jedoch statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue und linikbekannte Patienten im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. In U1 waren die Fallzahlen für eine valide Bewertung erneut zu gering, in U3 war der Unterschied nicht statistisch signifikant und in U2 und U4 waren die Anteile vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben.

Bei der Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** (S. 299 ff.) in der Erwachsenenpsychiatrie konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen in den untersuchten Parametern zur Leitlinienadhärenz zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung festgestellt werden. Bei den linikneuen erwachsenen Patienten des Modellvorhabens wurde die aufsuchende Behandlung (**Home-Treatment**) (S. 508 ff.) in U2 bis U4 jeweils im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. In U3 wies auch die Modellklinik im zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger aufsuchende Behandlung als die Regelversorgung auf. Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung jeweils im Jahr vor Referenzfall und in U4 auch im zweiten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer. Bei den Kindern und Jugendlichen hingegen wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten verstärkt in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war bei den klinikneuen Patienten in U2 bis U4 im Referenzfall und ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) sowie in U4 zusätzlich im dritten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Bei den klinikbekannt

Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie nicht, jedoch für die KJP beobachtet werden.

Kosten

Weder bei Erwachsenen noch Kindern und Jugendlichen konnte hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden, da sich IG und KG weder bzgl. **vollstationärer psychiatrischer Versorgungskosten** noch bzgl. der **direkter psychiatrischer Versorgungskosten** signifikant unterschiedlich voneinander entwickelten.

Kosten-Effektivität

Bzgl. **Kosten-Effektivität** konnte teilweise hypothesenkonformes Verhalten beobachtet werden, hauptsächlich dadurch, dass sich die Gruppen unterschiedlich bzgl. der vollstationären bzw. Arbeitsunfähigkeitstage entwickelten.

Erwachsene: Während sich weder bei den klinikneuen (U2) noch bei den klinikbekannten (U4) Patienten IG und KG unterschiedlich hinsichtlich ihrer Kosten entwickelten, verzeichneten die IG der klinikneuen Patienten von U2 einen signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage (Variante A). Die klinikbekannten Patienten von U4 verzeichneten ebenfalls einen signifikant geringeren Anstieg der vollstationären Krankenhaustage (Variante A), bei einer nicht zur KG unterschiedlichen Kostenentwicklung. In Variante B ergab sich bei den Erwachsenen zwischen IG und KG weder ein Kostenunterschied noch ein Unterschied in der Entwicklung der AU-Tage.

Kinder- und Jugendliche: Bei den klinikneuen Patienten von U2 entwickelten sich IG und KG weder unterschiedlich bzgl. ihrer Kosten noch bzgl. ihrer vollstationären Krankenhaustage. Die klinikbekannten Patienten der IG von U4 entwickelten sich sowohl bzgl. ihrer Kosten als auch bzgl. ihrer vollstationären Krankenhaustage günstiger als die KG.

Methodische Stärken und Limitationen

Insgesamt gingen Daten von einer Vielzahl verschiedener Krankenkassen in die Analysen dieses Abschlussberichts ein. Diese decken einen nennenswerten Anteil der in den Modell- und Kontrollkliniken untersuchten Patienten ab. Um sowohl Modell- und Kontrollkliniken als auch die in den Kliniken untersuchten Patienten untereinander vergleichbar zu machen, wurde ein zweistufiges Matching-Verfahren auf Klinik- und Patientenebene mit a priori festgelegten Matchingparametern gewählt. Die dabei genutzte Datenbasis stellten GKV-Routinedaten dar. Diese vermeiden durch ihre Vollständigkeit einen Selektionsbias sowie einen differentiellen Informationsbias zwischen Patienten der Modellkliniken und Patienten der Kontrollkliniken. Weitere methodische Stärken der Evaluation sind das Vorhandensein einer vergleichbaren Kontrollgruppe sowie ein Design, das nicht nur den Vergleich zwischen den Gruppen, sondern auch über den Zeitverlauf erlaubt (Prä-Post-Vergleich). Weiterhin erlauben die Daten, einen Nachbeobachtungszeitraum von patientenindividuell vier Jahren nach Referenzfall und zwei Jahre vor Referenzfall zu betrachten. Neben den patientenindividuellen

Jahren konnten bis zu fünf Modelljahre (Laufzeit des Modellvorhabens) untersucht werden. Zu beachten ist jedoch, dass sich, auch wenn dies ein langer Zeitraum ist, Modelleffekte, besonders bei Modellvorhaben ohne Vorläuferverträge, ggf. erst nach ein paar Jahren einstellen.

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

Fazit

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

In der Erwachsenenpsychiatrie konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten (noch) nicht erreicht werden. Hier war eine Tendenz hin zu einer Verringerung der Anzahl vollstationärer Anteile ersichtlich; diese erreichte jedoch (noch) keine statistische Signifikanz. Eine Erhöhung der teilstationären Anteile war hingegen im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte nur bei den klinikbekannten Patienten erkennbar. Die Anteile teilstationärer Aufenthalte veränderten sich jedoch nicht. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben zwar ab im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied erreichte jedoch erneut (noch) keine statistische Signifikanz. In der KJP konnte die vollstationäre Behandlungsdauer im Modellvorhaben nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP verstärkt gegenüber der Regelversorgung in Anspruch genommen. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP keine Veränderung der PIA-Inanspruchnahme in der Modellklinik gegenüber der Regelversorgung. Auch die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses wurde durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst.

Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte in der Erwachsenenpsychiatrie, aber nicht in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem keine Tendenz hin zu verringerten Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden, im Vergleich zur Regelversorgung, die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wiederaufgenommen. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung nicht statistisch signifikant verschieden. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. In der Modellklinik war diese in der Erwachsenenpsychiatrie bei den klinikbekannten Patienten sogar geringer. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder

Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde im Modellvorhaben im Verlauf das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung erhöht, was als hypothesenkonträr zu bewerten ist. Weitere wesentliche Unterschiede bezüglich Erkrankungsprogression waren weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP ersichtlich. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte für die Erwachsenenpsychiatrie nicht, jedoch für die KJP beobachtet werden.

Die IG entwickelte sich in nahezu allen Kostenpunkten nicht unterschiedlich von der KG. Entsprechend konnte für keine der Kostenhypothesen hypothesenkonformes Verhalten beobachtet werden.

Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie zwar eine Tendenz zu geringeren vollstationären Behandlungen; diese erreichten jedoch (noch) keine statistische Signifikanz. Der Anteil der teilstationären Behandlung wurde erhöht, während dies bei der Behandlungsdauer nicht ersichtlich war. Eine erhöhte Behandlungskontinuität konnte im Modellvorhaben festgestellt werden. Eine schnellere vollstationäre Wiederaufnahme wurde weder in der Erwachsenen- noch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet.

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 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.
 - Die Hypothesen werden anhand des unter 3.1.4 im Feinkonzept beschriebenen Kostenvergleichs überprüft.

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

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

5. Methoden

Das Kapitel Methoden wurde in einen separaten Methodenband ausgelagert.

6. Aufbereitung der Sekundärdaten

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

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

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

- AOK Plus
- BARMER (Fusion mit der Deutschen BKK zum 01.01.2017)
- BKK exklusiv
- BKK Pfalz (Fusion mit der BKK Vital zum 01.01.2018)
- BKK VBU (Fusion mit der Vereinigten BKK zum 01.01.2017 und mit der BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI, der BKK Schleswig-Holstein sowie der BKK Basell zum 01.01.2016)
- Debeka BKK
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HKK Erste Gesundheit
- IKK classic
- KKH Kaufmännische Krankenkasse
- Knappschaft
- pronova BKK (Fusion mit der BKK Braun-Gillette zum 01.01.2017)
- TBK (Thüringer BKK)
- Techniker Krankenkasse.

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

- AOK Baden-Württemberg
- AOK Hessen
- AOK Niedersachsen
- AOK NordWest (Region Westfalen-Lippe)
- BKK der G. M. Pfaff AG
- BKK firmus
- BKK G & V
- BKK Mobil Oil
- BKK Technoform
- BKK ZF & Partner
- Brandenburgische BKK
- energie-BKK (Fusion mit der E.ON BKK zum 01.01.2017)
- SVLFG - Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- VIACTIV Krankenkasse (alter Name BKK vor Ort, Namensänderung per 01.01.2016).

Durch die Fusion der Deutschen BKK mit der BARMER zum 01.01.2017 konnten nicht alle für EVA64 relevanten Daten der Deutschen BKK übernommen werden; Leistungsdaten eines nennenswerten Anteils von Versicherten der ehemaligen Deutschen BKK sind unvollständig. Da das Ausmaß der dadurch hervorgerufenen Verzerrung nicht quantifizierbar war, wurden die ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK zu Gunsten einer höheren Datenqualität bei den Analysen vollständig ausgeschlossen. Aufgrund eines hohen Anteils fehlender Diagnosen bei stationären und PIA-Behandlungsfällen bei der DAK und der daher unsicheren Zuordnung zu Behandlungen konnten Patienten der DAK in diese Analyse nicht eingeschlossen werden.

6.1 Patientenmatching

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

Erwachsene

Insgesamt kamen 2.056 Patienten der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 2.056 Patienten verfügten über 1.557 Individuen (75,7 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 1.557 Individuen der Modellklinik konnte wiederum für 1.545 Patienten (99,2 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 1).

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

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

Der Anteil der Patienten mit PIA Referenzfall war in der IG überwiegend höher als in der KG. Gleichzeitig war der Anteil der Patienten mit vollstationärem Referenzfall. Es war nicht das Ziel des Matchings diese Parameter anzugleichen, da davon ausgegangen wird, dass der initiale Aufgriff eines Patienten bereits den Umsteuerungseffekten unterliegt.

In Bezug auf das Behandlungsgeschehen vor patientenindividuellem Studieneinschluss zeigte sich ein tendenziell ausgewogenes Bild zwischen IG und KG.

Tabelle 1: Versichertenzahlen vor und nach Matching, Erwachsene

	Kohorte	Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
		IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	670	20.900	574 (85,7%)	16.444 (78,7%)	574 (85,7% ; 100,0%)	574 (2,7% ; 3,5%)
	Kohorte 2	584	10.609	427 (73,1%)	7.662 (72,2%)	427 (73,1% ; 100,0%)	427 (4,0% ; 5,6%)
	Kohorte 3	416	9.941	298 (71,6%)	7.204 (72,5%)	298 (71,6% ; 100,0%)	298 (3,0% ; 4,1%)
	Kohorte 4	386	9.718	258 (66,8%)	6.964 (71,7%)	246 (63,7% ; 95,3%)	246 (2,5% ; 3,5%)
	Gesamt	2.056	51.168	1.557 (75,7%)	38.274 (74,8%)	1.545 (75,1% ; 99,2%)	1.545 (3,0% ; 4,0%)
Klinikneu	Kohorte 1	266	9.427	212 (79,7%)	7.045 (74,7%)	212 (79,7% ; 100,0%)	212 (2,2% ; 3,0%)
	Kohorte 2	405	9.307	292 (72,1%)	6.956 (74,7%)	292 (72,1% ; 100,0%)	292 (3,1% ; 4,2%)
	Kohorte 3	393	9.212	279 (71,0%)	6.631 (72,0%)	279 (71,0% ; 100,0%)	279 (3,0% ; 4,2%)
	Kohorte 4	363	8.995	243 (66,9%)	6.431 (71,5%)	233 (64,2% ; 95,9%)	233 (2,6% ; 3,6%)
	Gesamt	1.427	36.941	1.026 (71,9%)	27.063 (73,3%)	1.016 (71,2% ; 99,0%)	1.016 (2,8% ; 3,8%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	404	11.473	362 (89,6%)	9.399 (81,9%)	362 (89,6% ; 100,0%)	362 (3,2% ; 3,9%)
	Kohorte 2	179	1.302	135 (75,4%)	706 (54,2%)	135 (75,4% ; 100,0%)	135 (10,4% ; 19,1%)
	Kohorte 3	23	729	19 (82,6%)	573 (78,6%)	19 (82,6% ; 100,0%)	19 (2,6% ; 3,3%)
	Kohorte 4	23	723	15 (65,2%)	533 (73,7%)	13 (56,5% ; 86,7%)	13 (1,8% ; 2,4%)
	Gesamt	629	14.227	531 (84,4%)	11.211 (78,8%)	529 (84,1% ; 99,6%)	529 (3,7% ; 4,7%)

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

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

Rangplatz der Kontrollklinik	Score 0...100	Eingeschlossene Kontrollpatienten
1	23,8	331
2	24,3	226
3	25,3	288
4	25,4	235
5	26,4	177
6	26,9	127
7	28,4	21
8	30,1	59
9	31,6	58
10	31,9	23

Tabelle 3: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching, Erwachsene

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	1.545	1.545		574	574		427	427		298	298		246	246	
	klinikneu	1.016	1.016		212	212		292	292		279	279		233	233	
	klinikbekannt	529	529		362	362		135	135		19	19		13	13	
Mittleres Alter	gesamt	50,6	52,2	0,130	52,0	54,9	0,091	51,6	52,9	1,000	49,7	50,6	1,000	46,6	47,0	1,000
	klinikneu	50,1	51,0	1,000	52,6	54,9	1,000	50,7	52,3	1,000	50,5	50,4	1,000	46,5	46,7	1,000
	klinikbekannt	51,6	54,6	0,060	51,6	54,8	0,147	53,7	54,2	1,000	37,8	54,0	0,307	47,4	51,8	1,000
Anteil Frauen	gesamt	50,6%	52,3%	1,000	45,5%	50,3%	0,996	53,2%	52,9%	1,000	55,7%	52,0%	1,000	52,0%	56,1%	1,000
	klinikneu	51,4%	53,1%	1,000	44,8%	49,1%	1,000	50,3%	53,4%	1,000	56,3%	53,0%	1,000	52,8%	56,7%	1,000
	klinikbekannt	49,1%	50,7%	1,000	45,9%	51,1%	1,000	59,3%	51,9%	1,000	47,4%	36,8%	1,000	38,5%	46,2%	1,000
Anteil klinikbekannter Patienten	gesamt	34,2%	34,2%	1,000	63,1%	63,1%	1,000	31,6%	31,6%	1,000	6,4%	6,4%	1,000	5,3%	5,3%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	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	46,1%	34,6%	<0,001	55,4%	55,2%	1,000	47,1%	26,2%	<0,001	37,2%	19,5%	<0,001	33,3%	19,5%	0,008
	klinikneu	28,9%	18,7%	<0,001	9,4%	16,5%	0,424	33,2%	21,9%	0,030	35,8%	17,6%	<0,001	33,0%	18,0%	0,003
	klinikbekannt	79,0%	65,2%	<0,001	82,3%	77,9%	1,000	77,0%	35,6%	<0,001	57,9%	47,4%	1,000	38,5%	46,2%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat	gesamt	45,2%	55,2%	<0,001	38,9%	39,4%	1,000	45,0%	63,9%	<0,001	51,0%	68,1%	<0,001	53,7%	61,4%	1,000
	klinikneu	59,3%	67,9%	0,001	76,4%	73,6%	1,000	56,8%	66,8%	0,120	52,3%	69,9%	<0,001	54,9%	61,8%	1,000
	klinikbekannt	18,3%	30,8%	<0,001	16,9%	19,3%	1,000	19,3%	57,8%	<0,001	31,6%	42,1%	1,000	30,8%	53,8%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat	gesamt	8,2%	7,8%	1,000	5,7%	4,4%	1,000	8,0%	7,7%	1,000	11,7%	9,7%	1,000	9,8%	13,8%	1,000
	klinikneu	11,0%	9,9%	1,000	14,2%	7,5%	0,424	9,9%	8,2%	1,000	11,8%	9,7%	1,000	8,6%	14,6%	0,479
	klinikbekannt	2,6%	3,8%	1,000	0,8%	2,5%	1,000	3,7%	6,7%	1,000	10,5%	10,5%	1,000	30,8%	0,0%	0,927
Anteil Ref.-fall in Psychosomatik	gesamt	0,5%	2,3%	<0,001	0,0%	1,0%	0,407	0,0%	2,1%	0,059	0,0%	2,7%	0,102	3,3%	5,3%	1,000
	klinikneu	0,8%	3,4%	0,001	0,0%	2,4%	0,576	0,0%	3,1%	0,065	0,0%	2,9%	0,089	3,4%	5,6%	1,000
	klinikbekannt	0,0%	0,2%	1,000	0,0%	0,3%	1,000	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit vollstat. Fall Prä	gesamt	10,0%	10,6%	1,000	15,0%	16,9%	1,000	9,6%	9,1%	1,000	5,0%	5,0%	1,000	5,3%	5,3%	1,000
	klinikneu	2,8%	2,1%	1,000	3,8%	2,4%	1,000	2,4%	2,7%	1,000	2,2%	1,4%	1,000	3,0%	1,7%	1,000
	klinikbekannt	24,0%	27,0%	1,000	21,5%	25,4%	1,000	25,2%	23,0%	1,000	47,4%	57,9%	1,000	46,2%	69,2%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall Prä	gesamt	1,8%	1,7%	1,000	3,1%	3,3%	1,000	2,1%	1,6%	1,000	0,0%	0,0%		0,4%	0,4%	1,000
	klinikneu	0,2%	0,2%	1,000	0,5%	0,0%	1,000	0,3%	0,7%	1,000	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	4,9%	4,7%	1,000	4,7%	5,2%	1,000	5,9%	3,7%	1,000	0,0%	0,0%		7,7%	7,7%	1,000
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	27,6%	24,3%	0,282	52,6%	50,5%	1,000	25,1%	15,9%	0,011	4,0%	4,0%	1,000	2,4%	2,4%	1,000
	klinikneu	0,8%	2,1%	0,174	1,4%	0,9%	1,000	0,7%	4,1%	0,119	0,7%	1,8%	1,000	0,4%	0,9%	1,000
	klinikbekannt	79,2%	67,1%	<0,001	82,6%	79,6%	1,000	77,8%	41,5%	<0,001	52,6%	36,8%	1,000	38,5%	30,8%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall Prä	gesamt	40,3%	41,1%	1,000	33,4%	34,7%	1,000	41,2%	44,0%	1,000	47,3%	47,0%	1,000	45,9%	43,9%	1,000
	klinikneu	45,8%	44,2%	1,000	43,9%	42,5%	1,000	44,2%	42,1%	1,000	48,0%	47,3%	1,000	46,8%	44,6%	1,000
	klinikbekannt	29,7%	35,2%	0,395	27,3%	30,1%	1,000	34,8%	48,1%	0,214	36,8%	42,1%	1,000	30,8%	30,8%	1,000

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

Kinder und Jugendliche

Insgesamt kamen 1.757 Individuen der Modellklinik für das Matching in Frage. Von diesen 1.757 Patienten verfügten über 1.256 Individuen (71,5 %) über einen ausreichend langen Vor- sowie Nachbeobachtungszeitraum, um in das Matching einfließen zu können. Von diesen 1.256 Patienten der Modellklinik konnte wiederum für 1.219 (97,1 %) ein geeigneter Kontrollpatient gefunden werden (vgl. Tabelle 4).

Dabei wurden Kontrollpatienten aus den vier laut des Verfahren des Klinikmatchings verfügbaren Kliniken mit den niedrigsten Scores (d.h. höchste Ähnlichkeit zur Modellklinik) gezogen (vgl. Tabelle 5).

Durch das Matching wurden die Variablen Alter und Geschlecht sowohl für alle Patienten mit Referenzfall in 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). Exakt gematcht wurde die Einteilung in klinikneue und -bekannten Patienten, wodurch sich hierfür identische Verteilungen zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe ergeben.

Hinsichtlich der Verteilung der Referenzfälle ergaben sich keine Unterschiede zwischen IG und KG, obwohl es nicht das Ziel des Matchings war diese Parameter anzugleichen.

Bzgl. des Behandlungsfälle im Präzeitraum waren besonders in Kohorte 1 und Kohorte 2 in der IG mehr Patienten in vollstationärer psychiatrischer Behandlung.

Tabelle 4: Versichertenzahlen vor und nach Matching, Kinder und Jugendliche

		Referenzfälle		nach Selektion		nach Matching	
	Kohorte	IG	KG	IG	KG	IG	KG
Gesamt	Kohorte 1	631	3.155	453 (71,8%)	2.190 (69,4%)	433 (68,6% ; 95,6%)	433 (13,7% ; 19,8%)
	Kohorte 2	487	1.804	365 (74,9%)	1.250 (69,3%)	348 (71,5% ; 95,3%)	348 (19,3% ; 27,8%)
	Kohorte 3	326	1.713	233 (71,5%)	1.131 (66,0%)	233 (71,5% ; 100,0%)	233 (13,6% ; 20,6%)
	Kohorte 4	313	1.919	205 (65,5%)	1.261 (65,7%)	205 (65,5% ; 100,0%)	205 (10,7% ; 16,3%)
	Gesamt	1.757	8.591	1.256 (71,5%)	5.832 (67,9%)	1.219 (69,4% ; 97,1%)	1.219 (14,2% ; 20,9%)
Klinikneu	Kohorte 1	198	1.276	118 (59,6%)	838 (65,7%)	113 (57,1% ; 95,8%)	113 (8,9% ; 13,5%)
	Kohorte 2	266	1.244	187 (70,3%)	858 (69,0%)	182 (68,4% ; 97,3%)	182 (14,6% ; 21,2%)
	Kohorte 3	252	1.224	178 (70,6%)	771 (63,0%)	178 (70,6% ; 100,0%)	178 (14,5% ; 23,1%)
	Kohorte 4	241	1.316	153 (63,5%)	826 (62,8%)	153 (63,5% ; 100,0%)	153 (11,6% ; 18,5%)
	Gesamt	957	5.060	636 (66,5%)	3.293 (65,1%)	626 (65,4% ; 98,4%)	626 (12,4% ; 19,0%)
Klinikbekannt	Kohorte 1	433	1.879	335 (77,4%)	1.352 (72,0%)	320 (73,9% ; 95,5%)	320 (17,0% ; 23,7%)
	Kohorte 2	221	560	178 (80,5%)	392 (70,0%)	166 (75,1% ; 93,3%)	166 (29,6% ; 42,3%)
	Kohorte 3	74	489	55 (74,3%)	360 (73,6%)	55 (74,3% ; 100,0%)	55 (11,2% ; 15,3%)
	Kohorte 4	72	603	52 (72,2%)	435 (72,1%)	52 (72,2% ; 100,0%)	52 (8,6% ; 12,0%)
	Gesamt	800	3.531	620 (77,5%)	2.539 (71,9%)	593 (74,1% ; 95,6%)	593 (16,8% ; 23,4%)

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

Tabelle 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	25,0	241
2	29,3	152
3	29,4	127
4	32,2	699

Tabelle 6: Überblick ausgewählter Kennwerte nach Matching, Kinder und Jugendliche

		Kohorte 1 - 4 gesamt			Kohorte 1			Kohorte 2			Kohorte 3			Kohorte 4		
		IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
Anzahl Patienten	gesamt	1.219	1.219		433	433		348	348		233	233		205	205	
	klinikneu	626	626		113	113		182	182		178	178		153	153	
	klinikbekannt	593	593		320	320		166	166		55	55		52	52	
Mittleres Alter	gesamt	11,6	11,8	1,000	11,6	11,5	1,000	11,5	11,9	1,000	11,7	12,0	1,000	11,4	12,0	1,000
	klinikneu	12,1	12,4	1,000	11,7	12,0	1,000	12,3	12,5	1,000	12,3	12,4	1,000	11,9	12,4	1,000
	klinikbekannt	11,1	11,2	1,000	11,6	11,3	1,000	10,7	11,2	0,751	9,7	10,8	0,763	10,0	10,7	1,000
Anteil Frauen	gesamt	37,5%	40,4%	1,000	33,9%	32,6%	1,000	33,9%	40,2%	0,894	42,5%	45,1%	1,000	45,4%	51,7%	1,000
	klinikneu	44,7%	48,2%	1,000	46,9%	42,5%	1,000	40,1%	43,4%	1,000	44,4%	48,9%	1,000	49,0%	57,5%	1,000
	klinikbekannt	29,8%	32,0%	1,000	29,4%	29,1%	1,000	27,1%	36,7%	0,387	36,4%	32,7%	1,000	34,6%	34,6%	1,000
Anteil klinikbekannt Patienten	gesamt	48,6%	48,6%	1,000	73,9%	73,9%	1,000	47,7%	47,7%	1,000	23,6%	23,6%	1,000	25,4%	25,4%	1,000
	klinikneu	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
Anteil Referenzfall in PIA	gesamt	74,5%	73,6%	1,000	82,0%	82,4%	1,000	76,4%	71,6%	1,000	66,5%	67,8%	1,000	64,4%	64,9%	1,000
	klinikneu	65,7%	68,4%	1,000	68,1%	69,9%	1,000	70,3%	73,1%	1,000	64,6%	68,0%	1,000	59,5%	62,1%	1,000
	klinikbekannt	83,8%	79,1%	0,306	86,9%	86,9%	1,000	83,1%	69,9%	0,052	72,7%	67,3%	1,000	78,8%	73,1%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie vollstat.	gesamt	21,7%	22,2%	1,000	15,0%	14,1%	1,000	20,4%	24,4%	1,000	28,8%	26,2%	1,000	30,2%	31,2%	1,000
	klinikneu	31,2%	27,6%	1,000	28,3%	26,5%	1,000	27,5%	24,2%	1,000	32,6%	25,8%	1,000	35,9%	34,6%	1,000
	klinikbekannt	11,8%	16,5%	0,196	10,3%	9,7%	1,000	12,7%	24,7%	0,052	16,4%	27,3%	1,000	13,5%	21,2%	1,000
Anteil Ref.-fall in Allg. Psychiatrie teilstat.	gesamt	3,8%	4,2%	1,000	3,0%	3,5%	1,000	3,2%	4,0%	1,000	4,7%	6,0%	1,000	5,4%	3,9%	1,000
	klinikneu	3,2%	4,0%	1,000	3,5%	3,5%	1,000	2,2%	2,7%	1,000	2,8%	6,2%	1,000	4,6%	3,3%	1,000
	klinikbekannt	4,4%	4,4%	1,000	2,8%	3,4%	1,000	4,2%	5,4%	1,000	10,9%	5,5%	1,000	7,7%	5,8%	1,000
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%	
	klinikbekannt	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	7,7%	3,7%	<0,001	13,9%	7,2%	0,019	6,9%	2,3%	0,066	2,1%	1,7%	1,000	2,4%	1,0%	1,000
	klinikneu	2,9%	1,8%	1,000	5,3%	0,9%	1,000	2,7%	2,7%	1,000	2,8%	1,7%	1,000	1,3%	1,3%	1,000
	klinikbekannt	12,8%	5,7%	<0,001	16,9%	9,4%	0,064	11,4%	1,8%	0,008	0,0%	1,8%	1,000	5,8%	0,0%	1,000
Anteil Patienten mit teilstat. Fall prä	gesamt	2,3%	1,5%	1,000	4,6%	3,5%	1,000	2,0%	0,6%	1,000	0,4%	0,4%	1,000	0,0%	0,0%	
	klinikneu	0,5%	0,3%	1,000	0,9%	0,0%	1,000	0,5%	1,1%	1,000	0,6%	0,0%	1,000	0,0%	0,0%	
	klinikbekannt	4,2%	2,7%	1,000	5,9%	4,7%	1,000	3,6%	0,0%	0,236	0,0%	1,8%	1,000	0,0%	0,0%	
Anteil Patienten mit PIA-Fall Prä	gesamt	44,4%	45,0%	1,000	65,4%	67,2%	1,000	40,8%	43,4%	1,000	27,0%	24,5%	1,000	25,9%	23,9%	1,000
	klinikneu	3,0%	3,2%	1,000	0,9%	2,7%	1,000	2,7%	6,6%	1,000	5,6%	2,8%	1,000	2,0%	0,0%	1,000
	klinikbekannt	88,0%	89,0%	1,000	88,1%	90,0%	1,000	82,5%	83,7%	1,000	96,4%	94,5%	1,000	96,2%	94,2%	1,000
Anteil Pat. mit vertragsärztl. Fall prä	gesamt	42,5%	43,7%	1,000	37,6%	39,7%	1,000	44,3%	46,8%	1,000	47,6%	48,9%	1,000	43,9%	41,0%	1,000
	klinikneu	44,2%	42,8%	1,000	33,6%	35,4%	1,000	43,4%	41,2%	1,000	53,4%	49,4%	1,000	42,5%	42,5%	1,000
	klinikbekannt	40,6%	44,7%	1,000	39,1%	41,2%	1,000	45,2%	53,0%	0,751	29,1%	47,3%	0,696	48,1%	36,5%	1,000

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

7. Darstellung Modellvorhaben Südharz-Klinikum Nordhausen gGmbH

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

Am Südharz Klinikum sind laut Feststellungsbescheid im Jahr vor Beginn des Modells 65 Betten/Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie und 10 in der Tagesklinik vorgesehen. Hinzu kommen 46 Betten/Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 8 in der Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Allgemeine Psychiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind Bestandteil des Vertrages nach § 64b SGB V.

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

Die Klinik hat in einer projektbezogenen Befragung beschrieben, dass sie keinen spezifischen Schwerpunkt innerhalb des Modellprojekts verfolgt. Laut Selbstauskunft bei der Befragung hatte die Klinik seit 2009 eine § 64b-SGB-V-ähnliche Struktur, zu deren spezifischer Struktur jedoch keine weiteren Aussagen getroffen wurden.

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

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

Die Abrechnung in der PIA erfolgt in Thüringen in einigen Kliniken über Einzelleistungsvergütungen und in einigen Kliniken über Quartalspauschalen. In der Modellklinik erfolgt eine Einzelleistungsvergütung.

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 Verlaufsbeobachtung (Abbrüche des Kontakts, Wiederaufnahme und Leitlinienadhärenz). Bei U3 wurden die ersten und zweiten patientenindividuellen Jahre aller klinikneuen Patienten, die im ersten bis dritten Jahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Pro Patient wurde mit dem patientenindividuellen Jahr vor Einschluss in die Evaluation verglichen (Prä-Zeit). Bei U4 wurden die ersten drei patientenindividuellen Jahre aller klinikneuen und klinikbekannten Patienten, die im ersten bis zweiten Modelljahr in die Evaluation aufgenommen wurden, untersucht. Es wurden jeweils nur die Patienten betrachtet, die im jeweiligen Nachbeobachtungszeitraum auch beobachtet werden konnten (Ausschluss durch Wechsel der Krankenversicherung). Patienten, die im Nachbeobachtungszeitraum verstarben, wurden jedoch (zensiert) berücksichtigt.

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

8.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe

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

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

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

Erwachsene

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

Ca. 80 % eingeschlossenen klinikneuen Patienten und ca. 40 % der eingeschlossenen 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 in Interventions- wie auch Kontrollgruppe bei den klinikneuen Patienten verschiedene Kombination von

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

Bei den klinikbekannten Patienten waren die häufigsten Kombinationen bei Mehrfachdiagnosen in Interventions- und Kontrollgruppe verschiedene Kombination von

- vaskuläre Demenz (F01)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder

Funktionsstörung des Gehirns (F07)

psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)

Schizophrenie (F20)

leichte Intelligenzminderung (F70)

mittelgradige Intelligenzminderung (F71) (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)	201	204
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	76,6 %	81,4 %
• Zwei Diagnosen	19,4 %	17,6 %
• Drei Diagnosen	3,0 %	0,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	0,5 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	4	4
2. F32 & F43	3	3
3. F33 & F41	3	3

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)	353	348
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	38,8 %	43,4 %
• Zwei Diagnosen	41,1 %	38,2 %
• Drei Diagnosen	15,9 %	13,8 %
• Mehr als drei Diagnosen	4,2 %	4,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F07 & F71 / KG: F01 & F07	21	10
2. IG: F07 & F70 / KG: F20 & F70	12	8
3. IG: F10 & F70 / KG: F10 & F20	7	8

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 entsprechenden Kapitel zu finden. Klinikneue Patienten der IG wiesen zu einem höheren Anteil einen Einschluss in die Evaluation im stationären Setting vs. über die PIA im Vergleich zu klinikneuen Patienten der KG auf.

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

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	154	166	201	204
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,6 %	2,0 %	1,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	13,0 %	12,0 %	14,4 %	12,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,5 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,6 %	0,6 %	1,5 %	0,5 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,6 %	1,2 %	1,5 %	2,5 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	31,2 %	30,7 %	29,9 %	29,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,8 %	5,4 %	7,5 %	5,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	22,7 %	22,9 %	28,4 %	29,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,6 %	12,7 %	20,4 %	17,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,6 %	3,5 %	2,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,1 %	8,4 %	10,9 %	11,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	3,2 %	3,0 %	6,5 %	5,4 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,6 %	0,6 %	1,0 %	0,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	53,7	55,6	53,5	55,7
• Median	52	54	52	54
• (Interquartilsabstand)	(40 - 71)	(43 - 71)	(38 - 71)	(43 - 71)
Geschlecht				
• Frauen	42,2 %	45,8 %	44,3 %	48,5 %
• Männer	57,8 %	54,2 %	55,7 %	51,5 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	91,6 %	83,7 %	91,0 %	83,8 %
• PIA	8,4 %	16,3 %	9,0 %	16,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,3 %	1,8 %	3,5 %	2,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,8 %	6,0 %	5,5 %	5,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	8,4 %	13,3 %	8,5 %	11,8 %
• Abitur/Fachabitur	0,6 %	3,0 %	1,0 %	3,4 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	6,5 %	4,2 %	5,0 %	4,9 %
Höchster beruflicher Abschluss	77,3 %	71,7 %	76,6 %	72,1 %
<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 	3,2 %	2,4 %	5,0 %	2,9 %
	14,3 %	19,3 %	14,4 %	17,6 %
	0,0 %	1,2 %	0,0 %	1,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,6 %	0,6 %	0,5 %	1,0 %
	0,0 %	0,6 %	0,0 %	0,5 %
	4,5 %	4,2 %	3,5 %	4,9 %
	77,3 %	71,7 %	76,6 %	72,1 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	13,0 %	19,3 %	17,4 %	18,1 %
	66,9 %	66,3 %	64,7 %	66,2 %
	20,1 %	14,5 %	17,9 %	15,7 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	22,7 %	21,7 %	23,9 %	22,5 %
	13,6 %	18,7 %	13,9 %	19,6 %
	63,6 %	59,6 %	62,2 %	57,8 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	45,5 %	49,4 %	45,8 %	48,0 %
	1,3 %	0,0 %	1,5 %	0,0 %
	49,4 %	47,0 %	49,8 %	48,5 %
	3,9 %	3,6 %	3,0 %	3,4 %

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)	137	151	353	348
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,7 %	4,8 %	6,9 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,8 %	6,0 %	8,2 %	8,9 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	1,4 %	1,4 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	5,8 %	5,3 %	25,8 %	21,3 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	21,2 %	21,2 %	22,7 %	23,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	19,0 %	19,9 %	18,4 %	21,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	22,6 %	23,2 %	31,7 %	32,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,9 %	3,3 %	7,9 %	9,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	3,4 %	4,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,1 %	5,3 %	10,5 %	10,9 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	3,1 %	3,4 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	15,3 %	13,9 %	33,7 %	26,7 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,9 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,2 %	1,3 %	4,0 %	4,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	49,9	56,2	52,0	55,5
• Median	51	57	51	56
• (Interquartilsabstand)	(37 - 62)	(46 - 67)	(39 - 63)	(43 - 69)
Geschlecht				
• Frauen	45,3 %	51,0 %	46,7 %	50,9 %
• Männer	54,7 %	49,0 %	53,3 %	49,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	29,2 %	27,8 %	17,6 %	22,1 %
• PIA	70,8 %	72,2 %	82,4 %	77,9 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	8,0 %	2,6 %	9,1 %	4,3 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,6 %	2,6 %	3,4 %	1,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	7,3 %	2,0 %	4,8 %	1,7 %
• Abitur/Fachabitur	1,5 %	1,3 %	1,1 %	1,7 %
• Abschluss unbekannt	1,5 %	6,0 %	3,1 %	7,5 %
• Fehlende Angabe	78,1 %	85,4 %	78,5 %	83,0 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	10,2 %	2,6 %	10,8 %	4,9 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	9,5 %	6,6 %	7,4 %	4,3 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %
• Bachelor	0,7 %	0,0 %	0,3 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	1,3 %	0,3 %	1,1 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	1,5 %	4,0 %	2,8 %	6,3 %
• Fehlende Angabe	78,1 %	85,4 %	78,5 %	83,0 %
Pflegestufe				
• Ja	22,6 %	23,8 %	29,5 %	29,6 %
• Nein	54,7 %	64,2 %	58,1 %	62,4 %
• Fehlende Angabe	22,6 %	11,9 %	12,5 %	8,0 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	21,2 %	21,2 %	15,3 %	19,5 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	36,5 %	41,1 %	42,8 %	48,0 %
• Weder A noch B	42,3 %	37,7 %	41,9 %	32,5 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	38,7 %	29,1 %	35,4 %	29,0 %
• Familienversicherter	6,6 %	2,6 %	4,5 %	2,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	54,0 %	64,9 %	59,2 %	65,2 %
• Fehlende Angabe	0,7 %	3,3 %	0,8 %	3,7 %

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).

Genau 74 % der eingeschlossenen klinikneuen Patienten der IG und knapp 81 % der klinikneuen Patienten der KG, sowie 65 % der eingeschlossenen klinikbekannten Patienten und über 68 % der klinikbekannten Patienten der KG 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 der 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 (F90)
- kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)
- emotionale Störungen des Kindesalters (F93)
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94)
- andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98)

(Tabelle 7).

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)	96	98
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	74,0 %	80,6 %
• Zwei Diagnosen	22,9 %	17,3 %
• Drei Diagnosen	1,0 %	2,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	2,1 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F32 & F43	3	4
2. F90 & F98	2	2
3. IG: F32 & F93 / KG: F43 & F92	2	2

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)	299	279
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	64,9 %	68,1 %
• Zwei Diagnosen	27,8 %	28,3 %
• Drei Diagnosen	6,4 %	3,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F94	12	9
2. IG: F90 & F98 / KG: F90 & F92	6	7
3. IG: F43 & F92 / KG: F43 & F90	5	6

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. Lediglich der Anteil der Patienten mit Pflegestufe war in der IG bei den klinikneuen Patienten größer und bei den klinikbekannten Patienten geringer als bei den Patienten der KG. 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. Weiterhin sind diese Variablen sowie die Angaben zur schweren psychischen Störungen für die Evaluation von Kinder und Jugendlichen nicht zweckmäßig, da diese für diese Altersgruppe nur sehr eingeschränkt anwendbar sind.

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)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	71	79	96	98
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 %	1,0 %	1,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,4 %	1,3 %	1,0 %	1,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	4,2 %	6,3 %	10,4 %	11,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	12,7 %	11,4 %	19,8 %	19,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,4 %	2,5 %	1,0 %	2,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,0 %	5,1 %	7,3 %	4,1 %
• F 50 (Essstörungen)	1,4 %	0,0 %	1,0 %	1,0 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,2 %	5,1 %	4,2 %	7,1 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,8 %	3,8 %	3,1 %	5,1 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	64,8 %	64,6 %	69,8 %	66,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,5	11,6	11,8	11,9
• Median	12	11	12	12
• (Interquartilsabstand)	(8 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)
Geschlecht				
• Frauen	53,5 %	41,8 %	51,0 %	42,9 %
• Männer	46,5 %	58,2 %	49,0 %	57,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	22,5 %	21,5 %	33,3 %	30,6 %
• PIA	77,5 %	78,5 %	66,7 %	69,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,8 %	3,8 %	4,2 %	3,1 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	1,4 %	5,1 %	1,0 %	4,1 %
• Abitur/Fachabitur	1,4 %	1,3 %	1,0 %	1,0 %

<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	2,8 %	2,5 %	2,1 %	2,0 %
	91,5 %	87,3 %	91,7 %	89,8 %
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 	7,0 %	7,6 %	7,3 %	6,1 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %
	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
	1,4 %	2,5 %	1,0 %	2,0 %
	91,5 %	87,3 %	91,7 %	89,8 %
Pflegestufe				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	7,0 %	1,3 %	6,3 %	3,1 %
	69,0 %	83,5 %	71,9 %	78,6 %
	23,9 %	15,2 %	21,9 %	18,4 %
Schwere psychische Störungen				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	11,3 %	6,3 %	12,5 %	6,1 %
	0,0 %	1,3 %	0,0 %	1,0 %
	88,7 %	92,4 %	87,5 %	92,9 %
Versicherungsstatus (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Mitglied • Familienversicherter • Rentner und deren Familienangehörige • Fehlende Angabe 	18,3 %	19,0 %	24,0 %	16,3 %
	76,1 %	73,4 %	71,9 %	75,5 %
	4,2 %	2,5 %	3,1 %	3,1 %
	1,4 %	5,1 %	1,0 %	5,1 %

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)	194	190	299	279
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	1,5 %	2,1 %	2,7 %	2,2 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,2 %	5,8 %	12,7 %	12,2 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,5 %	0,5 %	1,3 %	1,1 %
• F 50 (Essstörungen)	0,5 %	1,1 %	1,0 %	1,1 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,6 %	3,7 %	8,0 %	8,2 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,0 %	1,1 %	2,7 %	2,5 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	86,1 %	85,8 %	88,3 %	88,5 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,4	10,9	11,6	11,3
• Median	12	11	12	11
• (Interquartilsabstand)	(9 - 14)	(9 - 13)	(9 - 14)	(9 - 13)
Geschlecht				
• Frauen	29,9 %	28,9 %	29,4 %	28,0 %
• Männer	70,1 %	71,1 %	70,6 %	72,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss				
• stationär	6,7 %	11,6 %	12,0 %	13,3 %
• PIA	93,3 %	88,4 %	88,0 %	86,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss				
• Ohne Schulabschluss	1,5 %	0,0 %	1,3 %	0,7 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,1 %	3,7 %	3,0 %	2,9 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	2,1 %	2,1 %	1,7 %	2,5 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	1,1 %	0,3 %	0,7 %
• Abschluss unbekannt	0,5 %	1,6 %	0,7 %	1,8 %
• Fehlende Angabe	92,8 %	91,6 %	93,0 %	91,4 %

Höchster beruflicher Abschluss				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,2 %	4,2 %	6,4 %	4,7 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,0 %	1,1 %	0,0 %	1,1 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	2,1 %	0,7 %	2,2 %
• Fehlende Angabe	92,8 %	91,6 %	93,0 %	91,4 %
Pflegestufe				
• Ja	3,6 %	6,3 %	3,7 %	9,3 %
• Nein	76,8 %	72,6 %	78,6 %	71,0 %
• Fehlende Angabe	19,6 %	21,1 %	17,7 %	19,7 %
Schwere psychische Störungen				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	7,7 %	5,8 %	9,4 %	6,5 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,5 %	0,0 %	0,3 %	0,4 %
• Weder A noch B	91,8 %	94,2 %	90,3 %	93,2 %
Versicherungsstatus				
• Mitglied	21,1 %	13,7 %	21,7 %	14,0 %
• Familienversicherter	76,3 %	80,0 %	74,9 %	79,2 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,6 %	4,2 %	3,0 %	4,3 %
• Fehlende Angabe	0,0 %	2,1 %	0,3 %	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

8.2 Ergebnisse Outcomes, Erwachsene

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

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

Der Postzeitraum 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 Postzeitraum entweder nur das erste patientenindividuelle Jahr (U2), die ersten beiden patientenindividuellen Jahre (U3), die ersten drei patientenindividuellen Jahre (U4) oder die ersten vier patientenindividuellen Jahre (U1). Das patientenindividuelle Jahr vor Einschluss in die Evaluation wird im Folgenden „prä“ (Präzeitraum) und „1. Jahr“, „2. Jahr“, „3. Jahr“ bzw. „4. Jahr“ (erstes, zweites, drittes bzw. viertes Jahr des Patienten im Modellvorhaben) genannt.

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

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

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

mindestens 50 Fälle pro Gruppe vorhanden waren, wurden nicht dargestellt, da eine Aussagefähigkeit nicht gegeben ist.

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

8.2.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

Primärer (B) und sekundärer (A, C-F) Outcome: Hier wurde untersucht, ob grundsätzlich Krankenhausaufenthalte vermieden wurden bzw. wie lange die Aufenthalte insgesamt 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 keinem Tag) und nicht Fallzahlen im Krankenhaus.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Hier stieg zunächst der Anteil in beiden Gruppen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach und sank dann ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall erneut ab. Dabei war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zwischen IG und KG vergleichbar (IG: + 72,1; KG: + 71,6 %-Punkte). Das Absinken der Anteile war jedoch im dritten und vierten Jahr nach Referenzfall in der IG größer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets geringere Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt auf (prä: -0,9; 1. Jahr: -7,9; 2. Jahr: -5,4; 3. Jahr: -8,4; 4. Jahr: -7,2 %-Punkte). Dieser Unterschied vergrößerte sich ab dem ersten Jahr nach Referenzfall und blieb über den patientenindividuellen Verlauf stabil. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach bei den linikneuen Patienten der IG stärker an als in der KG (IG: +30,3; KG: +16,2 %-Punkte). Der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall war statistisch signifikant (Gruppenschätzer = 2,0; aufgrund eines Wertes von 0,0 im Präzeitraum muss auf einen DiD-Schätzer verzichtet werden; anstelle dessen wurde ein Gruppenvergleich (ohne Vergleich mit dem Jahr vor Referenzfall) gerechnet). Bei den linikbekannten Patienten verzeichnete der Verlauf im ersten Jahr nach Referenzfall einen kleinen Peak. Dieser war in der IG etwas größer als in der KG (IG: +4,2; KG: 0,6 %-Punkte). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Weitere wesentliche Unterschiede im Verlauf gab es nicht (prä: -0,6; 1. Jahr: +3,0; 2. Jahr: -0,4; 3. Jahr: -0,4, 4. Jahr: -0,5 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein zwischen IG und KG ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 2,2; KG: 0,8 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 22,0; KG: 25,2 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,1; 3,5 und 2,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 2,7; 4,3 und 3,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall war in der IG zwar numerisch geringer (IG: +19,8; KG: +24,4 vollstationäre Tage), jedoch statistisch nicht signifikant verglichen mit dem Jahr vor Referenzfall. Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveauunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Auch 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 im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG weniger vollstationäre Behandlungsfälle als in der KG zu verzeichnen waren. Dies war sowohl bei den jüngeren (jünger als medianes Alter) als auch bei den älteren Patienten der Fall. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikneue Patienten mit Referenzdiagnose F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung), F00 (Demenz) und F30-39 (affektive Störungen) auf (wobei die erst- und zweitgenannte nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F30-39 (affektive Störungen) und F01 (Vaskuläre Demenz) aufwiesen (wobei erstgenannte 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 linikbekannten Patienten lag die Anzahl vollstationärer Behandlungstage in der IG, analog zu den Anteilen, stets unter denen der KG (prä: -1,3; 1. Jahr: -4,8; 2. Jahr: -1,4; 3. Jahr: -1,5; 4. Jahr: -2,0 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG 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 in der IG die jüngeren Patienten (jünger als medianes Alter) mehr vollstationäre Tage als die älteren Patienten aufwiesen (12,7 vs. 9,4 vollstationäre Tage); dies war jedoch in der KG vice versa (d.h. hier wiesen die jüngeren Patienten weniger vollstationäre Tage als die älteren Patienten auf; 14,7 vs. 16,0 vollstationäre Tage). Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen klinikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen), F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F30-39 (affektive Störungen) (wobei erstgenannte nur sehr wenige Fälle betraf) auf; während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F10 (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), F20-29 (Schizophrenie) 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 gingen 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. Hier war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG nur leicht höher als in der KG (IG: +9,6; KG: +7,9 teilstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Die weiteren Jahre waren zwischen IG und KG auch numerisch vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich parallele Verläufe zwischen IG und KG mit stets leicht geringeren Anzahlen an teilstationären Tagen in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,6; 1. Jahr: -0,3; 2. Jahr: -0,2; 3. Jahr: -0,5; 4. Jahr: -0,7 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: +61,5 %-Punkte; KG: +68,4 %-Punkte). Auf der anderen Seite stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** in der IG stärker an als in der KG (IG: +28,1 %; KG: +20,0 %).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich in der IG und KG eine etwas geringere Steigung der durchschnittlichen Anzahl der Tage in der IG im Vergleich zur KG (IG: +20,9; KG: +24,0 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in IG und KG in diesem Zeitraum im gleichen Maße an (IG: +11,5; KG: +11,2 teilstationäre Tage).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung stieg der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** in der IG weniger stark an als in der KG (prä: +0,2; 1. Jahr: -7,7; 2. Jahr: -1,9 %-Punkte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg dagegen zum ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant stärker im Vergleich zur KG und dem Jahr vor Referenzfall an (DiD = +6,1; prä: -0,5; 1. Jahr: +8,8; 2. Jahr: -0,3 %-Punkte).

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine etwas geringere Zunahme der Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall. Die vollstationären Tage in der KG blieben auch im zweiten Jahr nach Referenzfall unter den der KG (prä: +0,3; 1. Jahr: -2,3; 2. Jahr: -2,7 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei dieser in der IG erneut nur sehr geringfügig größer

als in der KG war (prä: -0,1; 1. Jahr: +0,8; 2. Jahr: -0,3 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es erneut nicht.

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** bei den linikneuen Patienten in allen untersuchten Jahren in der IG unter denen der KG lag (prä: -0,3; 1. Jahr: -4,6; 2. Jahr: -3,0; 3. Jahr: -4,8 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der KG (prä: +2,0; 1. Jahr: -14,9; 2. Jahr: -5,2; 3. Jahr: -6,9 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker und war ansonsten stets (leicht) unter den Anteilen der KG (prä: -0,6; 1. Jahr: +8,6; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -0,1 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf mit leicht höheren Anteilen in der IG im Vergleich zur KG zu beobachten, wobei der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall am stärksten ausfiel (prä: +0,6; 1. Jahr: +2,7, 2. Jahr: +1,9; 3. Jahr: +0,6 %-Punkte).

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten nach einer vergleichbaren Anzahl von vollstationären Behandlungstagen im Jahr vor Referenzfall in der IG ein geringerer Anstieg als in der KG im Jahr nach Referenzfall. Auch in den beiden folgenden Jahren blieb die Anzahl vollstationärer Tage in der IG geringer als in der KG (prä: +0,5; 1. Jahr: -3,8; 2. Jahr: -3,7; 3. Jahr: -1,0 vollstationäre Tage). Auch bei den linikbekannten Patienten zeigte sich in der IG ein geringerer Anstieg vollstationärer Behandlungstage im Vergleich zur KG (prä: +0,6; 1. Jahr: -8,3; 2. Jahr: -1,3; 3. Jahr: -0,7 vollstationäre Tage). Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war, analog zu U1, ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG erneut etwas höher als in der KG. Der absolute Verlauf war zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -0,2; 1. Jahr: +0,2; 2. Jahr: -0,5; 3. Jahr: -0,3 teilstationäre Tage). Bei den linikbekannten Patienten zeigten sich vergleichbare Verläufe zwischen IG und KG mit einem Absinken der teilstationären Tage über die Modelljahre und vergleichbarem Niveau.

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)	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	8,5 %	80,6 %	14,4 %	9,0 %	9,8 %	6,4 %	77,9 %	10,3 %	14,1 %	11,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,0 %	30,3 %	3,2 %	3,4 %	2,9 %	2,0 %	18,1 %	0,5 %	3,8 %	3,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,5 %	94,0 %	14,9 %	10,7 %	11,6 %	7,8 %	85,8 %	10,8 %	16,8 %	12,4 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,5 %	2,0 %	1,1 %	0,6 %	0,6 %	1,0 %	2,9 %	0,0 %	0,5 %	1,7 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	20,9 %	17,9 %	13,8 %	10,7 %	9,8 %	16,2 %	19,6 %	19,1 %	17,4 %	14,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,2	22,0	4,1	3,5	2,9	0,8	25,2	2,7	4,3	3,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,0	9,6	1,0	1,1	1,2	0,5	8,5	0,3	1,6	1,3
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,2	31,7	5,1	4,6	4,1	1,4	33,7	3,0	5,8	5,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,6	0,2	0,1	0,3	0,0	0,8	0,0	0,1	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,5	2,1	2,2	1,5	2,5	3,0	2,4	2,2	2,1

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)	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	21,5 %	27,5 %	16,8 %	13,4 %	13,5 %	22,4 %	35,3 %	22,2 %	21,8 %	20,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,2 %	8,5 %	2,0 %	1,2 %	1,5 %	4,9 %	5,5 %	2,4 %	1,6 %	2,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	22,9 %	28,0 %	17,1 %	14,0 %	13,8 %	25,3 %	38,5 %	22,5 %	22,4 %	21,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,4 %	1,7 %	0,9 %	2,1 %	0,9 %	3,4 %	2,6 %	1,2 %	2,2 %	3,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	15,9 %	15,6 %	16,8 %	17,0 %	17,8 %	20,4 %	21,6 %	20,7 %	20,2 %	18,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	7,2	10,0	6,6	7,4	5,6	8,5	14,9	7,9	8,9	7,7
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,7	1,7	0,8	0,3	0,3	2,3	2,0	1,0	0,8	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	8,9	11,7	7,4	7,7	5,9	10,9	16,8	8,9	9,7	8,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	1,0	0,5	0,5	0,7	0,9	0,9	0,9	0,2	0,6	0,7
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,5	2,3	2,3	2,4	2,9	2,0	3,1	2,6	2,7	2,4

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

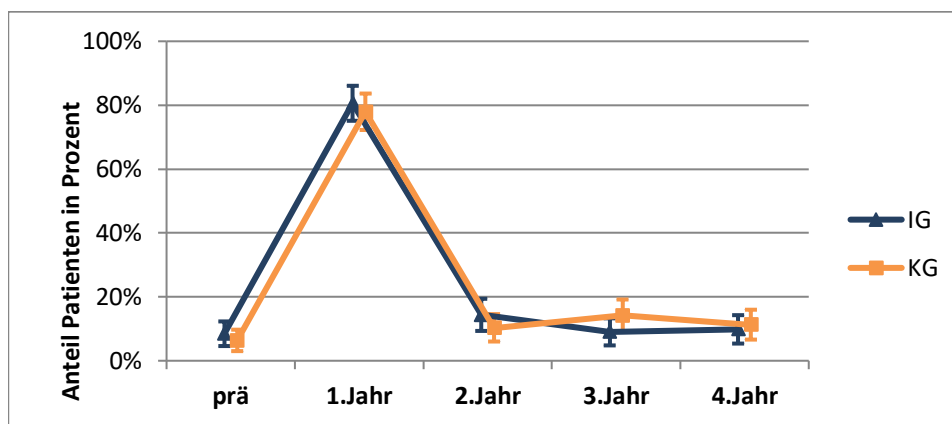
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

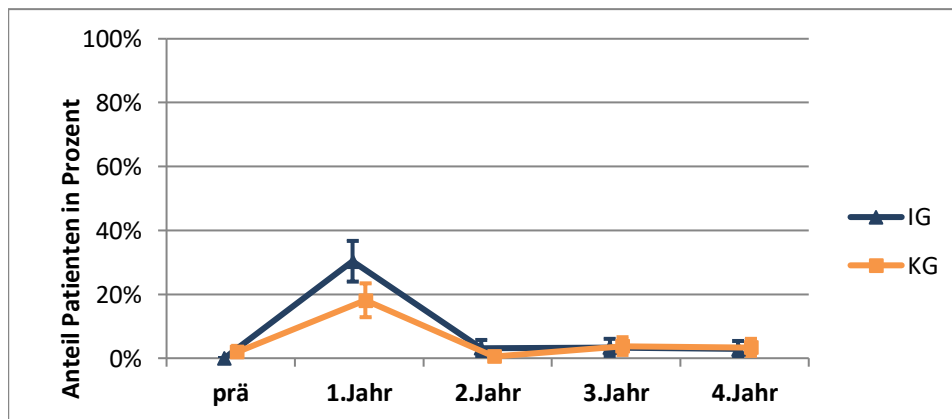
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

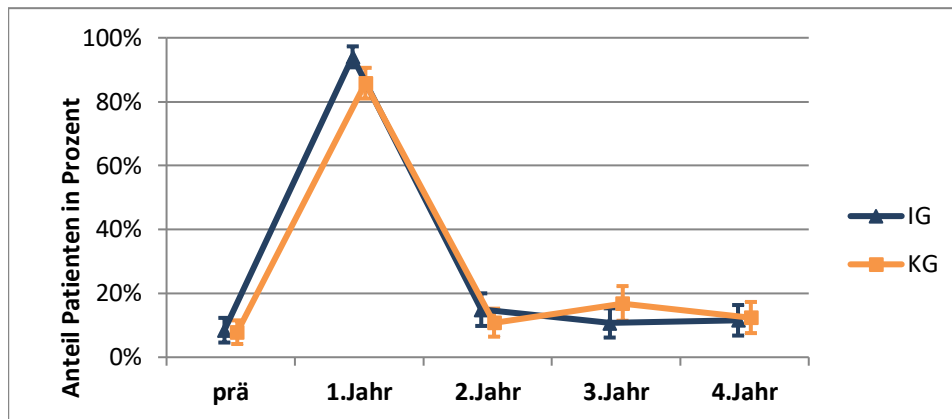
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



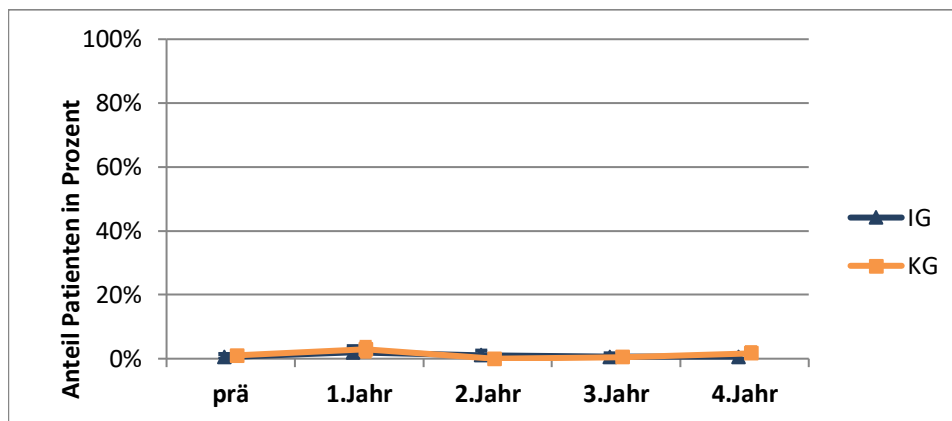
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



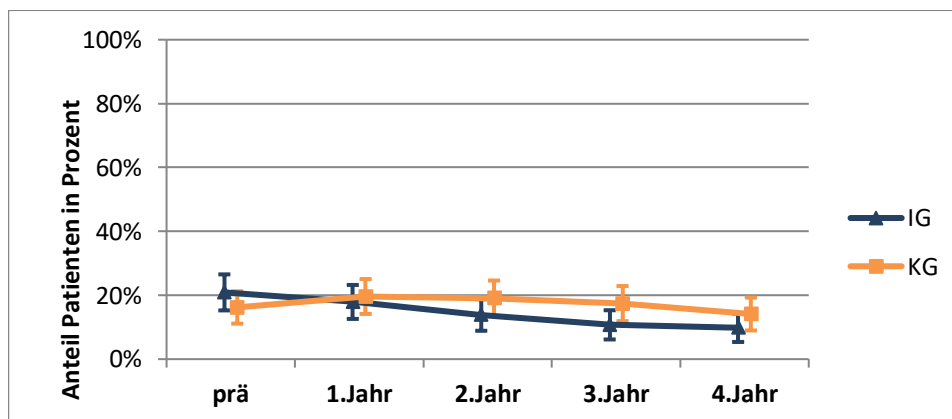
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

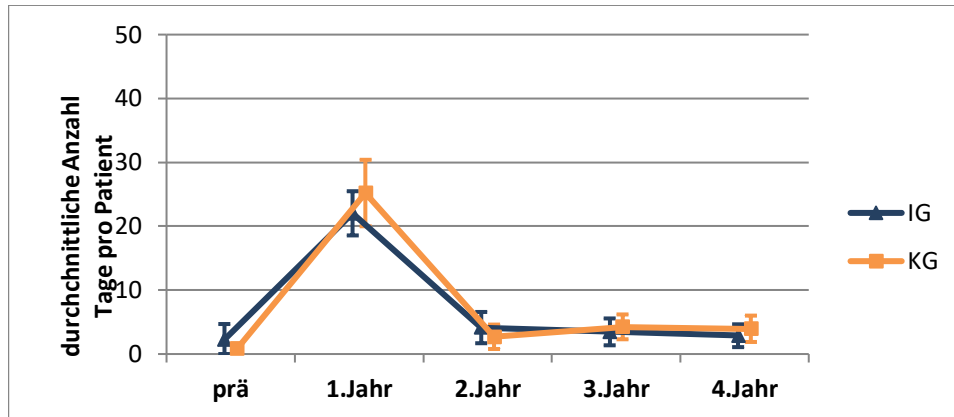


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

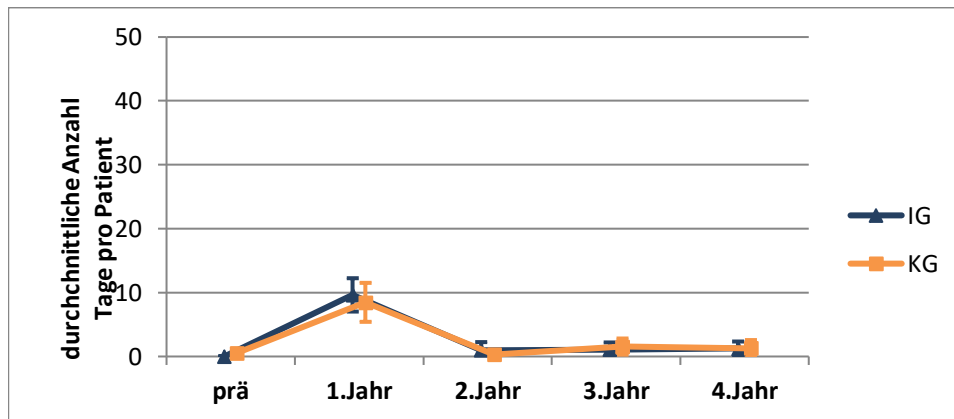


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

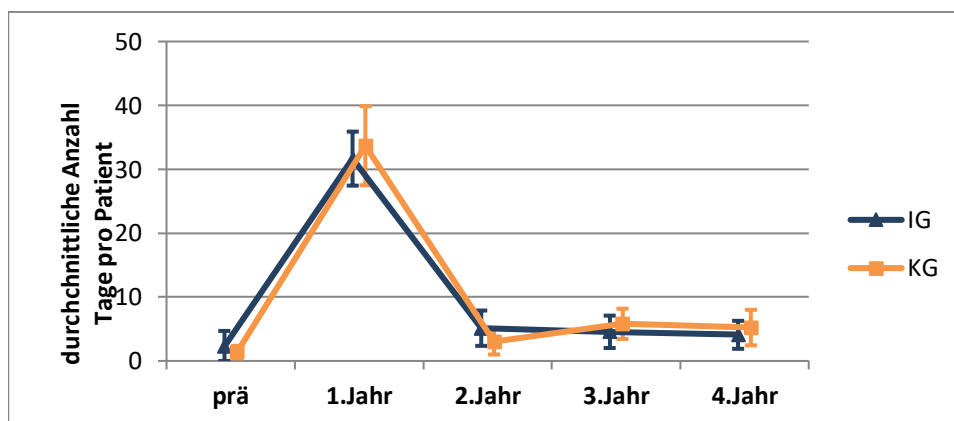
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



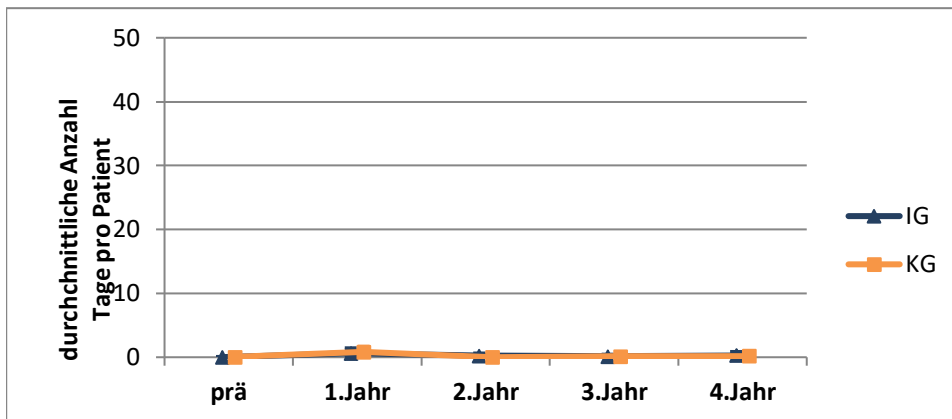
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



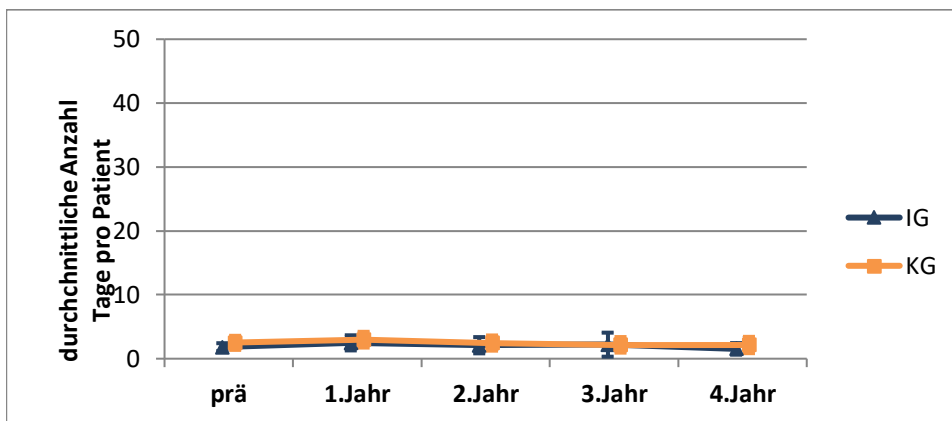
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



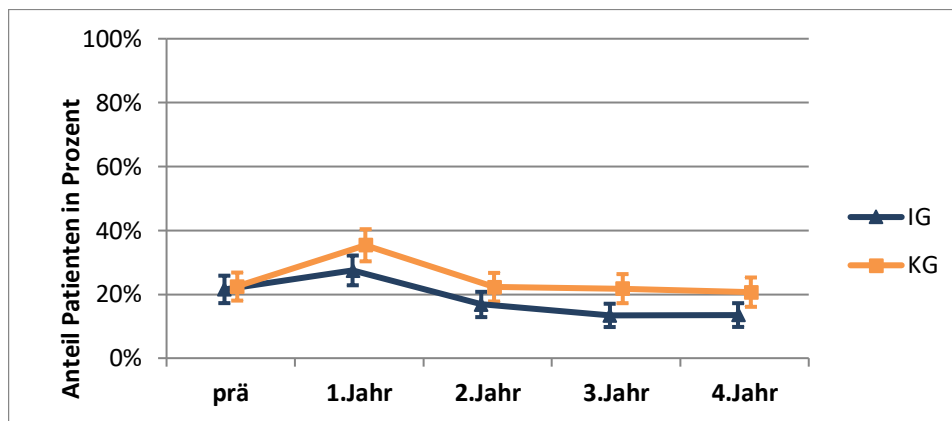
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

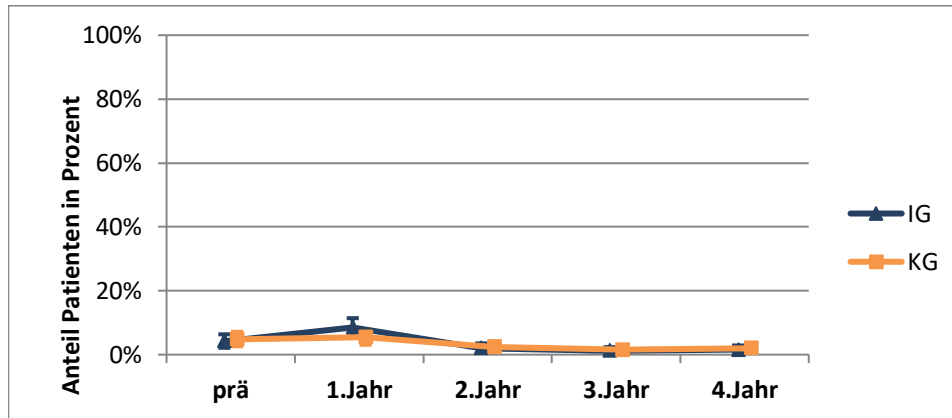
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

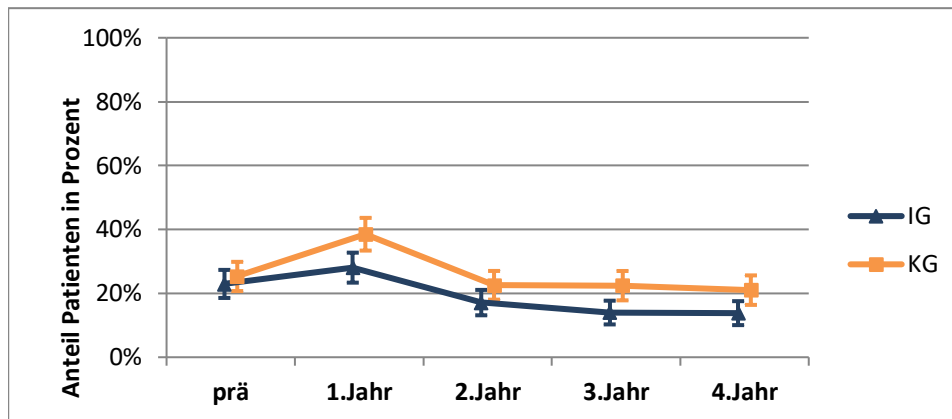
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



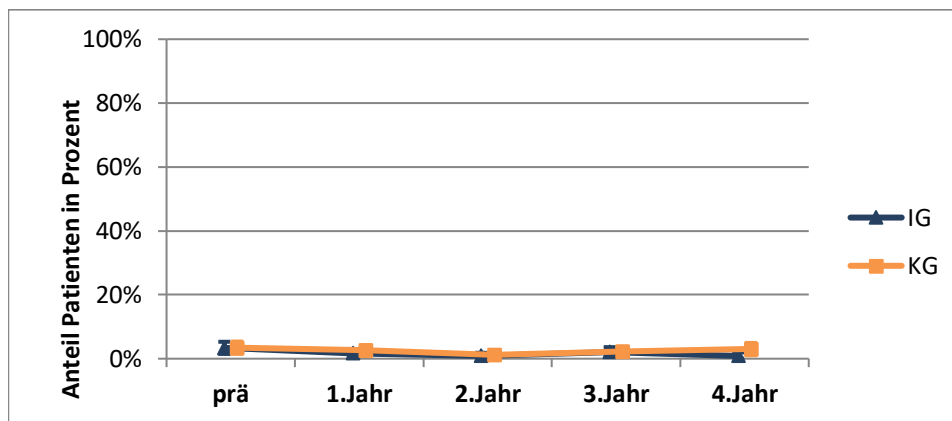
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



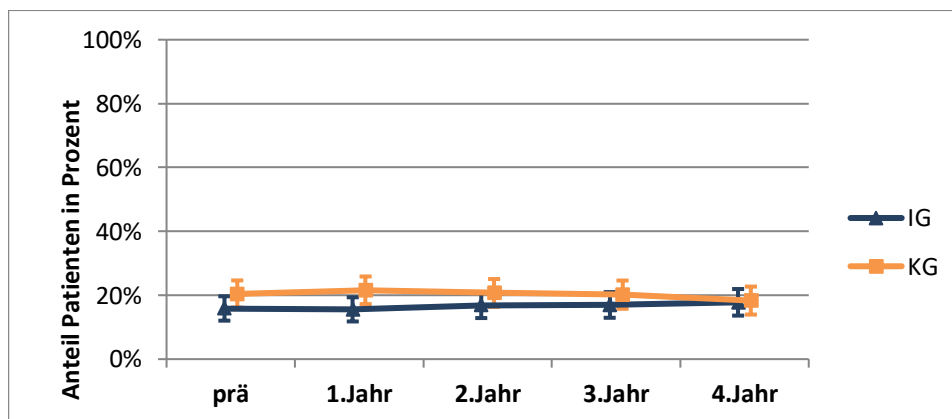
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

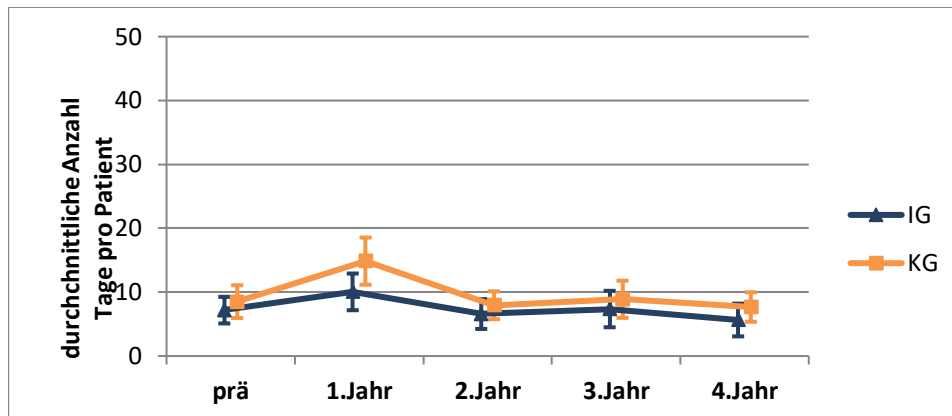


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

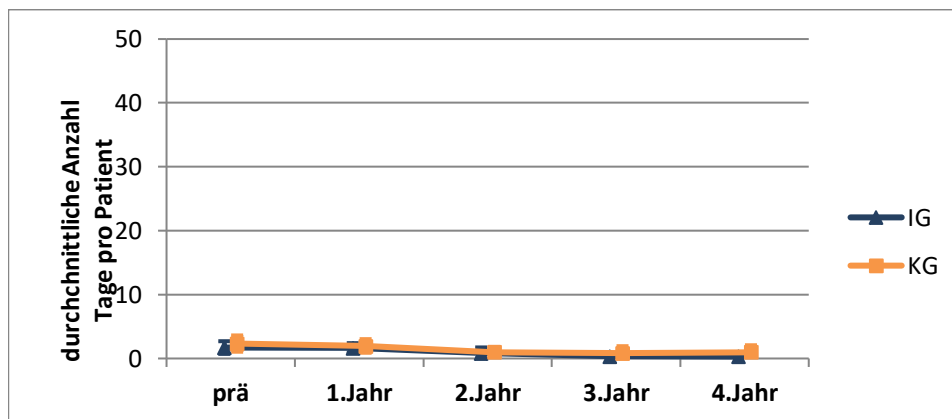


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

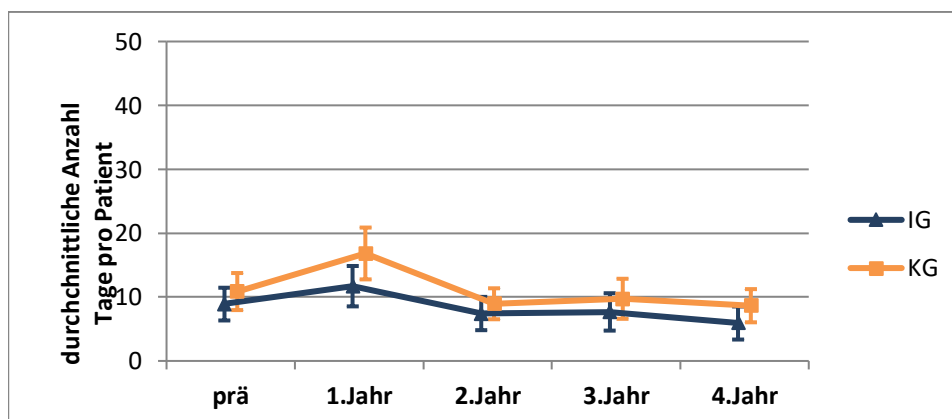
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



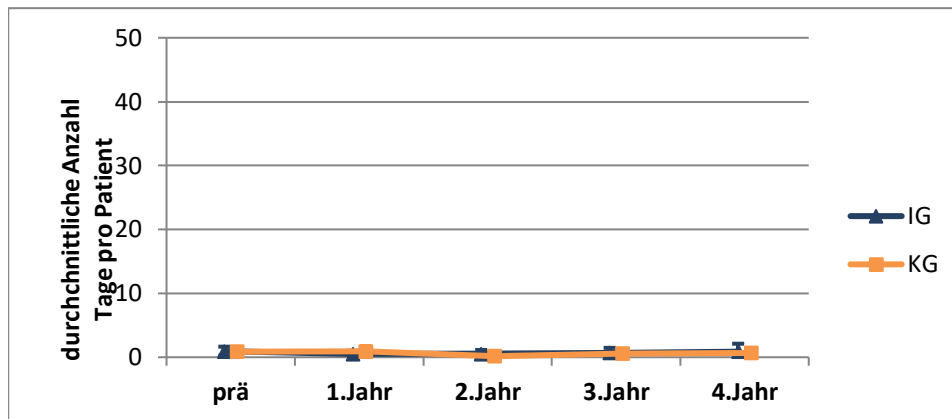
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

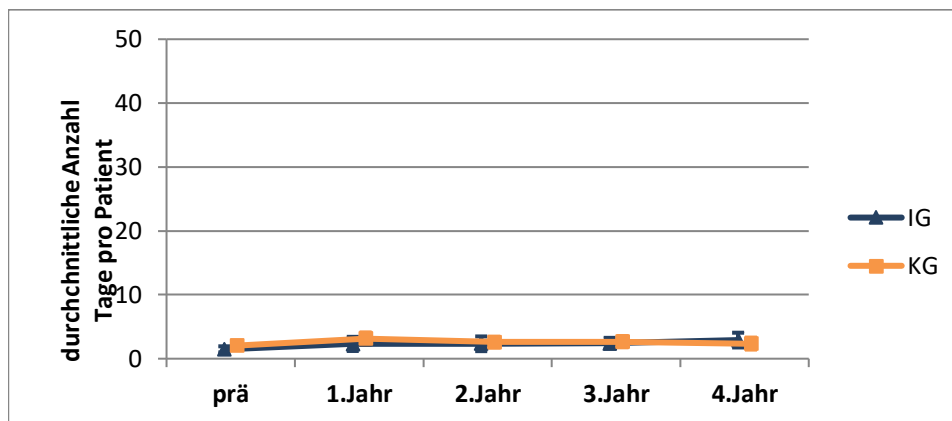


Tabelle 12: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,73 0,28...1,86	1,97** 1,23...3,13	-4,58 -9,64...0,48	1,72 -1,22...4,65
DID Jahr 2	1,06 0,39...2,86	6,25 0,75...52,36	-0,10 -5,17...4,96	1,19 -1,75...4,12
DID Jahr 3	0,42 0,15...1,16	0,87 0,29...2,62	-2,19 -7,25...2,87	0,11 -2,83...3,04
DID Jahr 4	0,61 0,22...1,72	0,84 0,25...2,80	-2,36 -7,43...2,70	0,50 -2,44...3,44

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,65 0,38...1,12	2,05 0,77...5,45	-3,48 -8,39...1,44	0,32 -1,41...2,04
DID Jahr 2	0,72 0,40...1,30	0,98 0,27...3,56	0,16 -4,75...5,08	0,49 -1,24...2,22
DID Jahr 3	0,56 0,31...1,04	0,89 0,19...4,14	0,25 -4,67...5,16	0,16 -1,57...1,89
DID Jahr 4	0,65 0,35...1,20	0,93 0,22...3,88	-0,07 -4,98...4,85	0,06 -1,67...1,78
DID Jahr 1-4	—	—	-0,78 -4,68...3,12	0,26 -1,11...1,62

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)	1.016	1.016	1.016	1.016
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) 	5,3 %	66,8 %	6,0 %	74,4 %
	0,3 %	28,3 %	0,6 %	20,6 %
	5,4 %	78,8 %	6,4 %	85,6 %
	1,1 %	3,7 %	1,6 %	3,2 %
	17,6 %	16,8 %	17,6 %	18,4 %
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) 	1,2	22,1	1,0	24,9
	0,1	11,6	0,1	11,3
	1,2	33,6	1,1	36,2
	0,3	0,9	0,3	0,9
	2,2	2,0	2,4	2,9

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

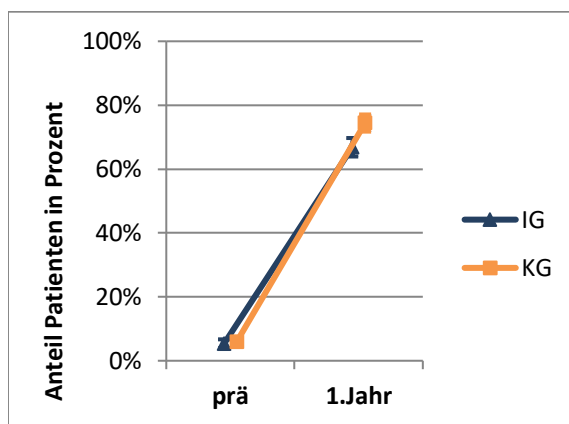
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

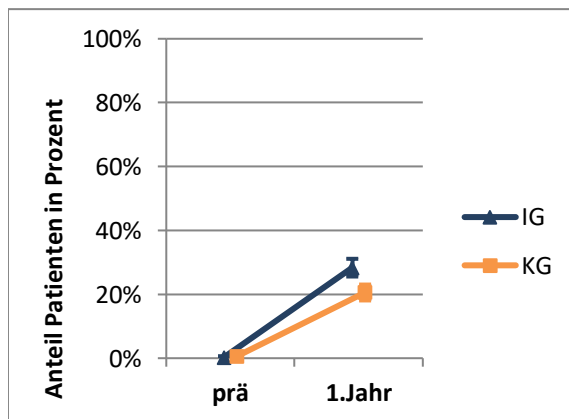
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

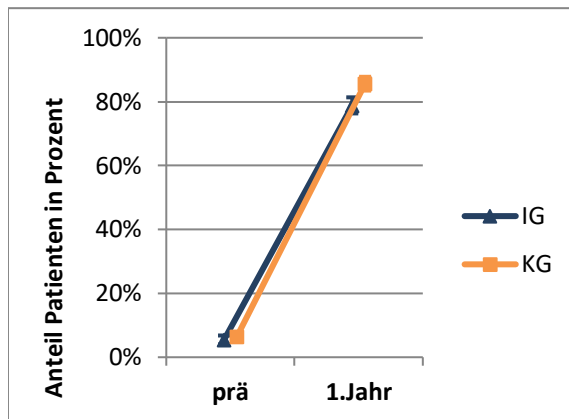
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



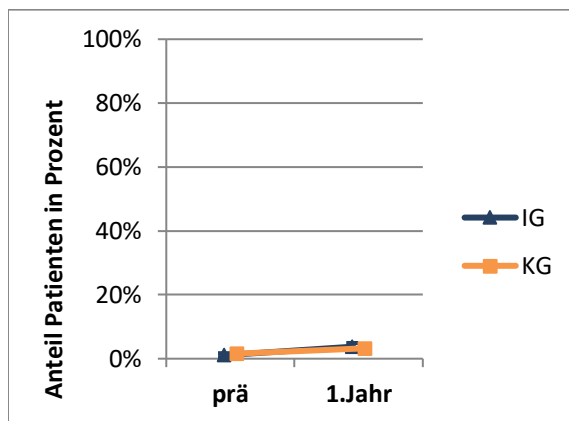
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



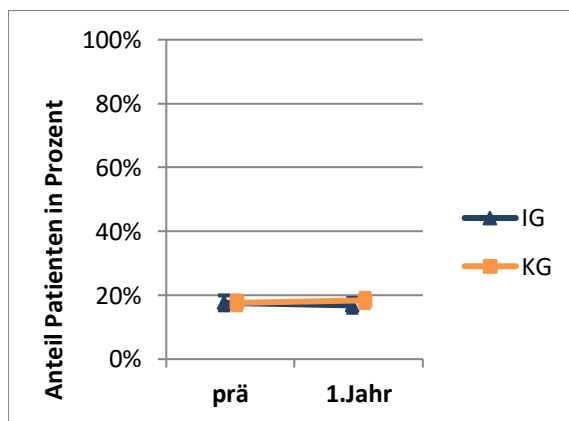
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

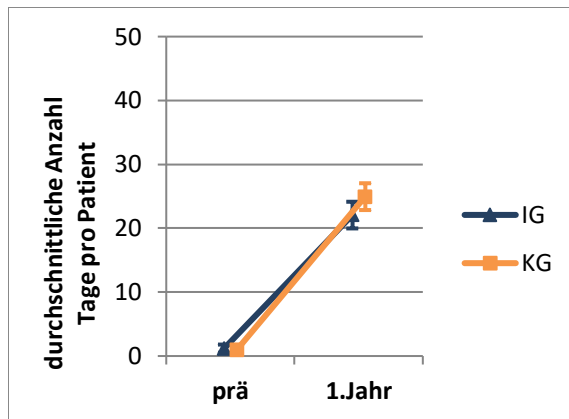


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

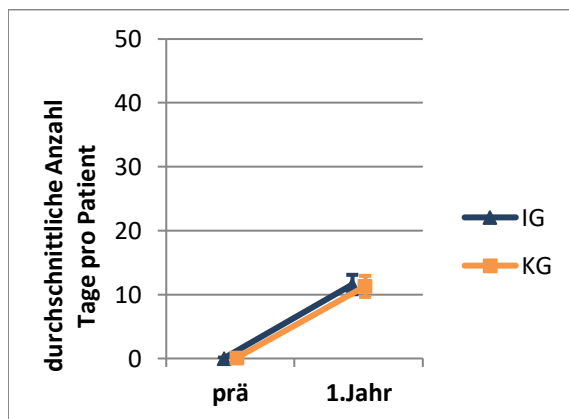


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

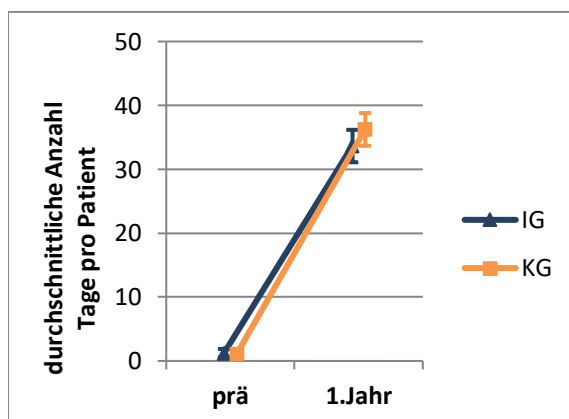
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



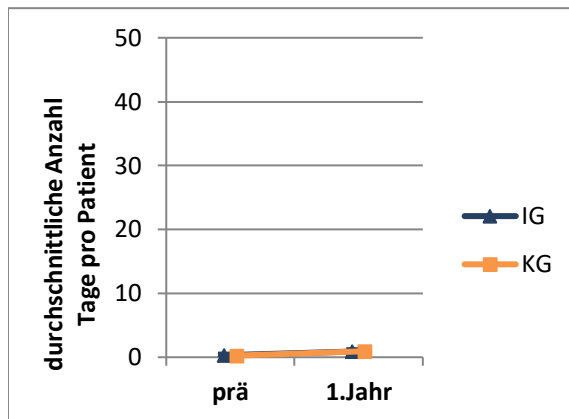
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



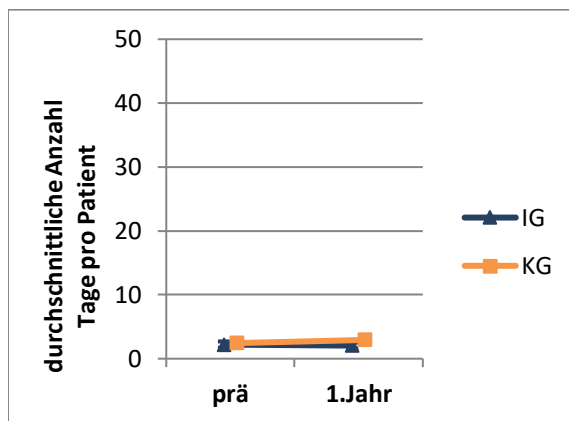
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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)	772	772	730	770	770	730
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,6 %	68,5 %	12,3 %	5,3 %	76,2 %	14,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,3 %	27,5 %	2,6 %	0,8 %	18,7 %	2,9 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,6 %	80,4 %	13,4 %	5,8 %	86,1 %	16,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	3,4 %	1,9 %	1,3 %	3,5 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,7 %	18,7 %	15,1 %	18,1 %	20,5 %	15,6 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,3	23,0	3,5	1,1	25,4	6,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	10,8	0,8	0,2	9,9	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,4	33,8	4,3	1,3	35,3	7,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,9	0,4	0,1	1,0	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,0	2,3	1,8	2,4	3,5	2,4

- 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

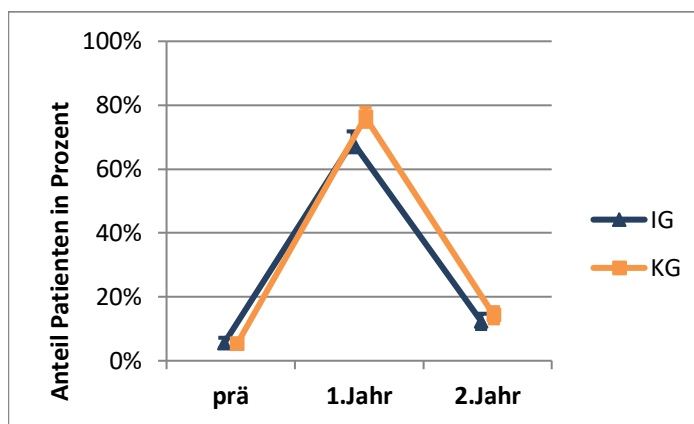
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

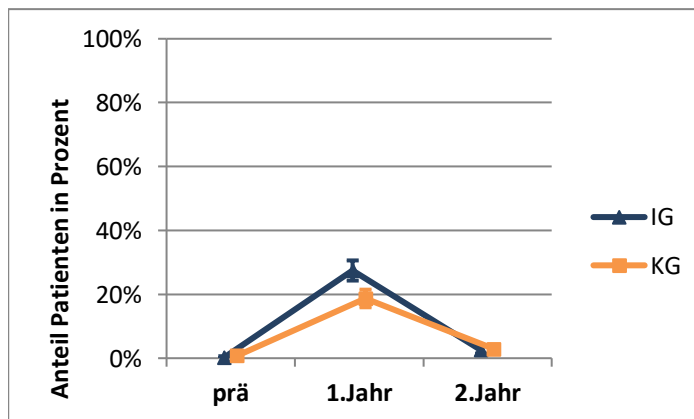
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

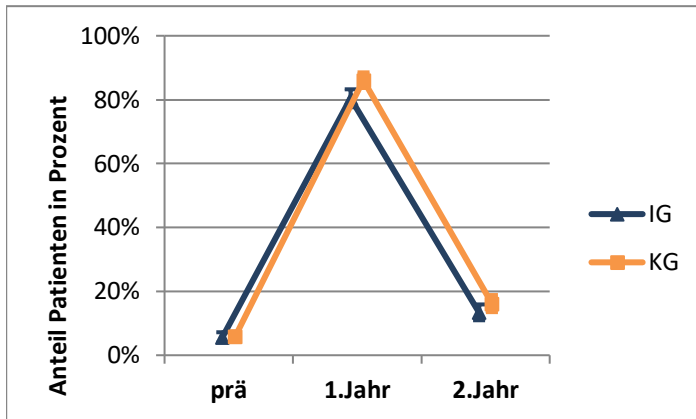
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



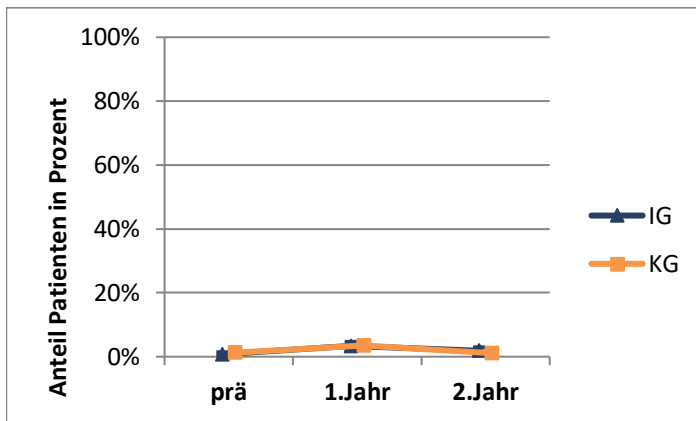
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



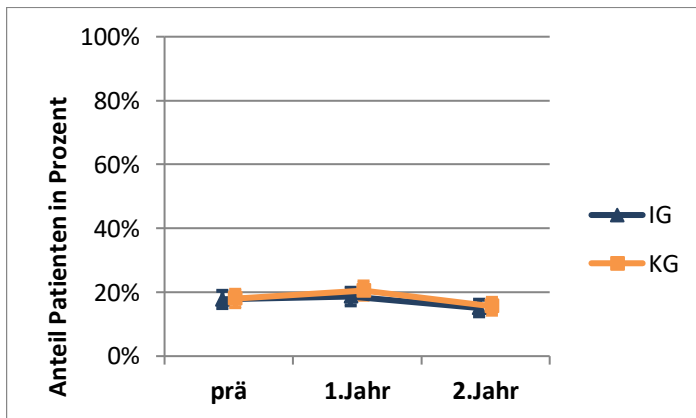
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

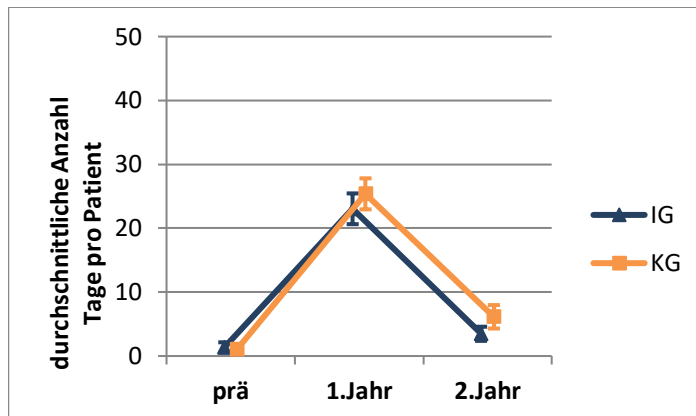


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

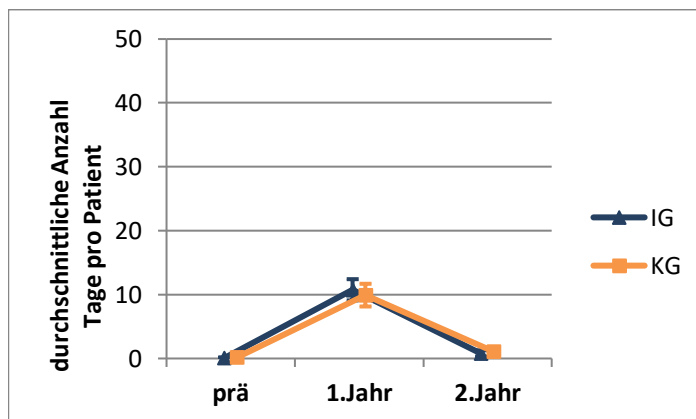


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

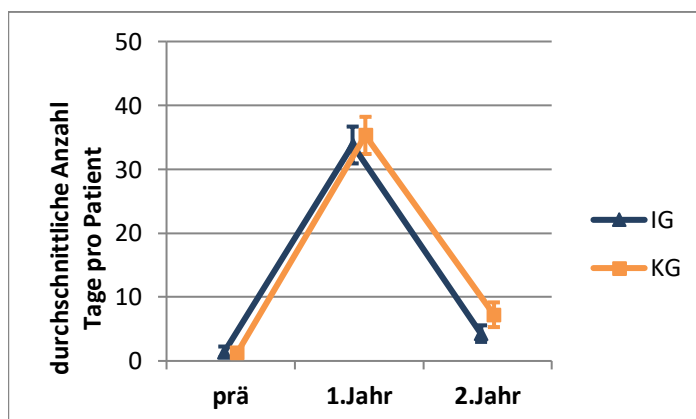
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



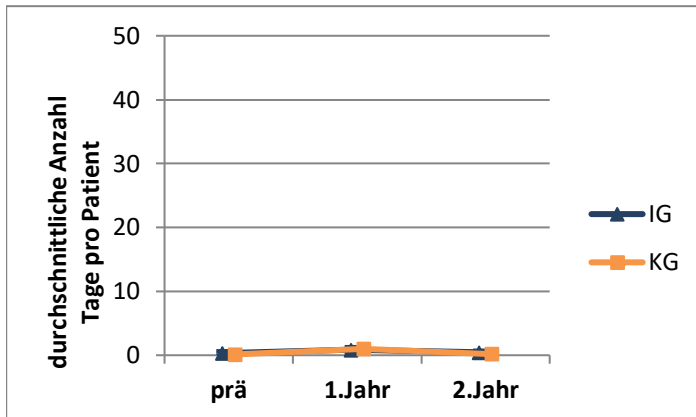
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

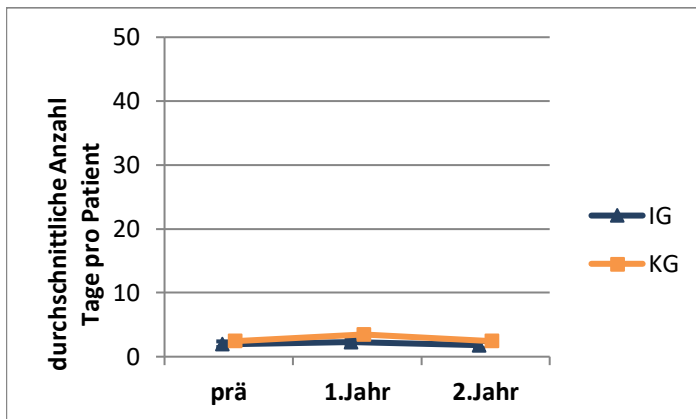


Tabelle 15: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,67 0,40...1,13	6,09* 1,19...31,21	-2,59 -5,87...0,68	0,94 -1,06...2,95
DID Jahr 2	0,80 0,47...1,39	2,75 0,49...15,58	-2,79 -6,06...0,49	-0,18 -2,19...1,82

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)	477	477	448	426	489	489	464	445
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	5,7 %	72,5 %	12,3 %	9,6 %	5,9 %	77,1 %	15,3 %	14,4 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,4 %	26,8 %	2,0 %	2,3 %	1,0 %	18,2 %	3,2 %	2,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	5,7 %	84,3 %	12,9 %	10,8 %	6,5 %	85,9 %	17,5 %	16,0 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,8 %	3,1 %	0,9 %	0,7 %	1,6 %	4,3 %	1,1 %	1,3 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	19,3 %	20,3 %	16,1 %	14,1 %	17,0 %	21,5 %	16,6 %	17,3 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,5	21,8	3,4	4,0	0,9	25,6	7,1	5,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,1	9,8	0,7	0,9	0,3	9,7	1,2	1,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	1,6	31,7	4,1	5,0	1,2	35,3	8,3	6,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,7	0,2	0,1	0,2	1,0	0,2	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	2,1	2,3	2,0	2,5	2,1	3,7	2,6	2,1

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)	485	485	467	452	484	484	461	441
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	21,9 %	28,0 %	18,0 %	14,4 %	19,8 %	43,0 %	23,2 %	21,3 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	4,5 %	9,7 %	4,1 %	2,4 %	3,9 %	7,0 %	2,2 %	1,8 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	23,1 %	29,5 %	18,6 %	15,0 %	22,1 %	47,1 %	23,6 %	22,2 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	3,3 %	2,1 %	0,9 %	2,0 %	7,2 %	3,9 %	2,2 %	2,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	17,3 %	16,9 %	17,8 %	16,6 %	21,1 %	22,3 %	22,3 %	20,4 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	7,8	9,9	7,4	8,1	7,2	18,2	8,7	8,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,0	3,0	1,6	0,6	2,0	3,1	0,9	0,8
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	9,8	12,9	9,0	8,7	9,2	21,3	9,6	9,6
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,8	0,6	0,4	0,6	3,0	1,2	0,4	0,6
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	1,8	2,4	2,2	2,3	2,2	3,2	3,1	2,5



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

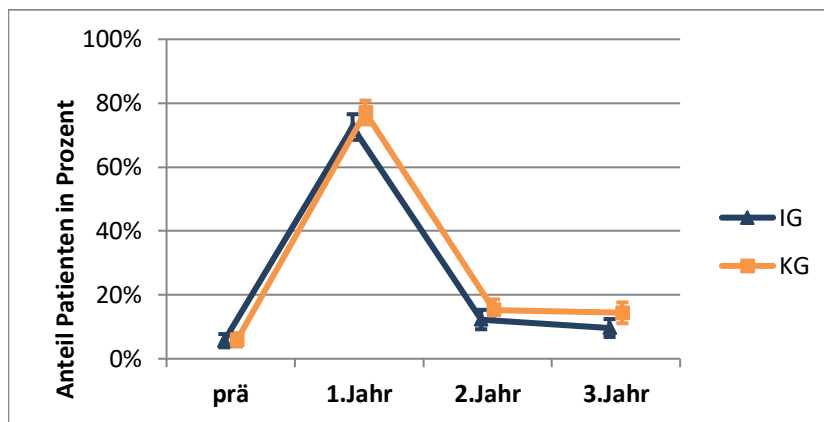
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

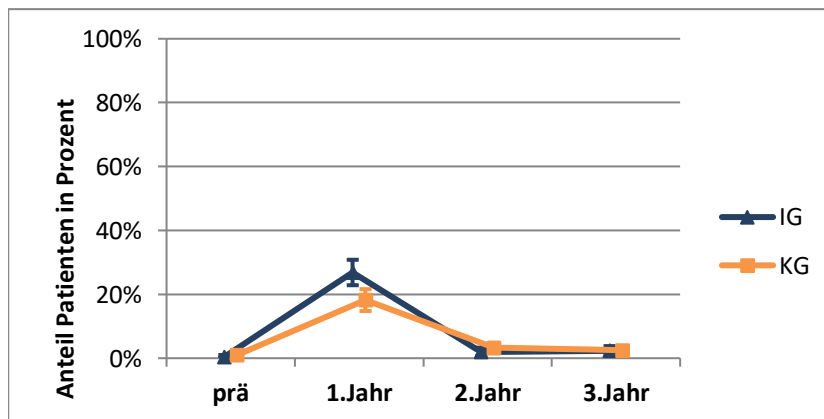
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

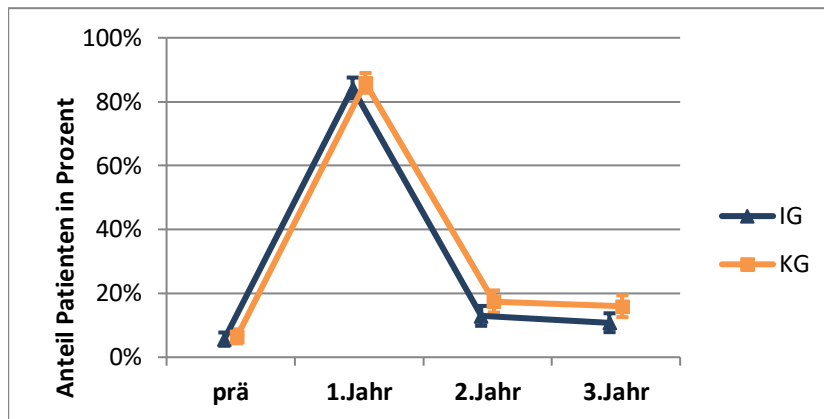
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



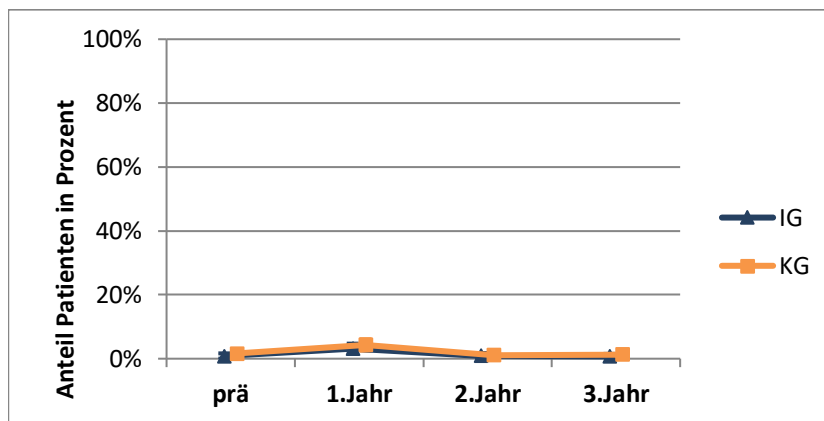
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



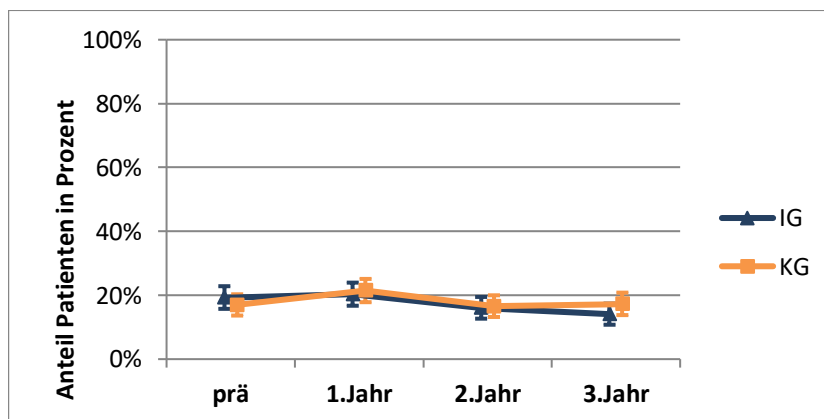
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

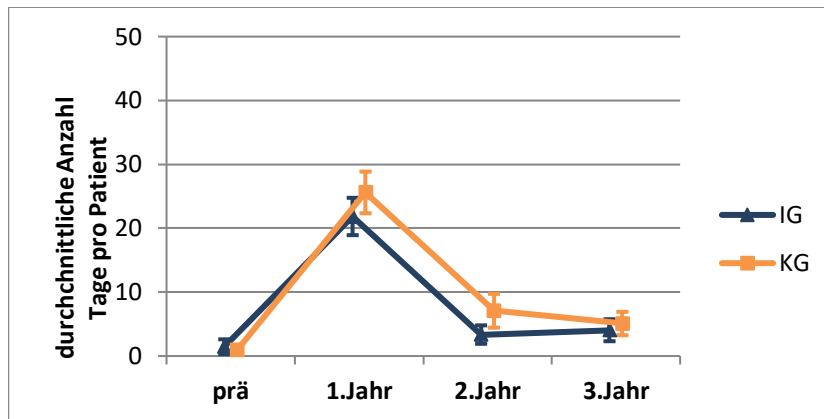


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

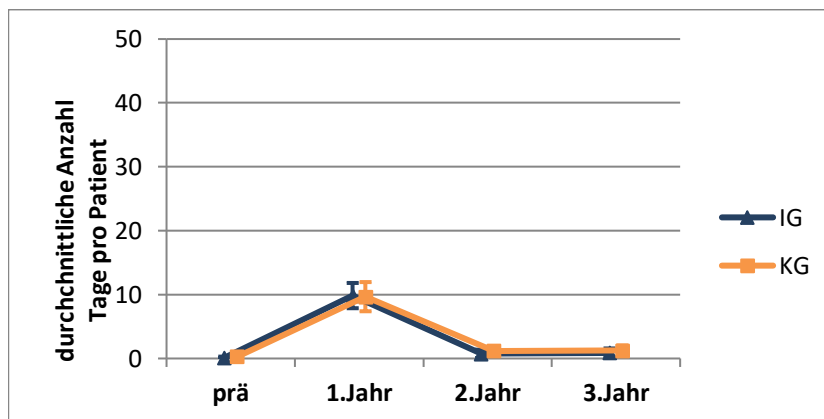


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

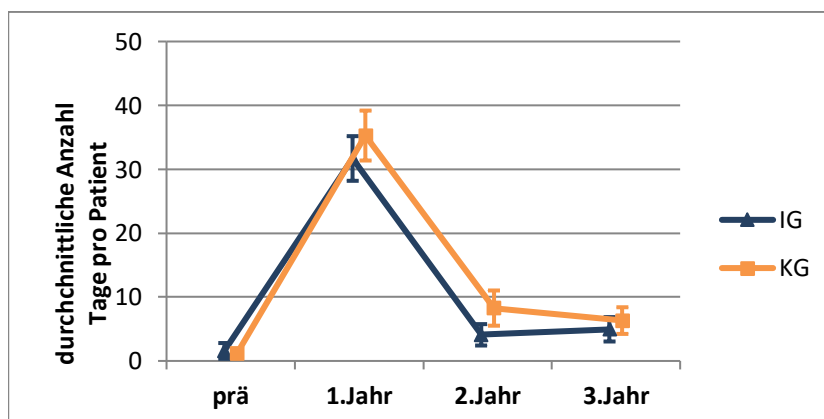
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



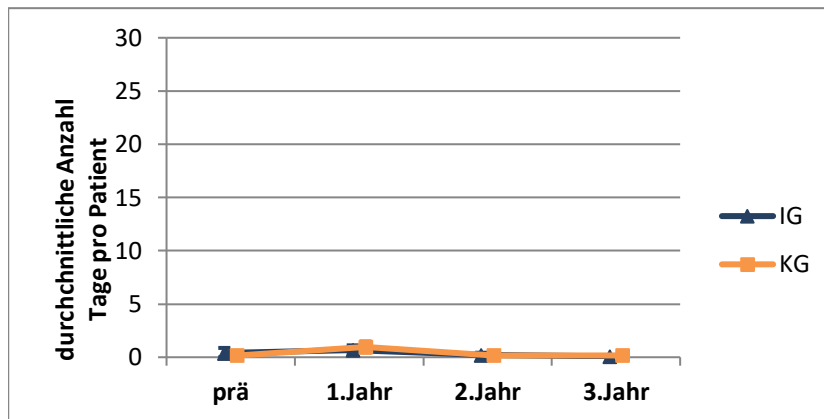
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



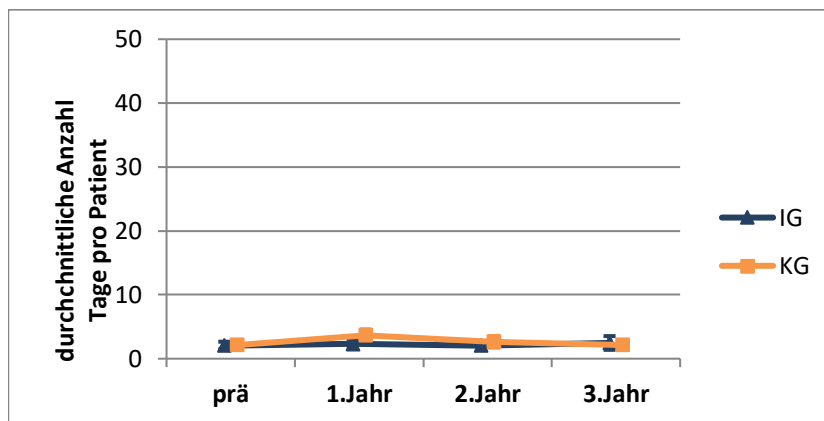
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

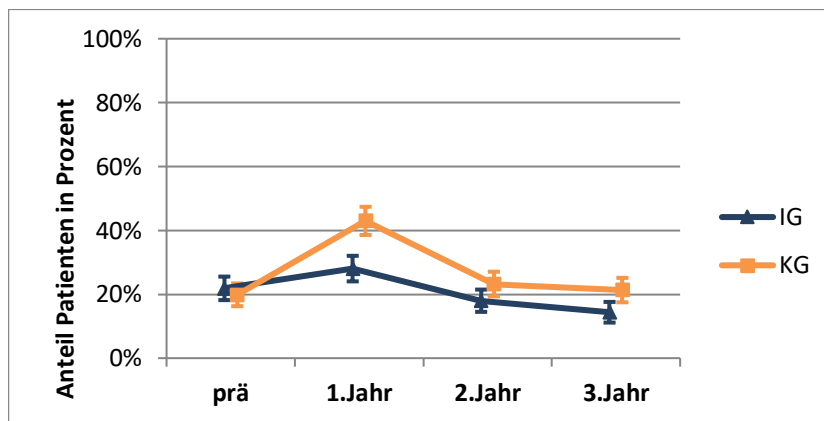
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

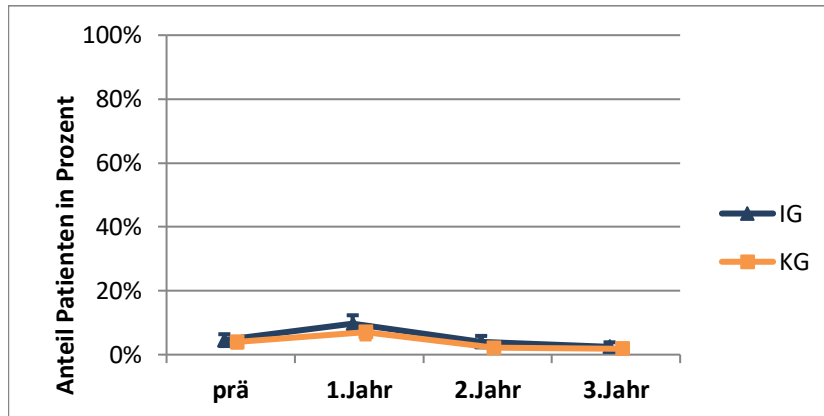
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

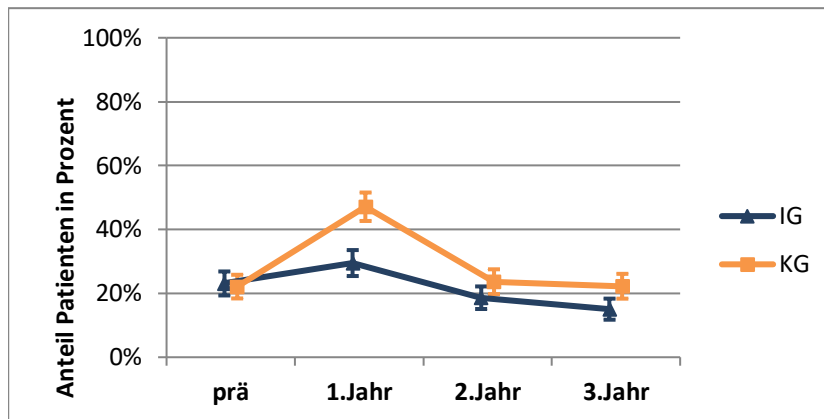
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär



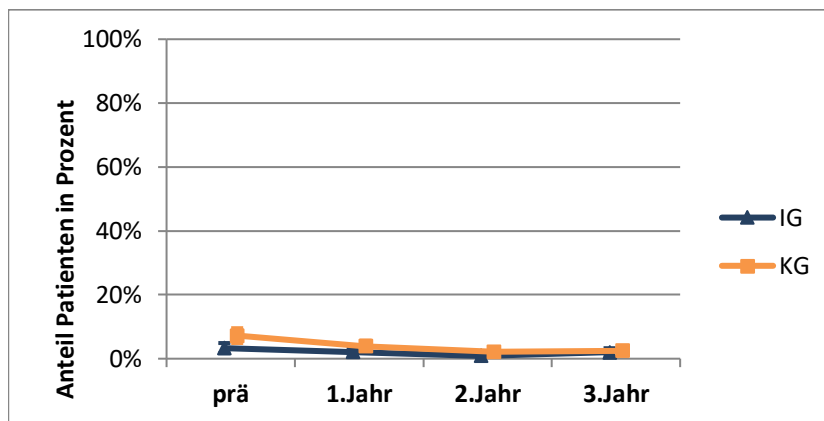
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär



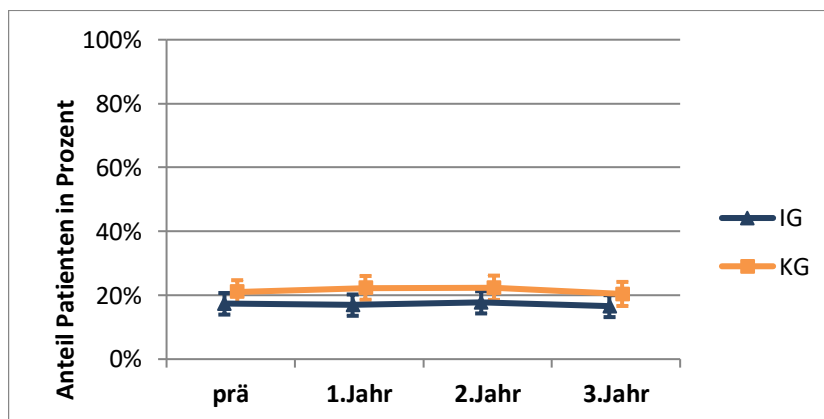
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

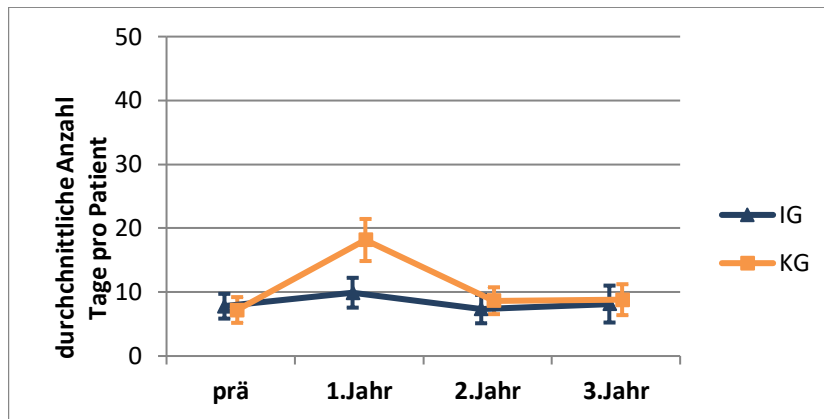


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

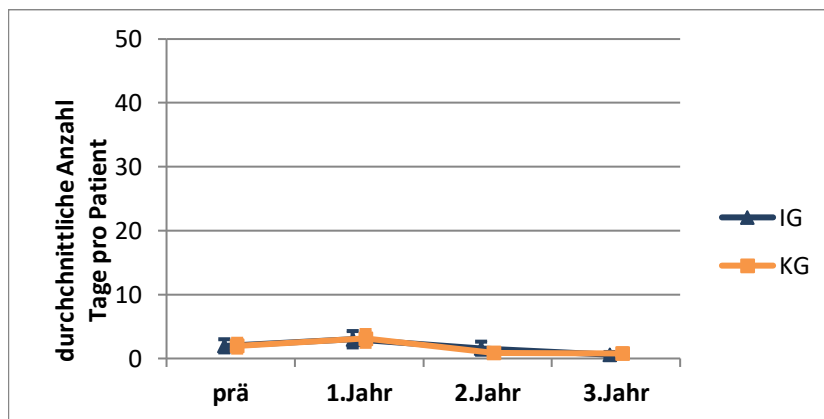


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

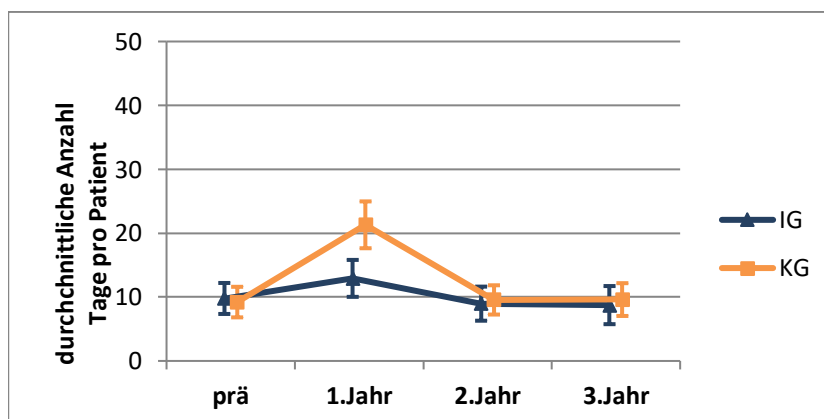
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



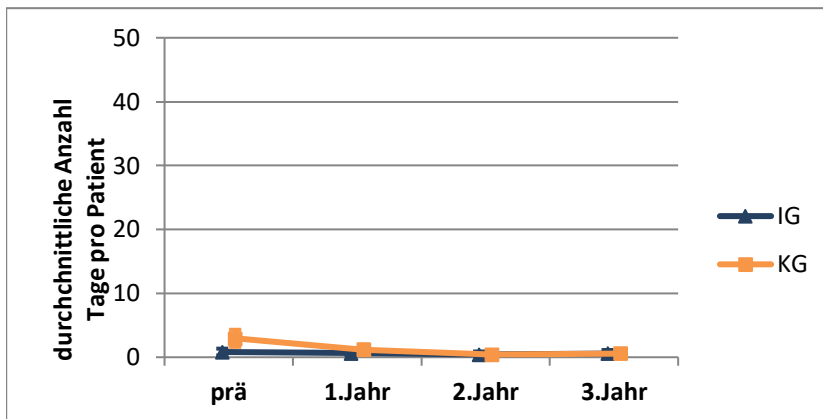
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



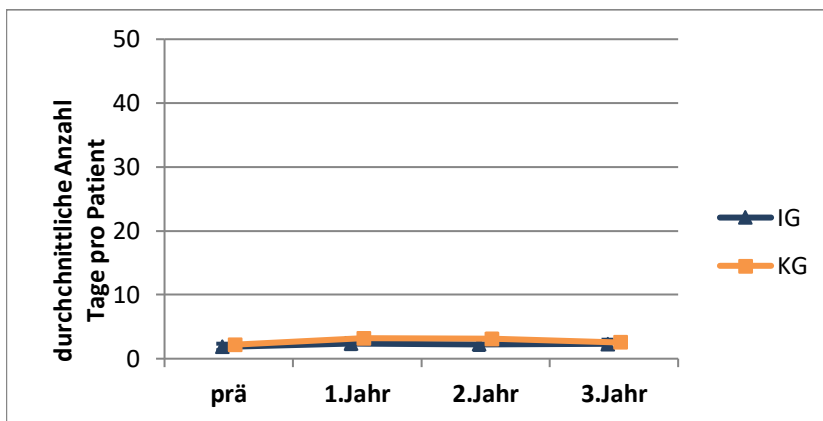
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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 über den patientenindividuellen Verlauf ab dem Jahr nach Referenzfall stets geringere durchschnittliche **PIA**-Kontakte in der IG im Vergleich zur KG (prä: +0,0; 1. Jahr: -1,2; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,5; 4. Jahr: -0,2 PIA-Kontakte). Statistisch signifikante Unterschied im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannt Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe. Dabei war die Anzahl durchschnittlicher PIA-Kontakte in der IG stets größer als in der KG (prä: +4,0; 1. Jahr: +3,7; 2. Jahr: +4,8; 3. Jahr: +5,0; 4. Jahr: +4,9 PIA-Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich, da diese Unterschiede bereits im Jahr vor Referenzfall bestanden.

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten stieg im ersten und zweiten Jahr nach Referenzfall sowohl in der IG als auch in der KG. Hier war der Anstieg in der IG etwas größer als in der KG. Auch die absoluten Anzahlen an Kontakten blieben im patientenindividuellen Verlauf in der IG etwas größer als in der KG (prä: -0,1; 1. Jahr: +0,7; 2. Jahr: +1,0; 3. Jahr: +1,1; 4. Jahr: +0,4 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich. Bei den linikbekannt Patienten zeigte sich hier ein vergleichbarer Verlauf der Anzahl an Kontakten bei Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und

Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten zwischen IG und KG mit wenig Veränderung über die Zeit.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein etwas geringerer Anstieg der Kontakte in der PIA in der IG als in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +2,2 Kontakte; KG: +3,1 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: +1,6 Kontakte; KG: +1,1 Kontakte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein weniger starker Anstieg der PIA-Kontakte vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG. Dieser Unterschied war statistisch signifikant (DiD = -1,2). Auch im zweiten Jahr nach Referenzfall war die Inanspruchnahme in der PIA bei Patienten der IG geringer als bei Patienten der KG. Dieser Unterschied im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war jedoch statistisch nicht mehr signifikant.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** stieg, analog zu U2, sowohl in der IG als auch in der KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall an und sank danach wieder leicht. Der Verlauf war jedoch zwischen IG und KG vergleichbar (prä: +0,0; 1. Jahr: +0,7; 2. Jahr: +0,1 ambulante Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. 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 weniger stark als in der KG war. Danach sank die Inanspruchnahme in der PIA wieder, bis im dritten Jahr nach Referenzfall die Inanspruchnahme zwischen IG und KG gleich ausfiel. Bei den linikbekannten Patienten war die PIA-Inanspruchnahme in der IG, analog zu U1, stets größer als in der KG. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall und verringerte sich über den patientenindividuellen Verlauf etwas (prä: +7,2; 1. Jahr: +5,7; 2. Jahr: +6,2; 3. Jahr: +6,2 PIA-Kontakte).

Auch die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu den anderen Untersuchungen zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -0,1; 1. Jahr: +0,8; 2. Jahr: +0,1; 3. Jahr: +0,5 Kontakte). Bei den linikbekannt Patienten zeigte sich hier auch ein vergleichbarer Verlauf an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG mit stets minimal geringerer Inanspruchnahme in der IG (prä: -0,4; 1. Jahr: -0,2; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: -0,3 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)	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	192	197	181	170	163	191	200	184	174	169
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,8	2,4	1,7	1,7	0,0	3,0	2,7	2,2	1,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,1	3,5	4,0	3,2	2,5	2,3	2,8	3,0	2,0	2,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,4	8,3	7,8	8,0	8,3	7,1	9,0	8,8	8,9	8,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	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	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,4	0,2	0,2	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,2	0,6	0,5	0,5	0,6	0,6	0,3	0,4	0,6

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

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)	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	350	348	342	332	321	342	342	328	312	294
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	15,6	17,7	16,6	16,1	14,6	11,5	13,9	11,8	11,1	9,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,1	1,1	1,3	1,3	1,3	1,2	1,0	1,0	1,2	1,4
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,5	9,4	11,3	11,6	11,8	12,8	11,1	11,9	11,3	12,3

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,1	0,1	0,1	0,3	0,2	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	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,5	0,5	0,7	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,8	0,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	21,4	28,9	28,2	28,3	25,8	21,2	21,0	15,5	15,5	14,8

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

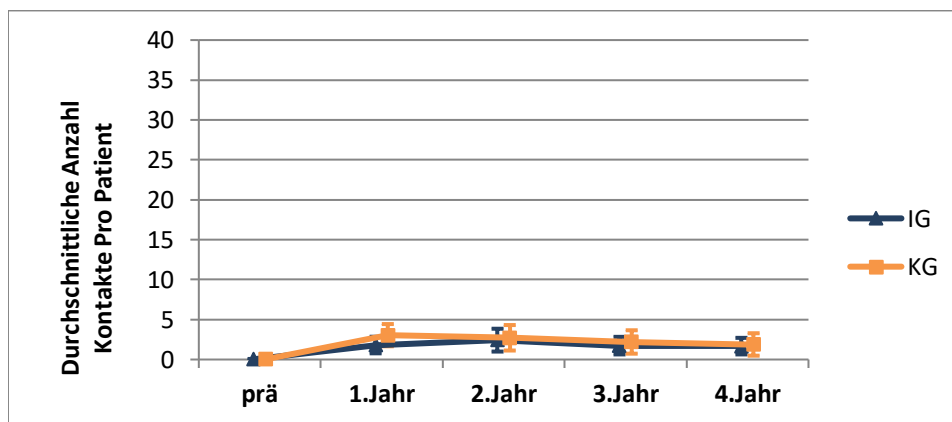
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

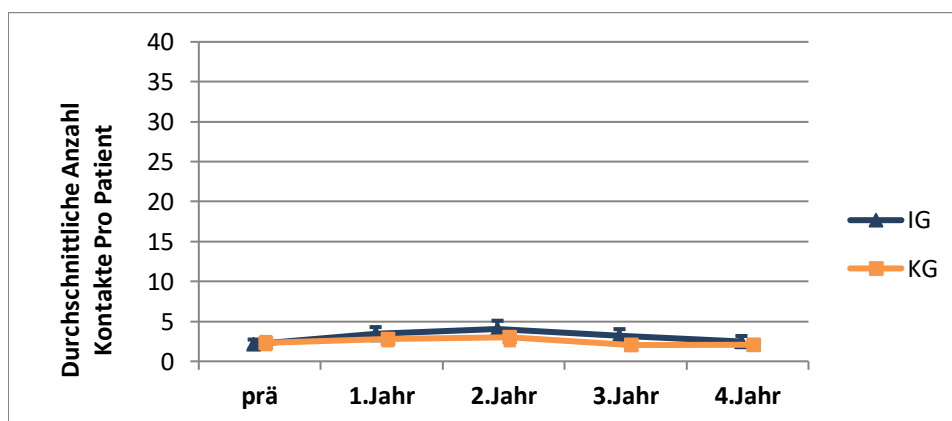
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

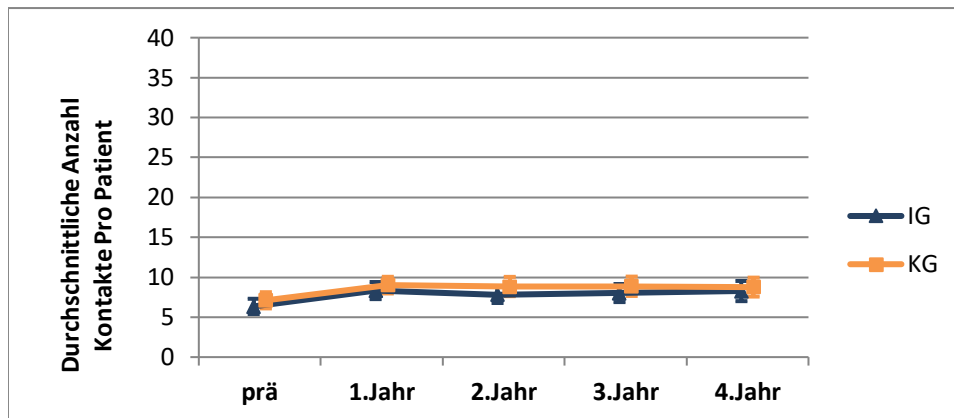
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

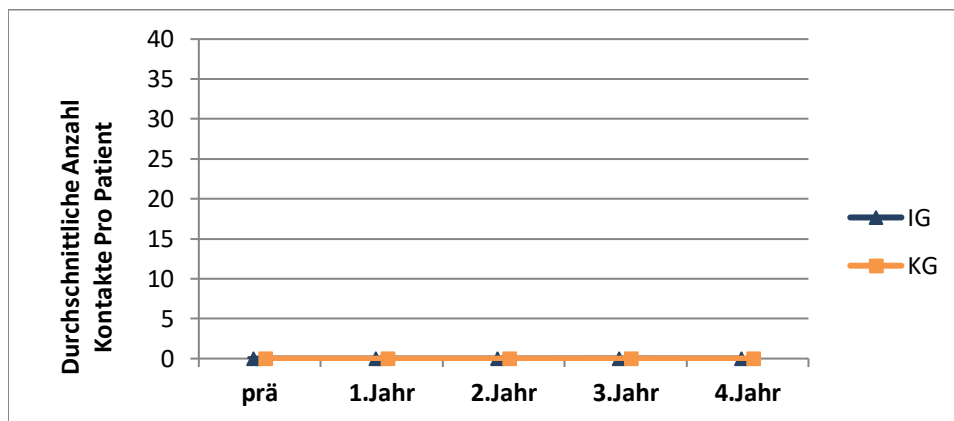


- bei anderen Vertragsärzten (E)

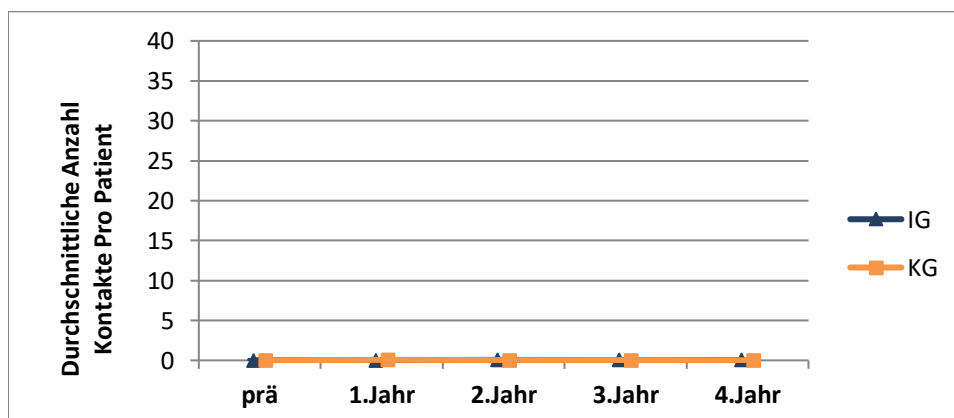


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

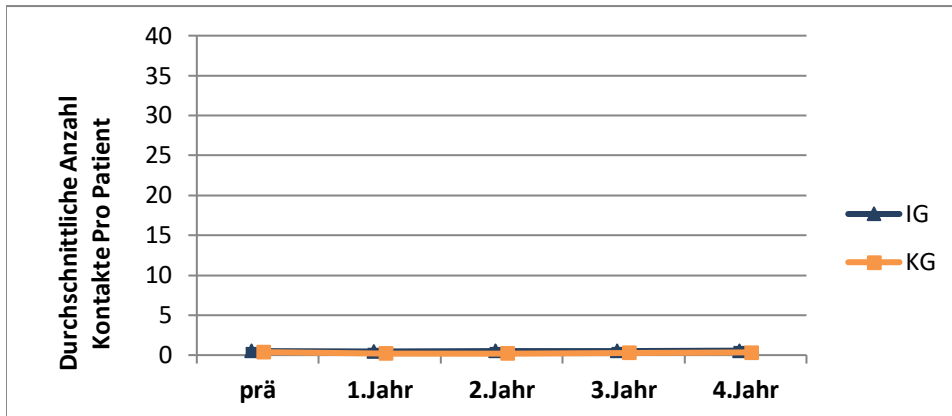
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

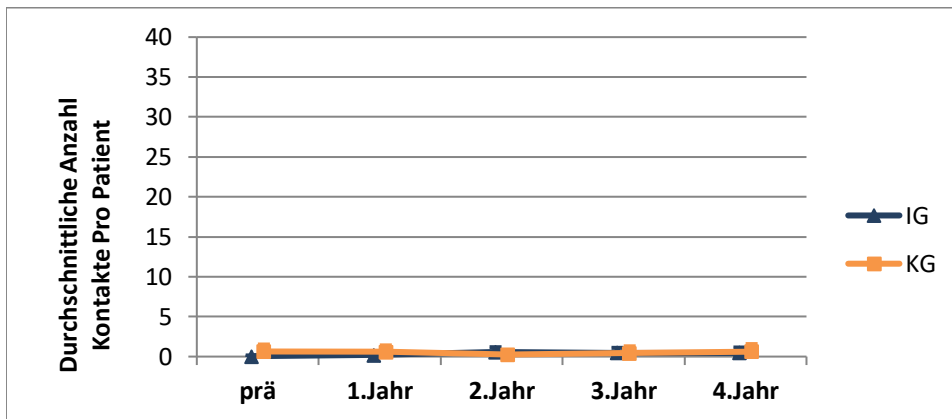


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

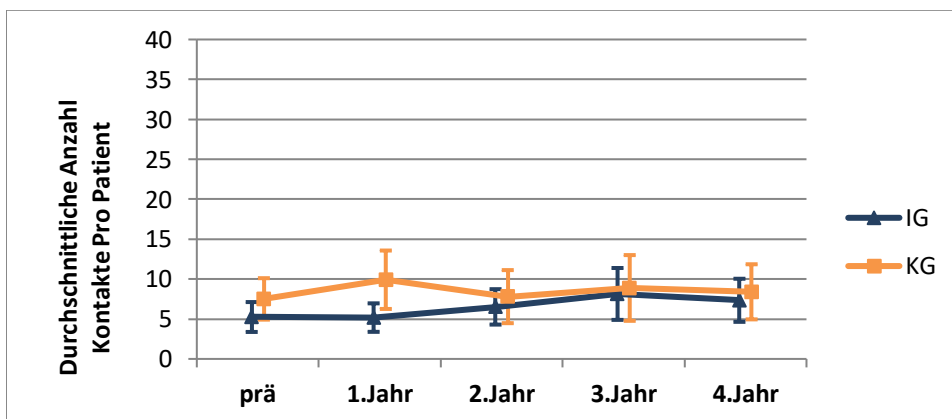


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



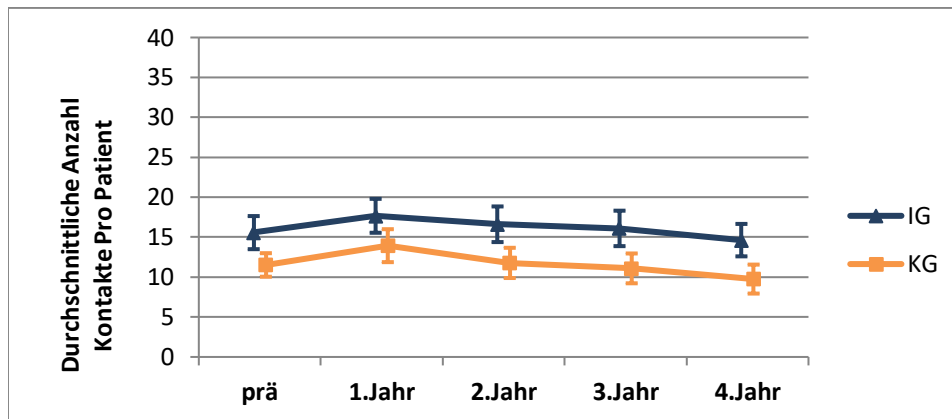
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

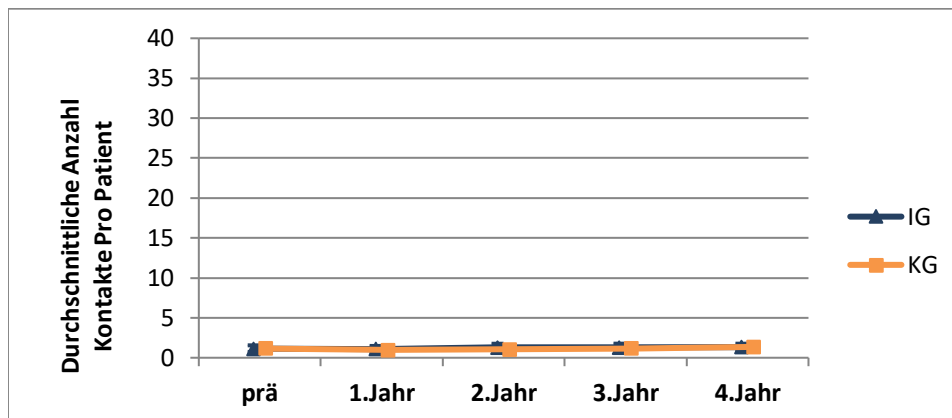
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

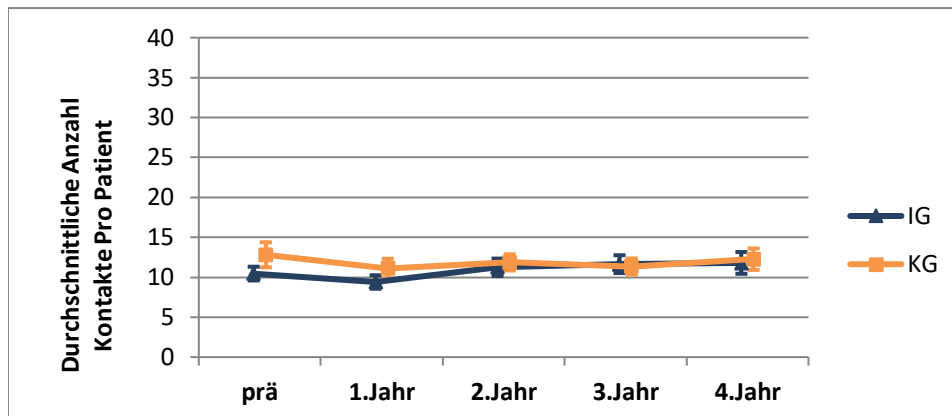
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

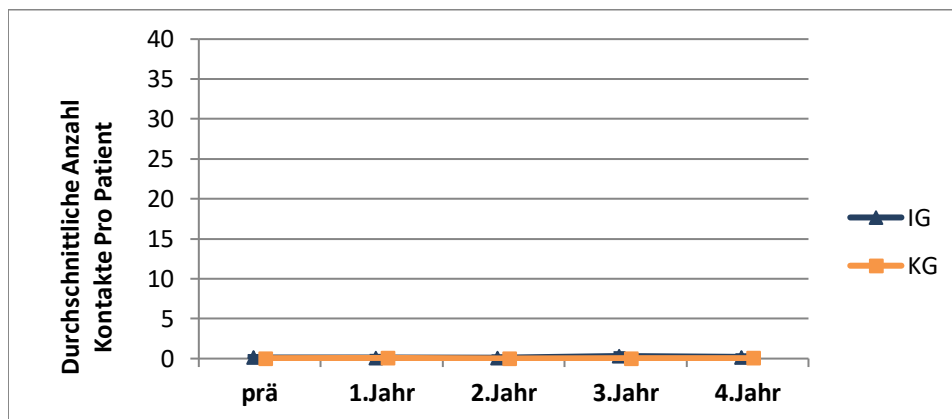


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

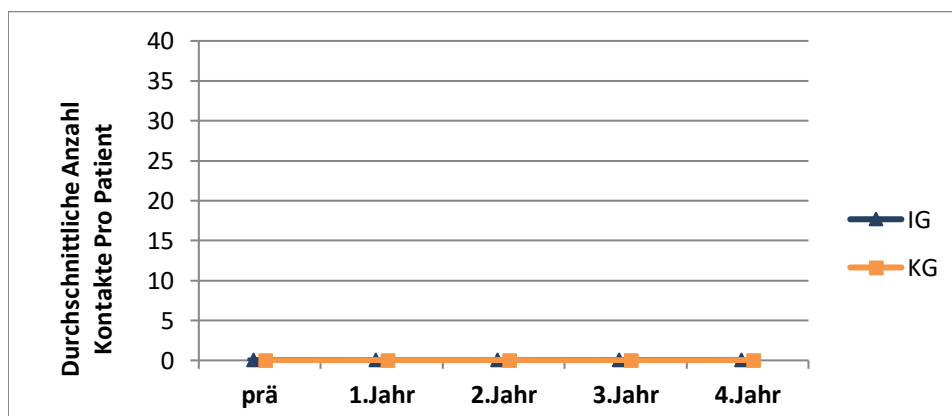


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

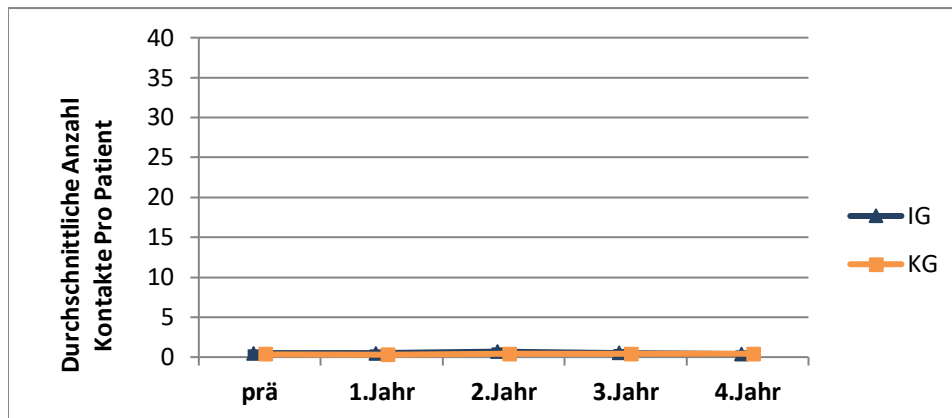
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

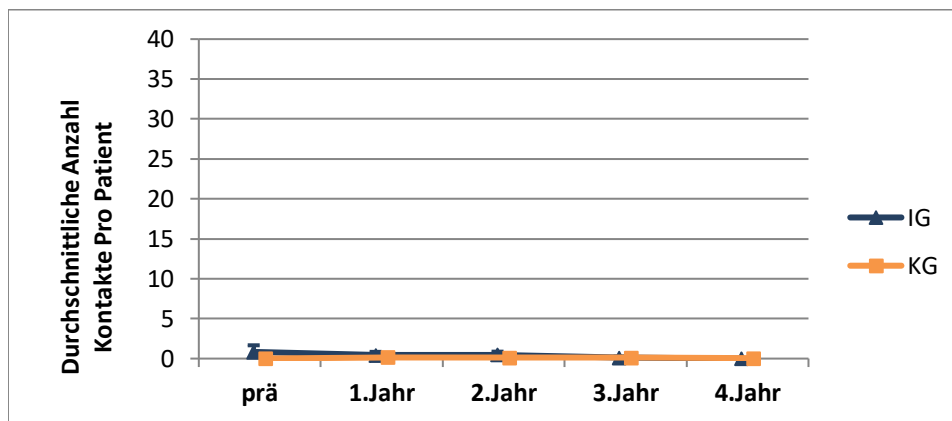


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

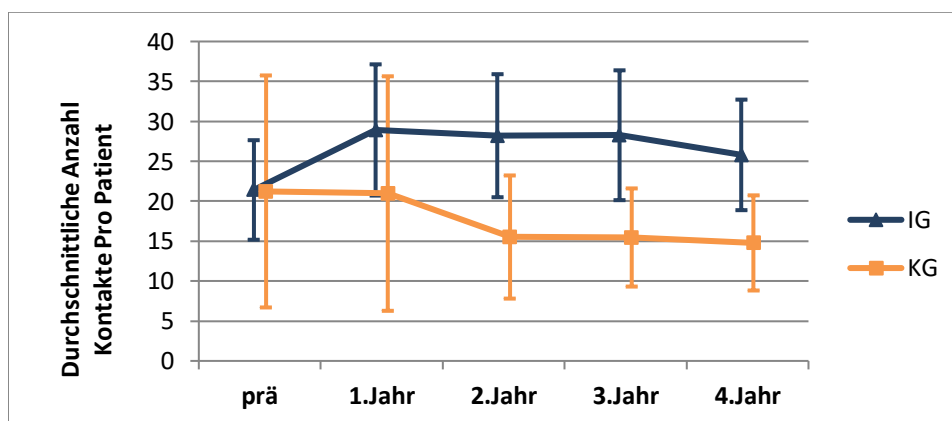


Tabelle 18: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	-1,23 -3,40...0,94	0,80 -0,58...2,17	0,08 -1,85...2,00
DID Jahr 2	-0,32 -2,48...1,85	1,05 -0,32...2,43	-0,33 -2,25...1,60
DID Jahr 3	-0,44 -2,61...1,73	1,09 -0,28...2,47	-0,18 -2,10...1,75
DID Jahr 4	-0,19 -2,36...1,98	0,48 -0,90...1,85	0,27 -1,65...2,19

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	-0,31 -3,91...3,30	0,12 -0,61...0,84	0,67 -1,46...2,79
DID Jahr 2	0,92 -2,68...4,53	0,29 -0,43...1,01	2,00 -0,12...4,13
DID Jahr 3	1,17 -2,43...4,78	0,20 -0,52...0,92	3,10** 0,98...5,23
DID Jahr 4	1,05 -2,55...4,66	0,07 -0,65...0,80	2,68* 0,55...4,80

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)	1.016	1.016	1.016	1.016
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	1.016	1.016	1.016	1.016
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	974	996	982	996
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	2,2	0,2	3,3
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,6	4,1	2,5	3,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,5	8,2	7,4	9,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,6	0,5	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,5	0,3	0,3
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	6,5	7,1	8,3	8,7

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

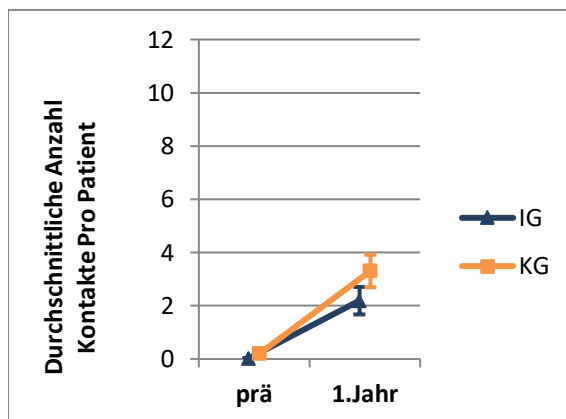
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

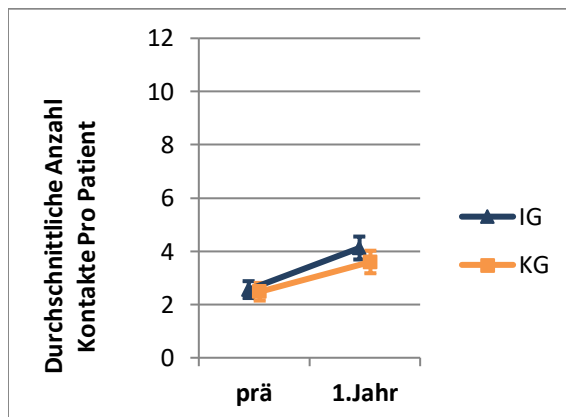
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

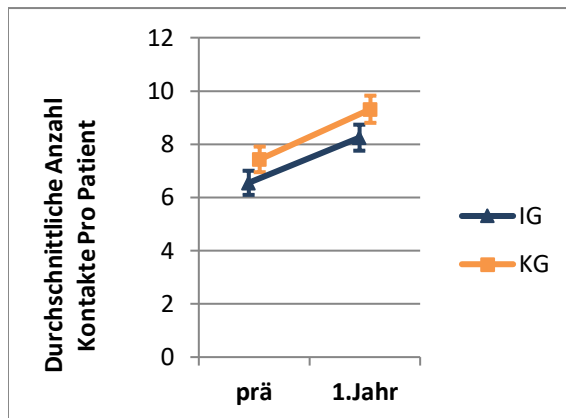
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

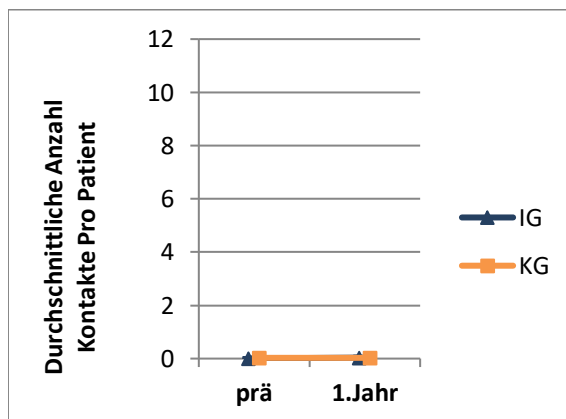


- bei anderen Vertragsärzten (E)

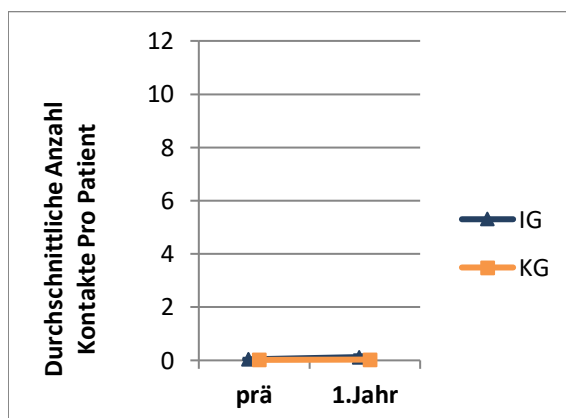


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

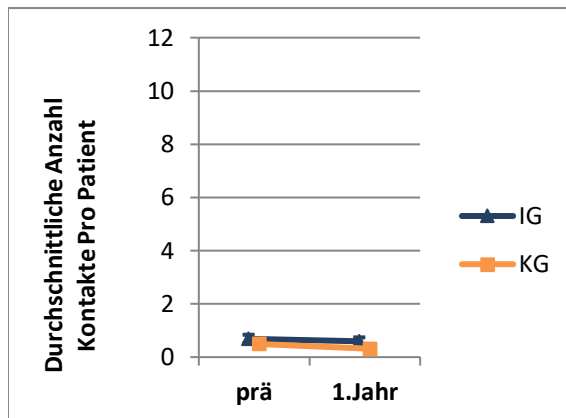
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

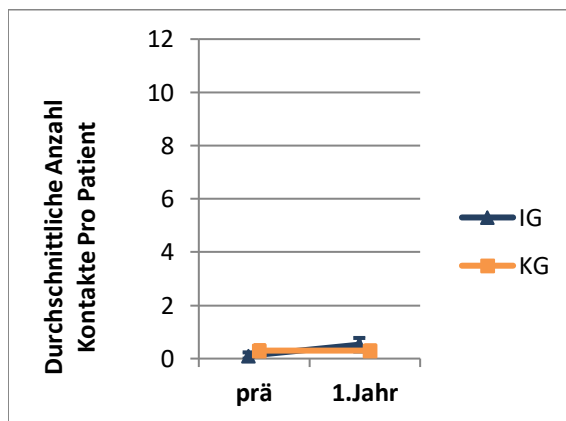


- bei anderen Vertragsärzten (F)

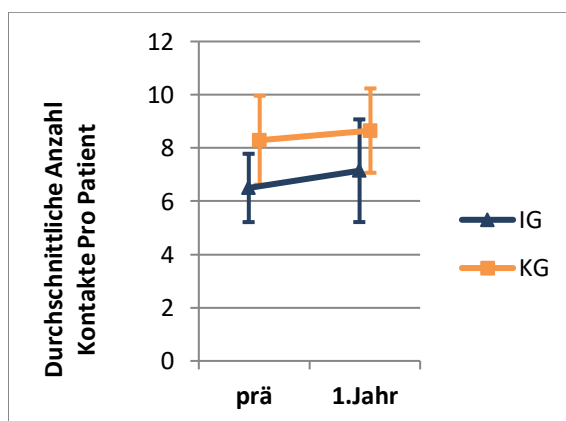


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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)	772	772	730	770	770	730
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	772	772	730	770	770	730
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	734	756	699	743	752	700
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,9	1,9	0,3	3,3	2,2
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,5	4,1	3,9	2,5	3,4	3,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,7	8,7	8,1	7,5	9,6	9,0
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,5	0,6	0,5	0,3	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,1	0,5	0,5	0,4	0,3	0,3

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

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

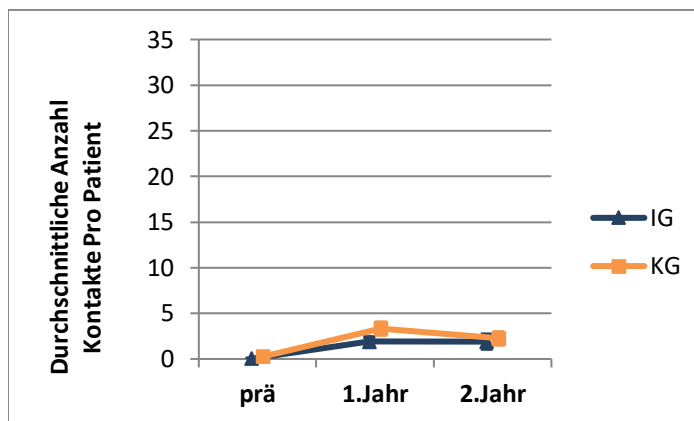
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

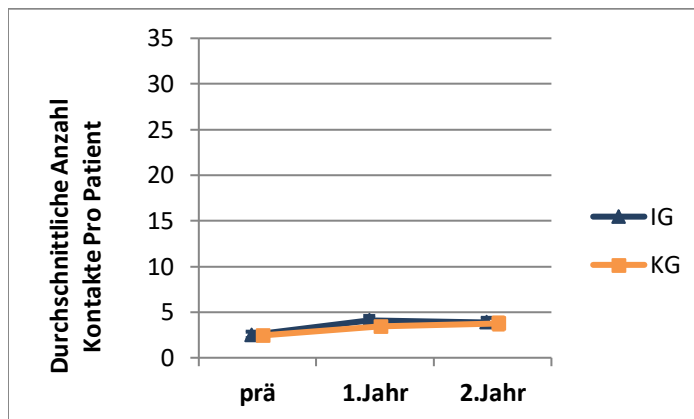
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

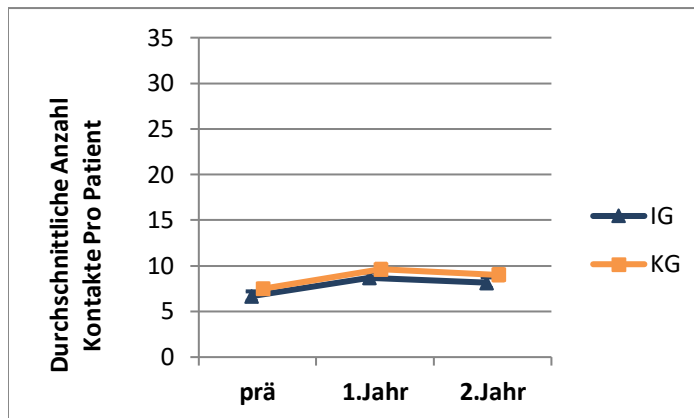
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

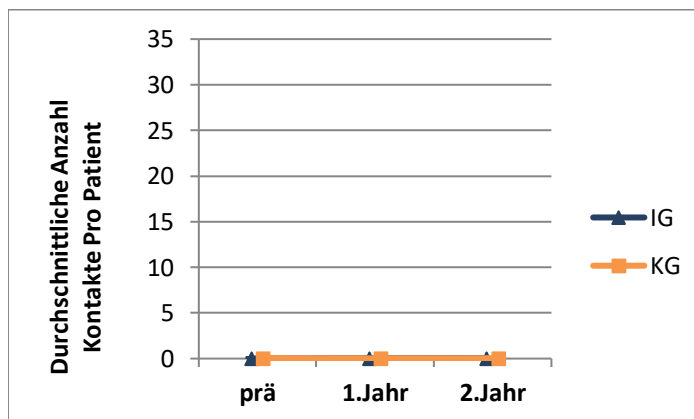


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

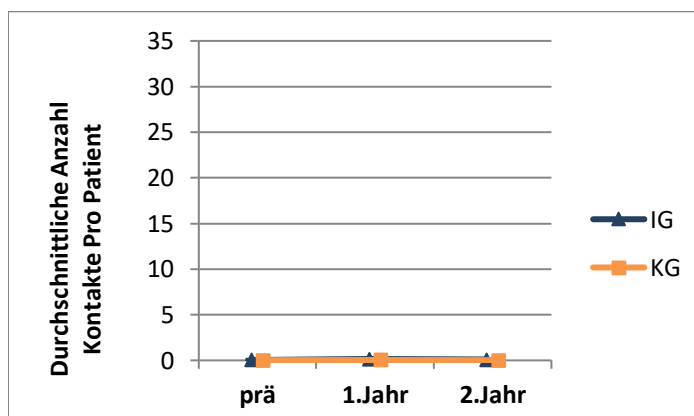


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

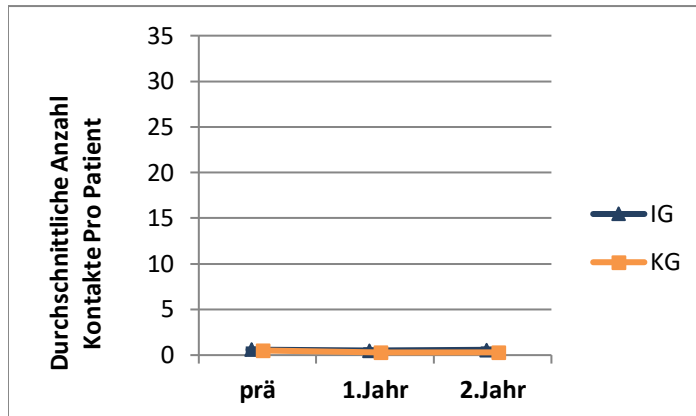
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

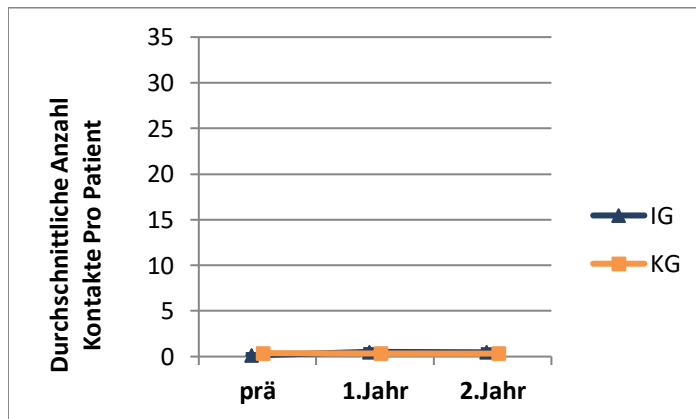


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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

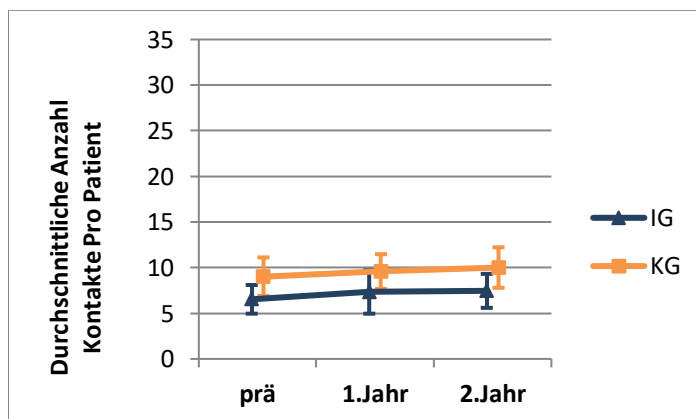


Tabelle 21: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-1,19* -2,25...-0,13	0,61 -0,27...1,49	-0,13 -1,11...0,86
DID Jahr 2	-0,09 -1,15...0,97	0,07 -0,81...0,95	-0,04 -1,02...0,95

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)	477	477	448	426	489	489	464	445
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	477	477	448	426	489	489	464	445
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	454	466	429	404	470	474	442	428
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	1,8	2,1	1,7	0,4	3,5	2,5	1,7
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,2	3,9	3,8	3,2	2,3	3,1	3,7	2,7
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	6,4	8,6	8,3	8,3	7,1	9,3	9,0	8,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,6	0,5	0,6	0,4	0,3	0,2	0,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,0	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4	0,2	0,5

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

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)	485	485	467	452	484	484	461	441
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	485	485	467	452	484	484	461	441
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	479	477	462	444	477	473	452	431
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	16,8	18,2	17,0	16,1	9,6	12,5	10,8	9,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,1	1,1	1,4	1,3	1,6	1,4	1,5	1,6
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	10,6	9,7	11,2	11,4	11,9	11,1	11,8	11,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								

<ul style="list-style-type: none"> • in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B) 	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1	0,0	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) 	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,3	0,4	0,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,6	0,3	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	17,8	23,9	23,7	23,1	17,5	18,8	14,8	13,6

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

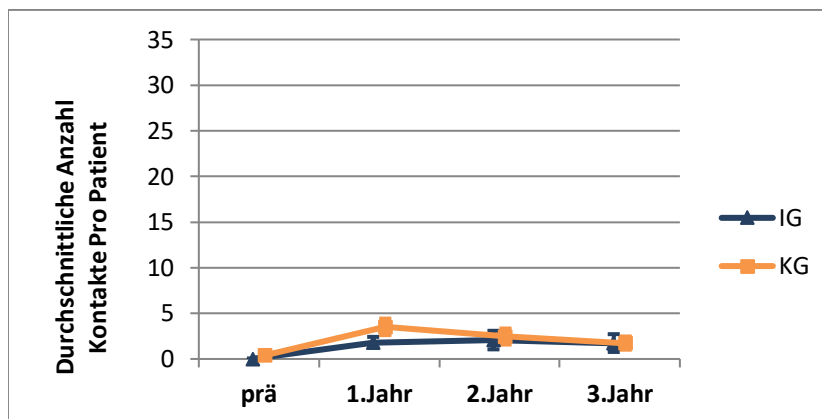
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

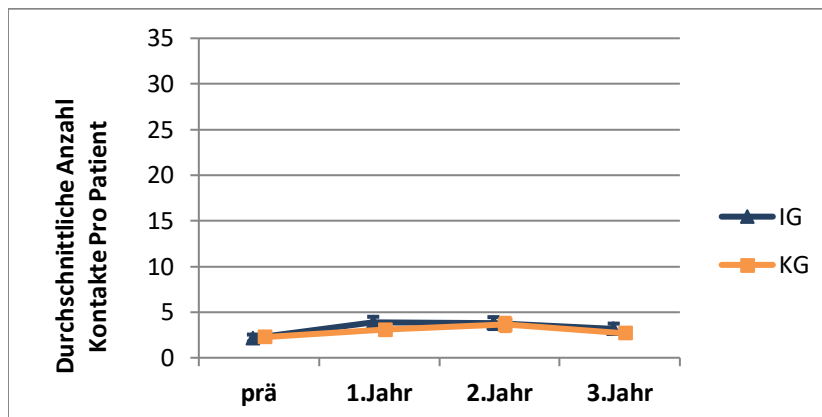
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

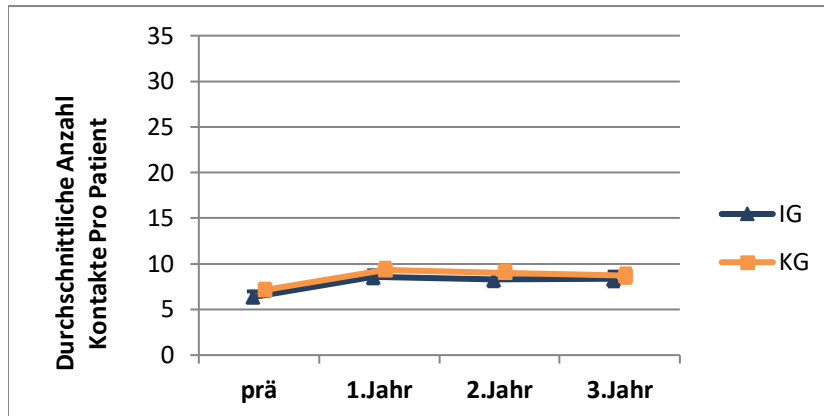
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

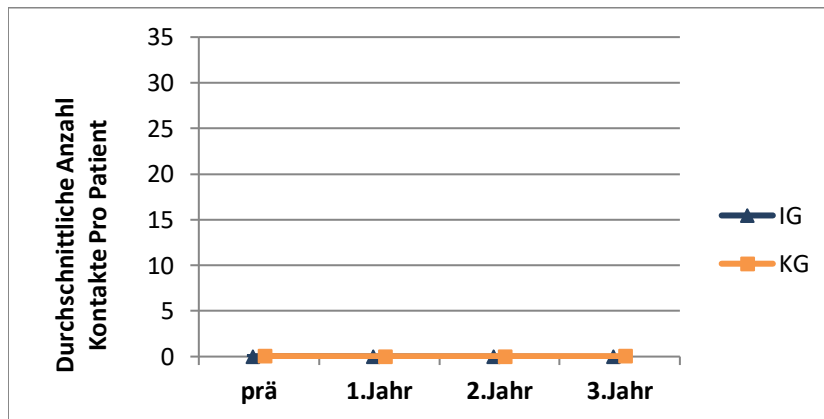


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

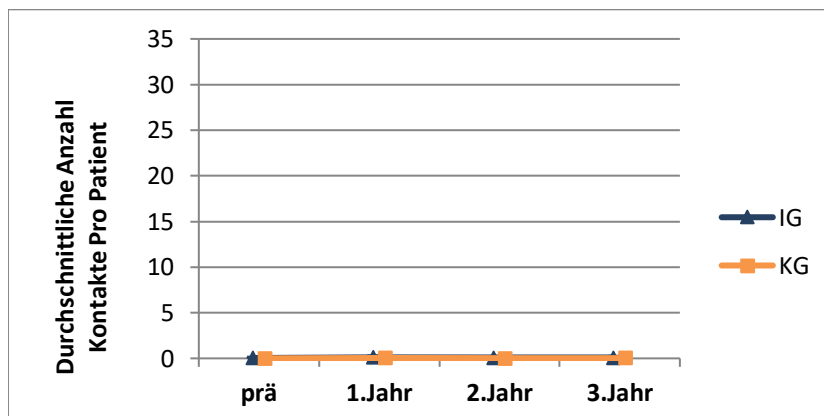


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

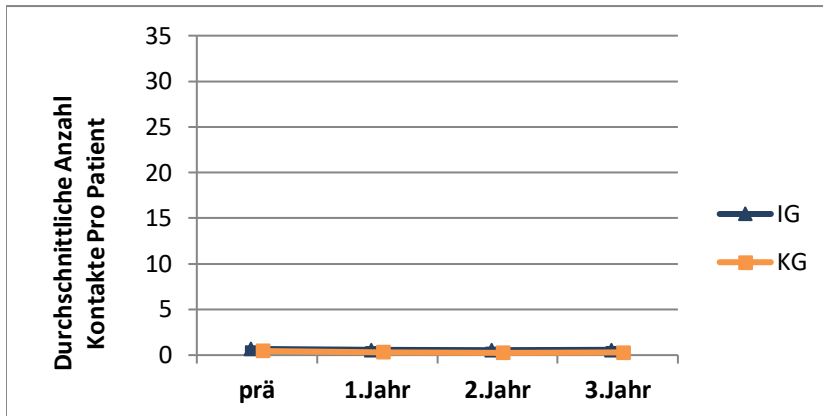
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

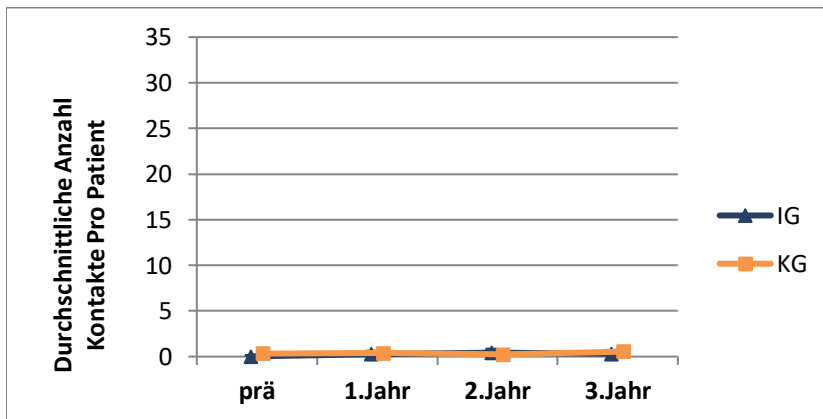


- bei anderen Vertragsärzten (F)

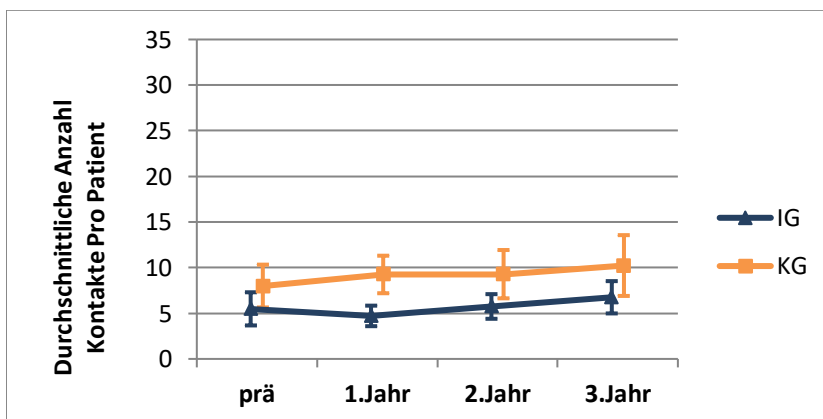


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



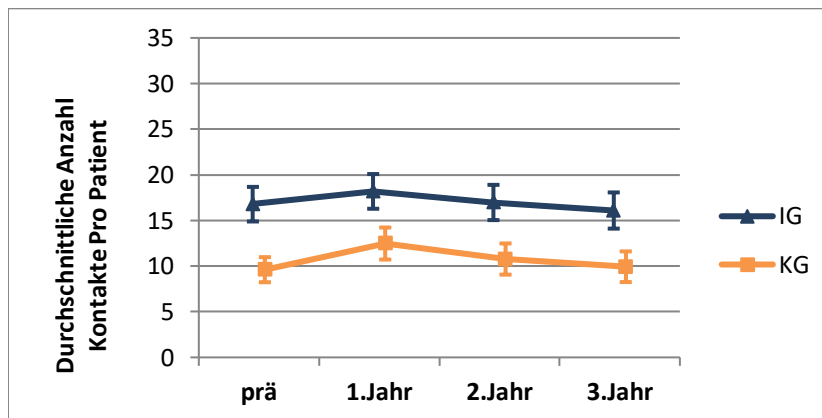
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

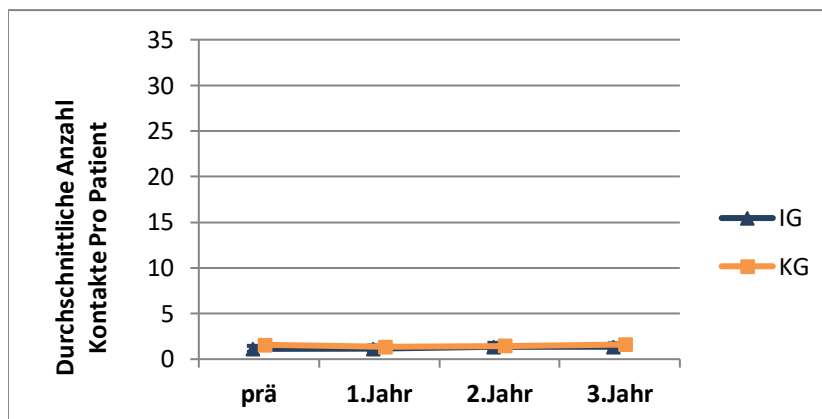
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

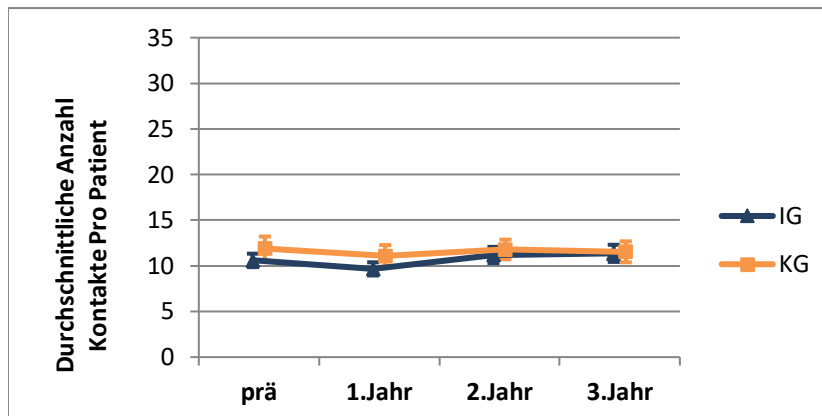
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

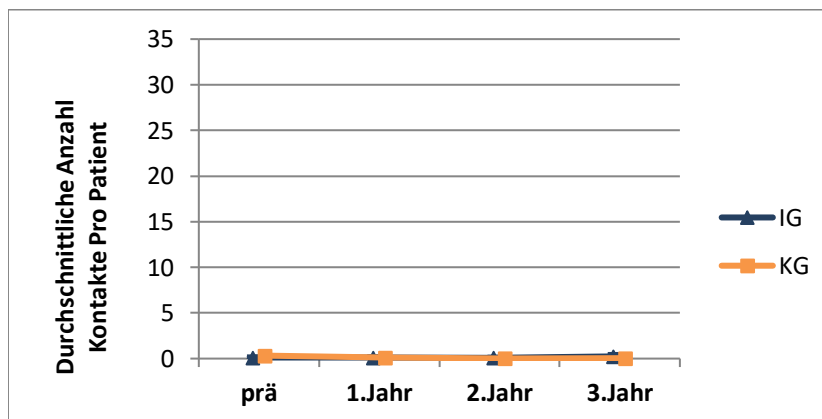


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

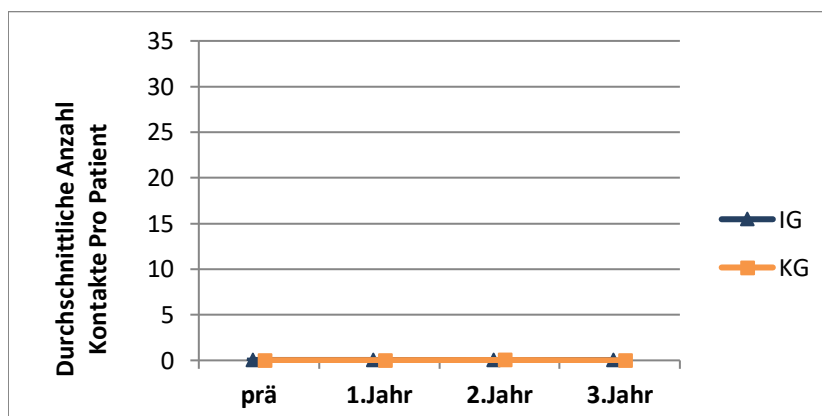


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

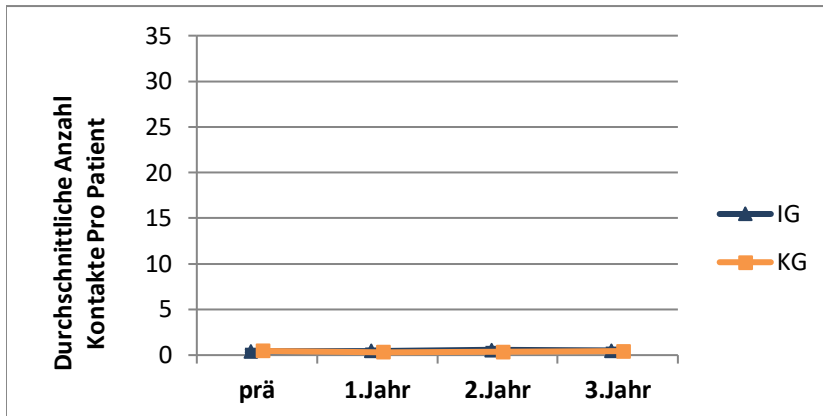
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

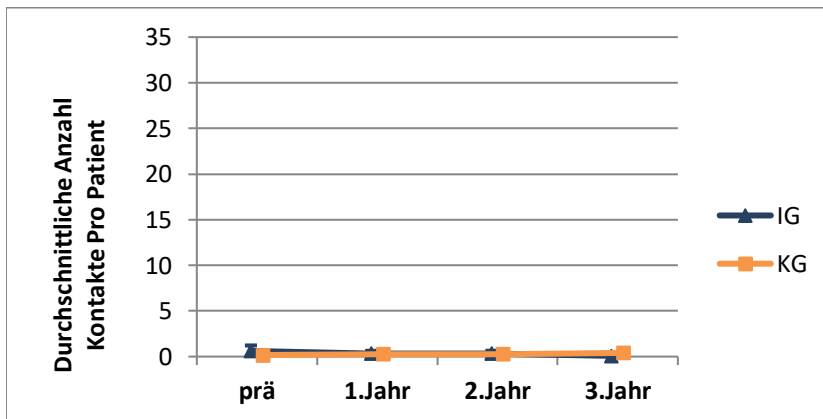


- bei anderen Vertragsärzten (F)

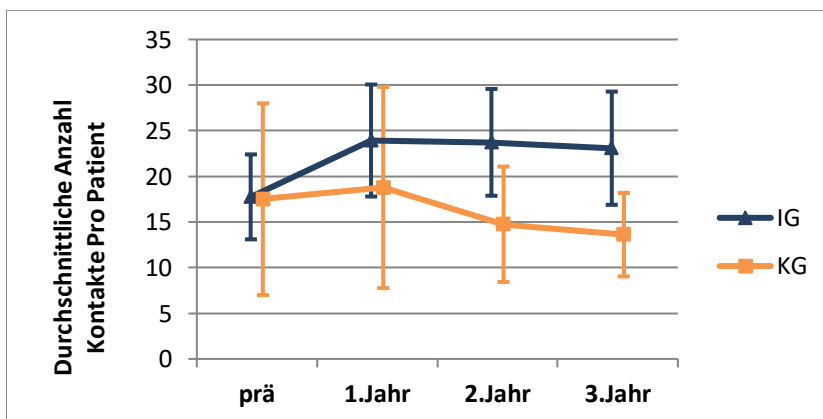


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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 30 Tagen eine statistisch signifikant größere **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor** im dritten Jahr nach Referenzfall der IG verglichen mit der KG (Gruppenschätzer = +10,7 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei der Betrachtung von 7 und 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall und bei der Betrachtung von 90 Tagen im zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant größer (Gruppenschätzer: 7 Tage = +1,8; 30 Tage = +2,2; 90 Tage = +5,8 %-Punkte).

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: +4,0 %-Punkte; 30 Tage: +7,4 %-Punkte; 90 Tage: +7,0 %-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 bei der Betrachtung von 30 und 90 Tagen in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer: 30 / 90 Tage = je 1,3 %-Punkte). Im zweiten Jahr nach Referenzfall war die Kontinuität in der IG stets geringer. Dieser Unterschied erreichte jedoch in allen drei Nachbeobachtungszeiträumen keine statistische Signifikanz.

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 Jahr nach Referenzfall stets größer und im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall stets geringer (Ausnahme = 90 Tage Nachbeobachtung, 3 Jahr nach Referenzfall) als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets eine größere Behandlungskontinuität im Vergleich zur KG auf (Ausnahme = 90 Tage Nachbeobachtung, drittes Jahr nach Referenzfall).

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	228	43	25	27	225	32	38	28
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	2,6 %	4,7 %	8,0 %	3,7 %	5,3 %	0,0 %	2,6 %	3,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	4,7 %	16,0 %	22,2 %	10,7 %	15,6 %	10,5 %	17,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,4 %	39,5 %	16,0 %	51,9 %	49,3 %	21,9 %	44,7 %	60,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,4 %	7,0 %	4,0 %	0,0 %	8,0 %	3,1 %	18,4 %	14,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %	5,3 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,8 %	0,0 %	2,6 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	19,7 %	9,3 %	24,0 %	22,2 %	17,8 %	15,6 %	15,8 %	21,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,3 %	53,5 %	64,0 %	29,6 %	40,4 %	62,5 %	36,8 %	17,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	84	13	<10	12	88	<10	16	12
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	1,2 %	15,4 %	0,0 %	8,3 %	6,8 %	0,0 %	0,0 %	8,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,7 %	7,7 %	66,7 %	50,0 %	25,0 %	37,5 %	18,8 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,2 %	38,5 %	33,3 %	41,7 %	58,0 %	37,5 %	37,5 %	41,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,5 %	15,4 %	0,0 %	0,0 %	11,4 %	0,0 %	25,0 %	25,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,5 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,1 %	23,1 %	66,7 %	50,0 %	35,2 %	37,5 %	25,0 %	41,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	23,8 %	46,2 %	16,7 %	16,7 %	25,0 %	25,0 %	37,5 %	25,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	33	<10	<10	<10	42	<10	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	42,4 %	0,0 %	100,0 %	60,0 %	38,1 %	50,0 %	25,0 %	44,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	54,5 %	66,7 %	50,0 %	40,0 %	61,9 %	33,3 %	37,5 %	44,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	11,9 %	0,0 %	25,0 %	22,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,8 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	45,5 %	0,0 %	100,0 %	60,0 %	42,9 %	50,0 %	25,0 %	55,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	15,2 %	33,3 %	0,0 %	20,0 %	21,4 %	16,7 %	37,5 %	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

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	215	39	23	24	208	26	34	26
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	4,2 %	23,1 %	13,0 %	12,5 %	8,2 %	0,0 %	11,8 %	11,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,8 %	12,8 %	26,1 %	37,5 %	15,4 %	23,1 %	11,8 %	23,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,9 %	56,4 %	47,8 %	58,3 %	73,1 %	57,7 %	61,8 %	76,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	33,0 %	23,1 %	17,4 %	12,5 %	26,4 %	15,4 %	26,5 %	34,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,3 %	0,0 %	0,0 %	4,2 %	6,7 %	3,8 %	8,8 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,4 %	2,6 %	0,0 %	0,0 %	3,4 %	11,5 %	8,8 %	7,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,0 %	33,3 %	34,8 %	45,8 %	26,9 %	26,9 %	26,5 %	30,8 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	19,5 %	23,1 %	43,5 %	25,0 %	17,3 %	34,6 %	20,6 %	3,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	82	12	<10	10	82	<10	16	10
Schwere psychische Erkrankungen (A)								

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	3,7 %	25,0 %	0,0 %	20,0 %	7,3 %	0,0 %	12,5 %	10,0 %	
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	54,9 %	33,3 %	83,3 %	70,0 %	30,5 %	42,9 %	18,8 %	40,0 %	
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,8 %	41,7 %	83,3 %	50,0 %	79,3 %	85,7 %	56,3 %	60,0 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,7 %	41,7 %	16,7 %	10,0 %	32,9 %	28,6 %	37,5 %	50,0 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	15,9 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %	
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	14,3 %	6,3 %	0,0 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,8 %	50,0 %	83,3 %	80,0 %	47,6 %	42,9 %	37,5 %	50,0 %	
- kein Kontakt in 30 Tagen	4,9 %	16,7 %	16,7 %	10,0 %	6,1 %	14,3 %	18,8 %	10,0 %	
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	33	<10	<10	<10	37	<10	<10	<10	
Schwere psychische Erkrankungen (B)									
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)									
• PIA (A)	6,1 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %	
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,6 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	45,9 %	60,0 %	25,0 %	57,1 %	
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,8 %	66,7 %	100,0 %	50,0 %	75,7 %	100,0 %	50,0 %	71,4 %	
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,5 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	32,4 %	40,0 %	37,5 %	42,9 %	
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	13,5 %	0,0 %	12,5 %	0,0 %	
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,7 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %	
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	63,6 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	54,1 %	60,0 %	25,0 %	71,4 %	
- kein Kontakt in 30 Tagen	3,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,1 %	0,0 %	25,0 %	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

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	200	31	19	18	188	21	28	20
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,5 %	32,3 %	26,3 %	22,2 %	9,0 %	0,0 %	17,9 %	20,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	41,0 %	22,6 %	26,3 %	44,4 %	29,3 %	23,8 %	21,4 %	30,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,5 %	71,0 %	68,4 %	83,3 %	86,2 %	81,0 %	85,7 %	95,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,0 %	41,9 %	31,6 %	50,0 %	44,7 %	42,9 %	42,9 %	60,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,0 %	0,0 %	5,3 %	5,6 %	11,7 %	9,5 %	14,3 %	15,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,5 %	19,4 %	0,0 %	0,0 %	9,6 %	23,8 %	14,3 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	46,5 %	51,6 %	47,4 %	61,1 %	41,5 %	28,6 %	39,3 %	45,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	13,0 %	16,1 %	26,3 %	11,1 %	8,0 %	14,3 %	3,6 %	5,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	79	11	<10	<10	75	<10	12	<10

Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	5,1 %	36,4 %	0,0 %	25,0 %	9,3 %	0,0 %	25,0 %	11,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	67,1 %	45,5 %	80,0 %	62,5 %	56,0 %	42,9 %	41,7 %	33,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,9 %	72,7 %	80,0 %	87,5 %	92,0 %	100,0 %	75,0 %	88,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	70,9 %	54,5 %	20,0 %	62,5 %	52,0 %	57,1 %	41,7 %	55,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,7 %	0,0 %	20,0 %	0,0 %	25,3 %	14,3 %	25,0 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	18,2 %	0,0 %	0,0 %	8,0 %	14,3 %	0,0 %	11,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	73,4 %	72,7 %	80,0 %	75,0 %	74,7 %	57,1 %	66,7 %	44,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,5 %	9,1 %	20,0 %	0,0 %	1,3 %	0,0 %	8,3 %	11,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	32	<10	<10	<10	33	<10	<10	<10
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	9,4 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	0,0 %	14,3 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	81,3 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	78,8 %	60,0 %	57,1 %	50,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	93,8 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	90,9 %	100,0 %	57,1 %	100,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	84,4 %	66,7 %	0,0 %	50,0 %	54,5 %	40,0 %	42,9 %	50,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	21,2 %	20,0 %	14,3 %	16,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	33,3 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	20,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	84,8 %	80,0 %	57,1 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	14,3 %	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	156	84	79	77	223	128	120	104
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	21,8 %	28,6 %	30,4 %	24,7 %	19,7 %	25,8 %	26,7 %	22,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,7 %	7,1 %	10,1 %	15,6 %	6,7 %	8,6 %	2,5 %	8,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,5 %	46,4 %	45,6 %	49,4 %	40,8 %	35,2 %	28,3 %	31,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	8,3 %	9,5 %	10,1 %	9,1 %	10,3 %	8,6 %	9,2 %	7,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,9 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,8 %	1,6 %	0,8 %	1,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,8 %	1,2 %	1,3 %	2,6 %	0,9 %	4,7 %	4,2 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,5 %	35,7 %	39,2 %	41,6 %	27,4 %	34,4 %	30,0 %	31,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	39,7 %	39,3 %	34,2 %	31,2 %	39,0 %	39,8 %	46,7 %	40,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	97	53	52	53	147	106	94	69
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	29,9 %	39,6 %	36,5 %	28,3 %	26,5 %	30,2 %	34,0 %	30,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,6 %	11,3 %	15,4 %	17,0 %	6,8 %	10,4 %	2,1 %	8,7 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	38,1 %	54,7 %	50,0 %	52,8 %	43,5 %	36,8 %	31,9 %	39,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,3 %	13,2 %	15,4 %	9,4 %	8,8 %	10,4 %	8,5 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,1 %	0,0 %	0,0 %	1,9 %	2,7 %	1,9 %	1,1 %	2,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	1,9 %	1,9 %	1,9 %	1,4 %	4,7 %	4,3 %	5,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,5 %	50,9 %	50,0 %	47,2 %	34,7 %	40,6 %	37,2 %	40,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	33,0 %	28,3 %	26,9 %	30,2 %	34,7 %	34,0 %	39,4 %	29,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	64	38	43	35	94	69	65	56
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	35,9 %	50,0 %	37,2 %	40,0 %	26,6 %	26,1 %	33,8 %	28,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	21,9 %	7,9 %	18,6 %	5,7 %	7,4 %	8,7 %	3,1 %	7,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	42,2 %	65,8 %	55,8 %	54,3 %	45,7 %	43,5 %	33,8 %	37,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,1 %	18,4 %	16,3 %	14,3 %	6,4 %	10,1 %	9,2 %	8,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,6 %	0,0 %	0,0 %	2,9 %	3,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	2,6 %	2,3 %	0,0 %	0,0 %	4,3 %	6,2 %	7,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,8 %	57,9 %	53,5 %	48,6 %	37,2 %	34,8 %	36,9 %	35,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	23,4 %	18,4 %	20,9 %	28,6 %	30,9 %	34,8 %	33,8 %	32,1 %

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	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	139	76	72	70	198	111	95	87
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,9 %	46,1 %	52,8 %	47,1 %	33,8 %	50,5 %	47,4 %	39,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	28,8 %	14,5 %	13,9 %	17,1 %	14,1 %	14,4 %	8,4 %	17,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	63,3 %	75,0 %	72,2 %	78,6 %	61,1 %	56,8 %	62,1 %	72,4 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	28,1 %	23,7 %	31,9 %	25,7 %	21,2 %	21,6 %	28,4 %	27,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	1,3 %	0,0 %	2,9 %	2,5 %	6,3 %	2,1 %	2,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,5 %	2,6 %	2,8 %	4,3 %	7,6 %	8,1 %	14,7 %	11,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	59,0 %	60,5 %	65,3 %	64,3 %	46,5 %	64,9 %	54,7 %	56,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	18,0 %	18,4 %	15,3 %	8,6 %	20,2 %	18,0 %	13,7 %	9,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	83	47	46	48	134	90	75	60
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	38,6 %	55,3 %	63,0 %	54,2 %	46,3 %	56,7 %	58,7 %	51,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	36,1 %	19,1 %	17,4 %	20,8 %	14,2 %	17,8 %	9,3 %	20,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,4 %	80,9 %	76,1 %	83,3 %	66,4 %	61,1 %	64,0 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	27,7 %	21,3 %	39,1 %	29,2 %	20,9 %	24,4 %	32,0 %	36,7 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,2 %	2,1 %	0,0 %	4,2 %	3,7 %	7,8 %	2,7 %	3,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,8 %	2,1 %	4,3 %	6,3 %	7,5 %	7,8 %	16,0 %	13,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	74,7 %	74,5 %	78,3 %	75,0 %	58,2 %	74,4 %	66,7 %	71,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	12,0 %	14,9 %	13,0 %	8,3 %	13,4 %	11,1 %	8,0 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	53	33	37	33	85	57	54	47
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	43,4 %	72,7 %	67,6 %	69,7 %	51,8 %	59,6 %	66,7 %	51,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	41,5 %	15,2 %	21,6 %	9,1 %	16,5 %	21,1 %	9,3 %	19,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	62,3 %	87,9 %	83,8 %	81,8 %	71,8 %	64,9 %	70,4 %	83,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,7 %	30,3 %	45,9 %	24,2 %	17,6 %	29,8 %	33,3 %	31,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,7 %	0,0 %	0,0 %	6,1 %	3,5 %	7,0 %	1,9 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,7 %	3,0 %	5,4 %	6,1 %	8,2 %	1,8 %	13,0 %	12,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,9 %	87,9 %	86,5 %	78,8 %	67,1 %	80,7 %	74,1 %	70,2 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	1,9 %	9,1 %	5,4 %	9,1 %	8,2 %	7,0 %	3,7 %	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

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	120	62	52	49	157	81	65	66
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	34,2 %	56,5 %	55,8 %	55,1 %	40,1 %	55,6 %	53,8 %	40,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,0 %	27,4 %	19,2 %	26,5 %	22,3 %	21,0 %	21,5 %	30,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,2 %	88,7 %	90,4 %	91,8 %	83,4 %	84,0 %	83,1 %	84,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	46,7 %	51,6 %	50,0 %	49,0 %	49,0 %	46,9 %	49,2 %	56,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,7 %	3,2 %	0,0 %	4,1 %	5,1 %	3,7 %	6,2 %	1,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,5 %	1,6 %	11,5 %	8,2 %	13,4 %	22,2 %	23,1 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,3 %	82,3 %	75,0 %	77,6 %	59,9 %	72,8 %	73,8 %	68,2 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,8 %	9,7 %	3,8 %	6,1 %	8,3 %	6,2 %	4,6 %	4,5 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	73	39	33	34	104	64	53	46
Schwere psychische Erkrankungen (A)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	42,5 %	56,4 %	60,6 %	58,8 %	51,9 %	60,9 %	62,3 %	52,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,8 %	30,8 %	27,3 %	32,4 %	25,0 %	23,4 %	22,6 %	37,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,7 %	89,7 %	90,9 %	91,2 %	88,5 %	87,5 %	84,9 %	95,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,4 %	43,6 %	54,5 %	52,9 %	55,8 %	53,1 %	50,9 %	69,6 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,0 %	5,1 %	0,0 %	5,9 %	5,8 %	4,7 %	7,5 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,8 %	0,0 %	9,1 %	8,8 %	13,5 %	18,8 %	22,6 %	17,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	84,9 %	87,2 %	87,9 %	85,3 %	72,1 %	79,7 %	83,0 %	84,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,2 %	7,7 %	3,0 %	5,9 %	2,9 %	4,7 %	1,9 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	45	28	28	24	64	41	34	35
Schwere psychische Erkrankungen (B)								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	51,1 %	71,4 %	67,9 %	79,2 %	53,1 %	65,9 %	64,7 %	48,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	46,7 %	21,4 %	32,1 %	25,0 %	29,7 %	29,3 %	29,4 %	37,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,4 %	96,4 %	96,4 %	95,8 %	92,2 %	92,7 %	88,2 %	94,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	66,7 %	50,0 %	60,7 %	54,2 %	56,3 %	58,5 %	50,0 %	71,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	3,6 %	0,0 %	8,3 %	4,7 %	2,4 %	8,8 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	0,0 %	10,7 %	12,5 %	12,5 %	14,6 %	17,6 %	17,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	95,6 %	92,9 %	100,0 %	95,8 %	81,3 %	90,2 %	91,2 %	85,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	3,6 %	0,0 %	4,2 %	1,6 %	2,4 %	0,0 %	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

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

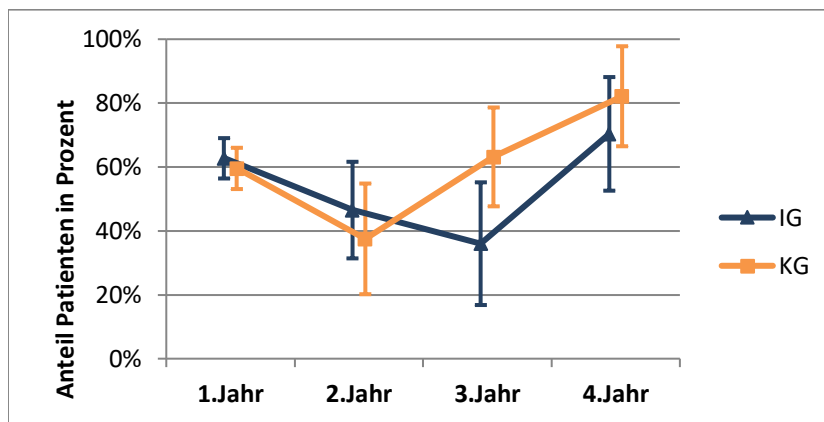
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

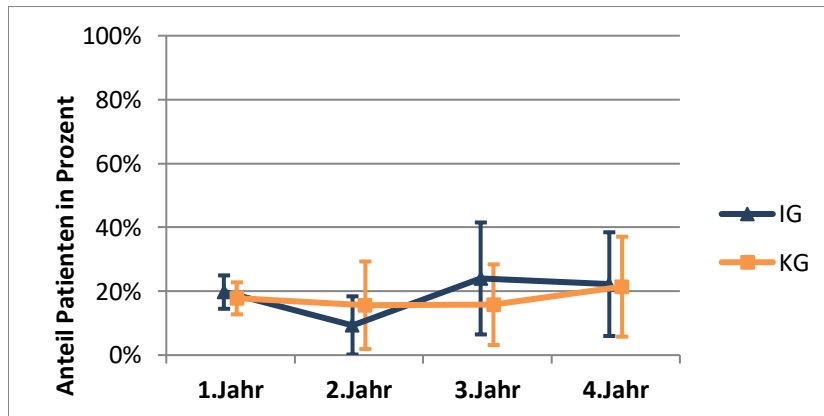
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



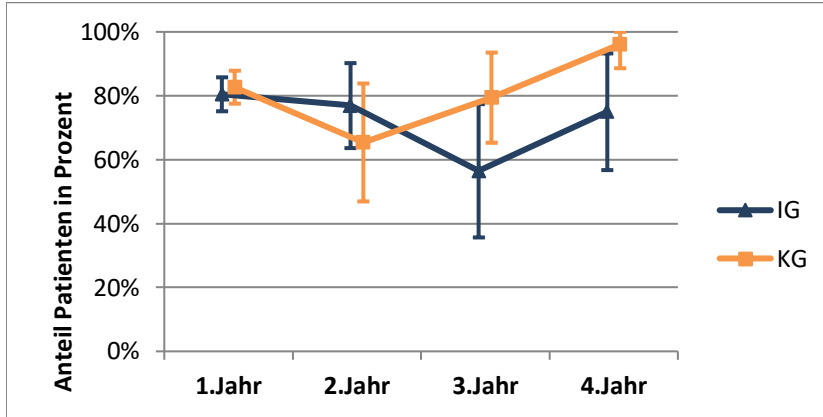
- Alle (psychiatrischer Sektor)



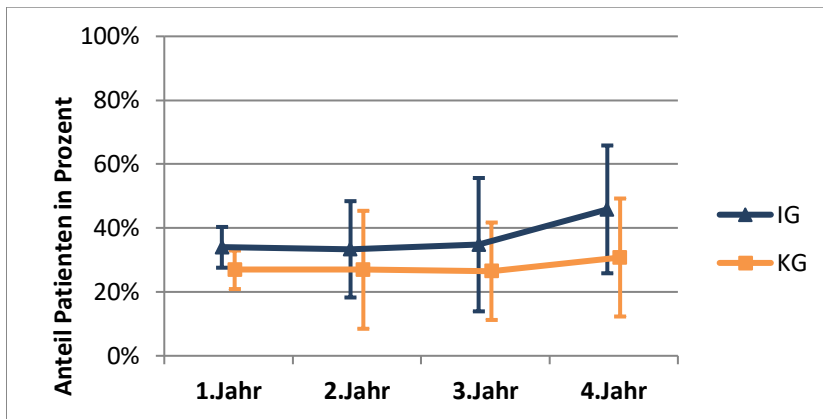
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



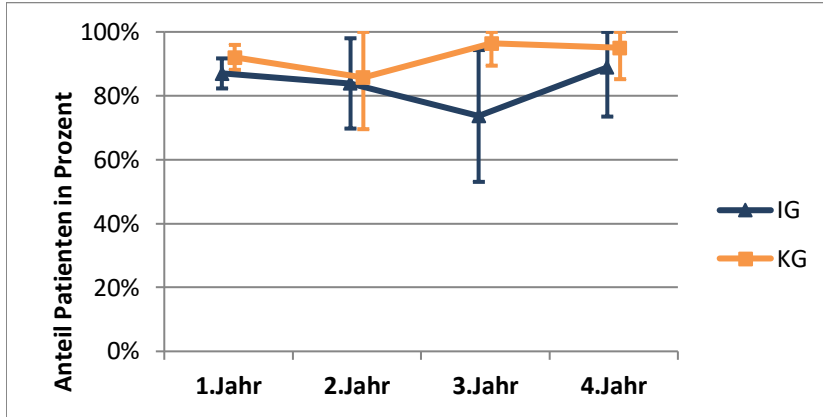
- Alle (psychiatrischer Sektor)



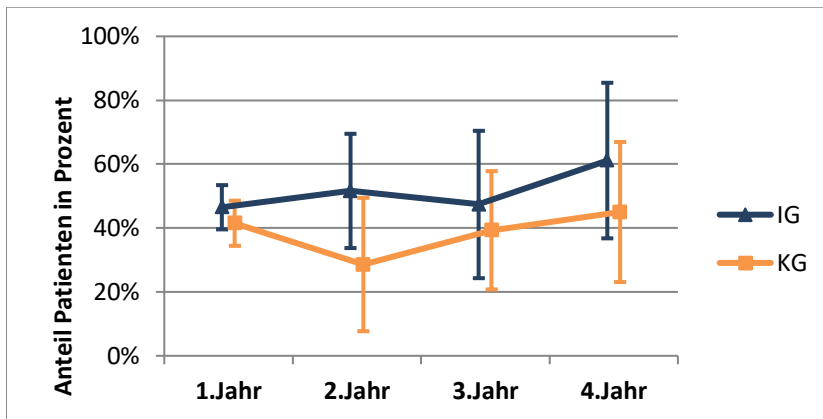
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

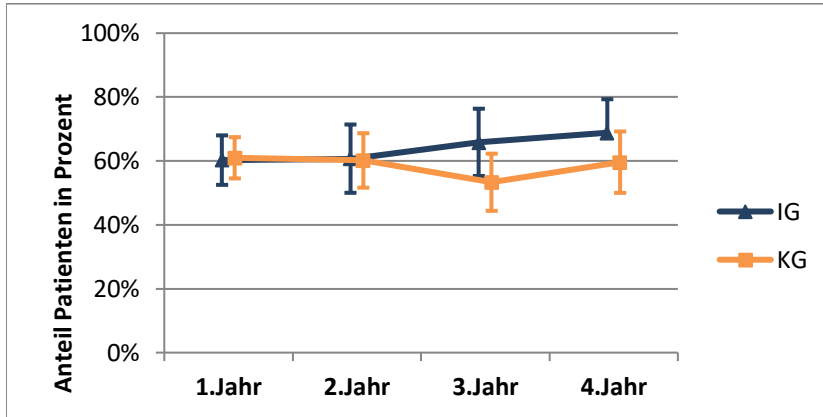
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

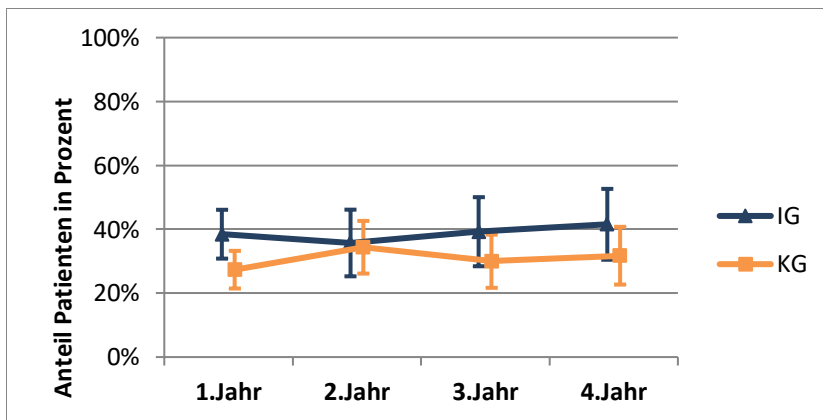
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



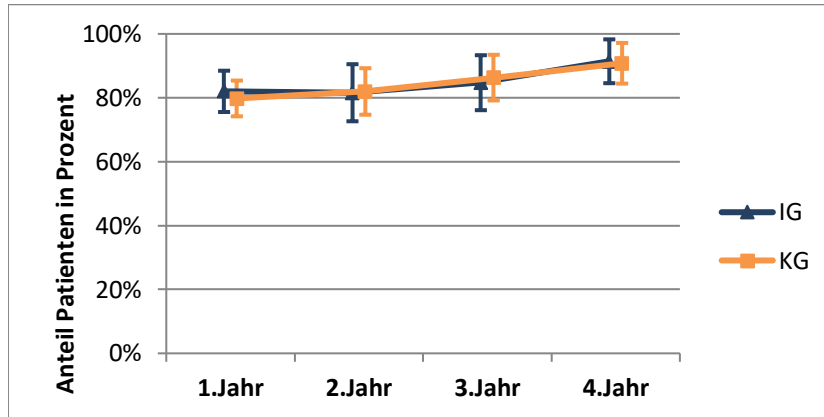
- Alle (psychiatrischer Sektor)



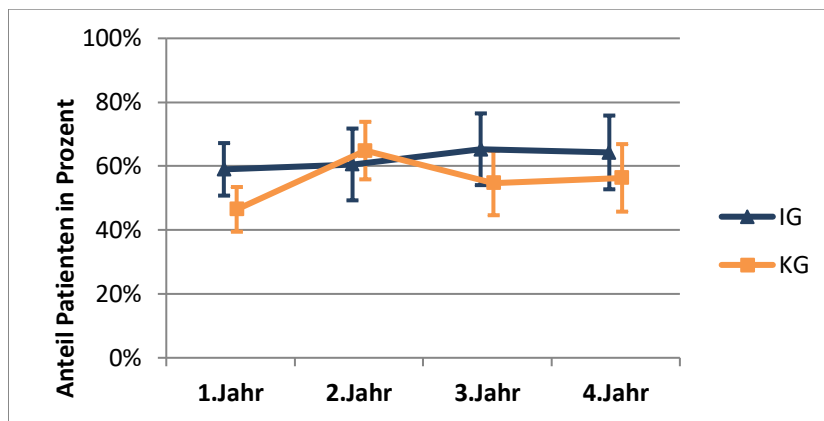
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



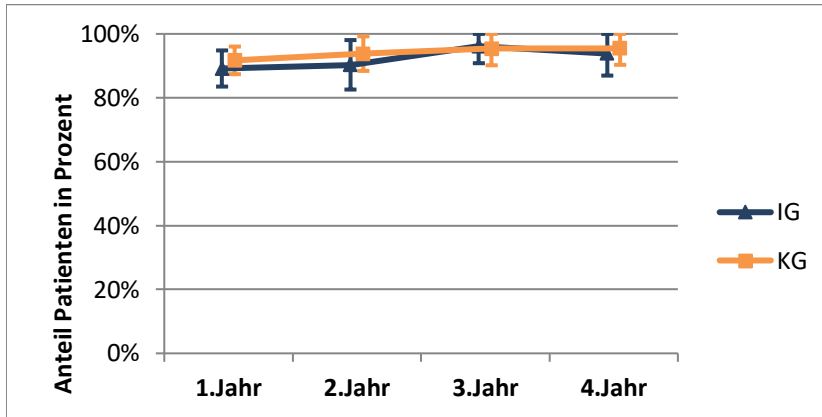
- Alle (psychiatrischer Sektor)



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

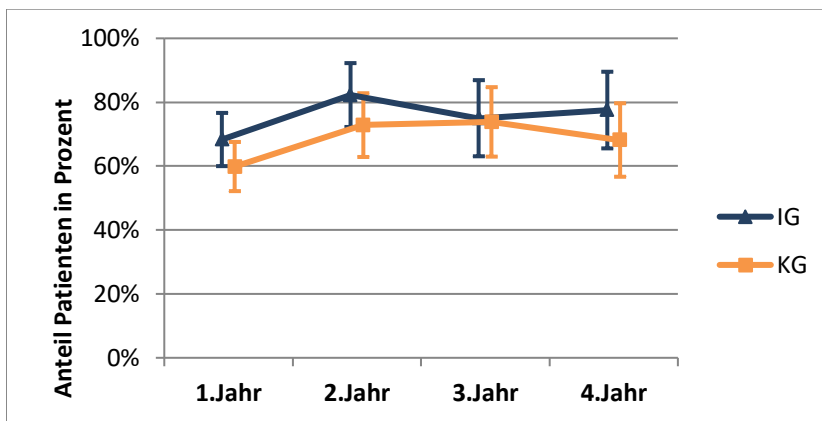


Tabelle 24: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe Jahr 1	1,24 0,73...2,09	1,58 0,98...2,57	1,40 0,84...2,31
Gruppe Jahr 2	0,00 0,00...INF	1,27 0,22...7,14	11,05 0,82...148,71
Gruppe Jahr 3	5,22 0,26...106,76	10,70* 1,10...103,87	11,55 0,91...147,07
Gruppe Jahr 4	0,00 0,00...INF	0,25 0,00...INF	>100 0,00...INF

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	1,78* 1,06...2,99	2,19* 1,19...4,05	1,79 0,85...3,76
Gruppe Jahr 2	1,50 0,69...3,29	1,23 0,48...3,10	5,80* 1,38...24,47
Gruppe Jahr 3	1,58 0,77...3,24	2,23 0,83...5,97	1,11 0,25...4,89
Gruppe Jahr 4	1,80 0,84...3,87	1,39 0,54...3,58	2,16 0,60...7,87

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	995	1.143
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	3,3 %	6,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,1 %	10,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,9 %	48,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,5 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,0 %	3,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	23,2 %	19,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,1 %	38,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	461	505
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	3,0 %	7,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	29,5 %	18,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,5 %	49,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	13,2 %	10,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	5,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	33,2 %	28,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	29,5 %	30,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	193	234
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		

• PIA (A)	3,1 %	7,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,8 %	22,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,3 %	51,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	12,4 %	12,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	6,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,5 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,4 %	31,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,4 %	26,9 %

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

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	929	1.060
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	6,5 %	9,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,7 %	18,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	68,8 %	70,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,2 %	27,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	5,5 %	8,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,4 %	5,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	40,4 %	32,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,3 %	16,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	430	468
Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	6,0 %	10,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	49,5 %	29,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	74,4 %	72,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,4 %	31,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,4 %	12,2 %

<ul style="list-style-type: none"> • Keine Fachgruppe (F) - Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E) - kein Kontakt in 30 Tagen 	3,0 %	4,1 %
	57,0 %	45,9 %
	8,4 %	10,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	183	214
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) 	6,6 %	10,7 %
	59,0 %	37,9 %
	76,5 %	72,4 %
	38,8 %	32,7 %
	8,2 %	10,3 %
	2,2 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	66,7 %	51,4 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,0 %	7,5 %

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	856	956
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) 	7,2 %	12,2 %
	43,8 %	28,3 %
	84,3 %	85,7 %
	53,0 %	50,4 %
	9,1 %	14,0 %
	6,2 %	13,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,1 %	45,1 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,3 %	6,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	387	422

Schwere psychische Erkrankungen (A)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	5,9 %	14,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	63,3 %	46,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	89,7 %	88,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	62,5 %	56,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,4 %	19,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,2 %	12,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,0 %	64,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,6 %	2,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	166	193
Schwere psychische Erkrankungen (B)		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	7,8 %	15,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	74,1 %	54,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,4 %	89,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	69,3 %	60,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,0 %	16,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	5,4 %	11,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,7 %	69,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	1,2 %	0,5 %

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

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

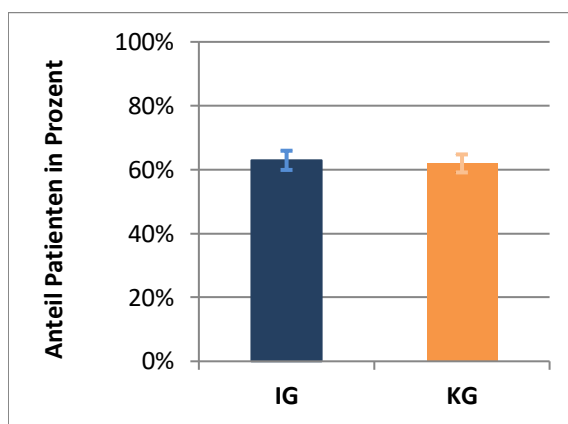
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

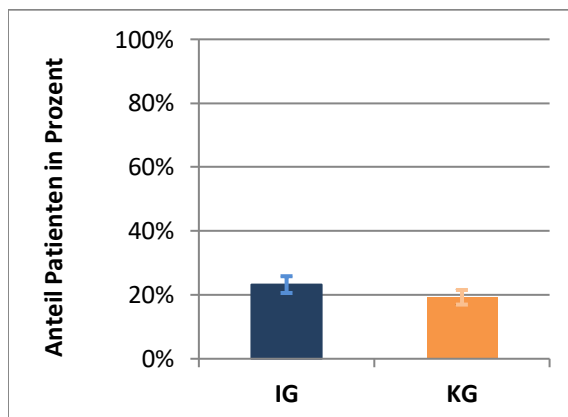
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle

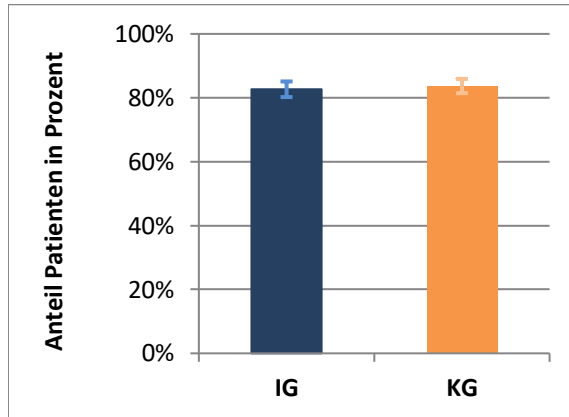


- Alle (psychiatrischer Sektor)

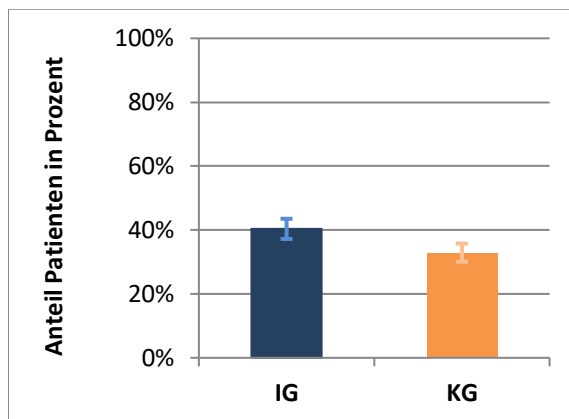


Erwachsene, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 30 Tagen**

- Alle

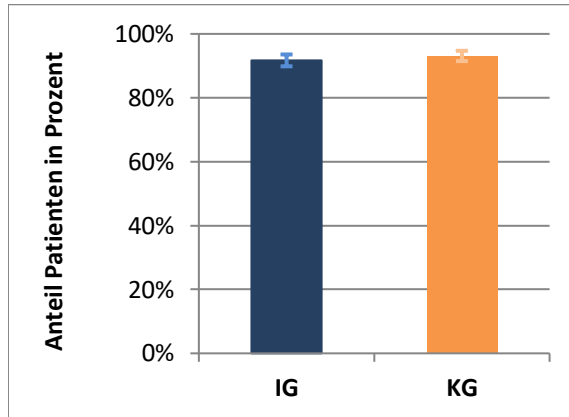


- Alle (psychiatrischer Sektor)

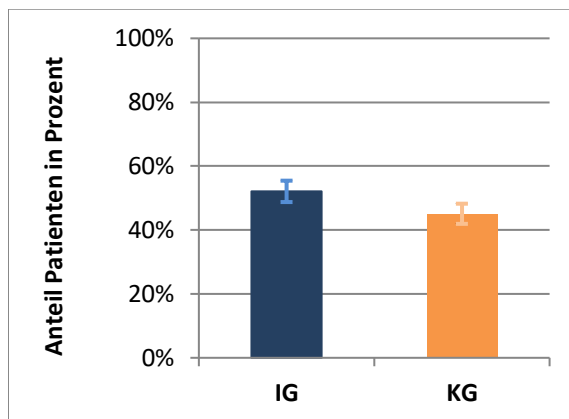


Erwachsene, klinikneue Patienten**Kontakt innerhalb von 90 Tagen**

- **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	767	141	863	167
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	3,1 %	3,5 %	6,0 %	10,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,4 %	12,8 %	11,4 %	14,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	48,6 %	37,6 %	49,9 %	34,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,2 %	8,5 %	8,3 %	9,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,6 %	1,4 %	3,7 %	1,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	2,1 %	2,2 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,9 %	17,7 %	19,6 %	26,3 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	36,2 %	50,4 %	36,6 %	41,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	340	55	370	85
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	2,4 %	9,1 %	7,6 %	14,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,5 %	21,8 %	20,8 %	17,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,3 %	40,0 %	52,2 %	36,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,1 %	16,4 %	11,4 %	12,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	1,8 %	5,4 %	1,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,6 %	1,8 %	1,4 %	2,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,7 %	32,7 %	31,4 %	32,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,5 %	41,8 %	26,5 %	34,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	139	23	177	49
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				

• PIA (A)	2,2 %	8,7 %	7,9 %	20,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	35,3 %	43,5 %	26,0 %	24,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	51,1 %	52,2 %	52,0 %	32,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,4 %	13,0 %	12,4 %	10,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,6 %	0,0 %	6,8 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,7 %	4,3 %	1,1 %	2,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,8 %	52,2 %	36,2 %	44,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	25,2 %	26,1 %	23,7 %	32,7 %

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	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	724	124	801	152
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,4 %	9,7 %	8,7 %	18,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,5 %	24,2 %	19,9 %	24,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	69,3 %	62,9 %	71,3 %	60,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	30,1 %	22,6 %	27,3 %	25,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,1 %	0,8 %	8,5 %	5,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,5 %	4,0 %	5,2 %	6,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	39,5 %	33,1 %	33,2 %	46,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,4 %	21,0 %	16,2 %	19,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	326	49	344	79
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,1 %	10,2 %	11,0 %	27,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	50,6 %	38,8 %	31,7 %	32,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	76,1 %	61,2 %	73,8 %	63,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,0 %	34,7 %	32,6 %	31,6 %

<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 	6,1 %	2,0 %	13,1 %	2,5 %
	2,5 %	8,2 %	3,2 %	6,3 %
	57,7 %	46,9 %	49,1 %	62,0 %
	6,7 %	10,2 %	8,7 %	11,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	134	19	162	45
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,5 %	10,5 %	12,3 %	31,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	56,7 %	68,4 %	41,4 %	35,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,6 %	63,2 %	72,8 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,6 %	26,3 %	34,6 %	24,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,5 %	0,0 %	12,3 %	2,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,0 %	10,5 %	4,3 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	64,9 %	73,7 %	56,8 %	68,9 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	6,0 %	5,3 %	5,6 %	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	
Ambulanter Kontakt innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung bei (in %)				
	1. Jahr	2. Jahr	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	669	107	722	124
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	7,6 %	13,1 %	12,3 %	23,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	43,8 %	31,8 %	29,2 %	29,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,2 %	79,4 %	86,4 %	83,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	53,1 %	40,2 %	49,0 %	45,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,9 %	2,8 %	13,2 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	9,3 %	14,1 %	14,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,6 %	44,9 %	45,3 %	55,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,8 %	13,1 %	7,2 %	7,3 %

Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	298	40	315	63
Schwere psychische Erkrankungen (A)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	6,0 %	15,0 %	15,2 %	34,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	64,1 %	52,5 %	47,9 %	38,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,3 %	82,5 %	89,8 %	87,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	64,1 %	50,0 %	57,8 %	50,8 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	10,1 %	5,0 %	21,0 %	9,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,0 %	15,0 %	12,4 %	15,9 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	70,1 %	67,5 %	67,9 %	74,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,0 %	5,0 %	2,2 %	0,0 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	123	14	150	36
Schwere psychische Erkrankungen (B)				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	8,9 %	14,3 %	16,7 %	36,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	74,0 %	85,7 %	57,3 %	41,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,1 %	100,0 %	90,7 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	70,7 %	57,1 %	60,7 %	47,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,8 %	7,1 %	18,7 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,3 %	14,3 %	11,3 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,5 %	92,9 %	73,3 %	83,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,8 %	0,0 %	0,7 %	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

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:

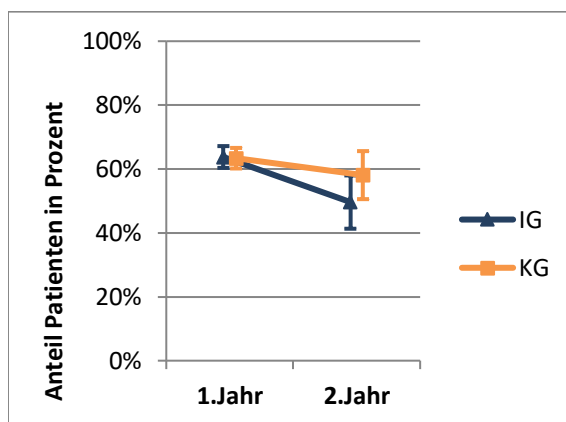
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

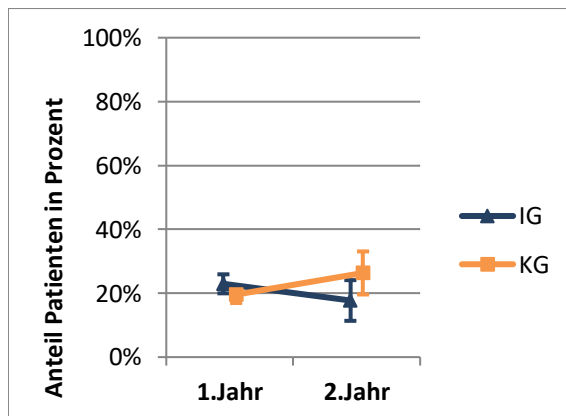
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- **Alle**



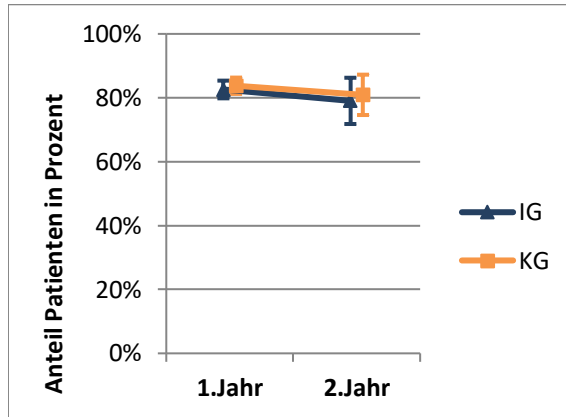
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



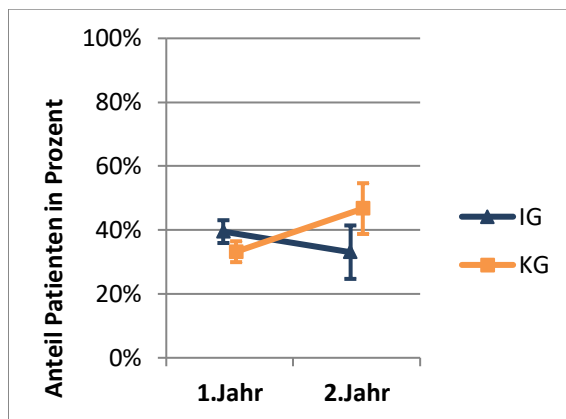
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



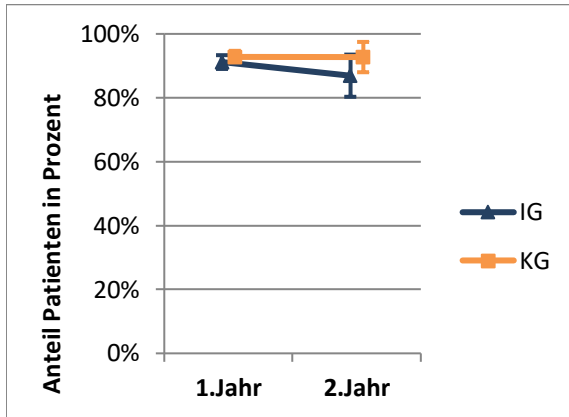
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

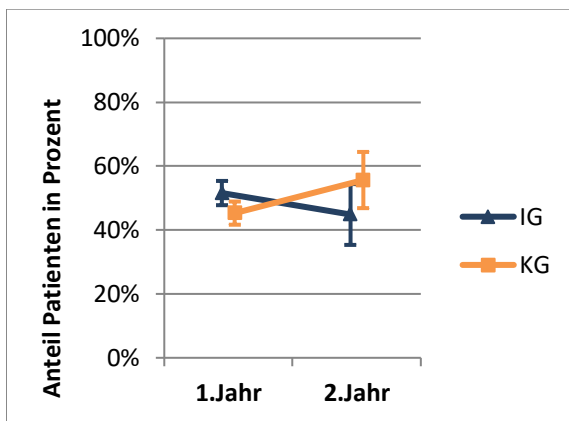


Tabelle 27: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	1,25 0,97...1,62	1,32* 1,04...1,68	1,32* 1,04...1,69
Gruppe Jahr 2	0,61 0,32...1,17	0,58 0,32...1,05	0,92 0,47...1,79

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	496	89	80	550	115	93
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	3,0 %	3,4 %	3,8 %	6,7 %	11,3 %	4,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,8 %	10,1 %	16,3 %	11,3 %	13,9 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	46,6 %	39,3 %	33,8 %	47,3 %	33,0 %	38,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,3 %	13,5 %	5,0 %	8,2 %	8,7 %	15,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,6 %	1,1 %	2,5 %	2,4 %	2,6 %	8,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,8 %	3,4 %	7,5 %	2,4 %	0,9 %	3,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	22,2 %	14,6 %	20,0 %	19,3 %	27,0 %	22,6 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	38,5 %	49,4 %	48,8 %	39,6 %	43,5 %	40,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	217	34	43	233	57	46

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	2,3 %	8,8 %	2,3 %	9,4 %	14,0 %	2,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,3 %	23,5 %	27,9 %	22,3 %	17,5 %	17,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	49,3 %	44,1 %	41,9 %	51,1 %	38,6 %	39,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,7 %	26,5 %	4,7 %	11,2 %	14,0 %	15,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,2 %	2,9 %	4,7 %	3,4 %	1,8 %	13,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	0,9 %	2,9 %	7,0 %	1,3 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	34,6 %	35,3 %	30,2 %	33,5 %	33,3 %	30,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,7 %	35,3 %	34,9 %	28,8 %	33,3 %	39,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	86	13	24	105	27	22
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	2,3 %	0,0 %	4,2 %	11,4 %	22,2 %	4,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,2 %	53,8 %	29,2 %	25,7 %	25,9 %	27,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	50,0 %	61,5 %	41,7 %	50,5 %	33,3 %	40,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	15,1 %	23,1 %	0,0 %	11,4 %	14,8 %	13,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,7 %	0,0 %	4,2 %	3,8 %	0,0 %	13,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,2 %	7,7 %	4,2 %	1,0 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	41,9 %	53,8 %	33,3 %	37,1 %	48,1 %	40,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	26,7 %	23,1 %	37,5 %	26,7 %	33,3 %	36,4 %

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	463	80	69	508	101	86
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	6,0 %	13,8 %	11,6 %	10,0 %	21,8 %	14,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,5 %	18,8 %	29,0 %	17,9 %	23,8 %	22,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	70,2 %	63,8 %	55,1 %	70,9 %	62,4 %	61,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	31,1 %	28,8 %	17,4 %	26,4 %	27,7 %	25,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,3 %	1,3 %	5,8 %	6,9 %	6,9 %	17,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	3,8 %	8,7 %	4,5 %	5,0 %	9,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,2 %	31,3 %	36,2 %	31,1 %	49,5 %	43,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,5 %	20,0 %	27,5 %	17,9 %	17,8 %	16,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	206	31	35	214	51	45
Schwere psychische Erkrankungen (A)						

- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	6,8 %	12,9 %	11,4 %	13,1 %	33,3 %	15,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	49,5 %	38,7 %	48,6 %	30,4 %	33,3 %	24,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	77,2 %	58,1 %	65,7 %	75,2 %	70,6 %	62,2 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,3 %	45,2 %	20,0 %	29,9 %	35,3 %	26,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,8 %	3,2 %	8,6 %	12,1 %	2,0 %	24,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	6,5 %	5,7 %	1,9 %	3,9 %	6,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	57,3 %	48,4 %	51,4 %	49,5 %	66,7 %	53,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	5,8 %	9,7 %	11,4 %	9,8 %	7,8 %	13,3 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	82	11	19	92	23	21
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	8,5 %	9,1 %	21,1 %	16,3 %	39,1 %	19,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	57,3 %	81,8 %	63,2 %	38,0 %	30,4 %	28,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,3 %	63,6 %	73,7 %	76,1 %	65,2 %	57,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,0 %	36,4 %	10,5 %	31,5 %	30,4 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,5 %	0,0 %	10,5 %	12,0 %	0,0 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,7 %	9,1 %	0,0 %	2,2 %	8,7 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	67,1 %	81,8 %	68,4 %	59,8 %	69,6 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	4,9 %	0,0 %	5,3 %	6,5 %	8,7 %	9,5 %

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		
	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	426	65	45	454	84	72
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	6,8 %	18,5 %	15,6 %	12,3 %	26,2 %	18,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	41,8 %	26,2 %	40,0 %	27,8 %	27,4 %	30,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	84,3 %	78,5 %	80,0 %	85,7 %	83,3 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	51,9 %	46,2 %	51,1 %	46,3 %	44,0 %	37,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,8 %	0,0 %	13,3 %	11,7 %	11,9 %	19,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	12,3 %	11,1 %	12,1 %	11,9 %	16,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	47,9 %	43,1 %	53,3 %	42,5 %	57,1 %	52,8 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	10,3 %	12,3 %	15,6 %	8,4 %	7,1 %	6,9 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	185	23	21	194	42	37

Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	7,0 %	21,7 %	0,0 %	17,0 %	40,5 %	18,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	62,7 %	52,2 %	57,1 %	45,4 %	35,7 %	37,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	91,4 %	78,3 %	85,7 %	89,2 %	88,1 %	81,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	64,3 %	56,5 %	61,9 %	54,1 %	52,4 %	35,1 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,4 %	0,0 %	19,0 %	20,6 %	9,5 %	29,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	7,6 %	17,4 %	14,3 %	9,8 %	9,5 %	16,2 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,2 %	69,6 %	61,9 %	67,5 %	78,6 %	64,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	2,2 %	4,3 %	9,5 %	3,1 %	0,0 %	8,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	74	<10	<10	85	21	17
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	10,8 %	14,3 %	0,0 %	20,0 %	47,6 %	23,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	77,0 %	100,0 %	77,8 %	55,3 %	28,6 %	47,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	94,6 %	100,0 %	88,9 %	89,4 %	81,0 %	76,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	70,3 %	57,1 %	77,8 %	58,8 %	47,6 %	41,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,5 %	0,0 %	11,1 %	18,8 %	9,5 %	35,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,5 %	14,3 %	11,1 %	8,2 %	14,3 %	23,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	83,8 %	100,0 %	77,8 %	76,5 %	85,7 %	76,5 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,2 %	0,0 %	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

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	220	133	106	368	176	162
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	21,8 %	30,8 %	27,4 %	15,8 %	23,9 %	25,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,4 %	6,8 %	8,5 %	7,9 %	6,8 %	4,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	40,0 %	42,1 %	47,2 %	40,5 %	36,9 %	29,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	10,0 %	11,3 %	10,4 %	9,8 %	9,7 %	9,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,3 %	0,0 %	0,9 %	1,9 %	1,1 %	1,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,1 %	0,8 %	0,9 %	2,4 %	3,4 %	3,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	38,6 %	37,6 %	34,9 %	24,7 %	30,7 %	31,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	37,7 %	38,3 %	34,9 %	38,6 %	40,9 %	44,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	139	90	77	240	130	118
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,9 %	42,2 %	31,2 %	20,8 %	26,9 %	30,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,1 %	7,8 %	11,7 %	9,6 %	8,5 %	4,2 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	43,9 %	50,0 %	50,6 %	42,9 %	37,7 %	33,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	11,5 %	14,4 %	13,0 %	9,6 %	12,3 %	8,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	0,0 %	1,3 %	2,9 %	1,5 %	1,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	1,1 %	1,3 %	2,1 %	3,8 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,1 %	50,0 %	41,6 %	32,1 %	35,4 %	36,4 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	28,8 %	26,7 %	29,9 %	33,8 %	35,4 %	38,1 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 7 Tagen Nachbeobachtungszeit	97	66	61	146	82	78
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	38,1 %	51,5 %	32,8 %	19,9 %	24,4 %	32,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	18,6 %	6,1 %	13,1 %	12,3 %	7,3 %	3,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	47,4 %	57,6 %	55,7 %	44,5 %	43,9 %	32,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	14,4 %	16,7 %	14,8 %	8,9 %	13,4 %	9,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,1 %	0,0 %	1,6 %	2,7 %	0,0 %	1,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,1 %	1,5 %	1,6 %	1,4 %	3,7 %	5,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,7 %	57,6 %	44,3 %	34,9 %	31,7 %	37,2 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	21,6 %	18,2 %	24,6 %	30,8 %	34,1 %	34,6 %

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	198	117	95	328	151	130
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	30,8 %	47,9 %	52,6 %	28,0 %	42,4 %	43,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	26,3 %	12,8 %	11,6 %	16,2 %	13,2 %	14,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	65,7 %	70,9 %	73,7 %	65,2 %	60,3 %	60,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	29,8 %	23,1 %	29,5 %	27,1 %	21,2 %	26,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,5 %	0,9 %	1,1 %	4,0 %	5,3 %	4,6 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,6 %	2,6 %	2,1 %	8,8 %	9,9 %	12,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	56,6 %	60,7 %	63,2 %	44,8 %	56,3 %	60,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	17,2 %	17,1 %	14,7 %	14,6 %	17,9 %	13,8 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	122	79	67	220	113	95
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	40,2 %	59,5 %	59,7 %	36,4 %	48,7 %	52,6 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	31,1 %	13,9 %	13,4 %	19,5 %	16,8 %	13,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,4 %	75,9 %	77,6 %	69,1 %	60,2 %	65,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	32,0 %	22,8 %	32,8 %	27,3 %	24,8 %	30,5 %

<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 	6,6 %	1,3 %	1,5 %	5,9 %	7,1 %	6,3 %
	5,7 %	1,3 %	3,0 %	8,6 %	8,8 %	12,6 %
	70,5 %	73,4 %	71,6 %	56,8 %	66,4 %	69,5 %
	10,7 %	12,7 %	11,9 %	8,6 %	13,3 %	7,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 30 Tagen Nachbeobachtungszeit	83	59	53	133	69	66
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	47,0 %	74,6 %	66,0 %	39,8 %	53,6 %	62,1 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,5 %	10,2 %	17,0 %	21,1 %	20,3 %	13,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	67,5 %	79,7 %	83,0 %	73,7 %	62,3 %	66,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,8 %	27,1 %	39,6 %	27,1 %	30,4 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,0 %	0,0 %	1,9 %	3,8 %	5,8 %	4,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,0 %	1,7 %	3,8 %	10,5 %	1,4 %	10,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	78,3 %	84,7 %	81,1 %	61,7 %	73,9 %	77,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	3,6 %	6,8 %	5,7 %	5,3 %	7,2 %	4,5 %

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	170	92	73	266	113	96
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	33,5 %	55,4 %	56,2 %	32,7 %	47,8 %	45,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	32,9 %	21,7 %	17,8 %	24,8 %	21,2 %	29,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,5 %	88,0 %	90,4 %	85,7 %	84,1 %	81,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	48,8 %	44,6 %	47,9 %	53,4 %	45,1 %	46,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,5 %	2,2 %	1,4 %	6,4 %	3,5 %	8,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,8 %	5,4 %	12,3 %	16,2 %	21,2 %	19,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	65,9 %	76,1 %	74,0 %	57,1 %	66,4 %	75,0 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,8 %	9,8 %	4,1 %	6,0 %	6,2 %	5,2 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (A) mit mindestens <u>90 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	108	61	52	175	84	72
Schwere psychische Erkrankungen (A)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	43,5 %	62,3 %	59,6 %	40,0 %	52,4 %	54,2 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	38,9 %	23,0 %	23,1 %	30,9 %	25,0 %	27,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	83,3 %	93,4 %	92,3 %	89,1 %	85,7 %	83,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	56,5 %	39,3 %	50,0 %	59,4 %	52,4 %	51,4 %

• Psychotherapeuten (E) ⁴	9,3 %	3,3 %	1,9 %	8,6 %	4,8 %	11,1 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,3 %	3,3 %	11,5 %	16,6 %	19,0 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	80,6 %	85,2 %	82,7 %	69,7 %	73,8 %	81,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	4,9 %	1,9 %	1,7 %	4,8 %	1,4 %
Stationäre Behandlungsfälle bei Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (n) (B) mit mindestens 90 Tagen Nachbeobachtungszeit	72	47	42	103	51	46
Schwere psychische Erkrankungen (B)						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	52,8 %	74,5 %	66,7 %	41,7 %	58,8 %	58,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	37,5 %	14,9 %	23,8 %	34,0 %	29,4 %	32,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	90,3 %	97,9 %	95,2 %	92,2 %	88,2 %	82,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	63,9 %	42,6 %	57,1 %	62,1 %	58,8 %	52,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,3 %	2,1 %	2,4 %	5,8 %	2,0 %	10,9 %
• Keine Fachgruppe (F)	9,7 %	4,3 %	14,3 %	17,5 %	13,7 %	17,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	87,5 %	89,4 %	90,5 %	76,7 %	84,3 %	91,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	0,0 %	2,1 %	0,0 %	1,0 %	3,9 %	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

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:

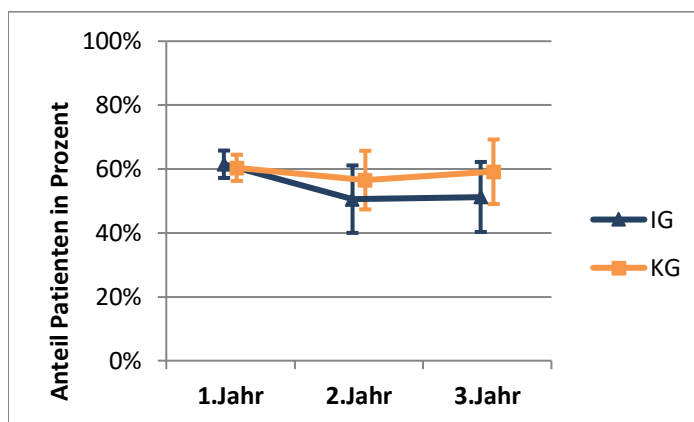
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

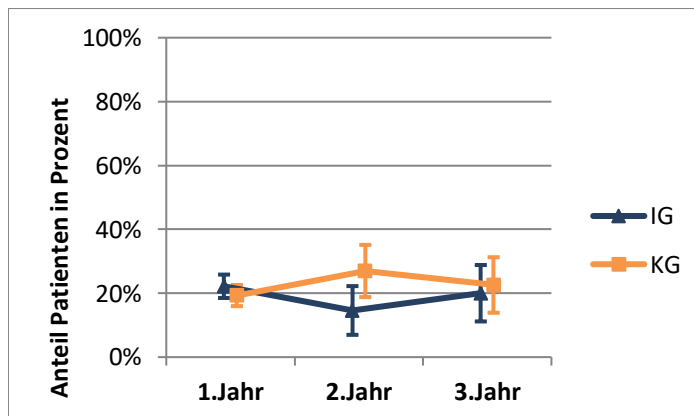
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



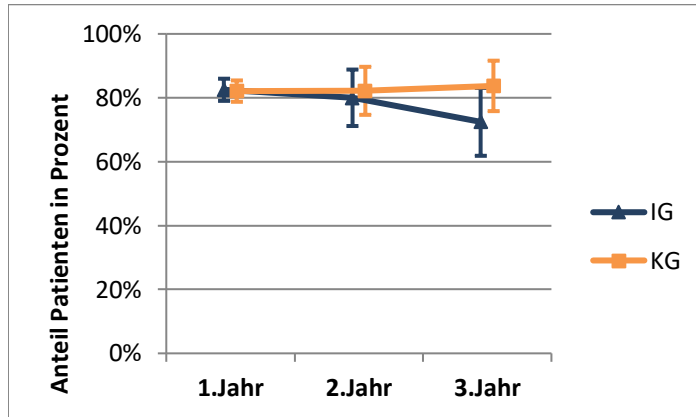
- Alle (psychiatrischer Sektor)



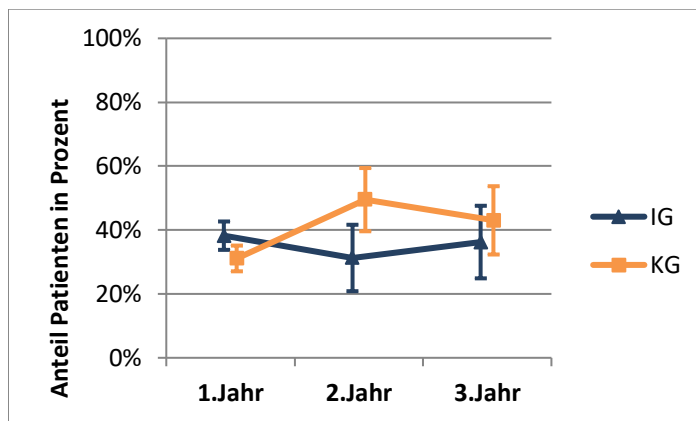
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



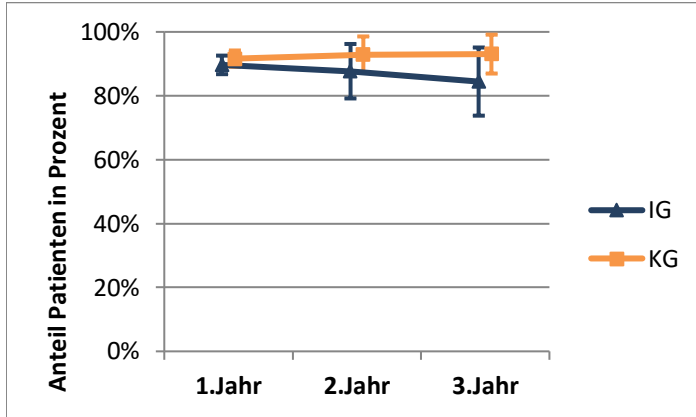
- Alle (psychiatrischer Sektor)



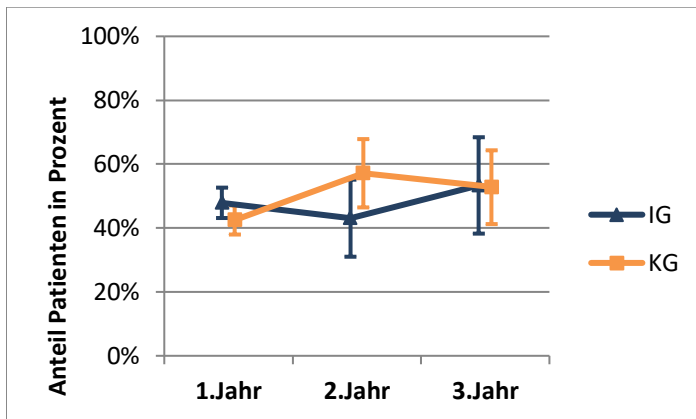
Erwachsene, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



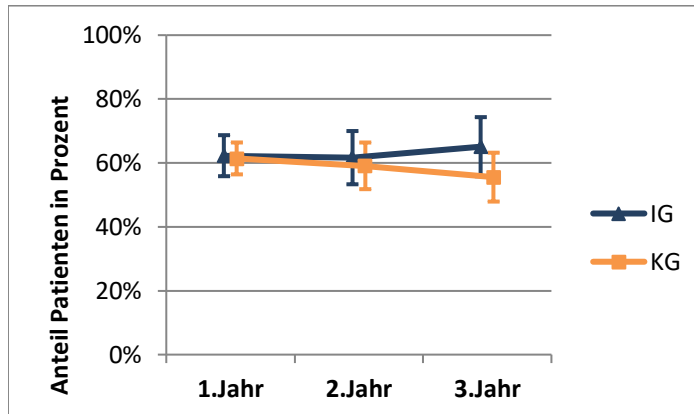
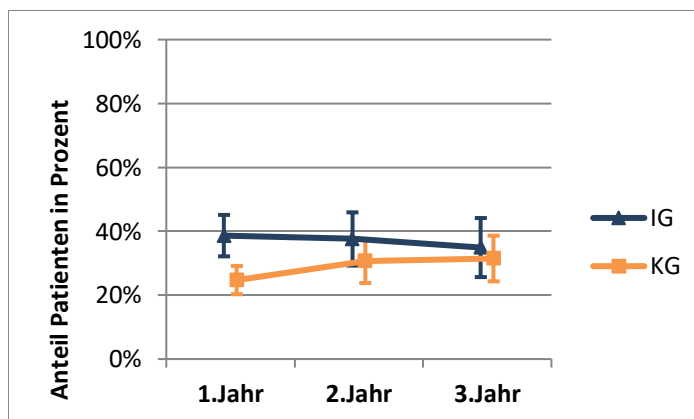
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

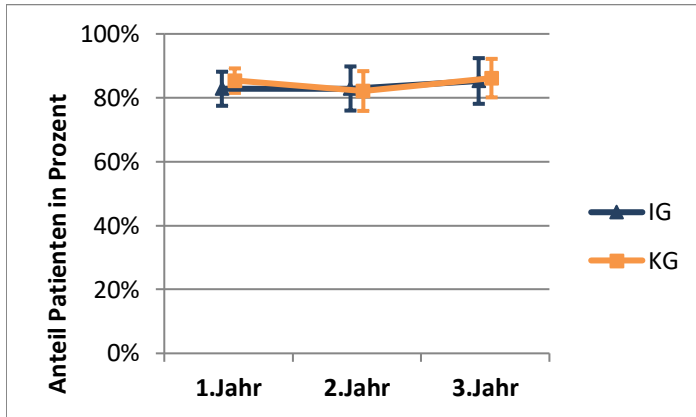
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen**- Alle****- Alle (psychiatrischer Sektor)**

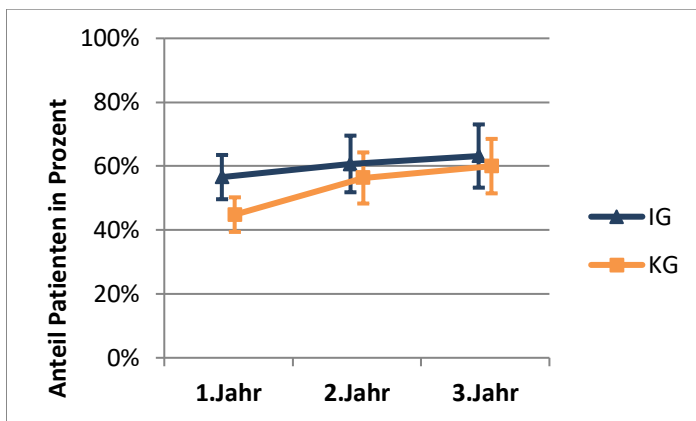
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



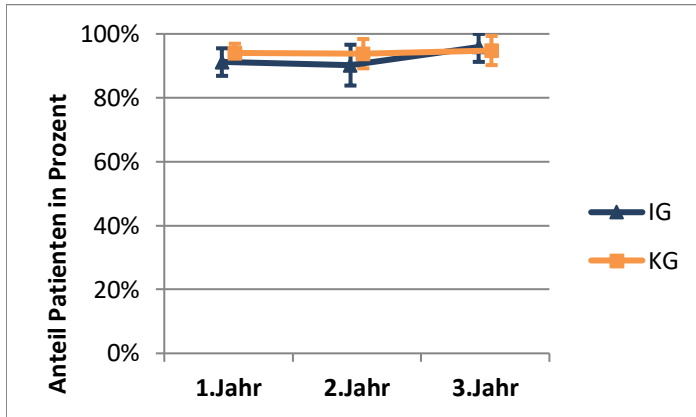
- Alle (psychiatrischer Sektor)



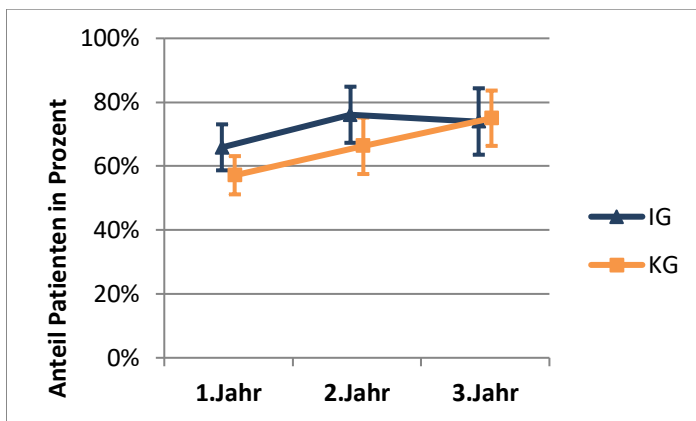
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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 geringerer **Anteil an Patienten** der IG nach Modellstart **keinen Kontakt zum psychiatrischen Versorgungssystem** (ambulant oder stationär) im Vergleich zur KG auf. Dieser Unterschied war bei der Betrachtung von 180 Tagen statistisch signifikant (Gruppenschätzer = -0,1). Auch war die **Dauer der Kontaktabbrüche** in der IG stets geringer als in der KG. Diese Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz.

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	698	698	703	703	698	698	703	703
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Störungen (A)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	21	262	33	272	21	262	33	272
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	86	<10	106	<10	86	<10	105
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	23	<10	48	<10	23	<10	47
Anzahl Patienten mit schweren psychischen Erkrankung und Dauerkriterium (B)								
• Mit mindestens einem Klinikaufenthalt*	<10	106	18	128	<10	106	18	128
• Mit mindestens zwei Klinikaufenthalten*	<10	29	<10	51	<10	29	<10	50
• Mit mindestens drei Klinikaufenthalten*	<10	<10	<10	29	<10	<10	<10	28

* 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)	511	698	515	703	511	698	515	703
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)	21,4 %	30,5 %	24,0 %	29,8 %	14,3 %	17,6 %	28,0 %	24,3 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB1)	0,0 %	21,7 %	23,1 %	25,8 %	0,0 %	10,4 %	23,1 %	21,9 %
Anteil Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA2)	0,0 %	4,7 %	0,0 %	12,3 %	0,0 %	3,5 %	0,0 %	7,6 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB2)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,8 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	4,0 %
Anteil Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (aA3)	0,0 %	13,0 %	20,0 %	2,1 %	0,0 %	4,3 %	0,0 %	0,0 %
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (aB3)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	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)	216,7	240,5	327,3	284,1	259,5	333,4	317,6	329,1
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB1)	0,0	207,7	323,0	286,6	0,0	303,1	323,0	329,1
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit zwei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA2)	0,0	244,6	0,0	271,2	0,0	318,0	0,0	320,4
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB2)	0,0	0,0	0,0	257,5	0,0	0,0	0,0	338,8
Gesamtdauer in Tagen je Kontaktabbruch bei Patienten mit mindestens drei Kontaktabbrüchen (Zeit zwischen Kontaktabbrüchen)								
• 1: Schwere psychische Störung A ³ (dA3)	0,0	252,6	165,0	227,0	0,0	306,3	0,0	0,0
• 2: Schwere psychische Störung B ⁴ (dB3)	0,0	0,0	0,0	0,0	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	224	302	241	325	224	302	241	325
• Durchschnittliche Anzahl Kontaktabbrüche pro Patient	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,3
• Durchschnittliche kumulierte Dauer der Kontaktabbrüche in Tagen	2,9	77,7	10,2	94,6	2,3	60,1	9,2	82,6

Anzahl Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA und zweijährigem Nachbeobachtungszeitraum (n), schwere psychische Störung B ⁴	91	119	111	149	91	119	111	149
• 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	0,0	40,1	8,7	80,8	0,0	28,0	8,7	70,9

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 EBM: 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

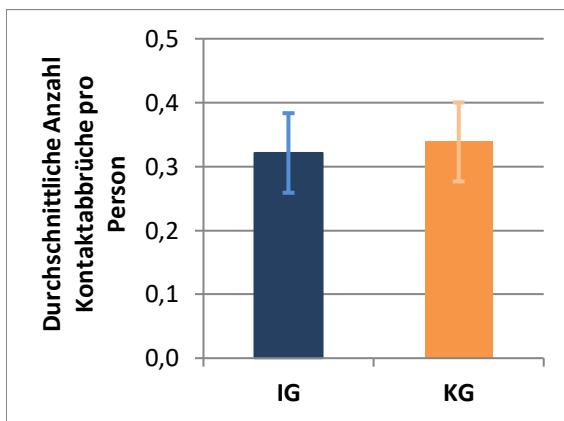
Legende für die folgenden Abbildungen:

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

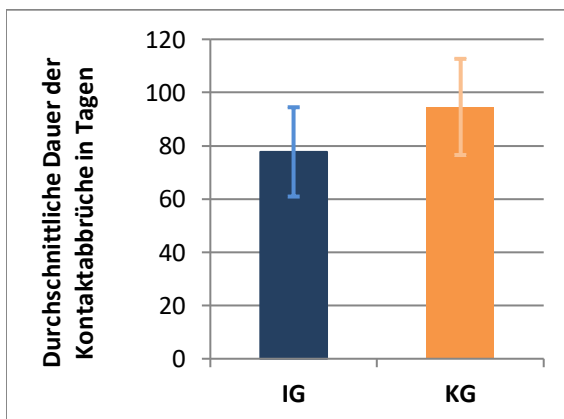
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 90 Tage, Dauer

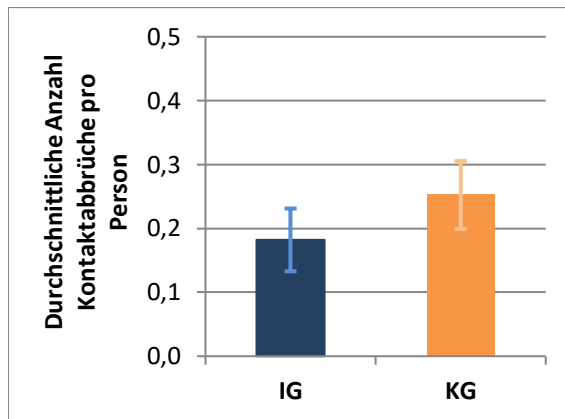
- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Anteil Patienten

- **Schwere Psychische Störung A**



Erwachsene, klinikneue Patienten

> 180 Tage, Dauer

- **Schwere Psychische Störung A**

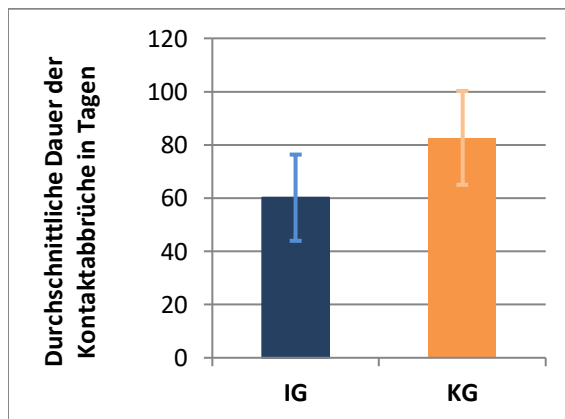


Tabelle 30: Inferenzstatistik, Abbrüche des Kontakts, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

Kontaktabbruch	>90 Tage		> 180 Tage	
	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)	Anzahl Kontaktabbrüche	Dauer von Kontaktabbruch (Tage)
Gruppe	-0,02 -0,11...0,07	-18,09 -42,70...6,52	-0,07* -0,15...0,00	-23,41 -47,37...0,55

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

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

8.2.5 Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Nur sehr 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. Weiterhin 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)	201	201	201	201	201	204	204	204	204	204
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	192	197	181	170	163	191	200	184	174	169
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)	1,0%	1,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	0,5%	1,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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)	353	353	353	353	353	348	348	348	348	348
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	350	348	342	332	321	342	342	328	312	294
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%	1,4%	0,6%	0,3%	0,0%	0,3%	0,6%	0,3%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

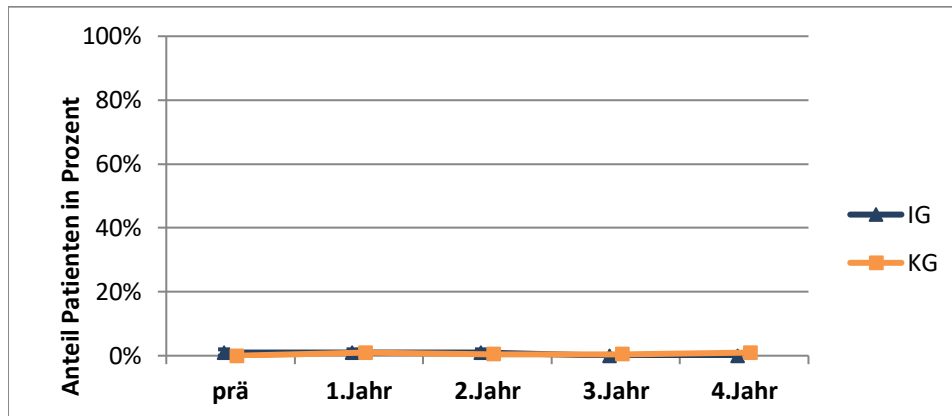
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

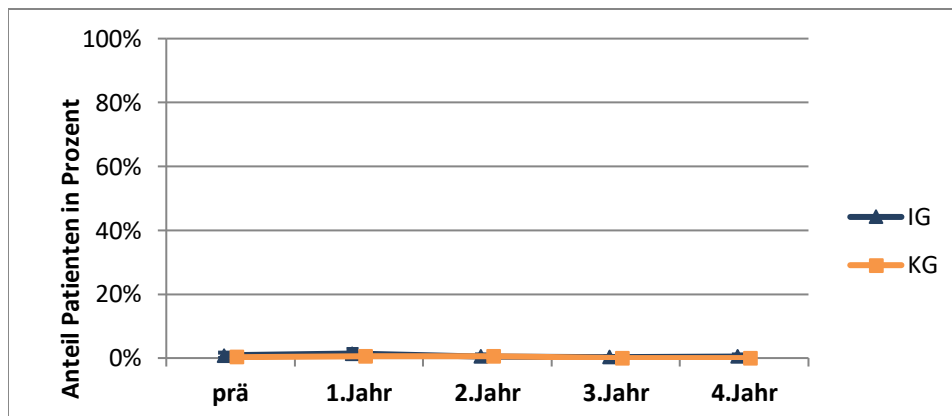


Tabelle 32: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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)	1.016	1.016	1.016	1.016
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	974	996	982	996
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%	0,9%	0,6%	1,5%
• Vier (B)	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%

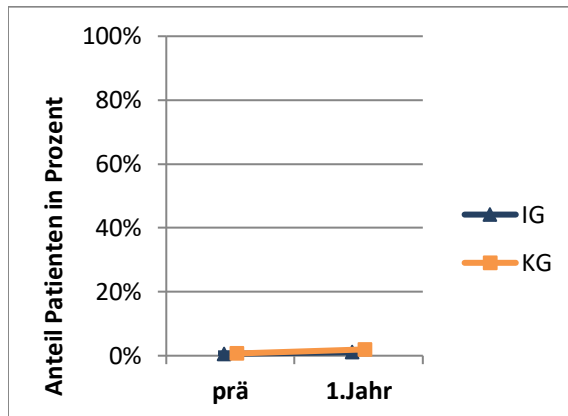
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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)	772	772	772	770	770	770
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	734	756	699	743	752	700
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%	0,6%	0,8%	0,6%	0,9%	0,9%
• Vier (B)	0,0%	0,1%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	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 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.

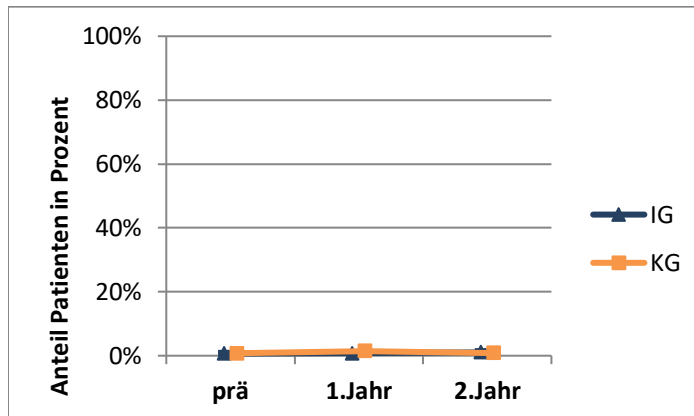


Tabelle 35: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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)	477	477	477	477	489	489	489	489
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	454	466	429	404	470	474	442	428
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%	0,6%	0,4%	0,2%	0,6%	0,6%	0,8%	0,8%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,4%	0,2%	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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)	485	485	485	485	484	484	484	484
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	479	477	462	444	477	473	452	431
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%	1,0%	0,4%	0,4%	0,2%	0,4%	0,8%	0,4%
• Vier (B)	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

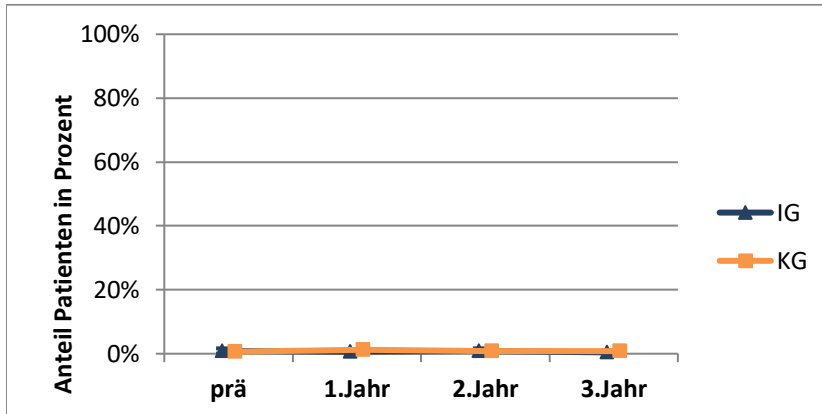
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

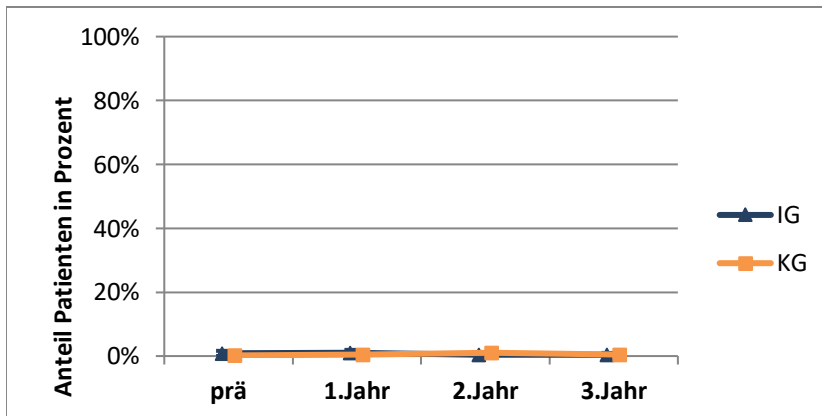
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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



8.2.6 Arbeitsunfähigkeit

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung zeigten sich bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG eine vergleichbare Anzahl **AU-Episoden**. Die durchschnittliche Anzahl an AU-Episoden verzeichnete einen Peak mit 1,3 AU-Episoden im ersten Jahr nach Referenzfall, der zwischen IG und KG gleich war, und sank dann in beiden Gruppen auf 0,5 bzw. 0,4 AU-Episoden ab. Auch bei den linikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf der AU-Tage zwischen IG und KG über die Zeit ersichtlich. Jedoch wies hier die IG zu jedem Zeitpunkt leicht geringere AU-Episoden im Vergleich zur KG auf (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,2; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: -0,4 AU-Episoden). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren jedoch nicht ersichtlich. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall.

Die durchschnittliche Anzahl an **AU-Tagen** verzeichnete bei den linikneuen Patienten, analog zu den vollstationären Behandlungstagen, einen starken Peak im Jahr nach Referenzfall. Dieser Anstieg als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall war in der IG größer im Vergleich zur KG (IG: +54,2; KG: +36,8 AU-Tage). Die Fallzahl der Patienten, die hier betrachtet werden konnte, war jedoch sehr gering (IG: 92; KG: 98 Patienten). Daher war vermutlich dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Ab dem ersten Jahr nach Referenzfall wies die IG mehr AU-Tage als die KG auf (prä: -9,1; 1.

Jahr: +8,3; 2. Jahr: +2,2; 3. Jahr: +1,9; 4. Jahr: +4,7 AU-Tage). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

In der IG wiesen im Jahr vor Referenzfall jüngere klinikneue Patienten (jünger als medianes Alter) mehr AU-Tage als die älteren Patienten (siehe Kapitel 14.2) auf, während in der KG die älteren Patienten mehr AU-Tage als die jüngeren Patienten im Jahr vor Referenzfall meldeten. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) auf (wobei erstgenannte sehr wenige Fälle betraf), während die meisten AU-Tage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F60.31 (Spezifische Persönlichkeitsstörungen, Borderline), F30-39 (affektive Störungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) aufwiesen (wobei erstgenannte und letztgenannte 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 297 im Anhang).

Bei den klinikbekannten Patienten waren in der IG stets weniger AU-Tage im Vergleich zur KG zu erkennen (prä: -10,5; 1. Jahr: -16,7; 2. Jahr: -4,7; 3. Jahr: -2,5; 4. Jahr: -4,4 AU-Tage). Dieser Unterschied verringerte sich über den patientenindividuellen Verlauf etwas. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab aber es nicht.

Die jüngeren klinikbekannten Patienten in der IG und KG verzeichneten meist mehr AU-Tage als die älteren Patienten (außer im Jahr vor Referenzfall) (siehe Kapitel 14.2), mit Ausnahme in IG im 3. Jahr sowie KG im 3. und 4. Jahr. Die meisten AU-Tage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störungen) 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 F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F10 (psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol) aufwiesen (wobei erst- und zweitgenannte 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).

U2: Bei den klinikneuen 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 (+0,7 AU-Episoden). Die Anzahl an **AU-Tagen** stieg jedoch in der IG etwas weniger stark als in der KG an (IG: +51,0 AU-Tage; KG: +55,4 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. Dabei wies die IG stets eine geringere Anzahl an AU-Tage im Vergleich zur KG auf (prä: -5,0, 1. Jahr: -8,4; 2. Jahr: -3,9 AU-Tage). Der Vergleich zwischen dem jeweiligen Jahr nach Referenzfall und dem Jahr davor war zwischen IG und KG nicht statistisch signifikant verschieden. Hier bestand bereits im Jahr vor Referenzfall ein Unterschied zwischen IG und KG.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung waren, analog zu den anderen Untersuchungen, bei den **AU-Episoden** linikneuer Patienten zwischen den Gruppen parallele Verläufe auf vergleichbarem Niveau erkennbar. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG, analog zu U1, eine stets (ab Referenzfall) leicht geringere Anzahl an AU-Episoden als Patienten der KG auf. Auch bei der Anzahl an **AU-Tagen** spiegelten sich die oben beschriebenen Muster wider. Bei den linikneuen Patienten wies die IG stets eine geringere Anzahl an AU-Tagen in der IG im Vergleich zur KG auf (prä: -10,0; 1. Jahr: -9,3; 2. Jahr: -10,7; 3. Jahr: -1,2 AU-Tage). Dieser Unterschied war jedoch bereits im Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Auch bei den linikbekannten Patienten war die Anzahl an AU-Tagen in der IG stets geringer (ausgenommen im 2. Jahr nach Referenzfall) als in der KG. Der Unterschied war im ersten Jahr nach Referenzfall am deutlichsten. Im zweiten Jahr nach Referenzfall wies jedoch die IG mehr AU-Tage als die KG auf.

In allen untersuchten Kohorten war die Anzahl der AU-Tage im Jahr vor Referenzfall bei den linikneuen und linikbekannten Patienten in der IG niedriger als in der KG (linikneu: von -10,0 bis -5,0; linikbekannt: -10,5 und -4,0 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)	92	92	92	92	91	98	98	98	97	96
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,4	1,3	0,5	0,4	0,4	0,5	1,3	0,4	0,4	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	11,6	65,8	17,4	15,8	15,2	20,8	57,5	15,2	13,9	10,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	15,2%	9,8%	6,5%	3,3%	5,5%	20,4%	9,2%	3,1%	4,1%	4,2%
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	0,1	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,3	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)	125	125	125	125	124	101	101	101	101	101
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose										
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,4	0,7	0,4	0,4	0,4	0,7	1,0	0,5	0,7	0,8
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	10,8	16,8	8,6	9,7	8,3	21,3	33,5	13,2	12,2	12,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	3,2%	1,6%	0,8%	2,4%	0,8%	5,0%	7,9%	3,0%	2,0%	3,0%
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	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,1	0,1	0,0	1,1	0,1	0,9	3,0	1,0	1,9	1,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	1,0%	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 18: Graphische Darstellungen, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

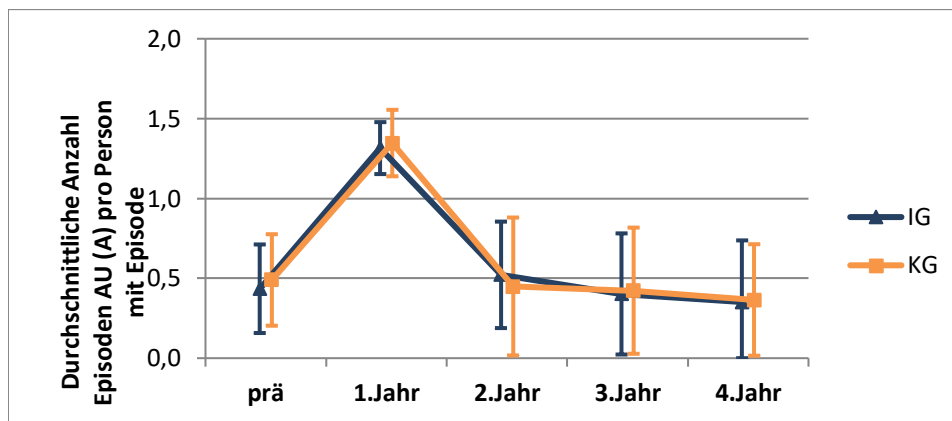
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

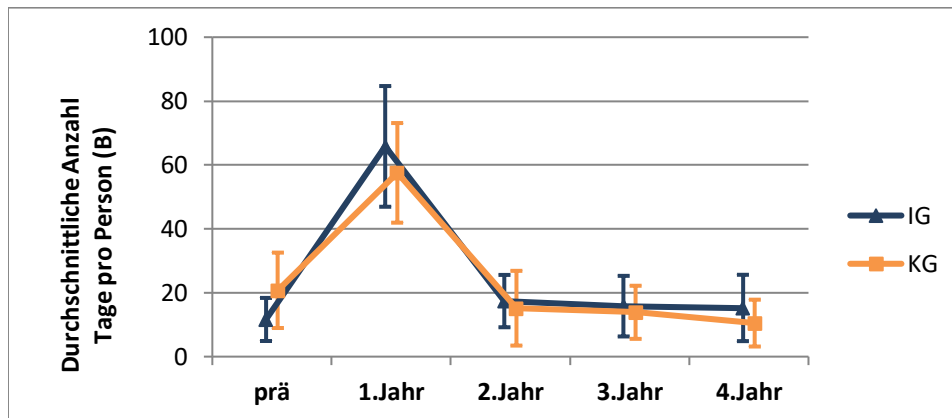
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

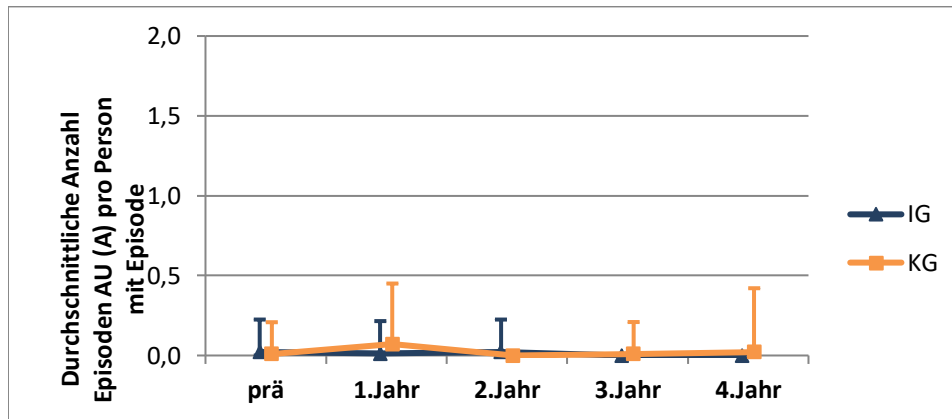


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

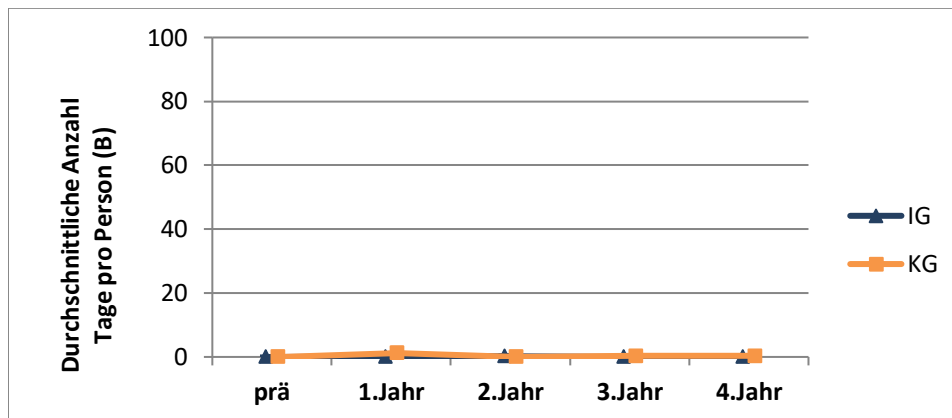


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)



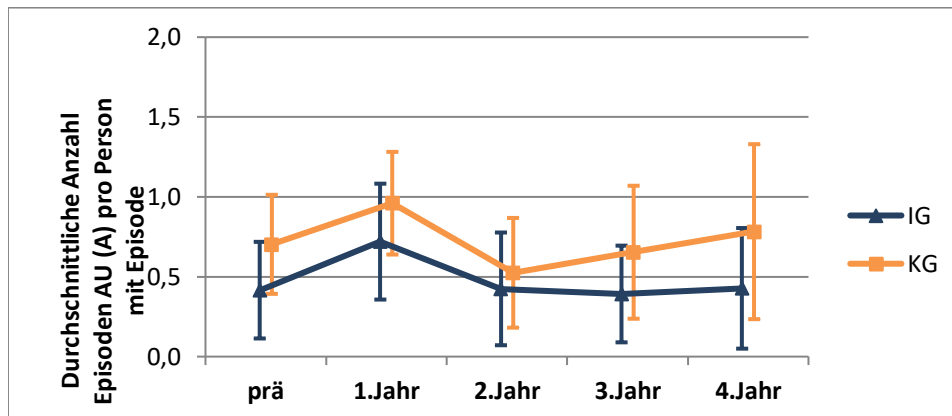
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

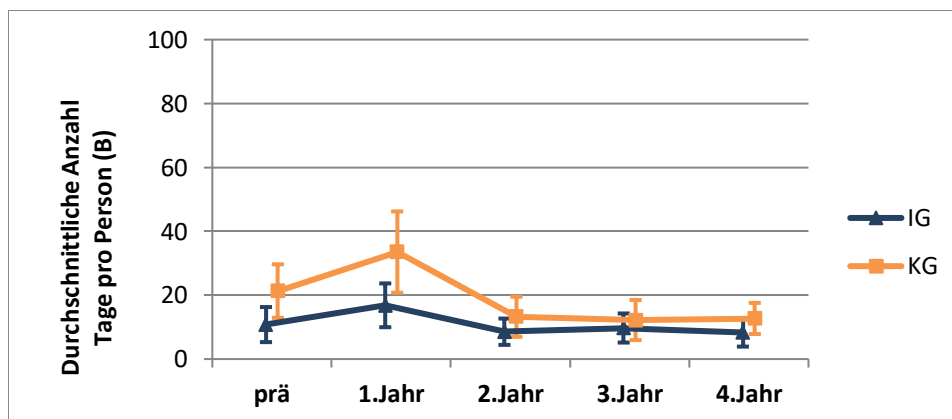
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

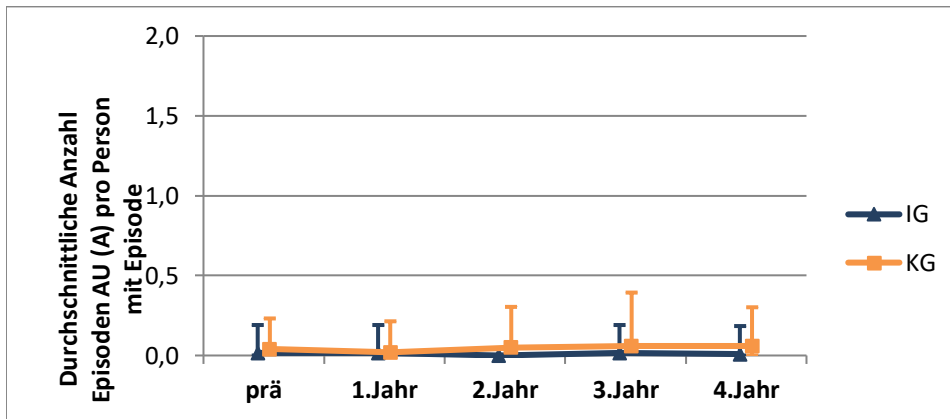


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

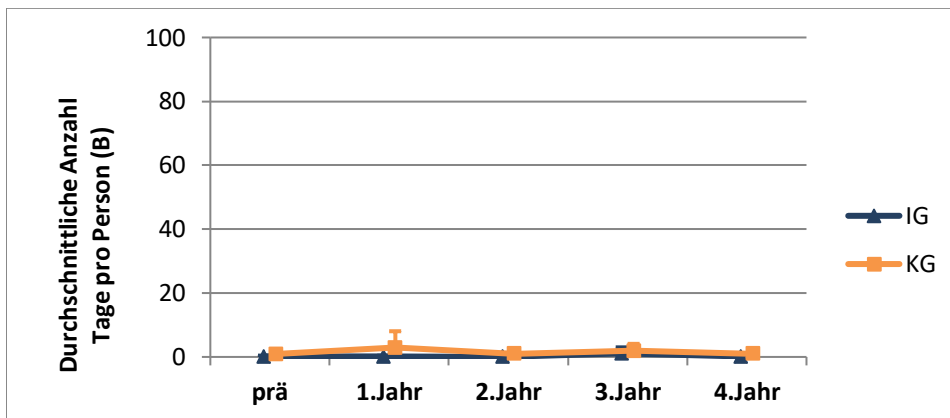


Tabelle 38: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,02 -0,32...0,37	17,41 -4,24...39,05
DID Jahr 2	0,13 -0,22...0,47	11,35 -10,29...33,00
DID Jahr 3	0,04 -0,31...0,39	11,19 -10,45...32,84
DID Jahr 4	0,05 -0,30...0,39	13,91 -7,73...35,56
DID Jahr 1-4	—	13,47 -4,57...31,50

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

Klinikbekannte Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	0,05 -0,32...0,42	-6,18 -18,65...6,30
DID Jahr 2	0,19 -0,18...0,56	5,82 -6,66...18,29
DID Jahr 3	0,03 -0,35...0,40	8,00 -4,48...20,47
DID Jahr 4	-0,07 -0,44...0,30	6,03 -6,45...18,50
DID Jahr 1-4	—	3,42 -6,57...13,40

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)	525	525	553	553
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,4	1,1	0,6	1,3
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B) ²	19,7	70,8	27,2	82,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,9%	13,7%	24,8%	12,8%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist				
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,6	0,5	0,4	0,6
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,2%	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

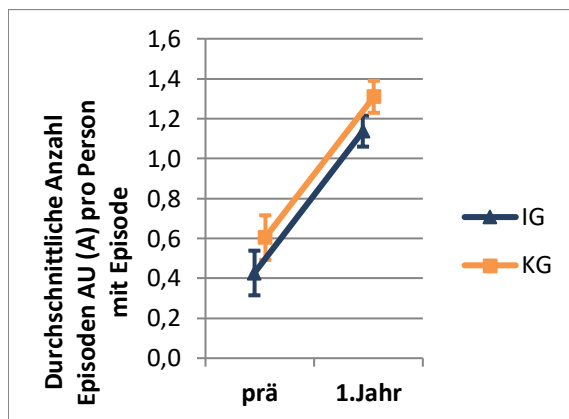
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

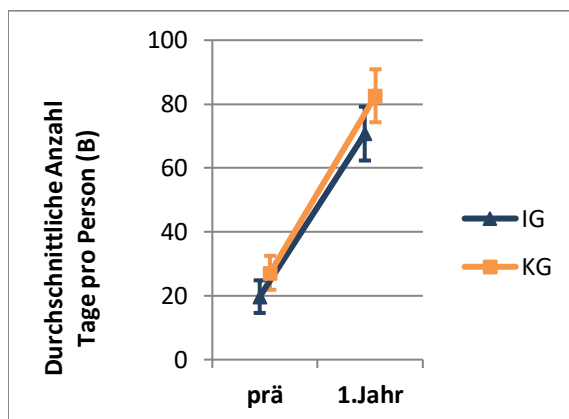
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

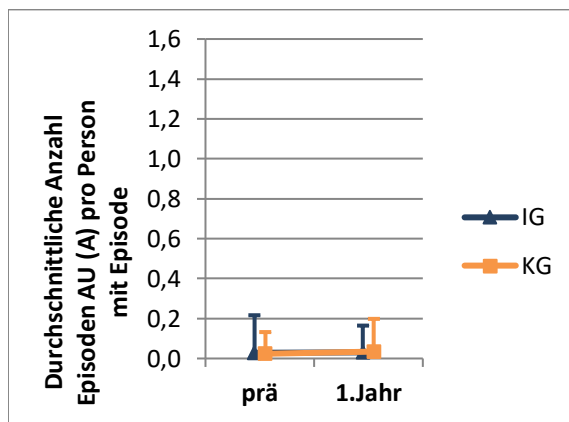


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)

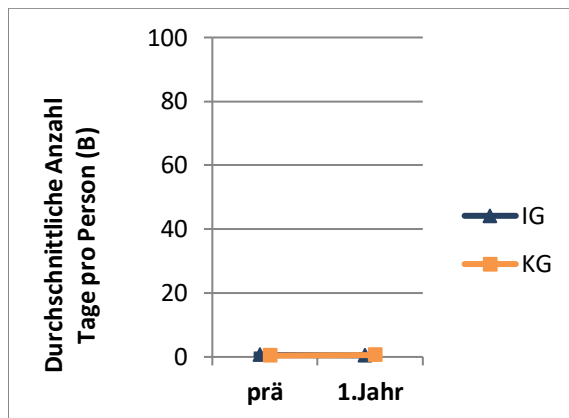


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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)	375	375	374	383	383	381
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose						
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,4	1,2	0,5	0,6	1,3	0,5
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	18,6	72,4	20,5	23,6	80,7	24,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	18,7%	14,1%	4,5%	23,0%	12,0%	5,8%
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	0,0
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,7	0,6	0,7	0,2	0,5	0,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,3%	0,0%	0,0%	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.

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

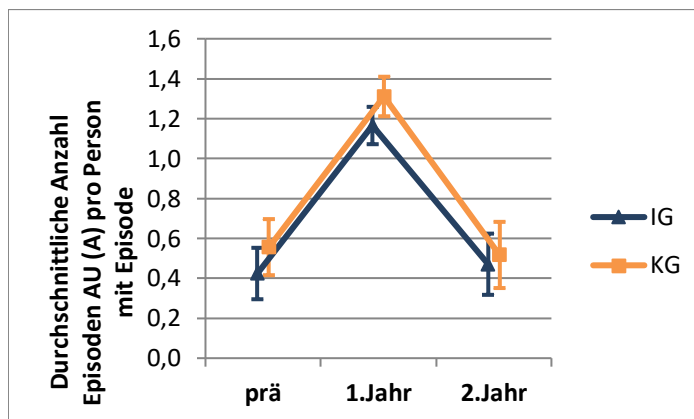
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

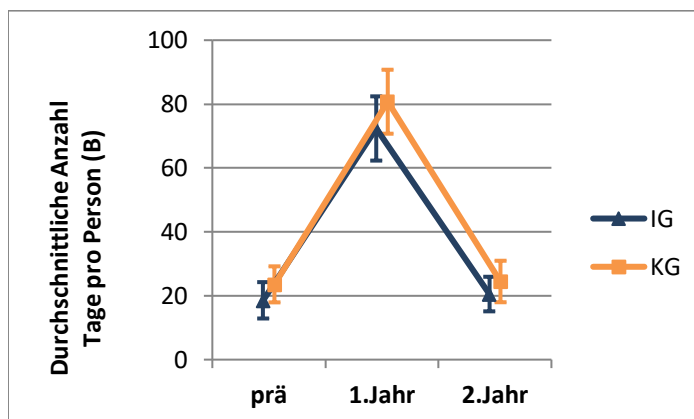
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

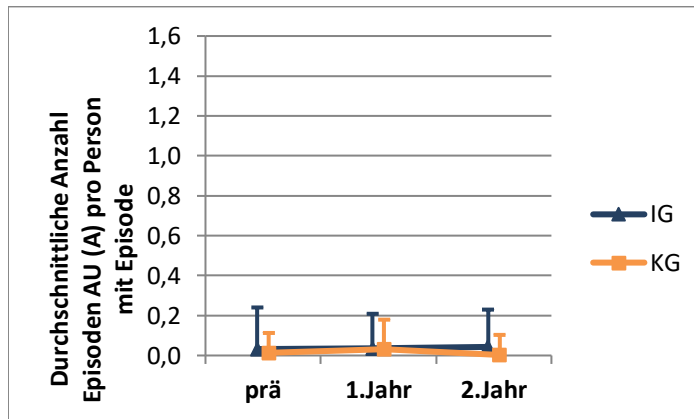


- Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)



Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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

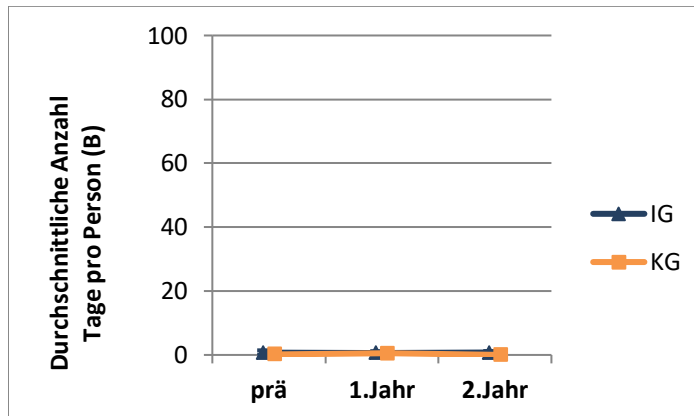


Tabelle 41: Inferenzstatistik, Arbeitsunfähigkeit, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Indexdiagnose, Anzahl AU- Episoden	Indexdiagnose, Tage AU
DID Jahr 1	-0,01 -0,18...0,15	-3,38 -17,11...10,36
DID Jahr 2	0,09 -0,08...0,25	1,13 -12,60...14,87

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)	232	232	231	231	218	218	217	214
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,4	1,2	0,4	0,4	0,5	1,3	0,6	0,4
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	15,5	66,6	16,0	15,8	25,5	75,9	26,7	17,0
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	17,7%	11,6%	4,8%	5,2%	23,4%	11,5%	6,5%	4,2%
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)	0,8	0,1	0,2	0,2	0,3	0,8	0,0	0,1
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	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)	170	170	170	169	152	152	152	152
Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (A) pro Person	0,6	0,8	0,5	0,5	0,6	1,1	0,7	0,7
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)	15,0	25,1	16,7	17,2	19,0	39,4	15,2	17,7
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (C)	6,5%	5,3%	4,7%	7,1%	5,9%	6,6%	3,3%	4,6%
Arbeitsunfähigkeit aufgrund F-Diagnose, die keine Indexdiagnose ist								
• Durchschnittliche Anzahl Episoden Arbeitsunfähigkeit (D) pro Person	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
• Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (E)	0,3	0,2	0,0	0,8	5,3	3,9	1,0	1,5
• Anteil Personen mit Langzeitarbeitsunfähigkeit (>42 Tage) (F)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%	0,0%	0,7%

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

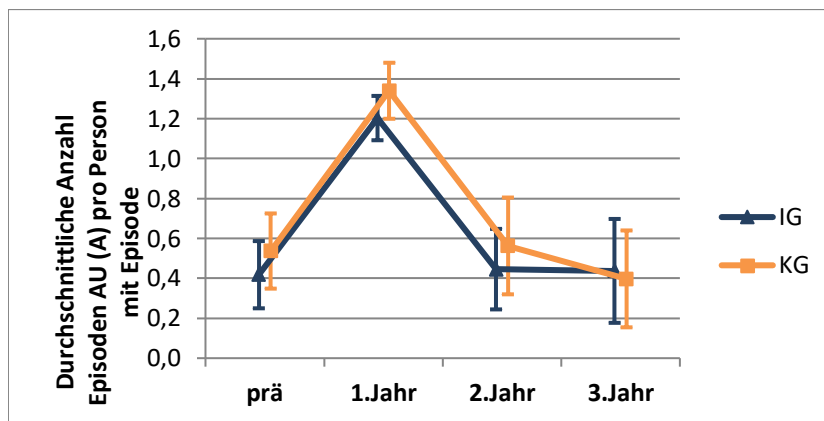
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

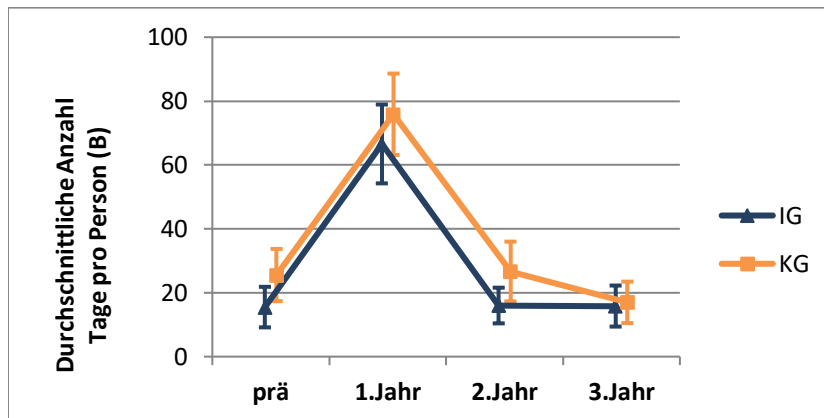
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

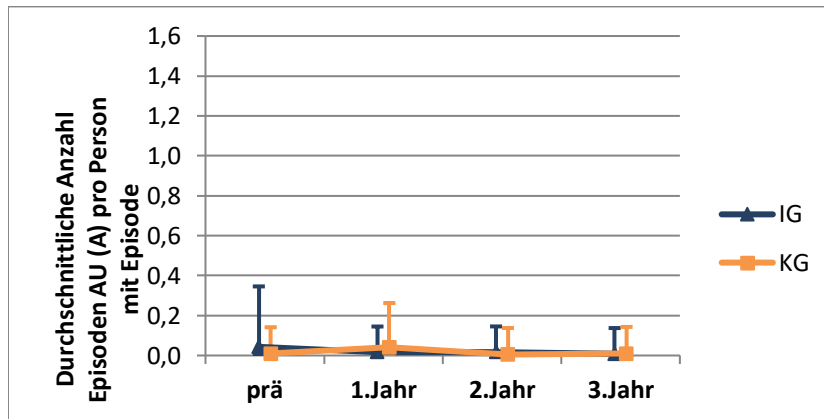


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

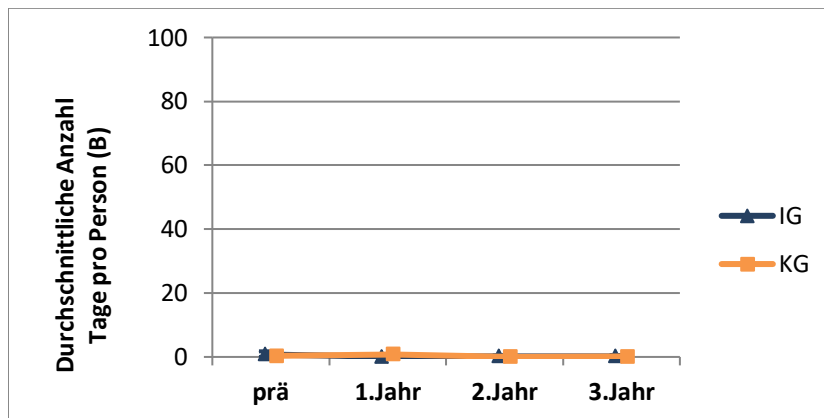


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

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



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



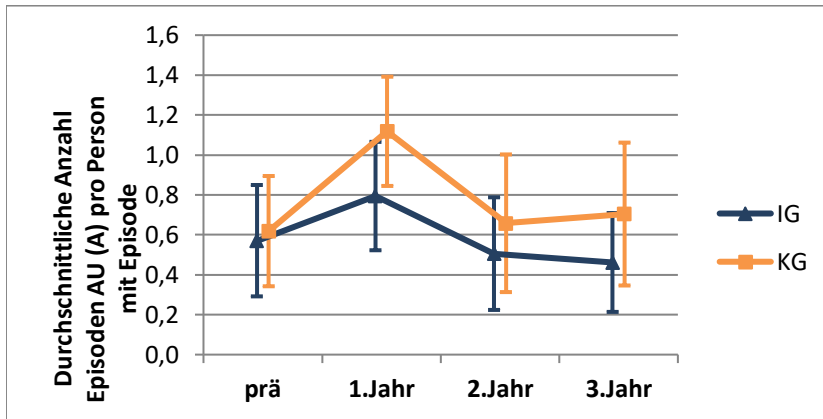
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

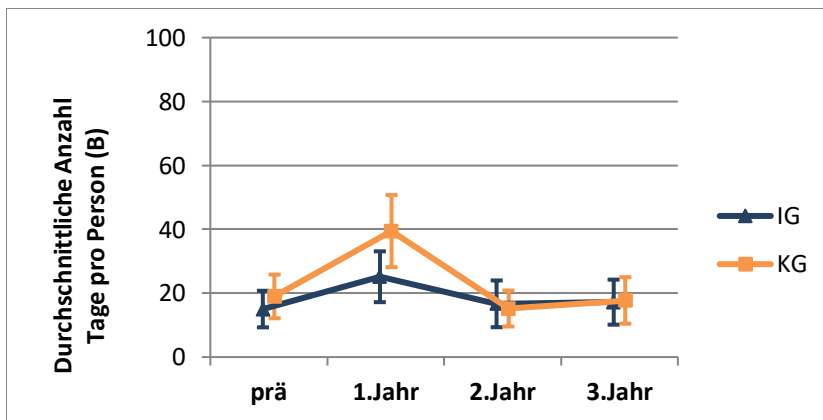
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Arbeitsunfähigkeit aufgrund Indexdiagnose

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

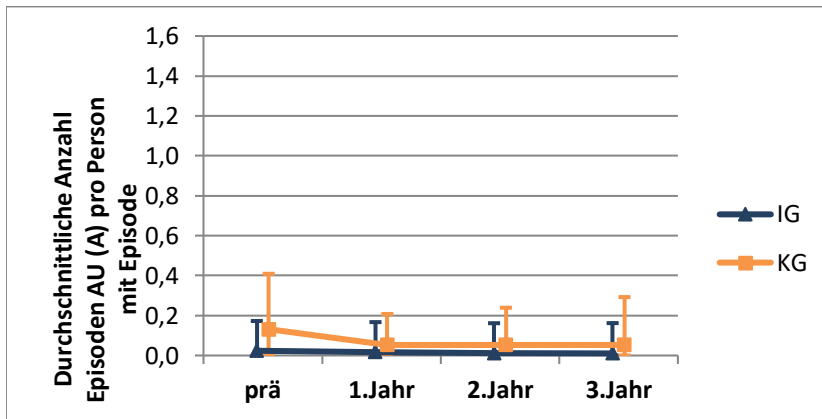


- **Durchschnittliche Anzahl Tage pro Person (B)**

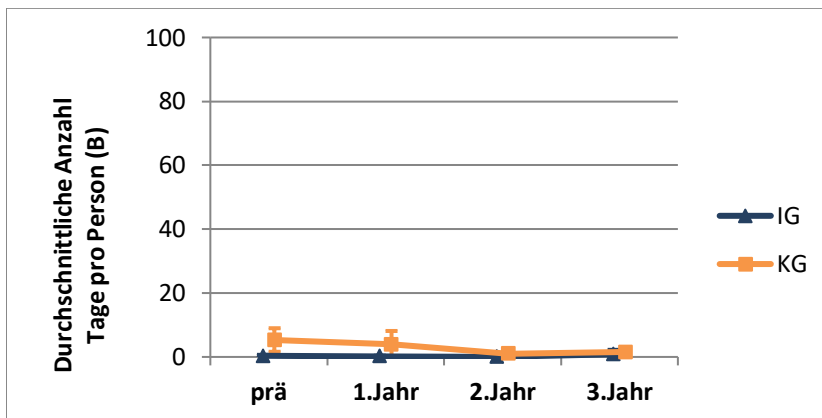


Arbeitsunfähigkeit aufgrund von anderen F-Diagnosen

- **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: 25,2 %; KG: 27,6 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bezüglich der **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** wies die IG mehr Tage im Vergleich zur KG auf (IG: 121,5; KG: 115,6 Tage). Dieser Unterschied war erneut 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)	646	715
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	25,2%	27,6%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	121,5	115,6
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	266	293
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	12,4%	12,3%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	110,0	117,9
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY B)	117	145
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	5,9%	6,3%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	104,6	85,4

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

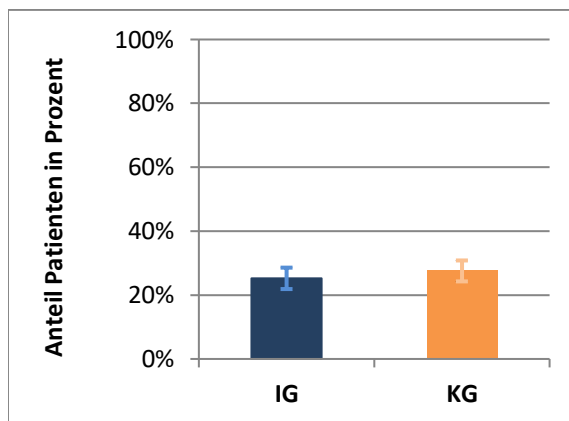
Erwachsene, klinikneue Patienten

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)

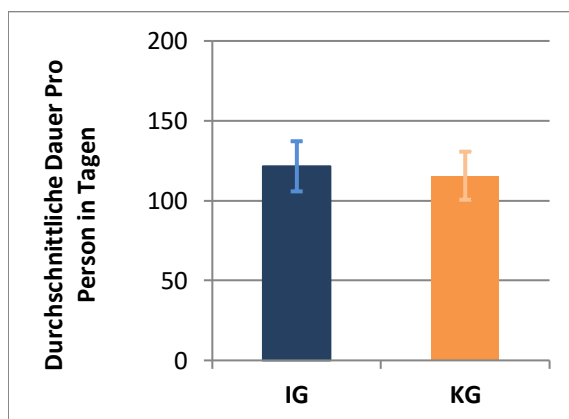


Tabelle 44: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,87 0,68...1,12	7,49 -15,14...30,13

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: +0,7; KG: +0,9). Danach sank der Score erneut, blieb aber über dem Niveau vor Referenzfall. Dabei waren zwischen IG und KG keine statistisch signifikanten Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Bei den linikbekannten Patienten wies die IG stets leicht geringere Komorbiditäts-Scores als die KG auf (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,6; 2. Jahr: -0,3; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: -0,2 mittlerer Elixhauser-Score). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung stieg der Komorbiditäts-Score in der IG etwas geringer als in der KG (IG: +0,7; KG: +0,9).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse aus U1 und U2 wider. D.h. im ersten Jahr nach Referenzfall war ein kleiner Peak erkennbar. Der Peak war in der IG etwas geringer. Auch war der Komorbiditäts-Score in der IG stets etwas geringer als in der KG. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war analog zu den obigen Untersuchungen sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten ein leichter Anstieg des Komorbiditäts-Scores vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach zu erkennen. Dabei waren erneut die Komorbiditäts-Scores in der IG etwas geringer als in der KG (ausgenommen im Jahr vor Referenzfall bei den klinikneuen Patienten).

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)	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,7	4,4	3,8	3,8	3,9	3,6	4,6	3,9	3,9	4,0

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)	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	3,7	4,1	4,1	4,3	4,1	4,3	4,4	4,4	4,4

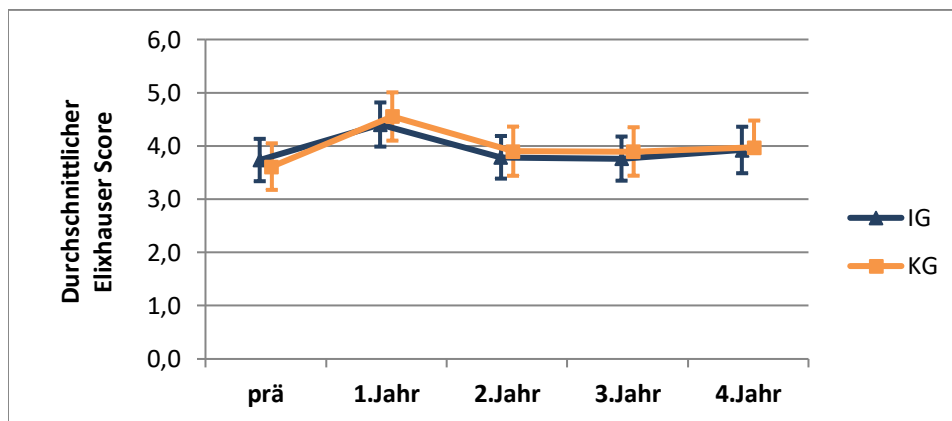
Abbildung 23: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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

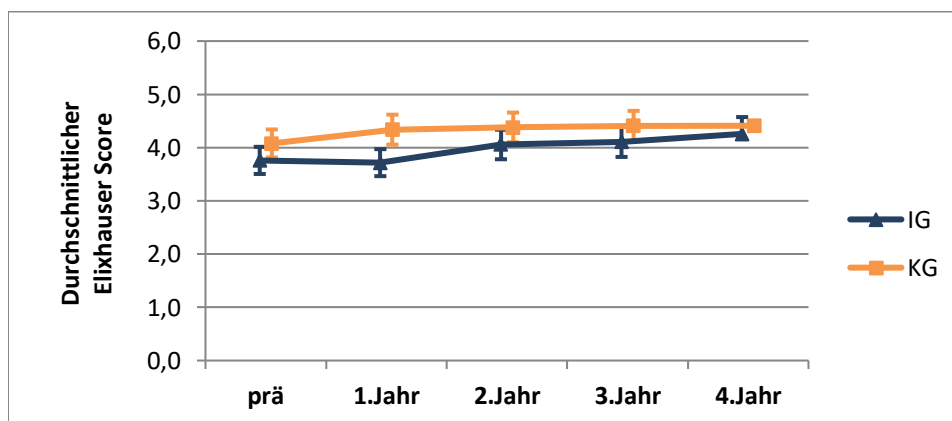


Tabelle 46: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,28 -1,05...0,50
DID Jahr 2	-0,29 -1,07...0,48
DID Jahr 3	-0,33 -1,10...0,45
DID Jahr 4	-0,19 -0,97...0,58

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

Klinikbekannte Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,30 -0,84...0,23
DID Jahr 2	0,10 -0,44...0,63
DID Jahr 3	0,22 -0,32...0,75
DID Jahr 4	0,45 -0,09...0,98

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

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

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

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG		KG	
	prä	1. Jahr	prä	1. Jahr
Anzahl Personen (n)	1.016	1.016	1.016	1.016
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,3	4,0	3,4	4,3

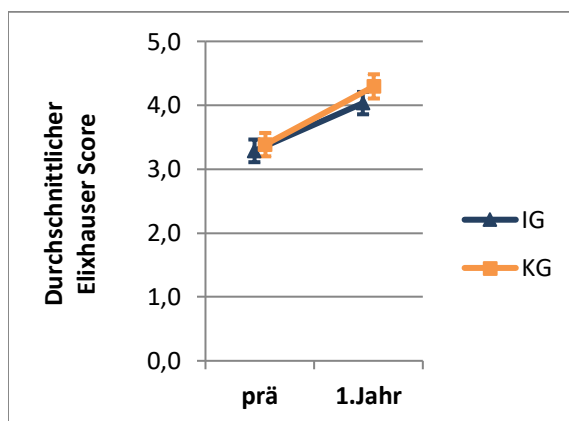
Abbildung 24: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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)	772	772	730	770	770	730
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,4	4,1	3,6	3,5	4,4	3,7

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

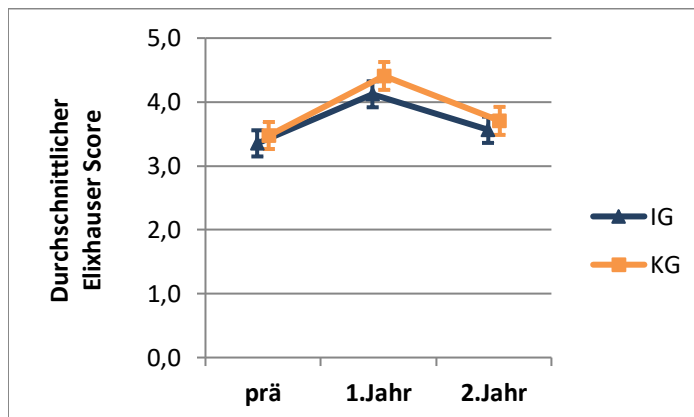


Tabelle 49: Inferenzstatistik, Komorbidität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Komorbidität, mittlerer Score
DID Jahr 1	-0,16 -0,53...0,20
DID Jahr 2	-0,02 -0,38...0,35

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)	477	477	448	426	489	489	464	445
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,5	4,3	3,7	3,7	3,5	4,5	3,8	3,9

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Personen (n)	485	485	467	452	484	484	461	441
Mittlerer Elixhauser Score • Mittelwert	3,8	3,9	4,2	4,2	4,0	4,4	4,3	4,4

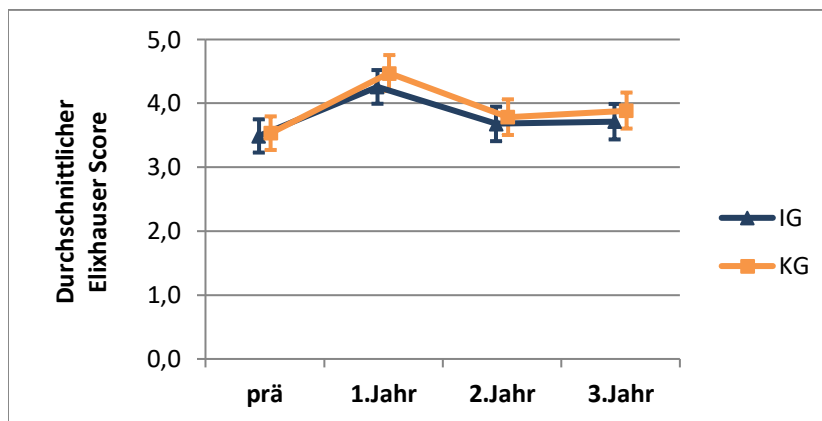
Abbildung 26: Graphische Darstellungen, Komorbidität, Erwachsene, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score

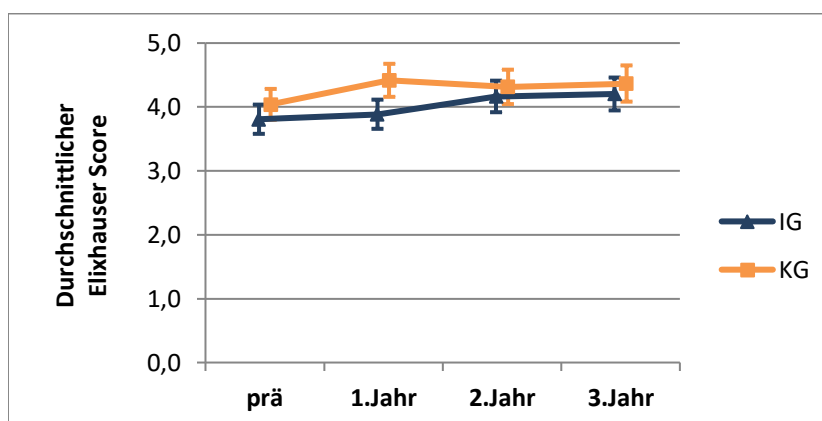


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

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

Mittlerer Elixhauser Score



8.2.9 Mortalität

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Anteil der Personen, die innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall verstarben (**Mortalität**), zwischen IG und KG bei den linikneuen Patienten vergleichbar (+0,3 %-Punkte) und bei den linikbekanntnen Patienten statistisch signifikant niedriger (-5,6 %-Punkte, Gruppenschätzer: 0,6).

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, zwischen IG und KG vergleichbar (+0,4 %-Punkte).

U3: Auch bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war, analog zu U1 und U2, die Anzahl an Personen, die nach drei Jahren nach Referenzfall verstarben, zwischen IG und KG vergleichbar (+0,9 %-Punkte).

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wiederholte sich das Muster der zwischen IG und KG vergleichbaren 2-Jahres-Mortalität linikneuer Patienten (+0,5 %-Punkte). Die 2-Jahres-Mortalität war bei den linikbekanntnen Patienten, analog zu U1, in der IG geringer als in der KG (-2,9 %-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)	201	204
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	18,4 %	18,1 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	353	348
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	10,8 %	16,4 %

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

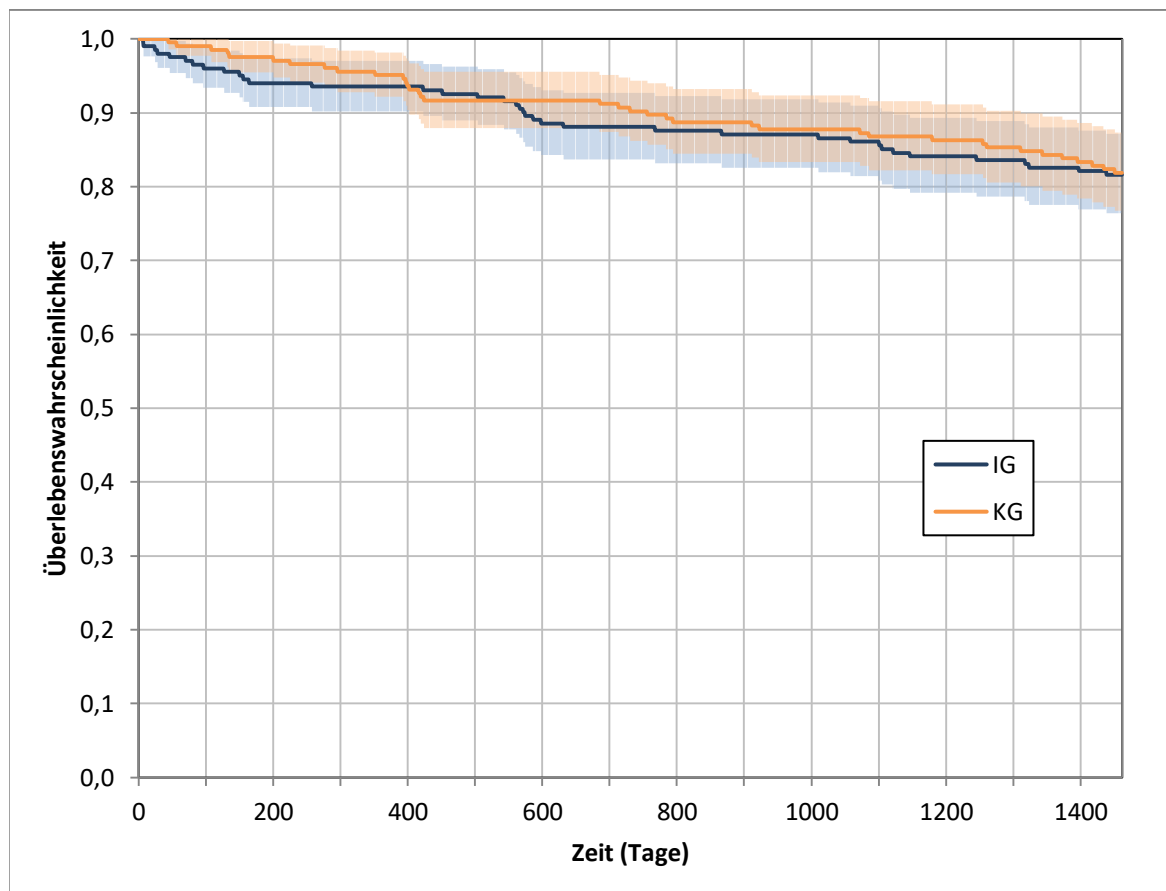
Erwachsene, klinikneue Patienten

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.

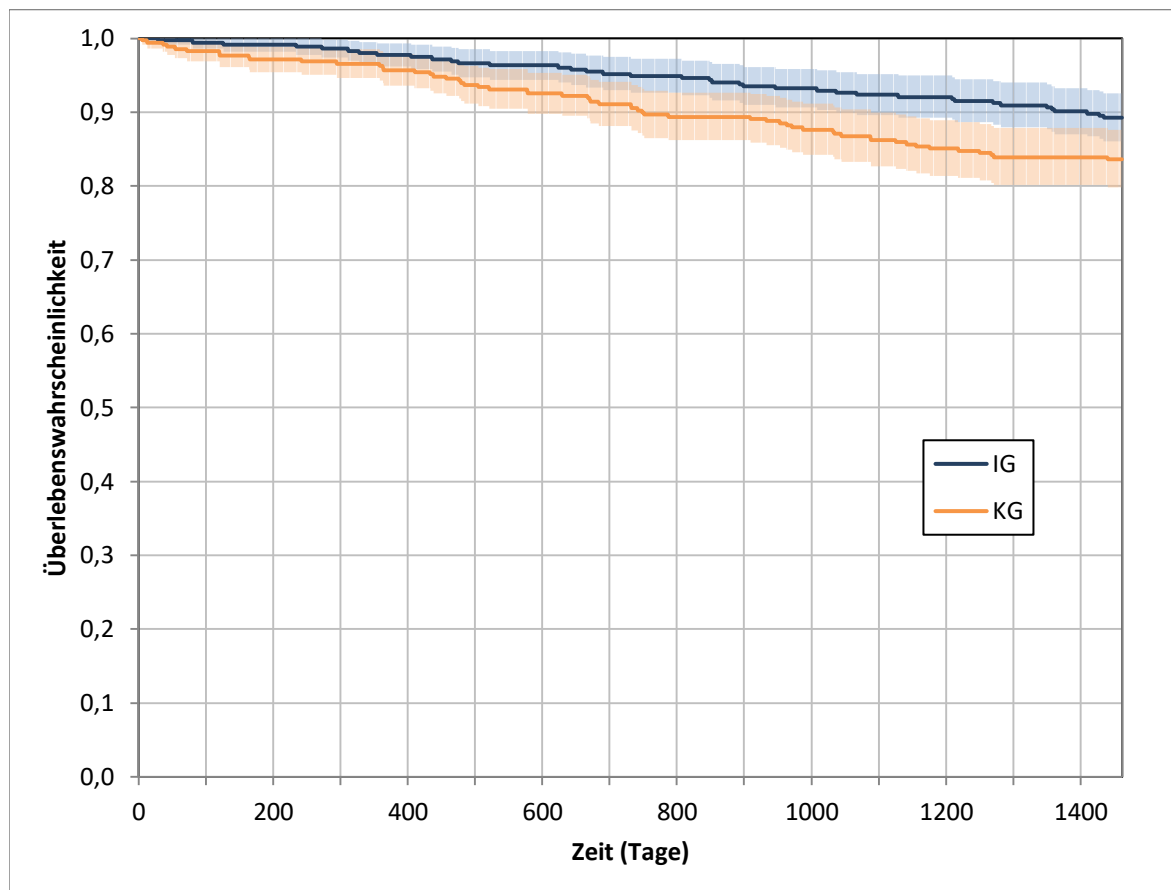
Überlebenswahrscheinlichkeit

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

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	1,00 0,63...1,59

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	0,63* 0,41...0,95

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

Klinikneue Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	1.016	1.016
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A)	5,0 %	4,6 %

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

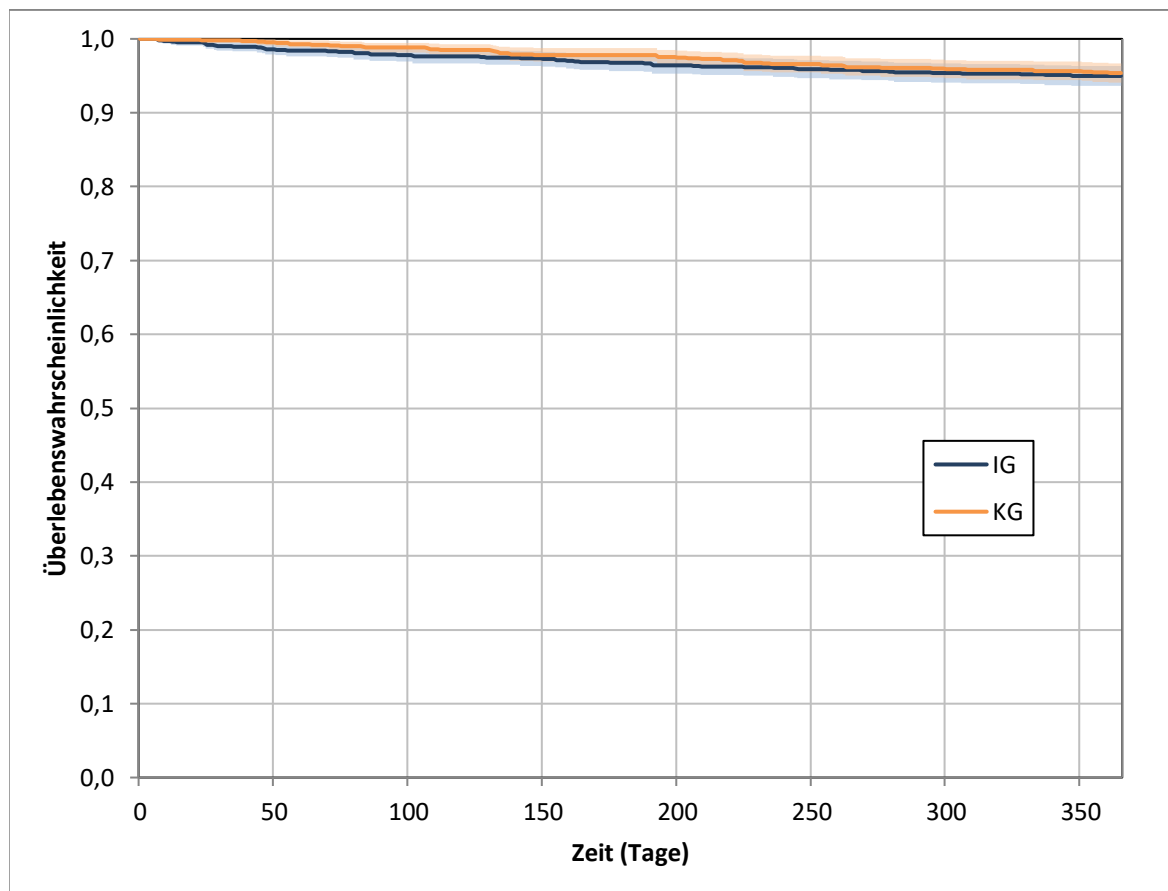
Erwachsene, klinikneue Patienten

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)	772	770
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	9,6 %	8,7 %

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

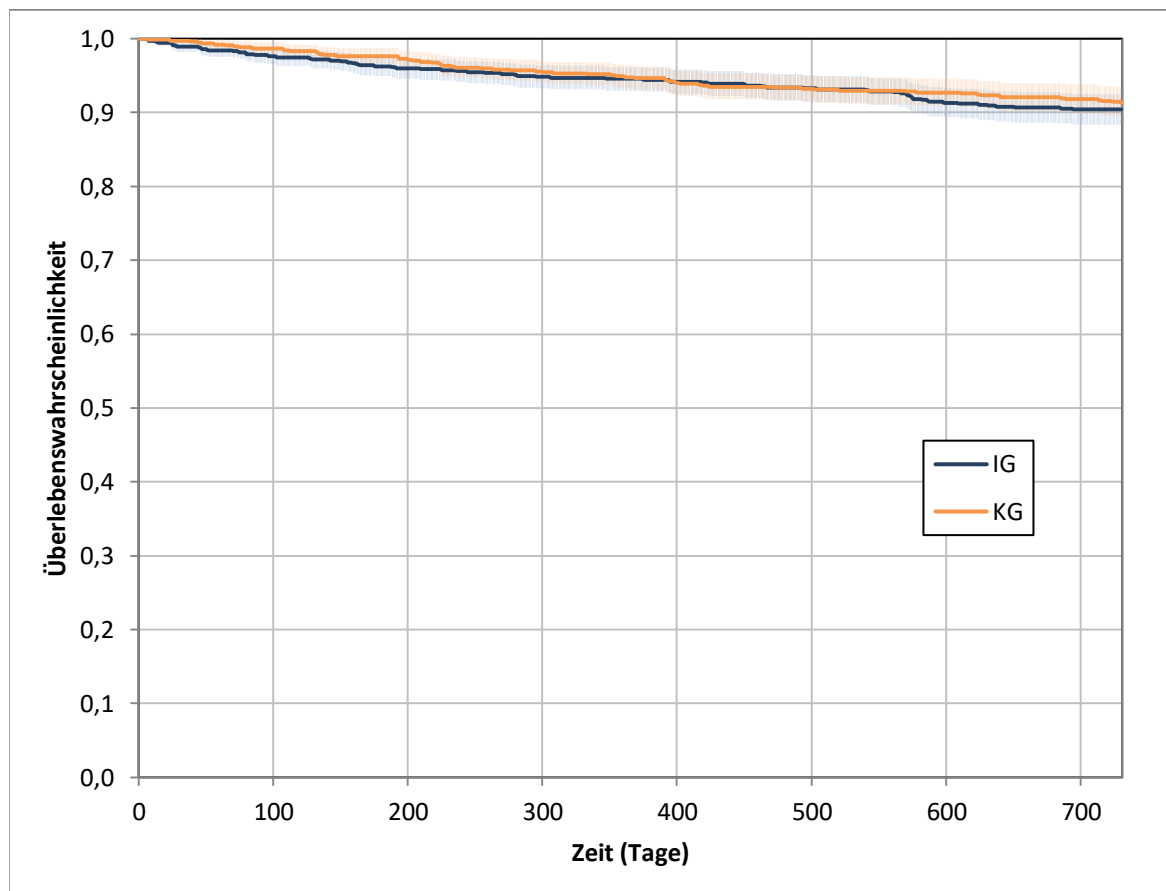


Tabelle 55: Inferenzstatistik, Mortalität, Erwachsene, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	1,21 0,86...1,68

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)	477	489
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	13,0 %	12,5 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	485	484
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	10,1 %	13,0 %

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

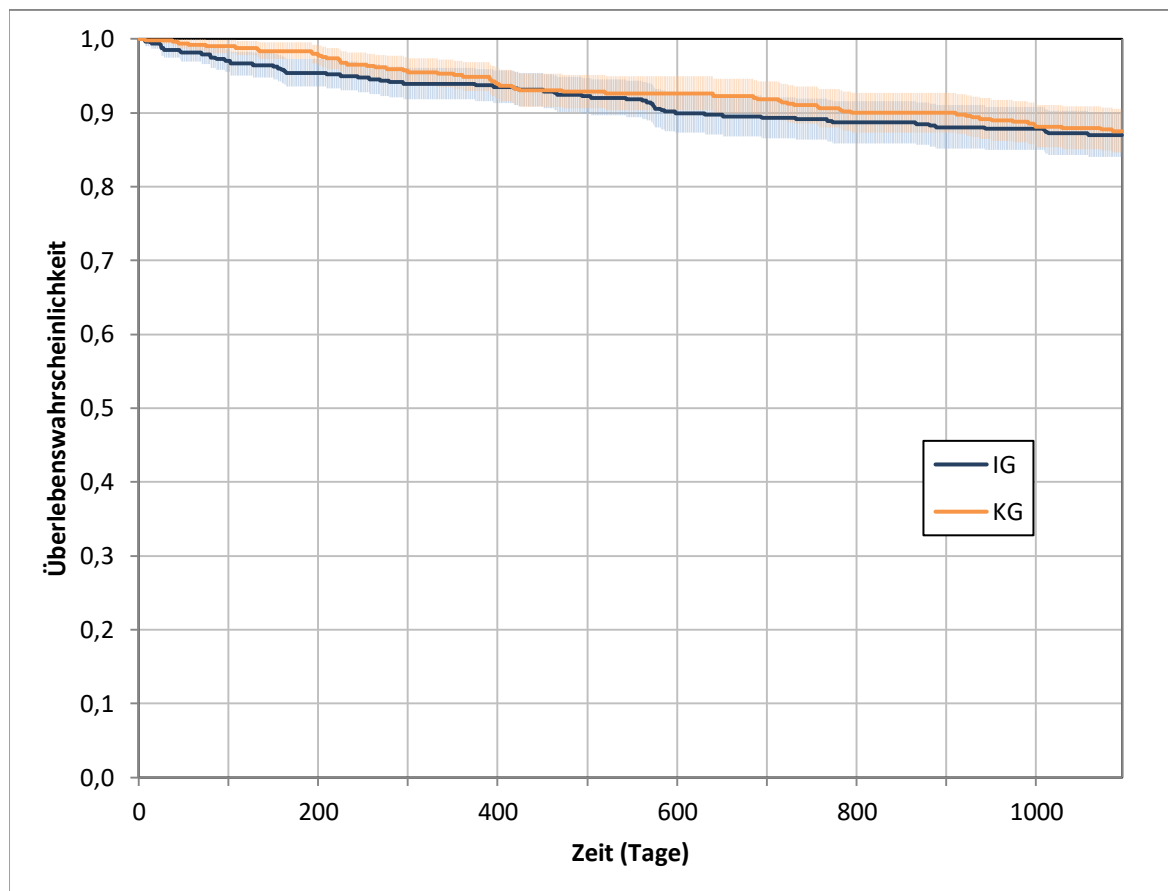
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

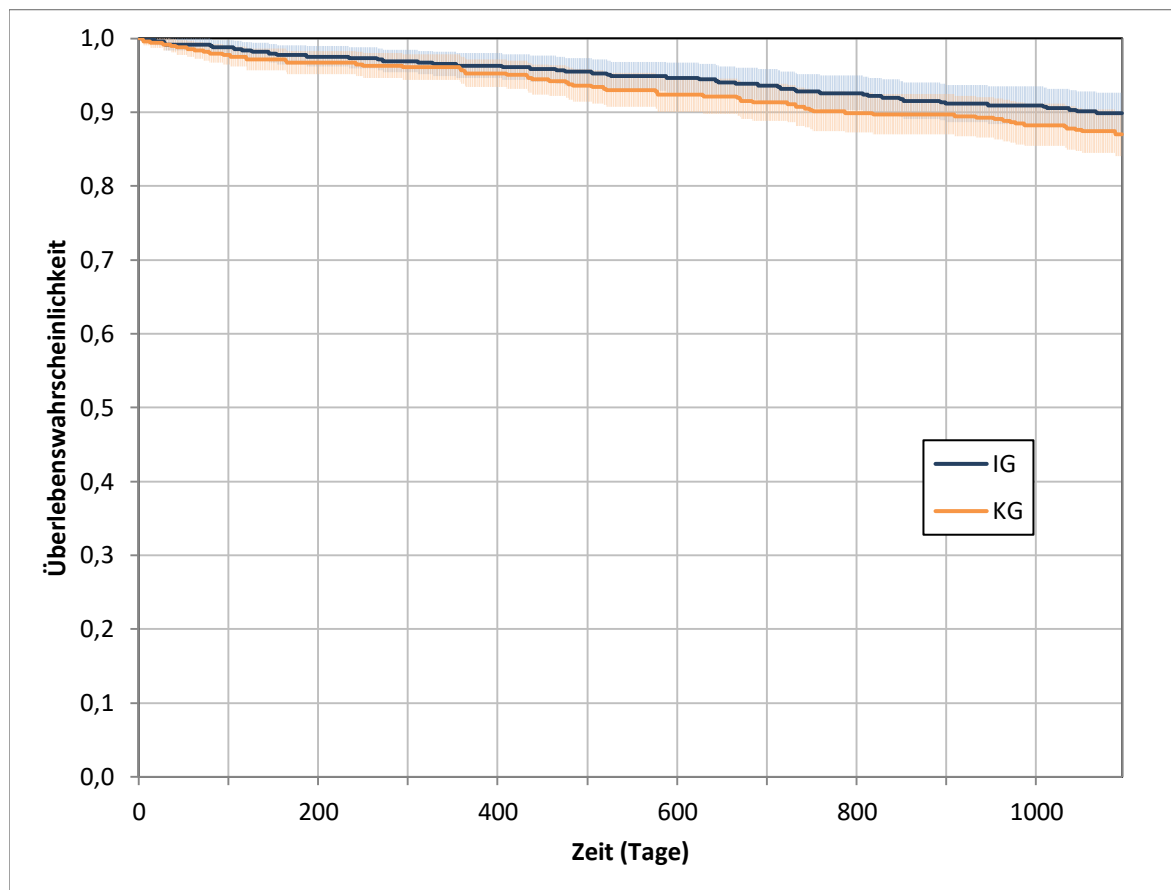


Erwachsene, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

8.2.10 Progression der psychischen Erkrankung

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall von einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG etwas geringer als in der KG (-3,8 %-Punkte). Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-4,0 %-Punkte). Beide Unterschiede waren jedoch 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). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil dagegen etwas größer (+1,5 %-Punkte). Beide Unterschiede waren erneut statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall in vergleichbarer Höhe zur KG (+0,8 %-Punkte). Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG geringer als in der KG (-4,8 %-Punkte). Jedoch war dieser Unterschied 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 2,6 %-Punkte geringer als in der KG. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 1,1 %-Punkte geringer ausgeprägt als in der KG. Die **Progression C** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 5,2 %-Punkte größer als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war das Risiko innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung (**Progression A**) zu bekommen in der IG größer als in der KG (+2,7 %-Punkte). Dieser Unterschied war erneut statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG geringer als in der KG (-1,6 %-Punkte). Auch dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG größer als in der KG (+7,3 %-Punkte). Jedoch erreichte auch dieser Unterschied keine statistische Signifikanz.

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 größer als in der KG (+2,3 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-3,5 %-Punkte). Bei der Betrachtung der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu etwas geringeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (-1,1 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG etwas geringer (-1,4 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall zu größeren Anteilen als die Patienten der KG (+6,5 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG geringer (-2,6 %-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	164	167
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	39	60
• Jegliche depr. Episode ³	83	88
• ohne Suchterkrankung ⁵	101	124
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	12,8 %	16,7 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	2,4 %	3,4 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	34,7 %	33,9 %

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

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	315	291
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	42	45
• Jegliche depr. Episode ³	93	102
• ohne Suchterkrankung ⁵	196	166
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,1 %	11,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	5,4 %	3,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	9,7 %	14,5 %

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

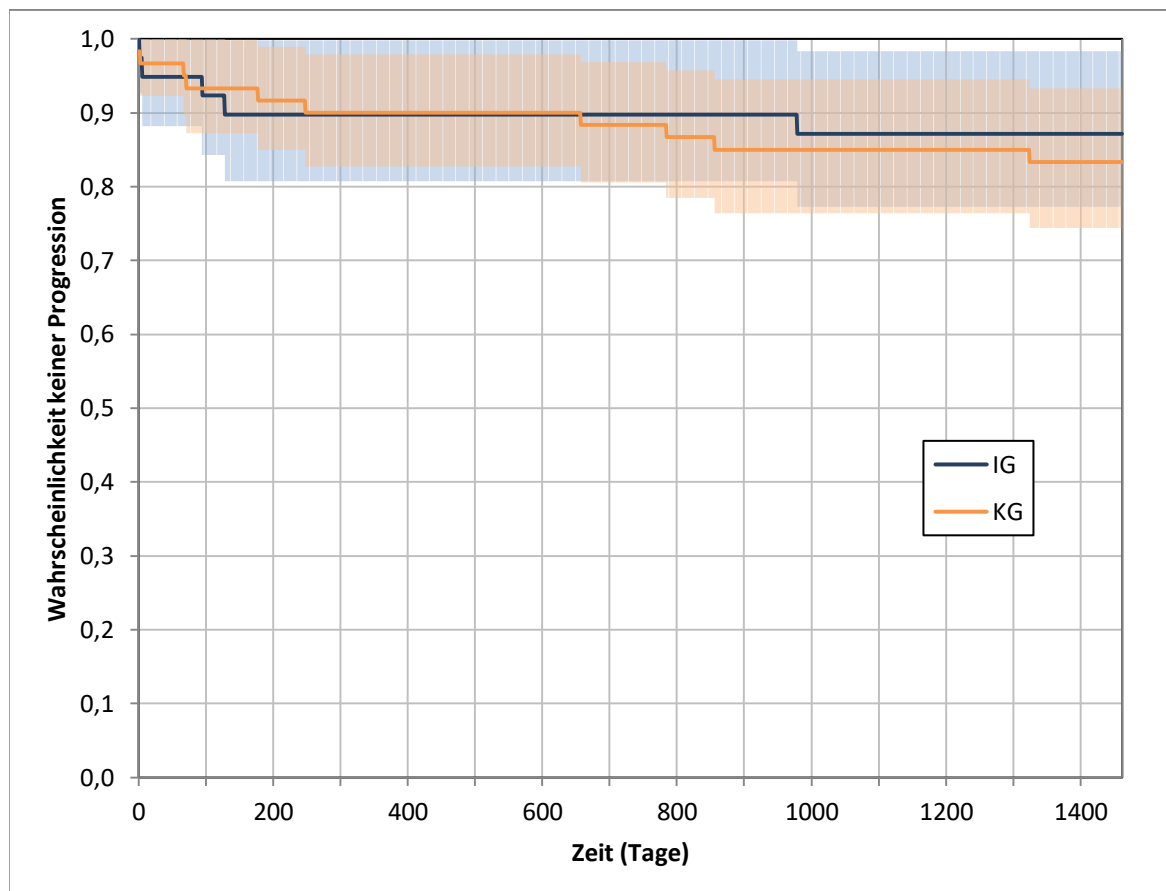
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

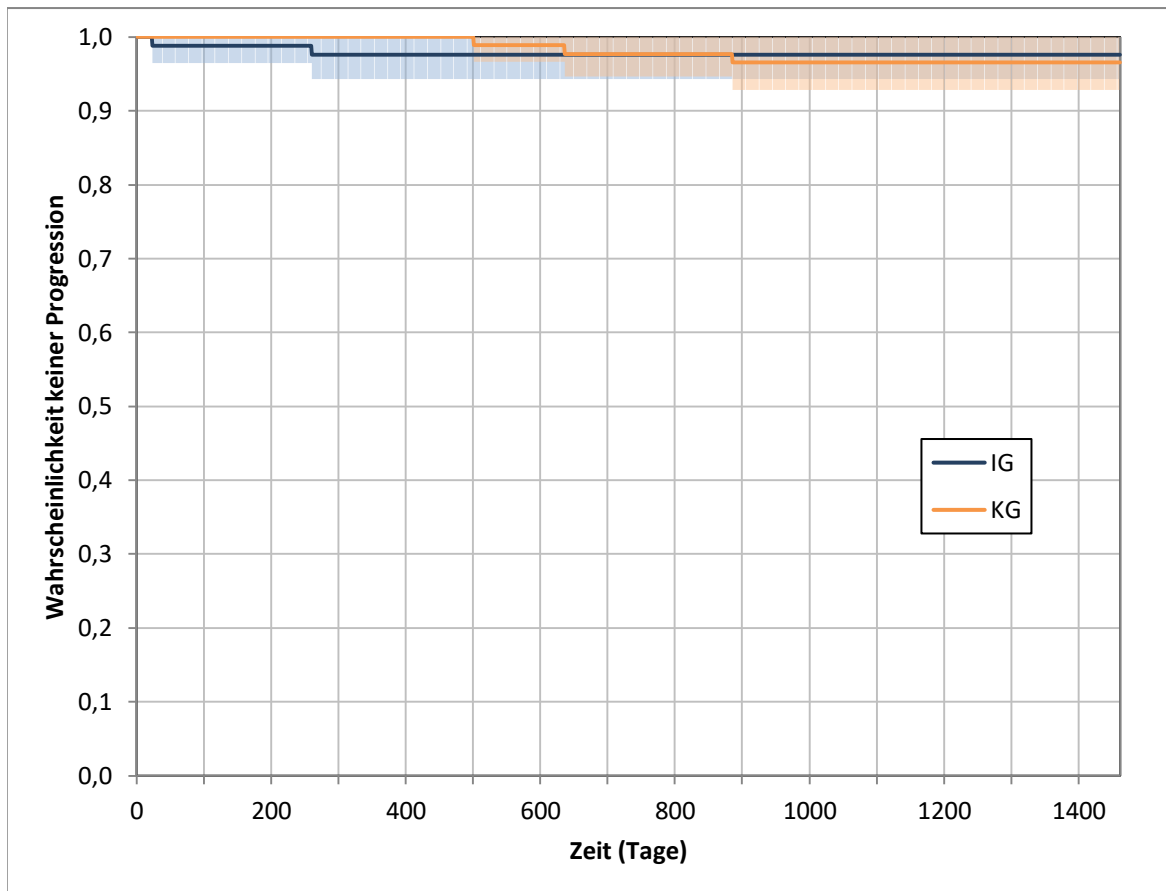
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

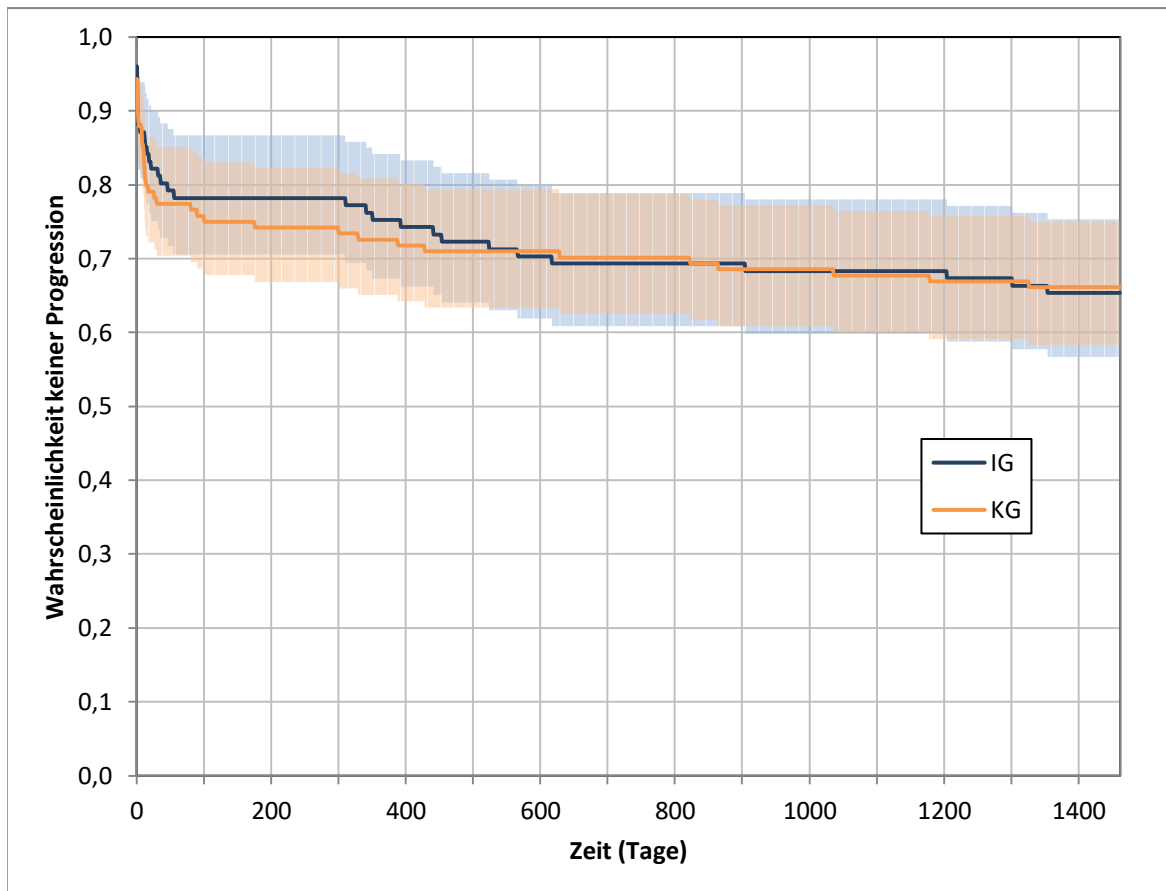
Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



Progression C (→ Suchterkrankung)

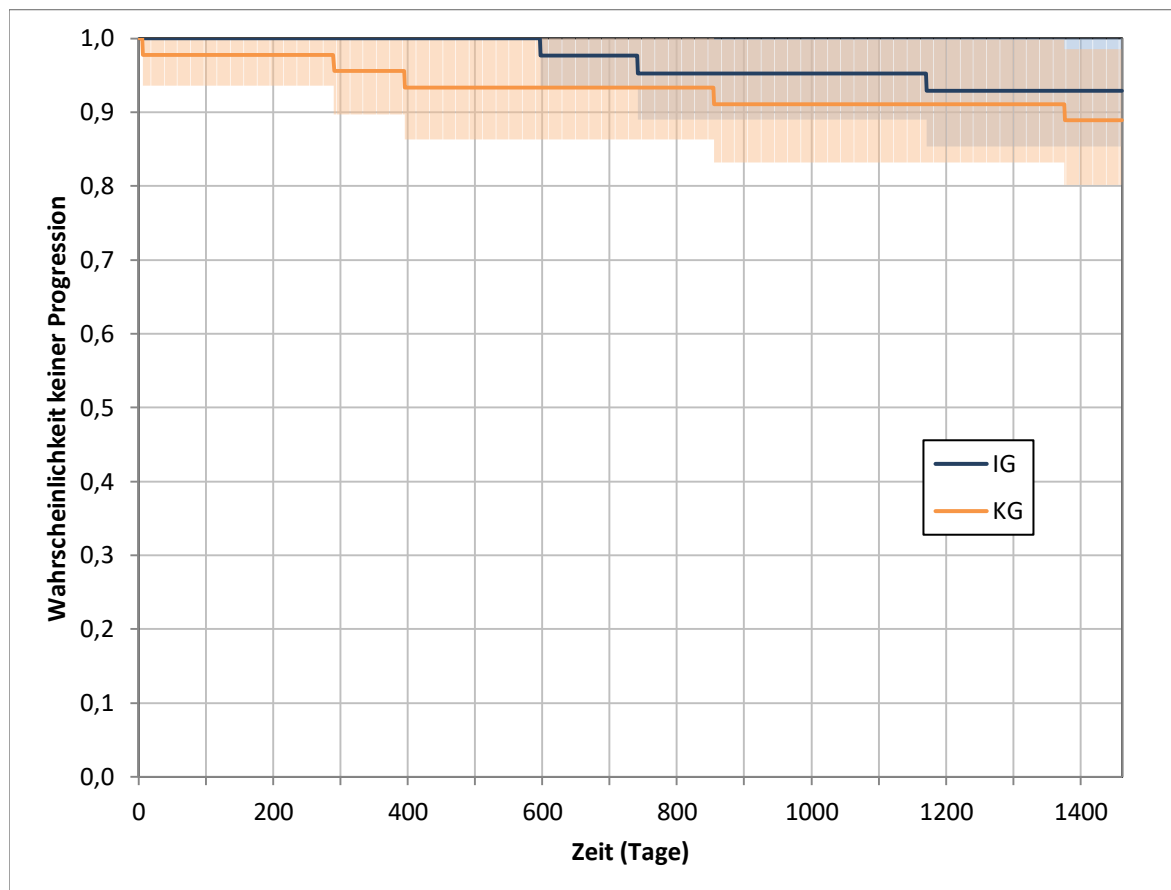


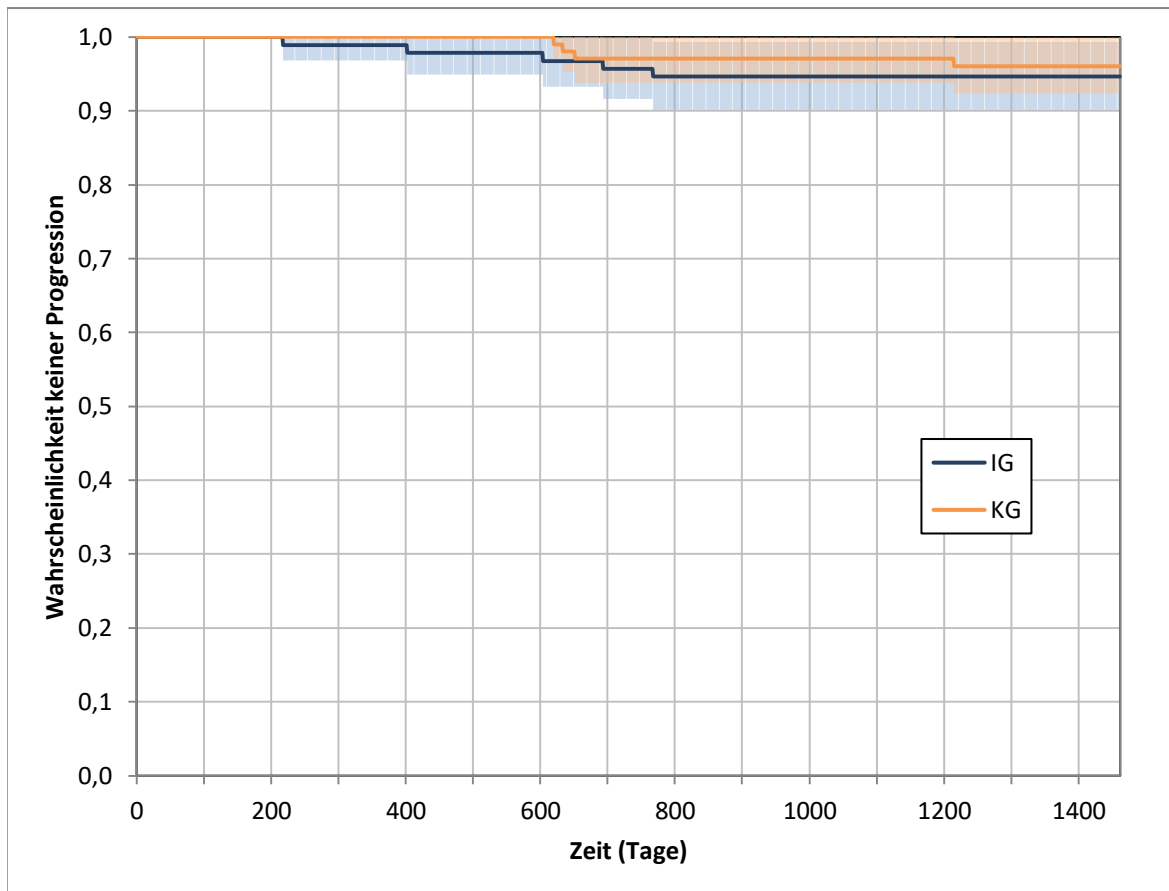
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

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)

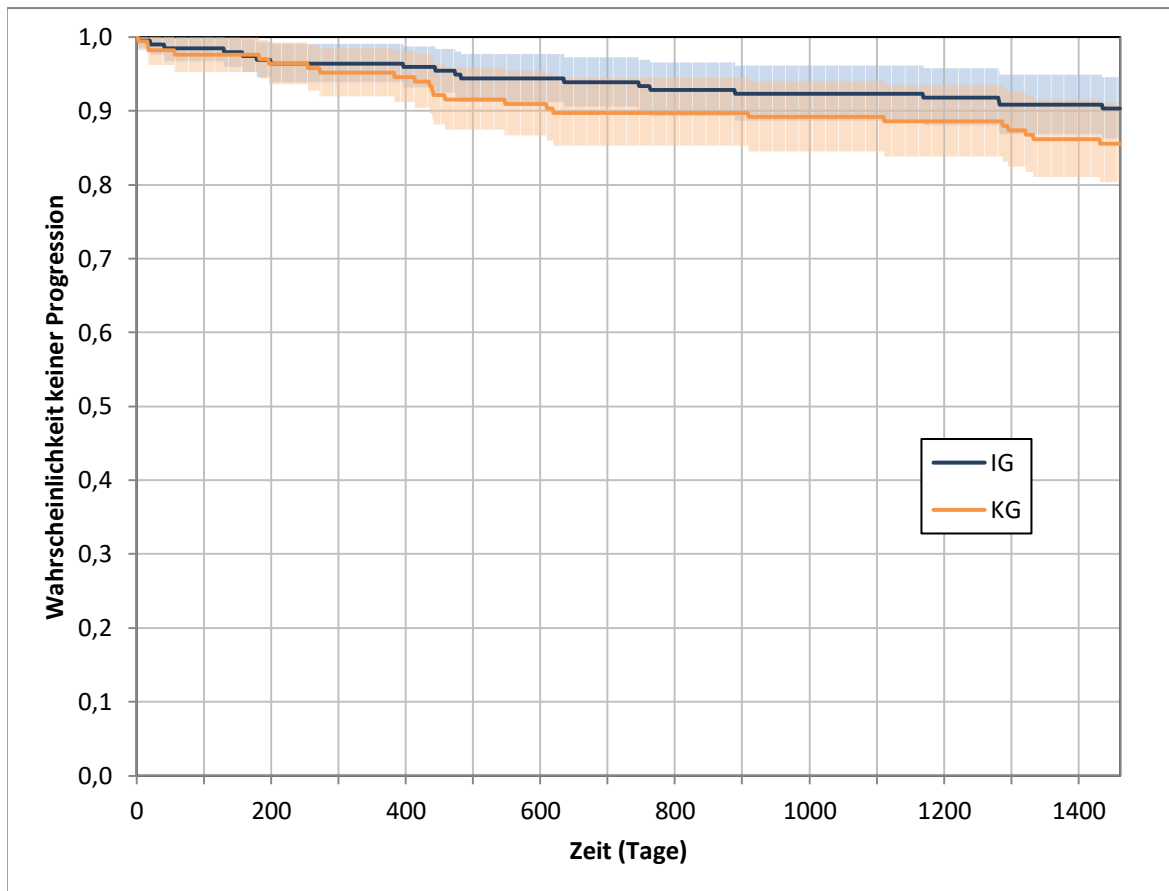
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	0,70 0,20...2,44	0,64 0,09...4,45	0,90 0,56...1,42

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	0,22 0,04...1,29	1,51 0,40...5,75	0,69 0,37...1,28

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	965	969
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	255	325
• Jegliche depr. Episode ³	468	526
• ohne Suchterkrankung ⁵	644	668
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	13,7 %	16,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	1,9 %	3,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	27,8 %	22,6 %

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

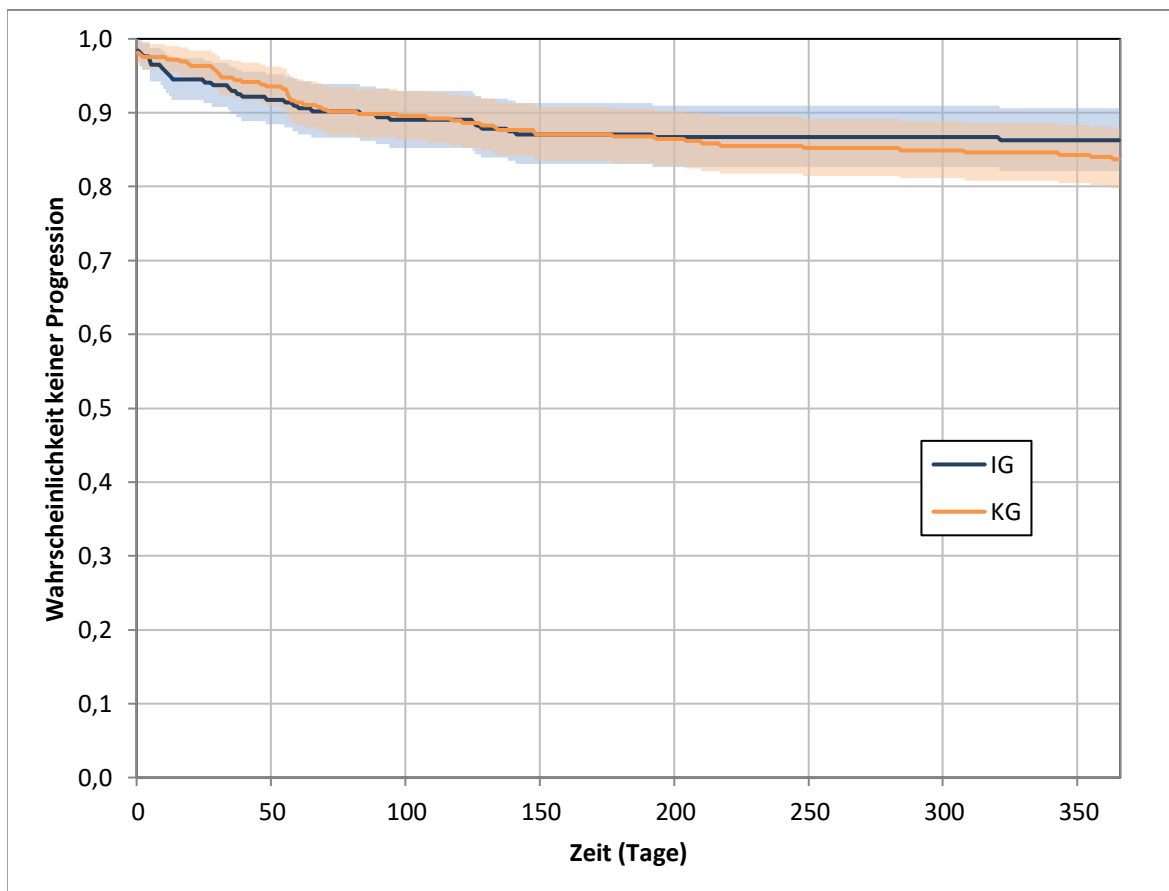
Erwachsene, klinikneue Patienten

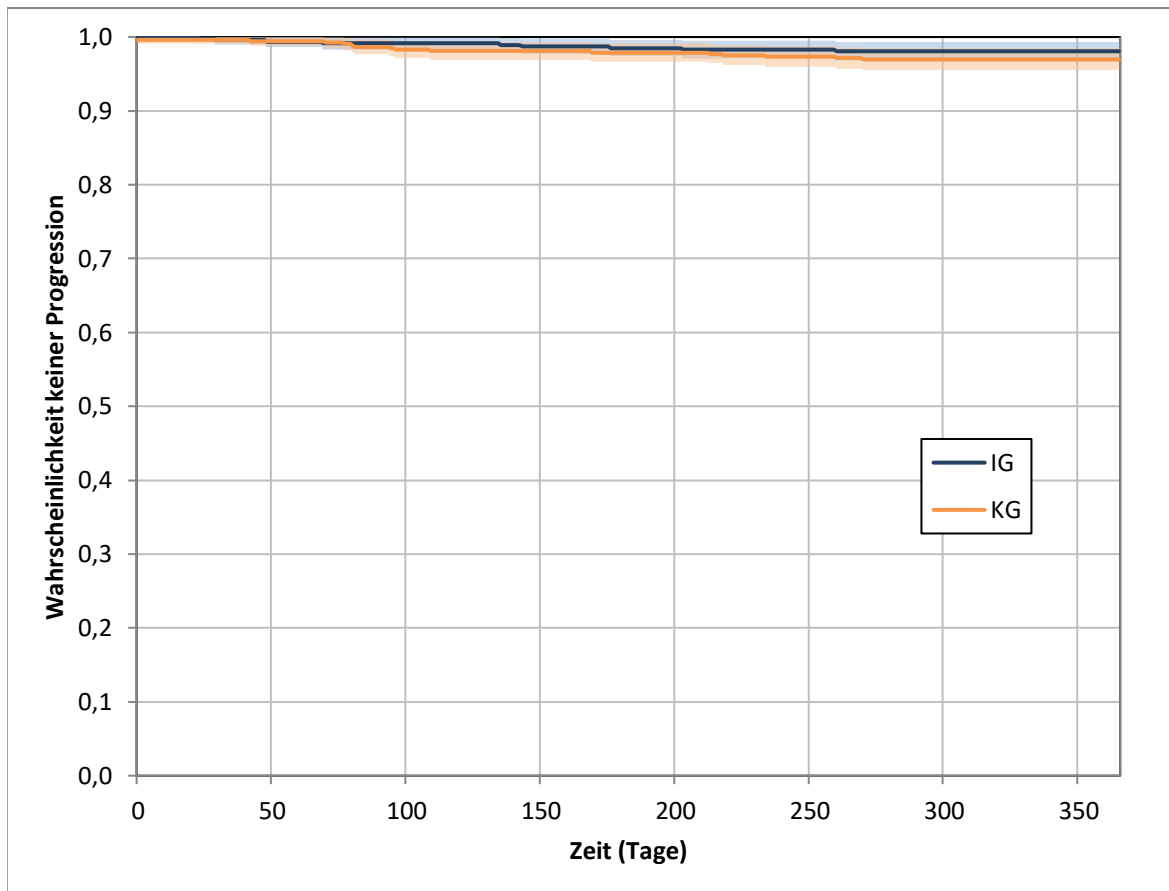
Legende für die folgenden Abbildungen:

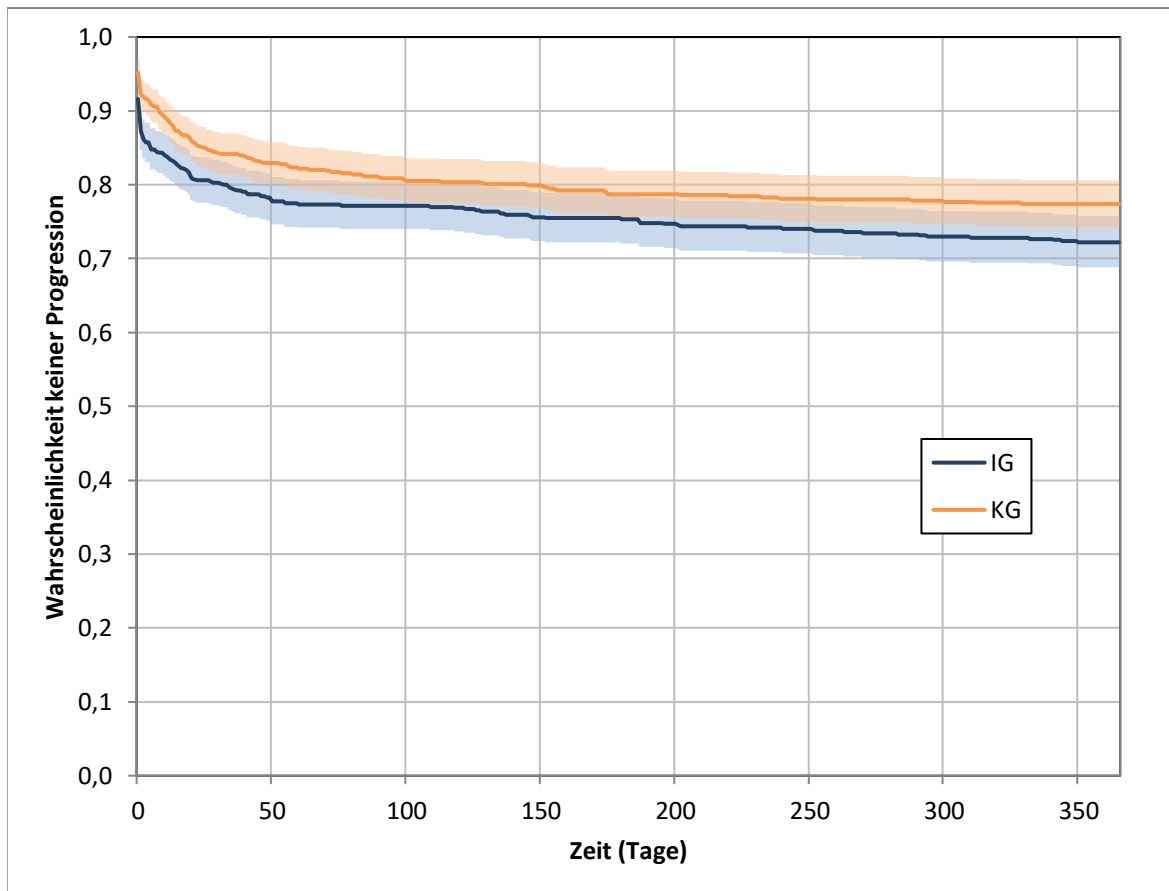
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	698	703
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	182 331 474	228 373 483
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) 	17,6 % 2,7 % 34,0 %	14,9 % 4,3 % 26,7 %

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

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

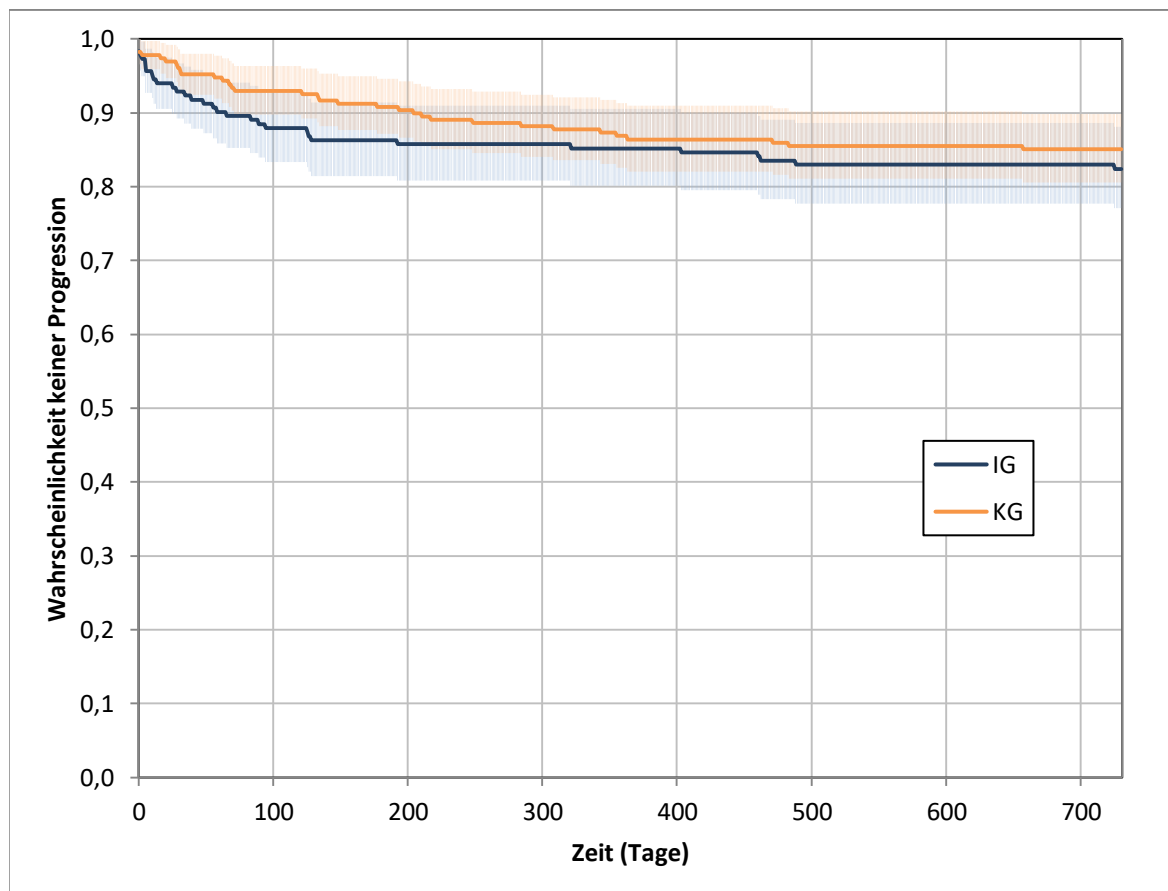
Erwachsene, klinikneue Patienten

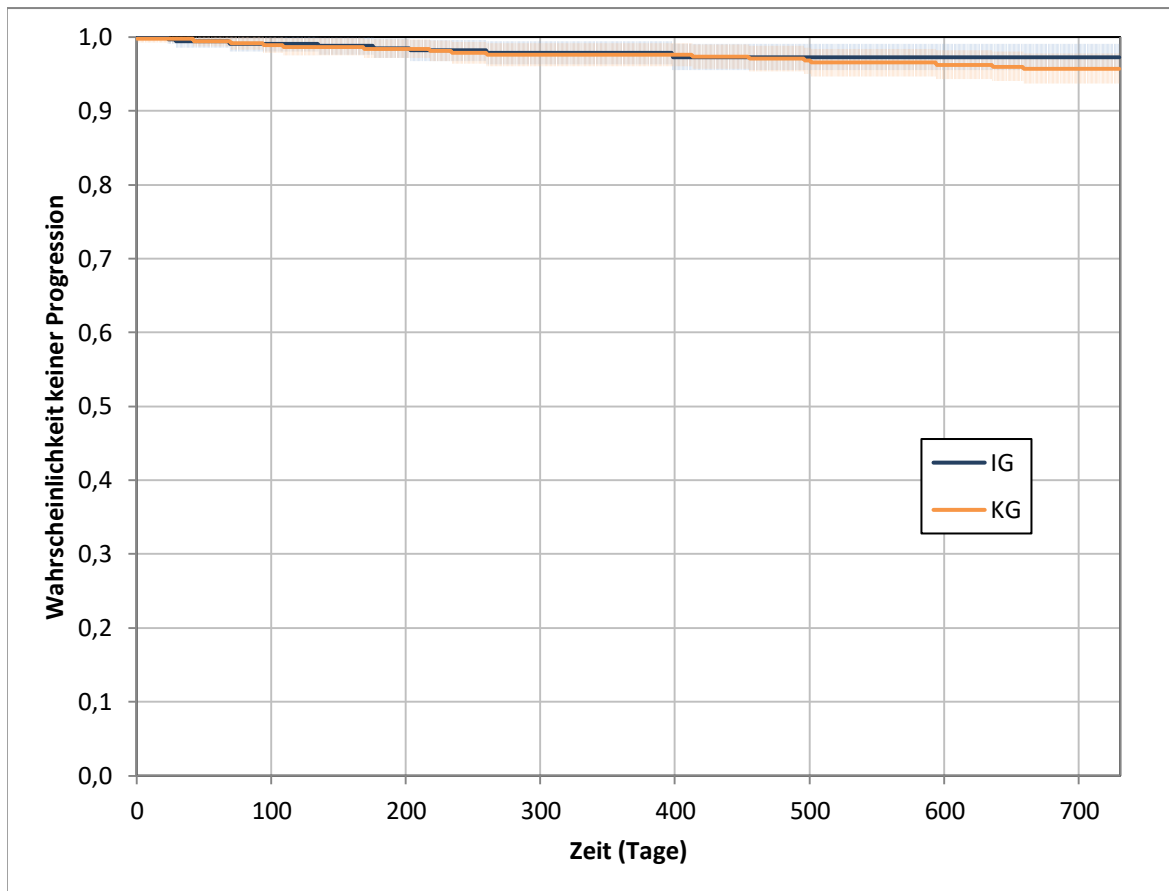
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

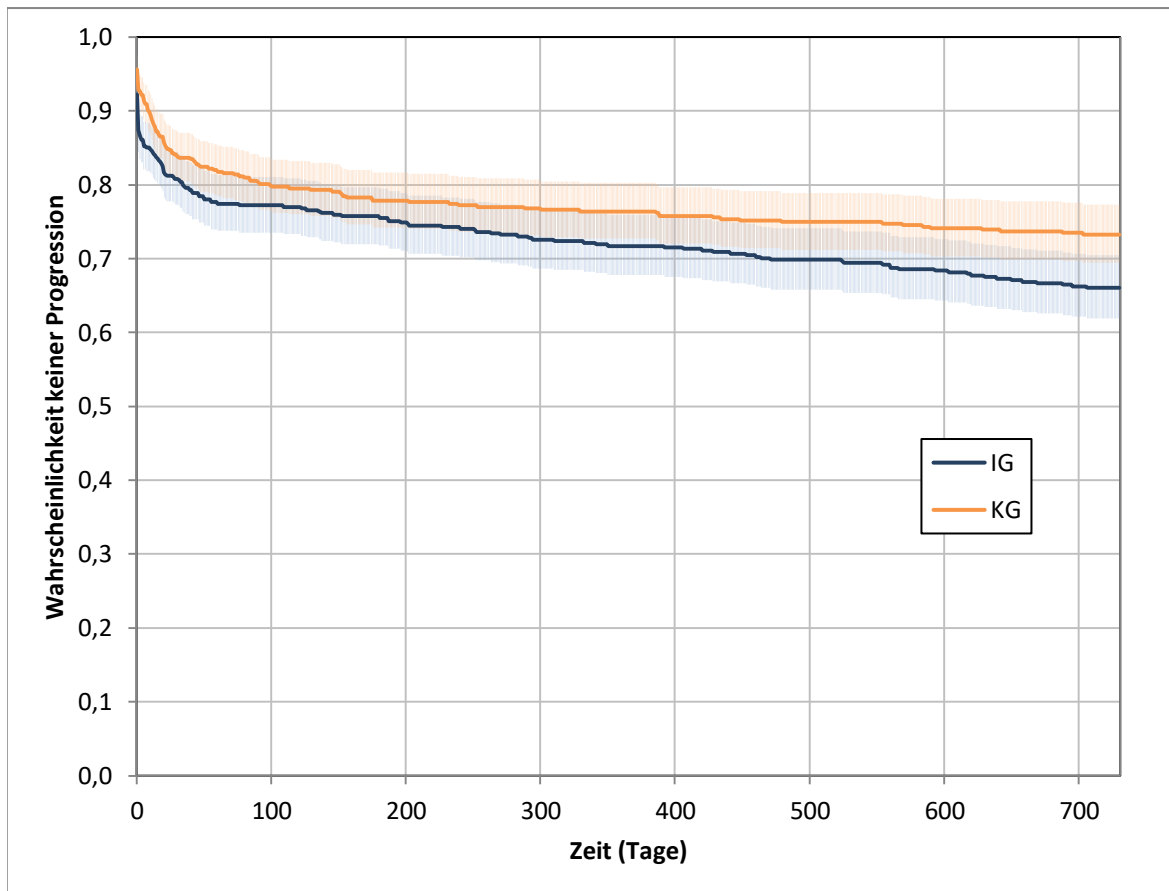
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	1,16 0,71...1,89	0,65 0,28...1,48	1,02 0,80...1,31

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	415	428
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	108 203 272	136 221 300
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) 	18,5 % 3,0 % 37,1 %	16,2 % 4,1 % 30,7 %

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	436	421
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	67	82
• Jegliche depr. Episode ³	143	164
• ohne Suchterkrankung ⁵	275	247
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,5 %	11,0 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	3,5 %	4,9 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	9,1 %	11,7 %

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

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

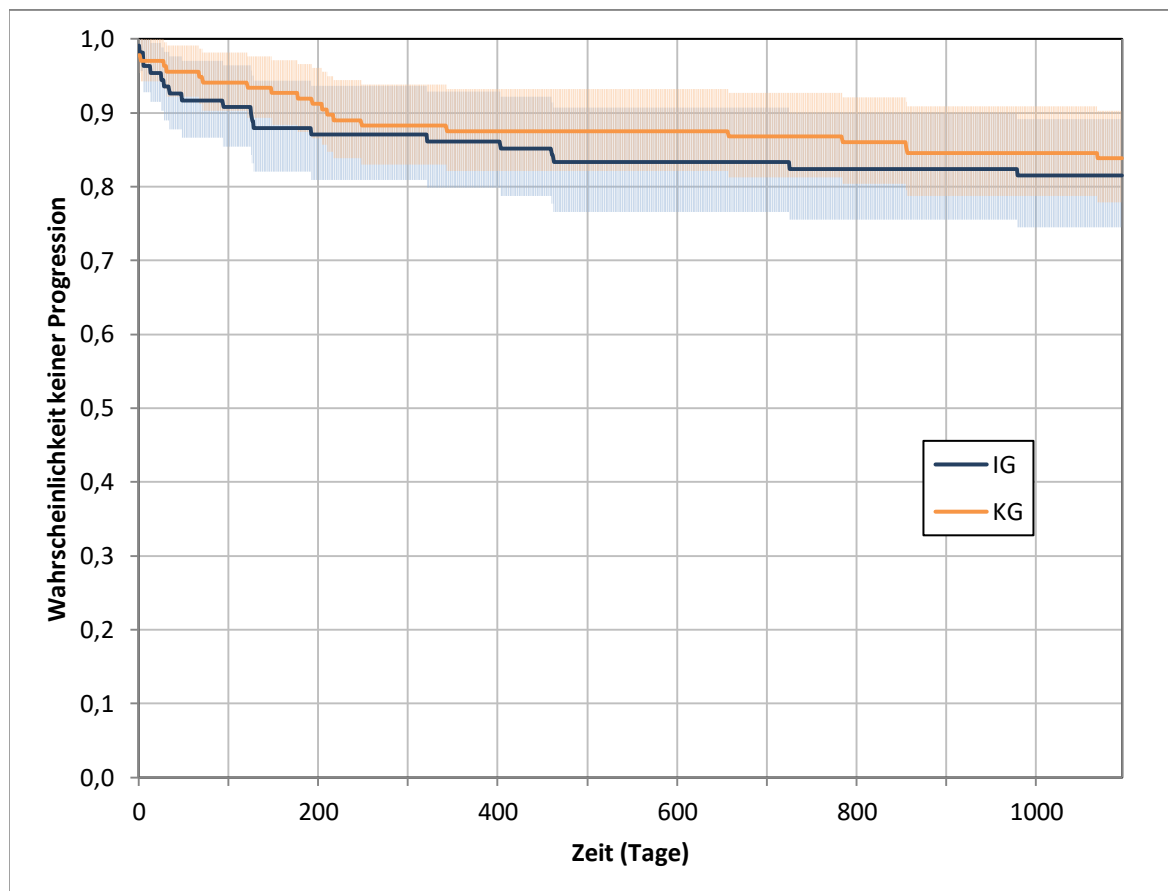
Erwachsene, klinikneue Patienten

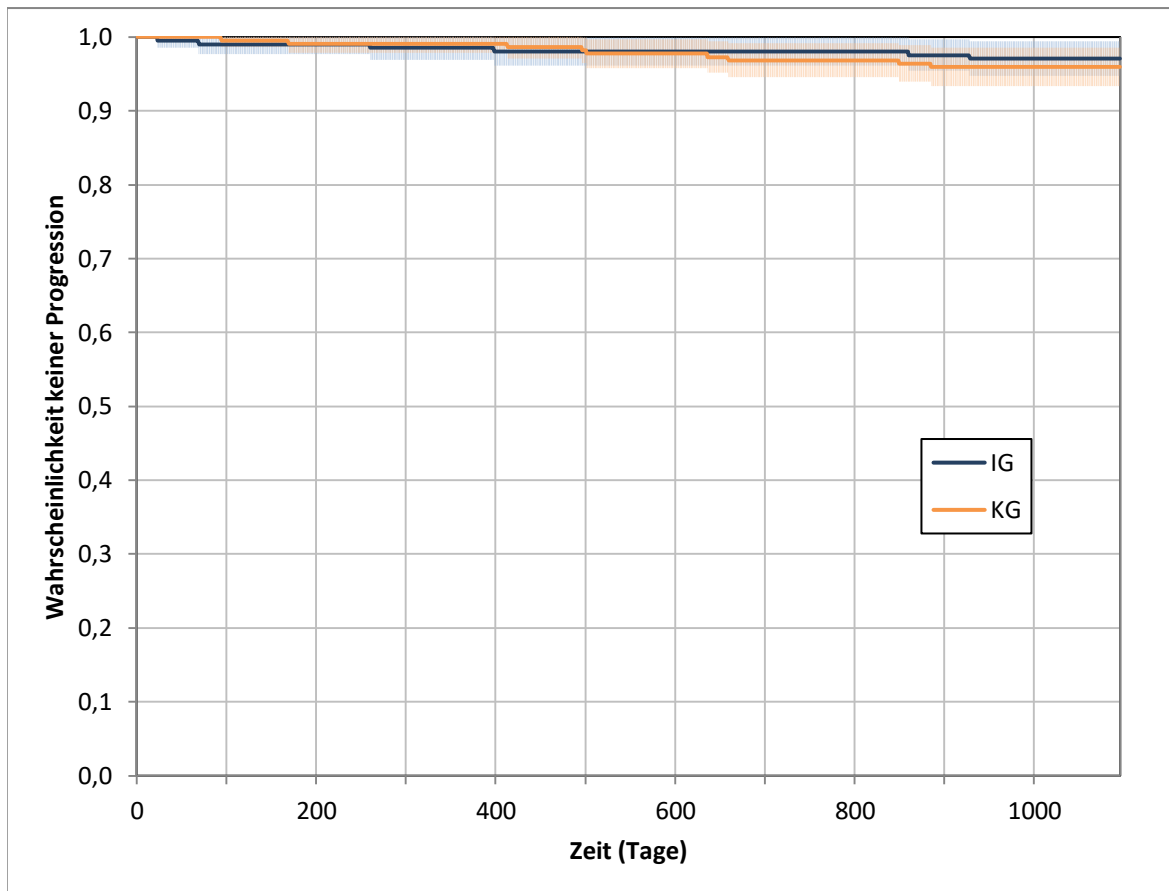
Legende für die folgenden Abbildungen:

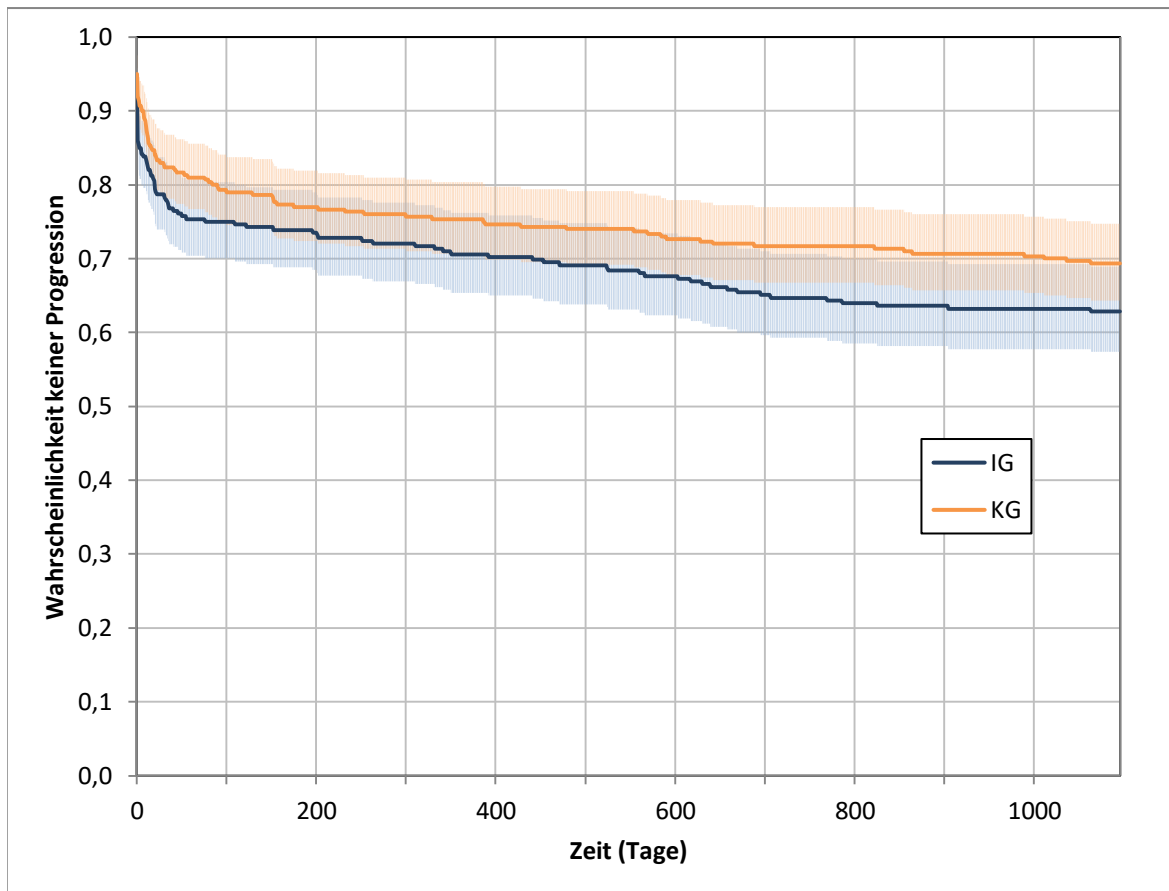
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

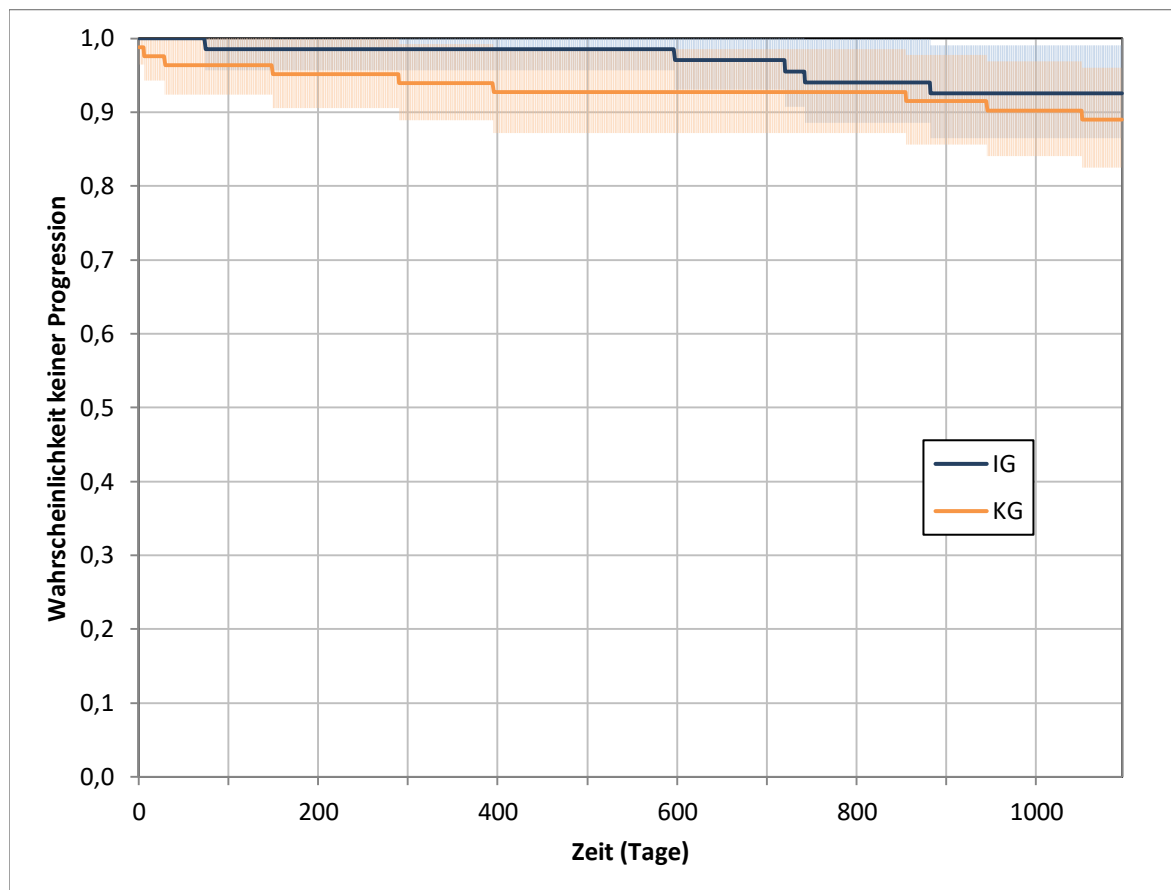
Progression C (→ Suchterkrankung)

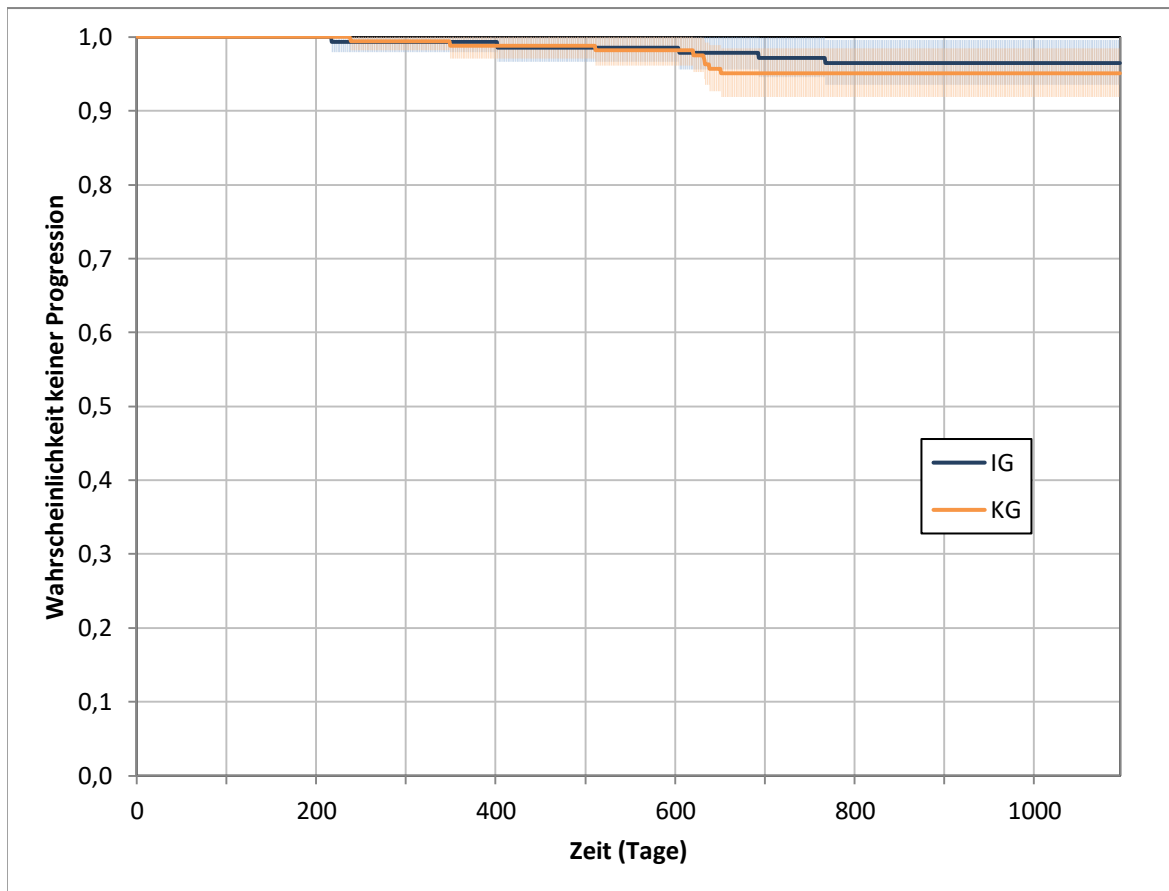
Erwachsene, klinikbekannte Patienten

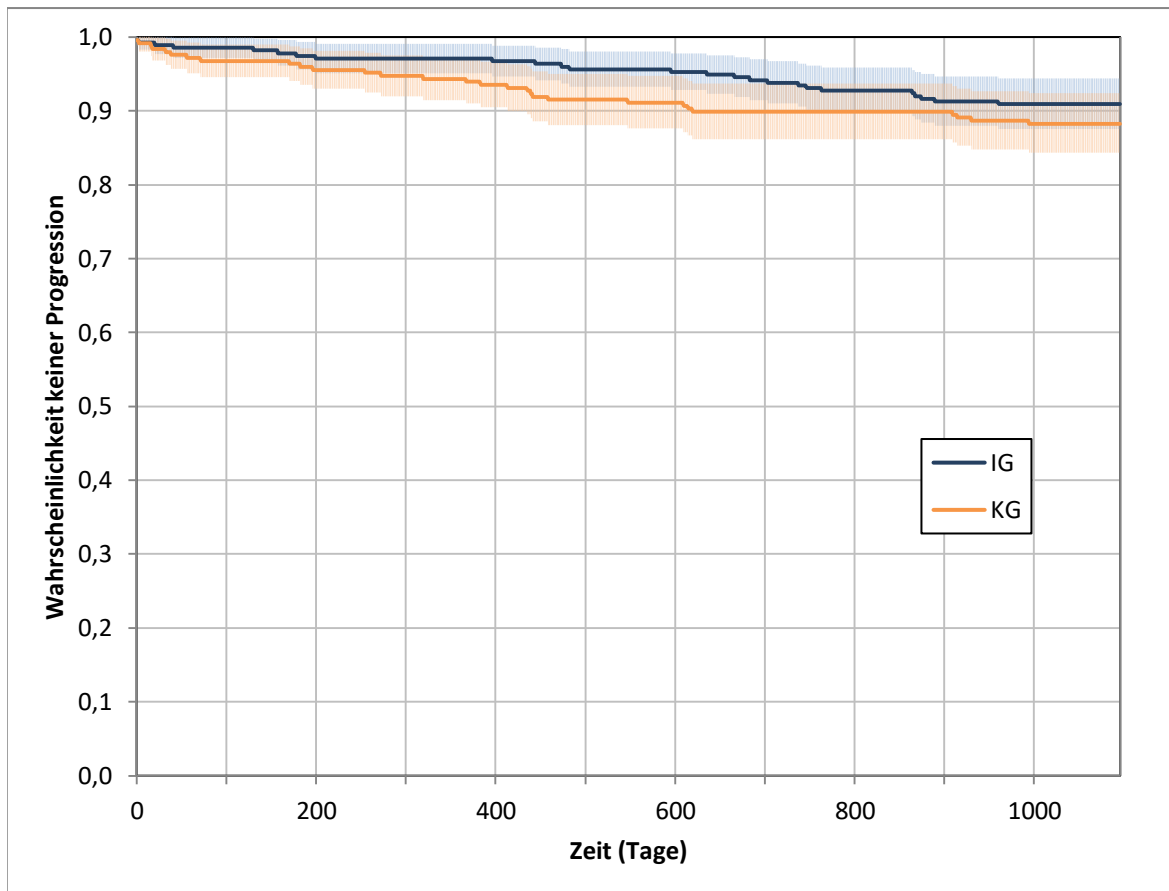
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

8.2.11 Leitlinienadhärenz

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

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

Beschreibung Ergebnisse (U2)

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich für die **Alkoholabhängigkeit** vergleichbar niedrige Anteile von Personen mit stationär behandelter Alkoholabhängigkeit und mindestens einem Untersuchungstermin für mindestens sechs Monate (IG: 3,2 %; KG: 1,8 %) sowie Anteile an Personen mit Alkoholabhängigkeit und Acamprosat oder Naltrexon (oder nach erfolgloser Behandlung mit Acamprosat oder Naltrexon eine Medikation mit Disulfiram) (IG: 0,0 %; KG: 4,5 %).

Für die **Demenz** ergaben sich niedrige Anteile von Personen mit neu diagnostizierter Demenz und zerebraler Bildgebung innerhalb von sechs Monaten nach erster Diagnose, welche in der IG etwas höher als in der KG war (IG: 9,0 %; KG: 6,8 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Bei den anderen Untersuchungen 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 zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 59,2 %; KG: 57,7 %). Der Anteil der Personen mit leichter bis mittelschwerer depressiver Episode und einer Psychotherapie innerhalb von 90 Tagen war auch zwischen IG und KG vergleichbar (IG: 6,3 %; KG: 9,0 %).

Bei den Untersuchungen zur **Schizophrenie** waren die Fallzahlen zu gering, um valide Aussagen ableiten zu können.

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

Alkoholabhängigkeit

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

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

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

Leitlinienadhärenz Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10)	IG	KG
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>95 3,2 %</p>	<p>111 1,8 %</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>131 0,0 %</p>	<p>133 4,5 %</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 	<p>122 9,0 %</p>	<p>133 6,8 %</p>
Pharmakotherapie / Alzheimer Demenz (E)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Alzheimer-Demenz³ Anteil Personen mit Verordnung von Acetylcholinesterase-Hemmern⁴ oder Memantine⁵ 	<p>33 84,8 %</p>	<p>25 52,0 %</p>
Pharmakotherapie / psychische Verhaltenssymptome (F)		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl Personen mit Demenz⁶ Anteil der Personen ohne Antipsychotikaverordnung⁷ 	<p>54 24,1 %</p>	<p>57 36,8 %</p>

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>267 59,2 %</p>	<p>350 57,7 %</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>363 6,3 %</p>	<p>366 9,0 %</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;">66</p> 89,4 %	<p style="text-align: center;">70</p> 84,3 %
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;">42</p> 95,2 %	<p style="text-align: center;">33</p> 93,9 %
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;">24</p> 8,3 %	<p style="text-align: center;">12</p> 25,0 %

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

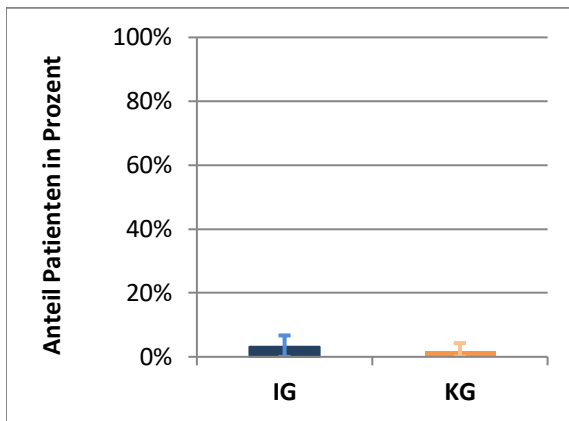
Erwachsene, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

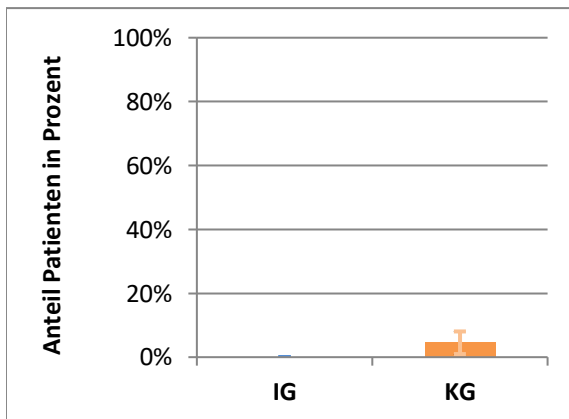
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

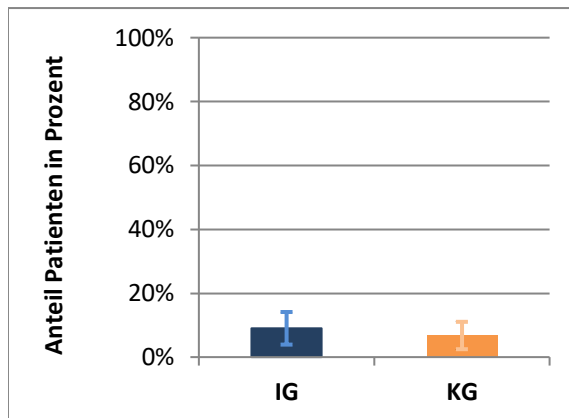
Alkoholabhängigkeit B



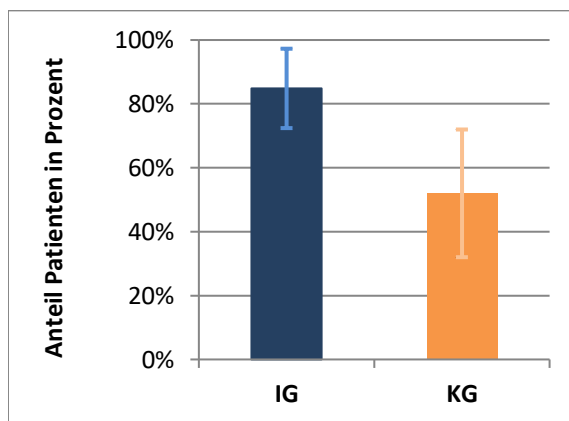
Alkoholabhängigkeit C



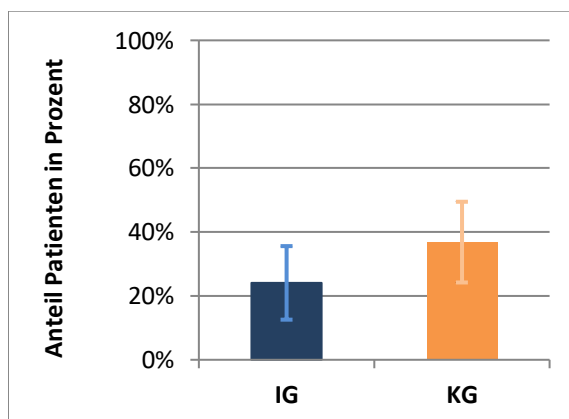
Demenz D



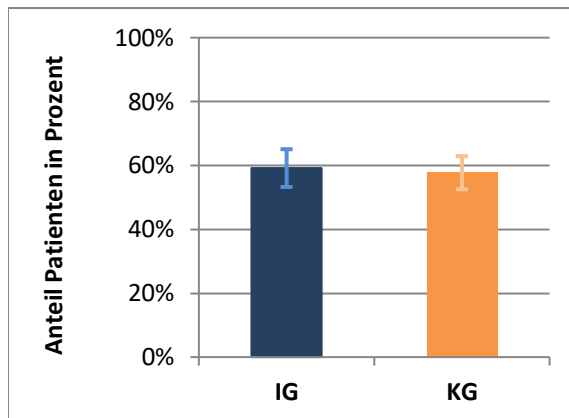
Demenz E



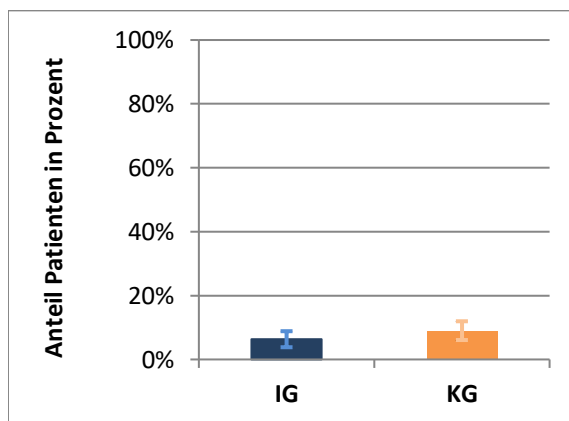
Demenz F



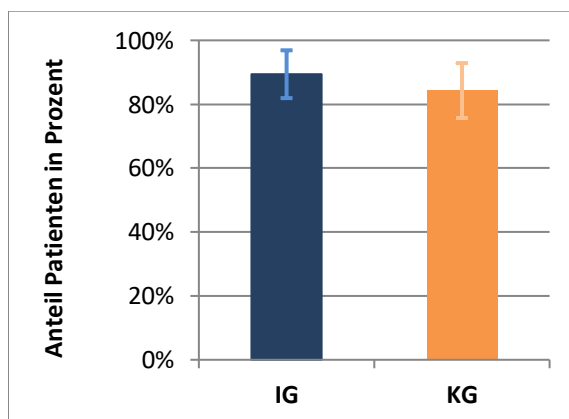
Depression G



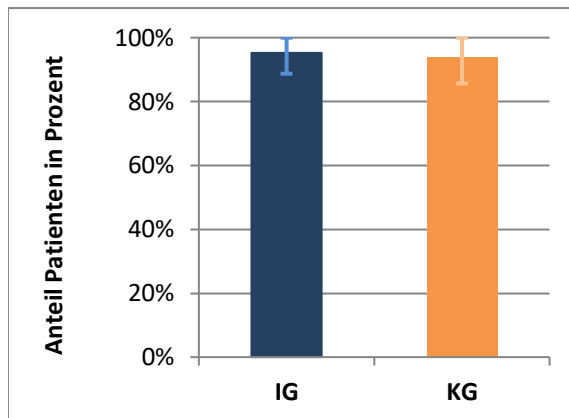
Depression I



Schizophrenie J



Schizophrenie K



Schizophrenie L

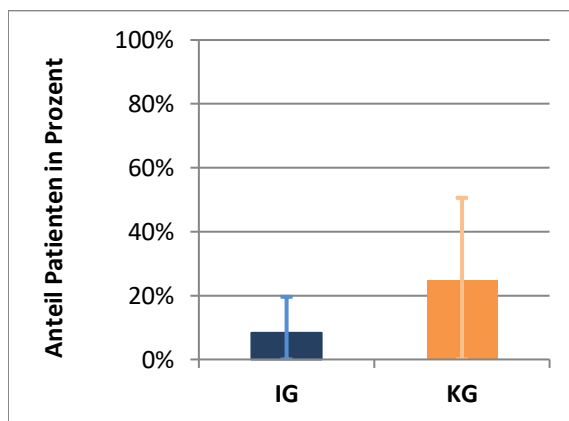


Tabelle 67: Inferenzstatistik, Leitlinienadhärenz, Erwachsene, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

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	kf	1,08 0,77...1,52	0,60 0,34...1,06	1,83 0,64...5,27	kf	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 57) hier für Kinder und Jugendliche (Alter <18 Jahre) darstellt. Einzelne Parameter, die nicht für Kinder und Jugendliche zutreffen wurden herausgenommen (siehe auch separater Methodenband).

8.3.1 Kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

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

U1: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung war der Verlauf des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** bei den klinikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Jedoch wiesen die Patienten der IG stets größere Anteile auf (prä: +4,2; 1. Jahr: +7,0; 2. Jahr: +0,3; 3. Jahr: +4,4; 4. Jahr: +5,3 %-Punkte). Dabei war der Unterschied im ersten Jahr nach Referenzfall am größten. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den linikbekannten Patienten war zunächst ein Anstieg der Anteile vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Dieser war in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (IG: +1,7; KG: +9,3 %-Punkte; DiD = 0,5). Zu beachten ist, dass diese Anteile in der IG im Jahr vor Referenzfall wesentlich größer waren als in der KG (IG: 17,1 %; KG: 9,3 %). Im weiteren patientenindividuellen Verlauf sanken die Anteile an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt in beiden Gruppen auf einem vergleichbaren Niveau. Da jedoch die IG im Jahr vor Referenzfall größere Anteile aufwies, waren die Unterschiede im zweiten und dritten Jahr im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall in der IG statistisch signifikant (DiD 2. und 3. Jahr = je 0,4), d.h. in der IG war ein stärkeres Absinken der Anteile im Vergleich zur KG und zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. Der

Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt war im Verlauf und Niveau bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbar. Die Fallzahlen waren für interenzstatistische Tests zur gering. Auch bei den linikbekanntten Patienten waren diese Anteile zwischen IG und KG vergleichbar mit zu geringen Fallzahlen für inferenzstatistische Tests.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich bei den linikneuen Patienten ein ähnliches Muster im Verlauf mit niedrigem Ausgangsniveau im Jahr vor Referenzfall (IG: 3,5; KG: 0,2 vollstationäre Tage), Peak im Jahr nach Referenzfall (IG: 21,4; KG: 18,5 vollstationäre Tage) und Stabilisierung auf einem niedrigen Niveau ab dem zweiten Jahr (IG: 4,2; 2,3 und 1,9 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr; KG: 1,8; 3,8 und 1,1 vollstationäre Tage im 2., 3. und 4. Jahr). Der Peak im Jahr nach Referenzfall, als Vergleich zwischen dem Jahr vor und dem Jahr nach Referenzfall, war zwischen IG und KG vergleichbar (IG: +17,8; KG: +18,3). Auch in den restlichen Jahren gab es keine statistisch signifikanten Niveauunterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Auch 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 im ersten Jahr nach Referenzfall bei den jüngeren linikneuen Patienten (jünger als medianes Alter) in der IG ca. 10 vollstationäre Behandlungstage weniger anfielen als in der KG. Bei den älteren Patienten fielen in der IG dagegen ca. sechs vollstationäre Tage mehr als in der KG im ersten Jahr nach Referenzfall an. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen linikneue Patienten mit Referenzdiagnose F30-39 (affektive Störungen), F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) und F40-48 (neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) auf (wobei die alle genannten nur sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F45 (somatoforme Störungen), F30-39 (affektive Störungen) und F20-29 (Schizophrenie, schizophrene und wahnhaftige Störung) aufwiesen (wobei erneut alle genannten nur sehr wenige Patienten betraf). Zu beachten bei der Aufteilung nach Alter und Diagnose ist, dass zum einen nur die Population I (nur eine Referenzdiagnose) betrachtet werden konnte. Zum anderen gehen teilweise nur wenige Fälle pro Diagnosegruppe in die Aufstellung ein (siehe Tabelle 296 im Anhang).

Bei den linikbekanntten Patienten war der Anstieg an vollstationären Behandlungstagen vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG (IG: +1,2; KG: +4,2 vollstationäre Tage). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Der restliche Verlauf an vollstationären Behandlungstagen war zwischen IG und KG vergleichbar (prä: -+1,1; 1. Jahr: -1,9; 2. Jahr: -0,9; 3. Jahr: +0,5; 4. Jahr: +1,9 vollstationäre Tage). Auch 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 für die jüngeren linikbekanntten Patienten (jünger als medianes Alter) als auch für die älteren Patienten die vollstationären Behandlungstage im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG waren. In den weiteren Jahren waren diese zwischen IG und KG stets vergleichbar. Die meisten vollstationären Behandlungstage in der IG im Jahr nach Referenzfall wiesen

linikbekannte Patienten mit Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F43 (schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen) und F70-79 (Intelligenzstörungen) auf (wobei erst- und letztgenannte sehr wenige Patienten betraf), während die meisten vollstationären Behandlungstage in der KG im Jahr nach Referenzfall die Personen mit den Referenzdiagnosen F30-39 (affektive Störungen), F50 (Essstörungen) und F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) aufwiesen (wobei hier 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).

Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr in der IG niedriger als in der KG (IG: +3,7; KG: +9,1 teilstationäre Tage). Der weitere Verlauf war im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. Inferenzstatistische Tests konnten nicht durchgeführt werden, da die Fallzahl dafür zu gering war. Bei den linikbekannten Patienten sank die Anzahl teilstationärer Behandlungstage in der IG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach leicht, während diese in der KG anstiegen (IG: -0,4; KG: 3,1 teilstationäre Tage). Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten hier jedoch keine inferenzstatistischen Tests gerechnet werden. Die restlichen Verläufe waren erneut vergleichbar.

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** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG und der KG. Der Anstieg war in der IG etwas stärker als in der KG (IG: +44,4 %-Punkte; KG: +39,9 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg in der IG und KG in vergleichbarem Maße an (IG: +9,1 %; KG: +9,3 %).

Auch bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** war der Anstieg der vollstationären Behandlungstage vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG leicht größer als in der KG (IG: +26,4; KG: +23,7 vollstationäre Tage). Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** stieg dagegen in der IG weniger stark im Vergleich zur KG (IG: +4,4; 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, wobei der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG größer im Vergleich zur KG ausfiel. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Der **Anteil an Patienten mit**

mindestens einem teilstationären Aufenthalt wies einen zwischen IG und KG vergleichbaren Verlauf auf.

Bei der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich eine etwas größere Zunahme der vollstationären Tage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +24,9; KG: +22,7 vollstationäre Tage). Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Die **durchschnittliche teilstationäre Behandlungsdauer** verlief, entsprechend U1 und U2, mit einem Peak im Jahr nach Referenzfall, wobei hier die teilstationären Tage der IG etwas geringer ausfielen als in der KG. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten jedoch inferenzstatistische Tests nicht durchgeführt werden.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung zeigte sich erneut, dass der **Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG bei den linikneuen Patienten etwas stärker anstieg als in der KG und danach in der IG stärker abfiel (prä: +3,0; 1. Jahr: +5,6; 2. Jahr: +1,6; 3. Jahr: -2,5 %-Punkte). Bei den linikbekanntnen Patienten war erneut im Jahr vor Referenzfall in der IG ein wesentlich stärkerer Anteil an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt ersichtlich (+7,3 %-Punkte). Im patientenindividuellen Verlauf sank dann dieser Anteil ab Referenzfall in der IG stärker als in der KG und war ab dem ersten Jahr nach Referenzfall unter dem Niveau der KG (1. Jahr: -3,6; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -1,9 %-Punkte). Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Aufenthalt** stieg bei den linikneuen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG etwas stärker und war ansonsten vergleichbar. Bei den linikbekanntnen Patienten war, nach einem etwas stärkerem Absinken des Anteils in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach, ein vergleichbarer Verlauf mit vergleichbaren Anteilen ab dem ersten Jahr nach Referenzfall zu beobachten.

Bezüglich der **durchschnittlichen vollstationären Behandlungsdauer** zeigte sich auch hier bei den linikneuen Patienten zwischen IG und KG 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 größer als in der KG (IG: +23,5; KG: +18,5 vollstationäre Tage). Bei den linikbekanntnen Patienten hingegen war ein geringerer Anstieg vollstationärer Behandlungstage in der IG im Vergleich zur KG vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar (IG: +3,1; KG: +9,4 vollstationäre Tage). Im weiteren Verlauf war die Anzahl der Tage zwischen IG und KG vergleichbar. Das Muster im Verlauf der **durchschnittlichen teilstationären Behandlungsdauer** linikneuer Patienten war ähnlich dem der vollstationären Behandlungsdauer mit vergleichbar niedrigem Ausgangsniveau, Peak im Jahr nach Referenzfall und Stabilisierung auf niedrigem Niveau ab dem zweiten Jahr. Jedoch war hier der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG geringer als in der KG und auf einem geringeren Niveau als bei den vollstationären Behandlungstagen (IG: +3,9; KG: +5,7 teilstationäre Tage). Bei den linikbekanntnen Patienten zeigten sich im Vergleich zu den klinikneuen Patienten vergleichbare

Verläufe mit erneut niedrigerem Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG im Vergleich zur KG (IG: +1,0; KG: +4,8 teilstationäre Tage).

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)	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,3 %	43,8 %	9,5 %	11,6 %	7,4 %	3,1 %	36,7 %	9,2 %	7,1 %	2,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	1,0 %	14,6 %	1,1 %	3,2 %	4,2 %	0,0 %	10,2 %	2,0 %	0,0 %	1,0 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,3 %	51,0 %	10,5 %	13,7 %	10,5 %	3,1 %	44,9 %	10,2 %	7,1 %	3,1 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,1 %	4,2 %	2,0 %	1,0 %	1,0 %	3,1 %	2,0 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	7,3 %	2,1 %	3,2 %	3,2 %	5,3 %	2,0 %	3,1 %	4,1 %	0,0 %	1,0 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	3,5	21,4	4,2	2,3	1,9	0,2	18,5	1,8	3,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,9	5,6	0,2	2,1	1,7	0,0	9,1	1,9	0,0	0,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	5,4	26,9	4,5	4,4	3,6	0,2	27,6	3,7	3,8	1,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,0	0,1	0,0	0,2	1,1	0,6	0,0	0,0	0,3	0,0
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,3	0,3	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,4	0,0	0,0

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).

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)	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	17,1 %	18,7 %	11,4 %	9,4 %	9,1 %	9,3 %	18,6 %	12,2 %	10,0 %	7,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	5,7 %	8,7 %	1,3 %	0,3 %	0,7 %	4,7 %	8,2 %	2,2 %	0,4 %	1,1 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	20,4 %	23,1 %	12,4 %	9,7 %	9,4 %	13,3 %	25,1 %	13,3 %	10,0 %	7,9 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	1,0 %	0,3 %	1,3 %	1,3 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,7 %	1,1 %	2,2 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	2,7 %	5,7 %	4,0 %	2,7 %	1,0 %	3,6 %	2,5 %	4,3 %	3,9 %	3,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund										
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	8,2	9,4	5,0	4,2	4,0	7,1	11,2	6,0	3,7	2,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,6	2,2	0,6	0,3	0,3	2,8	5,9	1,2	0,0	1,0
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	10,8	11,6	5,6	4,5	4,3	9,9	17,1	7,1	3,8	3,2
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,5
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,1	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2	0,6	0,2	0,2	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

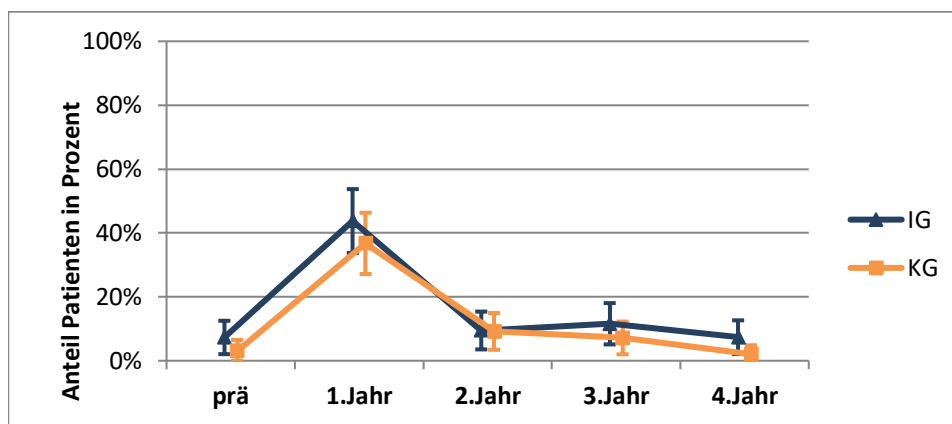
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

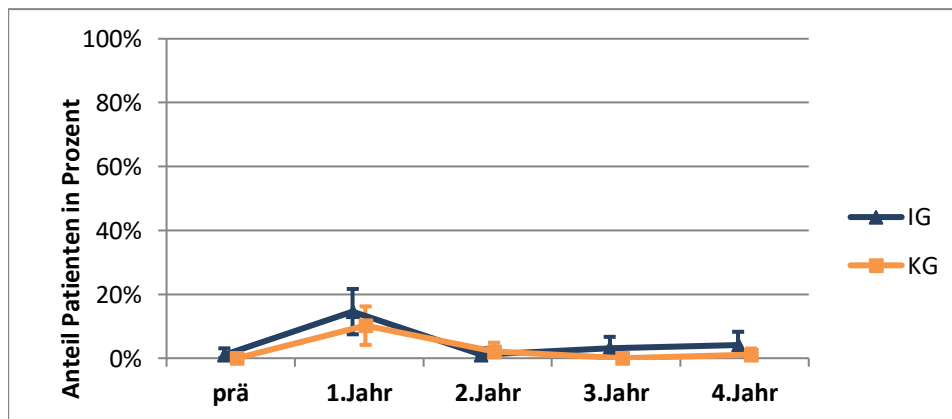
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

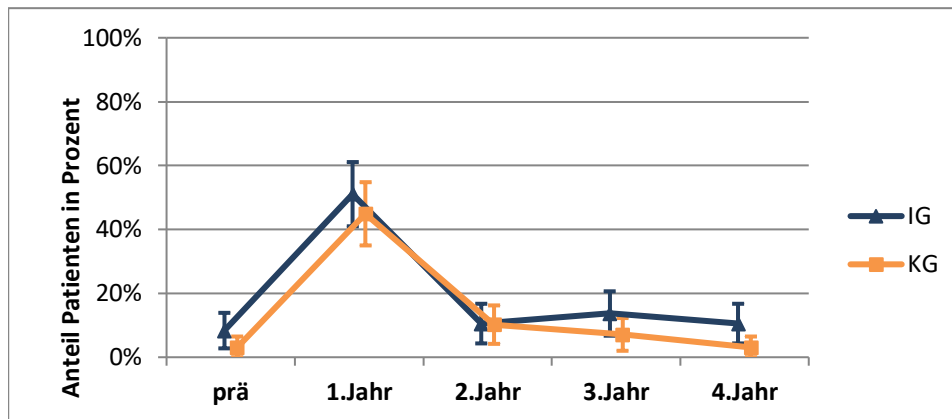
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



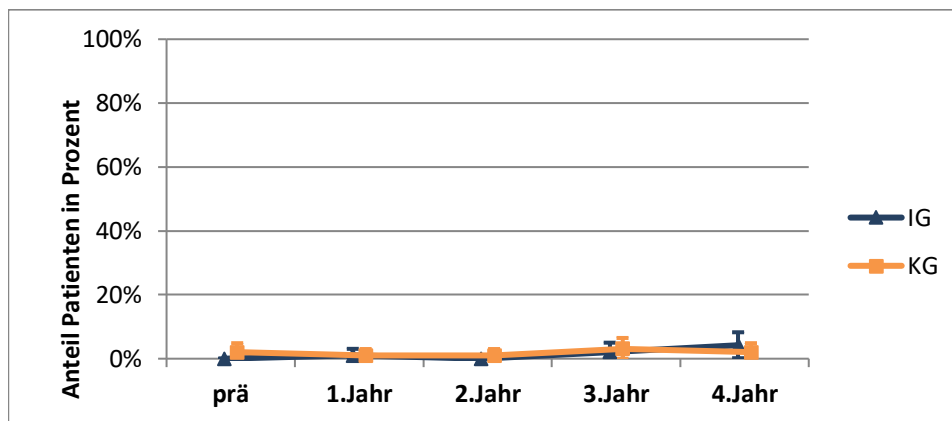
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



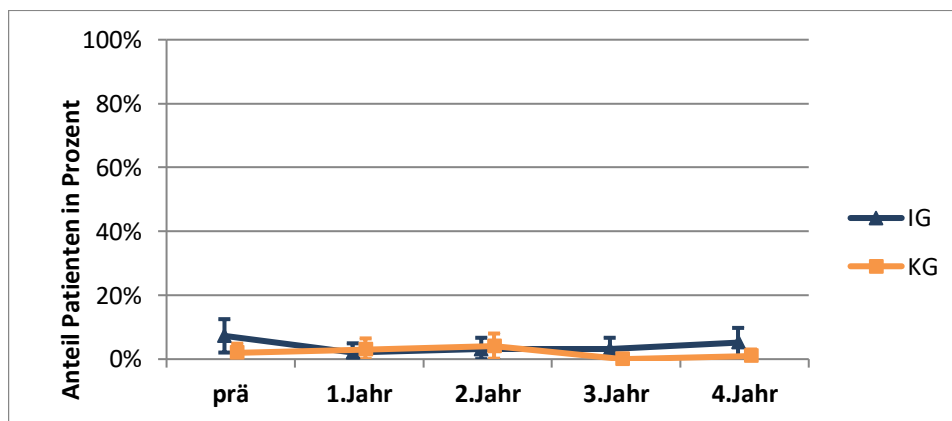
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

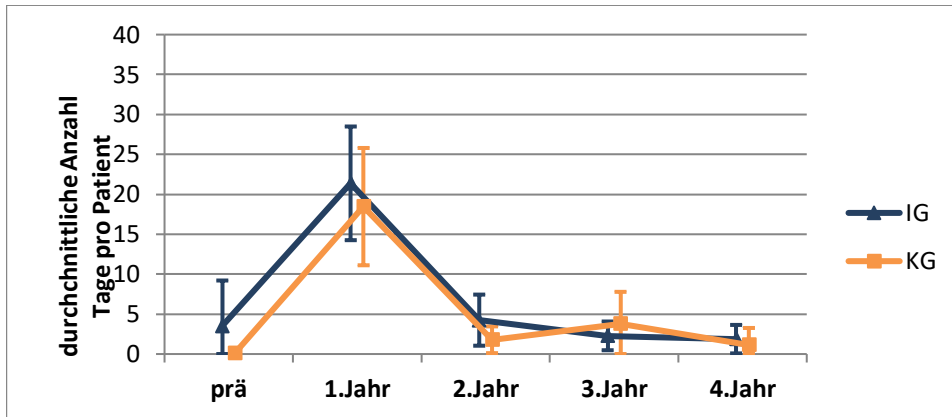


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

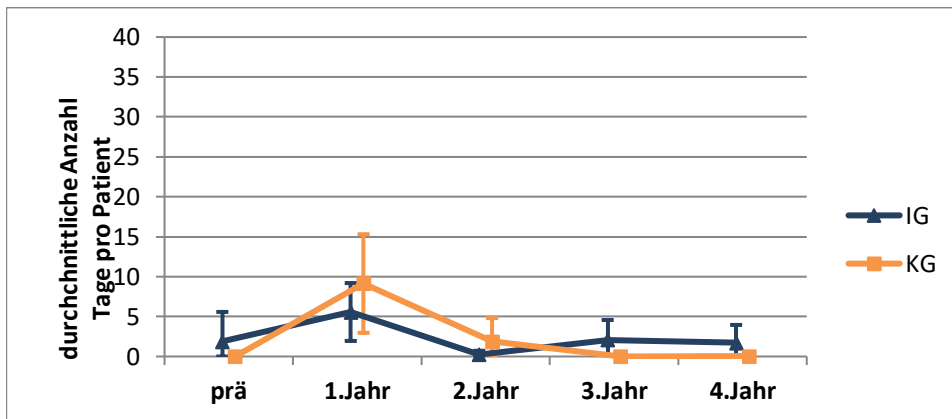


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

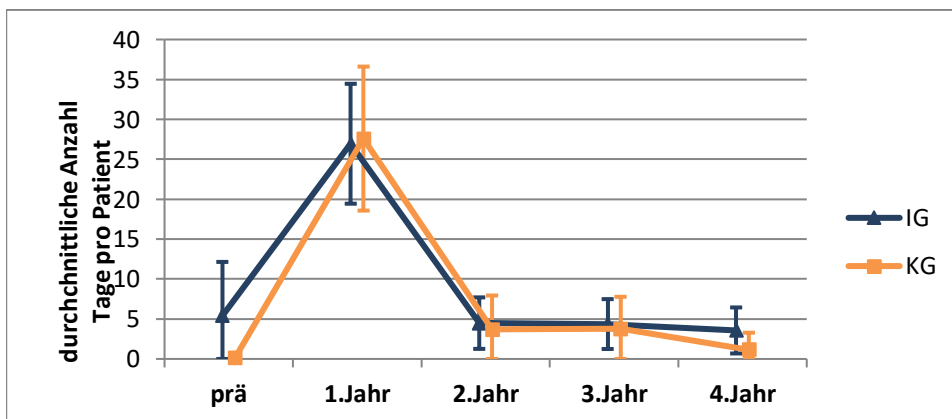
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



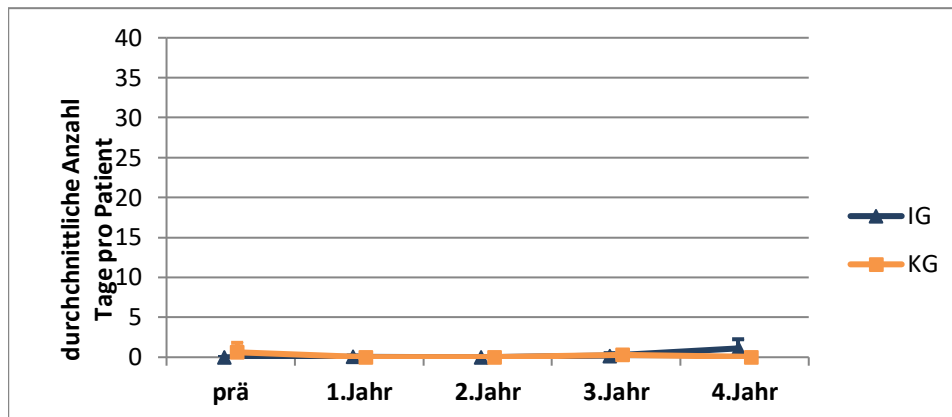
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



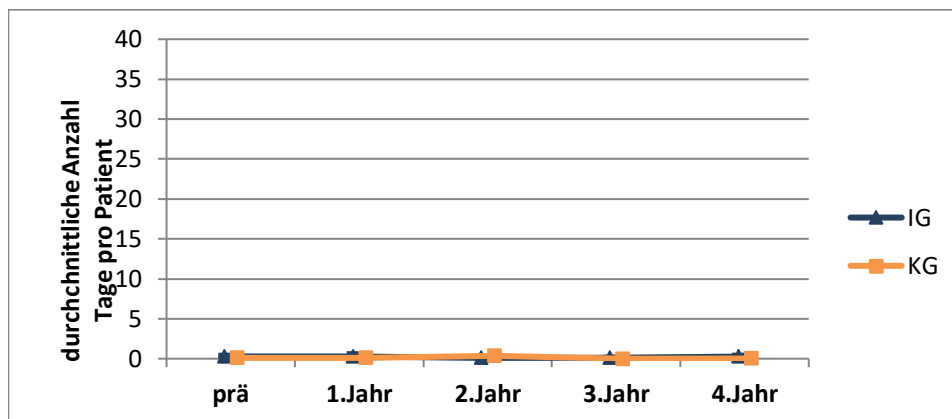
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär



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



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



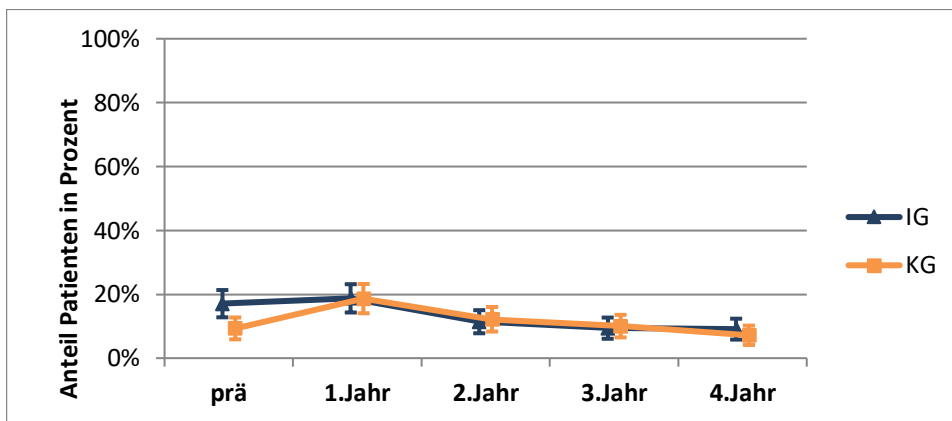
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

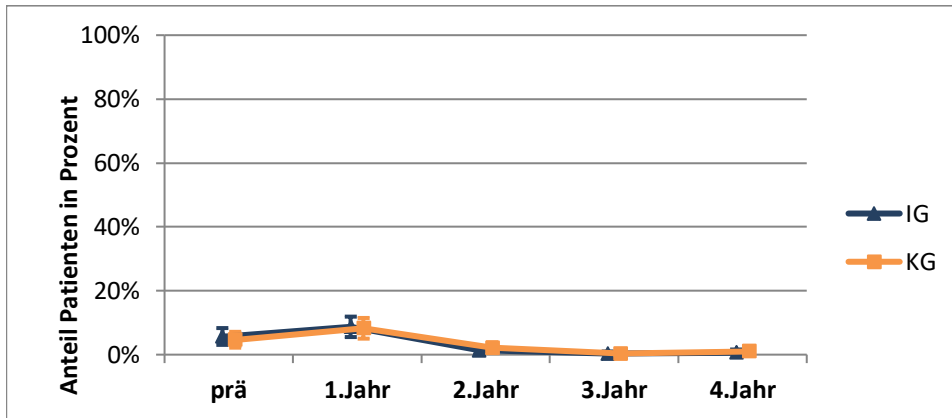
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

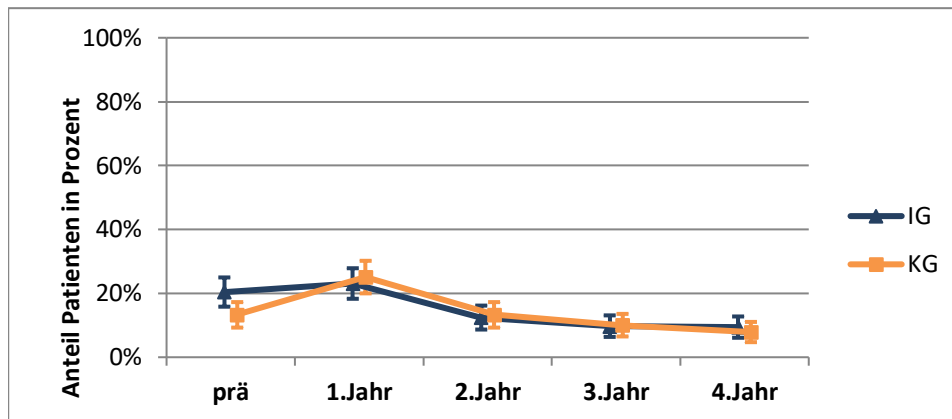
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



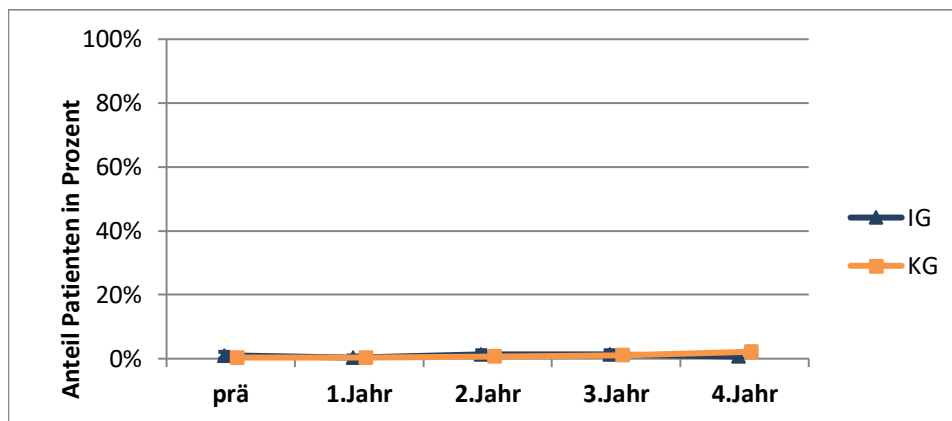
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



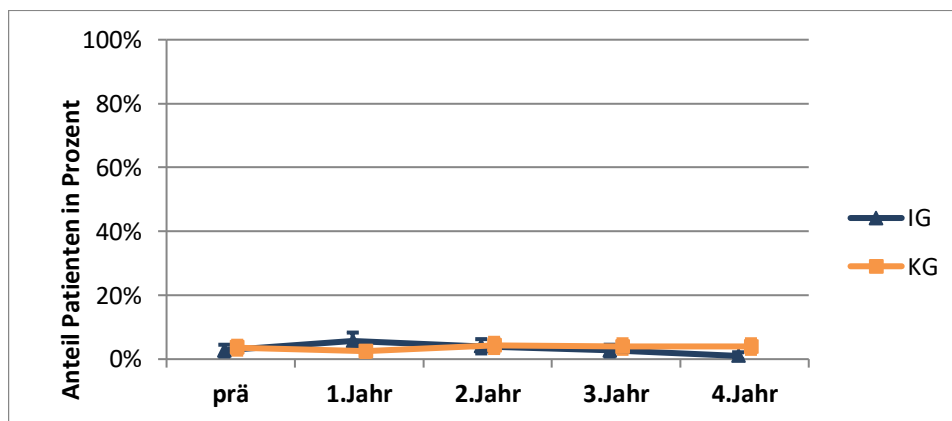
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär



- andere psychische Hauptdiagnosen (C)

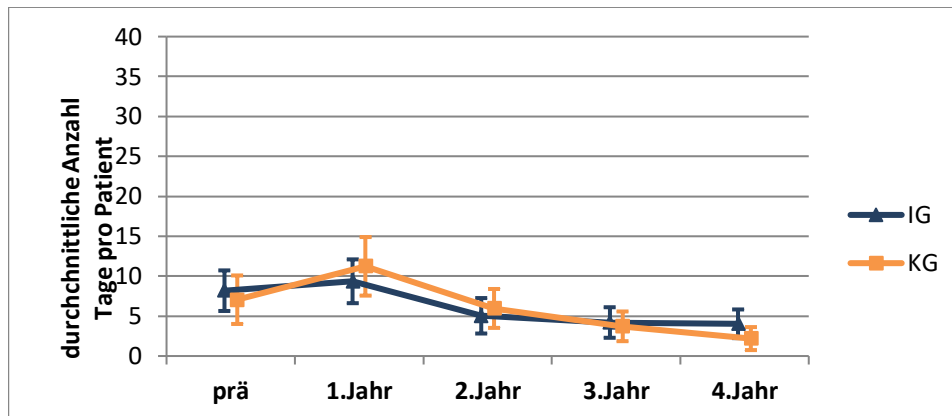


- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)

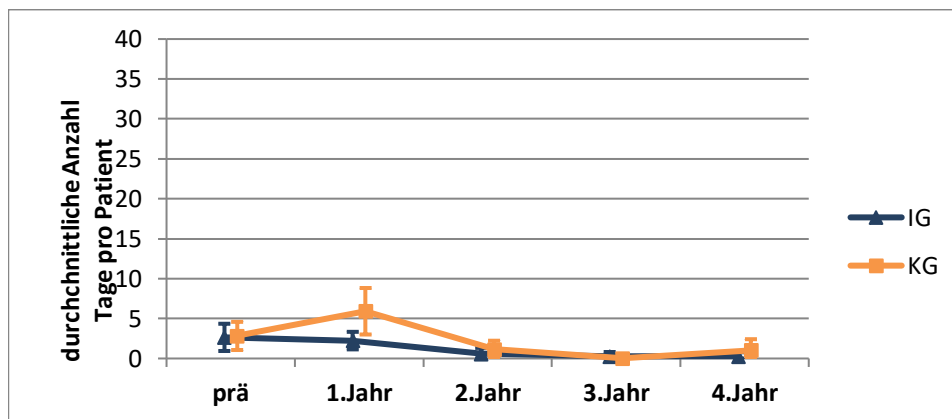


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

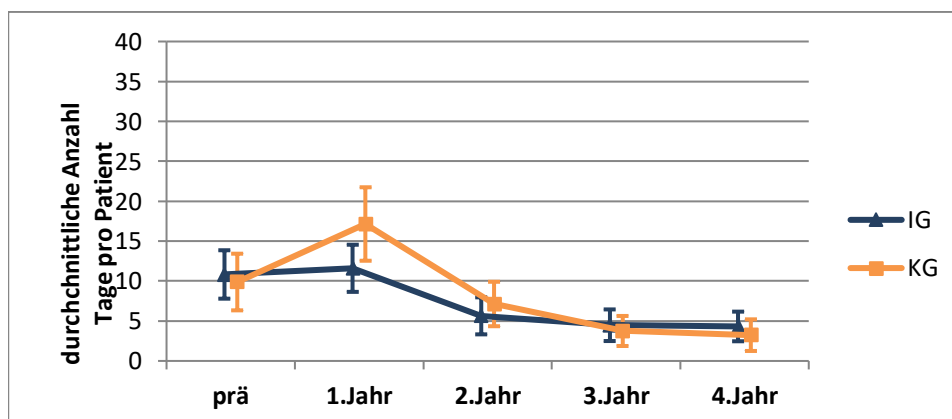
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



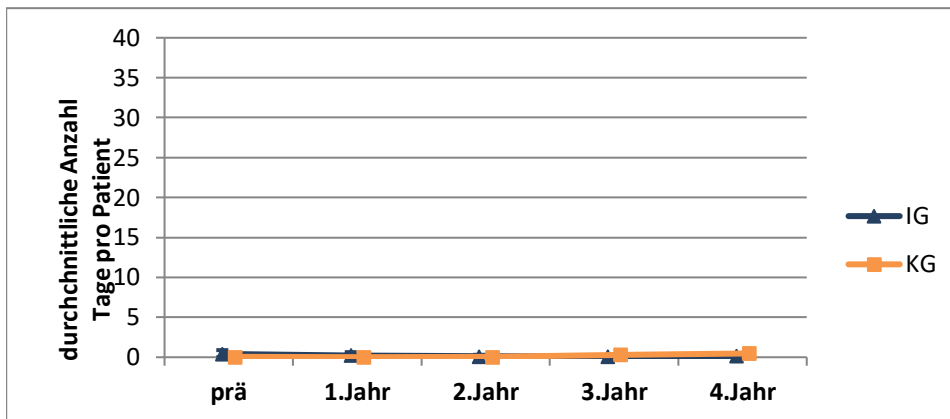
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



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



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)

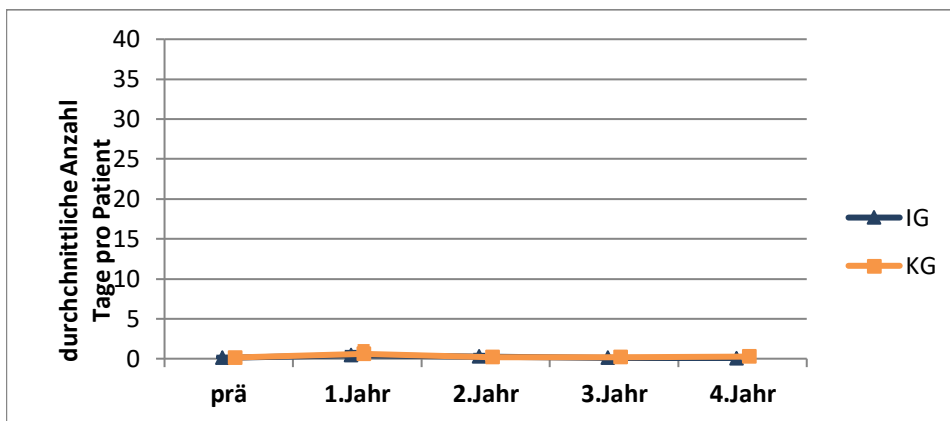


Tabelle 69: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,53 0,11...2,51	kf	-0,46 -8,69...7,77	kf
DID Jahr 2	0,39 0,07...2,23	kf	-0,97 -9,20...7,26	kf
DID Jahr 3	0,67 0,12...3,88	kf	-4,90 -13,13...3,33	kf
DID Jahr 4	1,53 0,18...13,20	kf	-2,68 -10,91...5,55	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-2,25 -9,09...4,58	kf

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

Klinikbekannte Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,49* 0,25...0,95	kf	-3,00 -7,82...1,81	kf
DID Jahr 2	0,44* 0,21...0,92	kf	-2,07 -6,88...2,75	kf
DID Jahr 3	0,44* 0,21...0,95	kf	-0,67 -5,48...4,15	kf
DID Jahr 4	0,62 0,28...1,39	kf	0,69 -4,12...5,51	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-1,26 -5,09...2,57	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 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)	626	626	626	626
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) 	7,8 %	52,2 %	5,3 %	45,2 %
	0,5 %	9,6 %	0,6 %	9,9 %
	8,1 %	58,9 %	5,9 %	51,4 %
	0,5 %	1,1 %	1,1 %	1,8 %
	4,6 %	2,2 %	3,7 %	3,2 %
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) 	2,3	28,6	1,6	25,3
	0,6	5,0	0,4	7,9
	2,9	33,7	2,0	33,2
	0,1	0,3	0,4	0,3
	0,4	0,2	0,2	0,2

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:

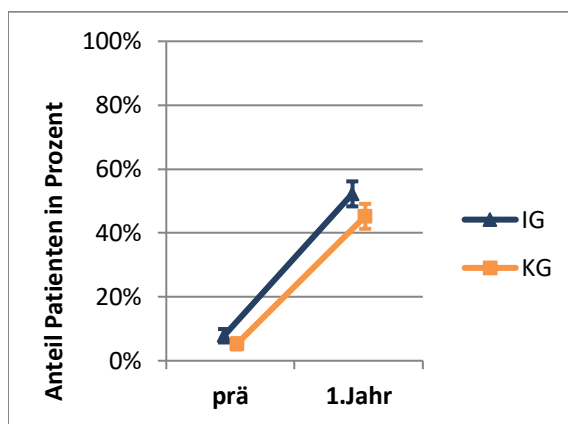
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie,

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

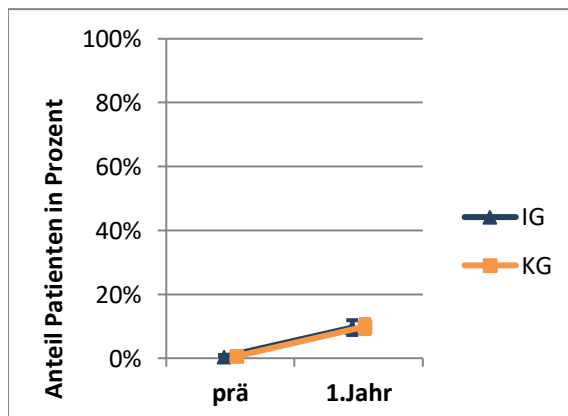
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

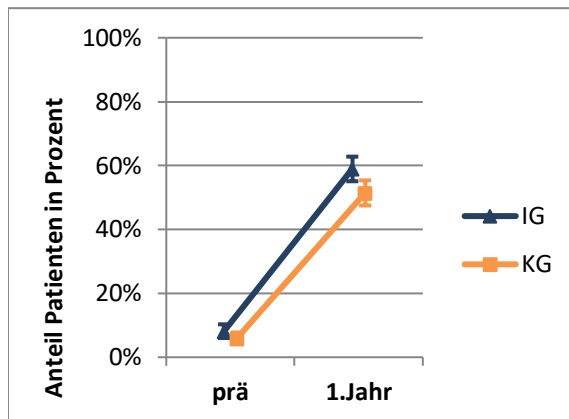
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



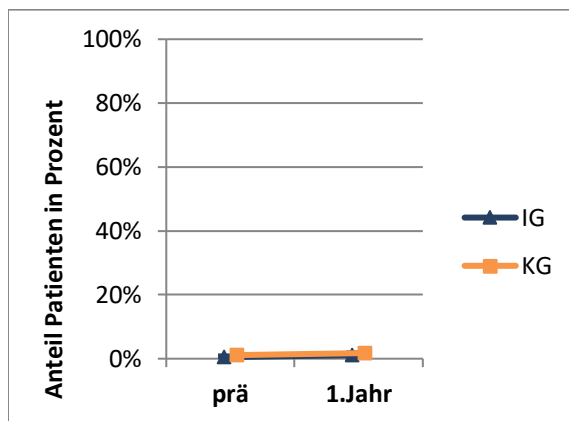
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



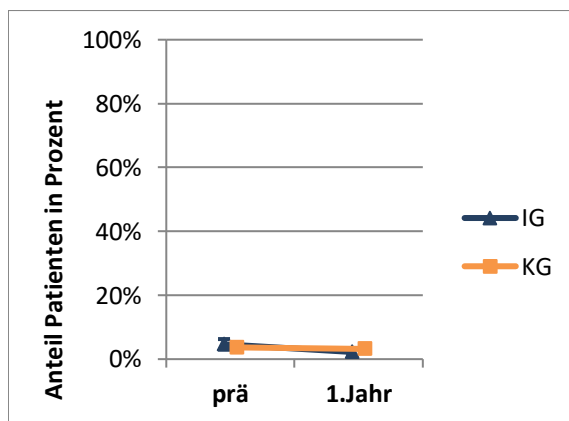
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

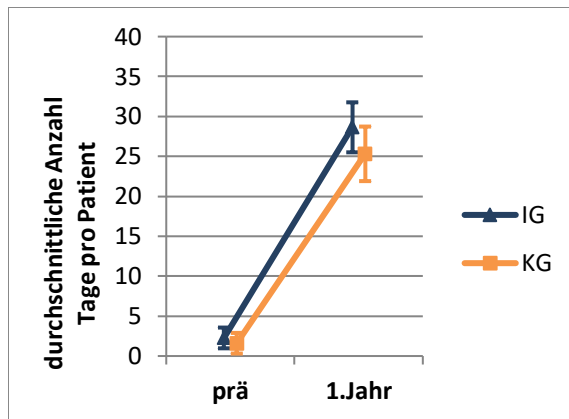


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

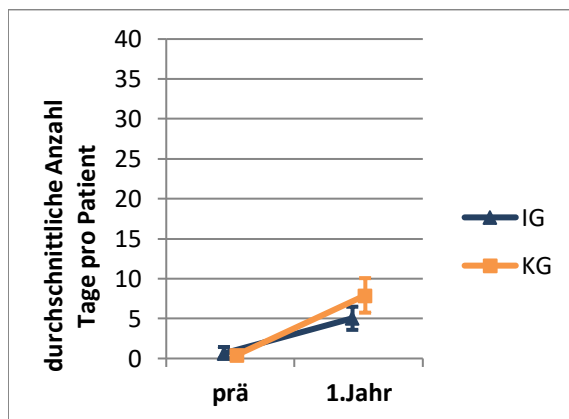


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

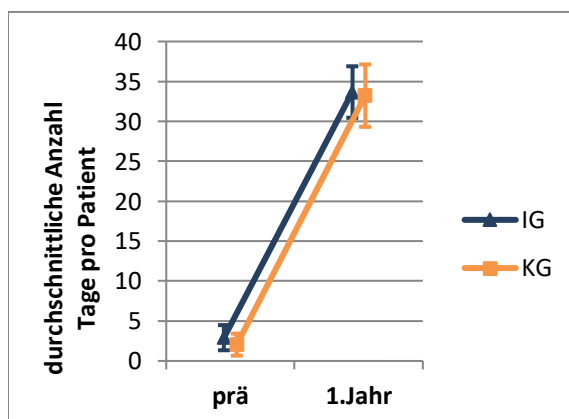
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



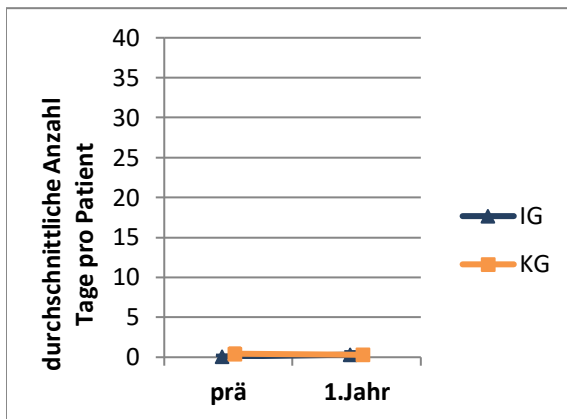
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



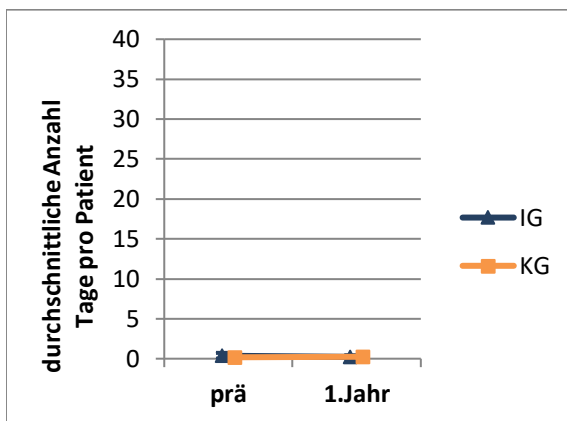
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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)	448	448	447	459	459	459
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,8 %	48,7 %	8,3 %	5,4 %	42,7 %	8,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	9,6 %	1,1 %	0,9 %	10,0 %	1,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	8,3 %	55,4 %	9,2 %	6,3 %	49,2 %	9,6 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,7 %	1,6 %	0,7 %	1,3 %	1,1 %	1,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	4,2 %	2,2 %	2,5 %	3,7 %	3,7 %	3,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund						
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	1,7	26,6	2,8	1,9	24,6	3,6
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	0,9	4,7	0,7	0,6	8,1	0,9
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	2,6	31,3	3,5	2,5	32,7	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,1	0,5	0,1	0,6	0,1	0,2
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	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

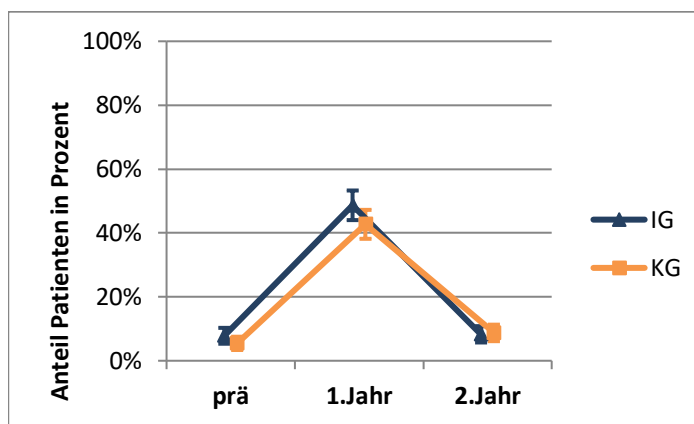
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

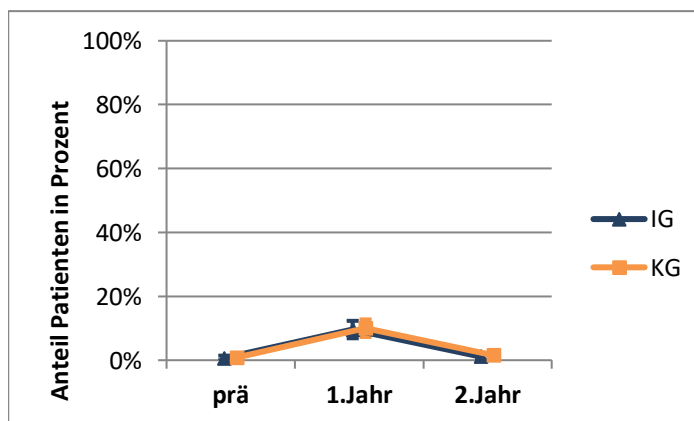
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

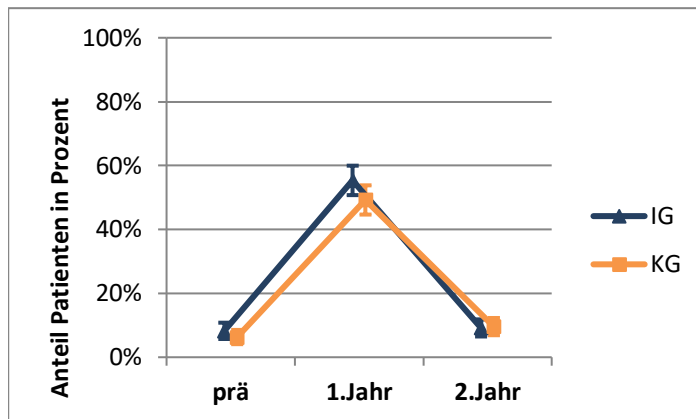
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



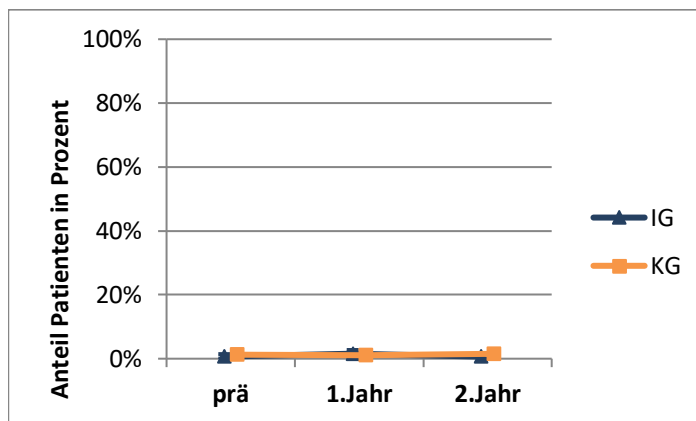
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



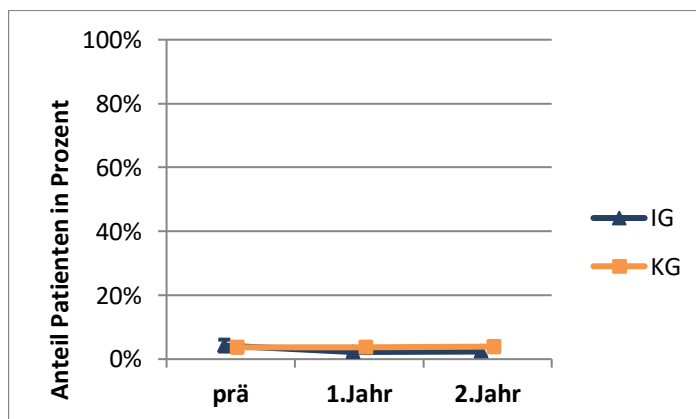
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

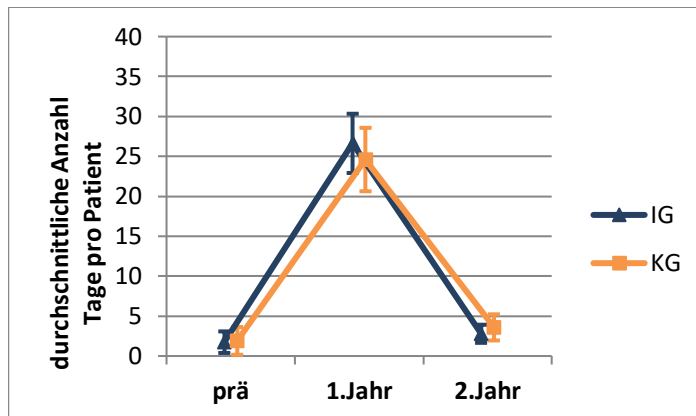


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

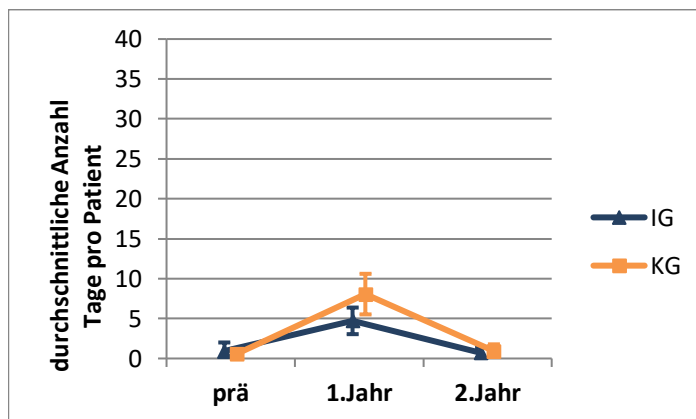


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

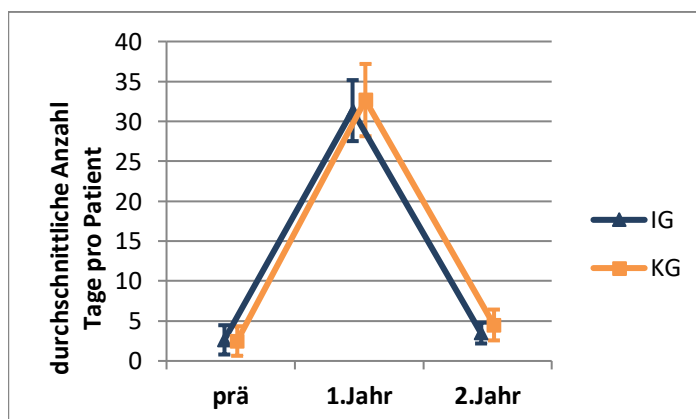
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär



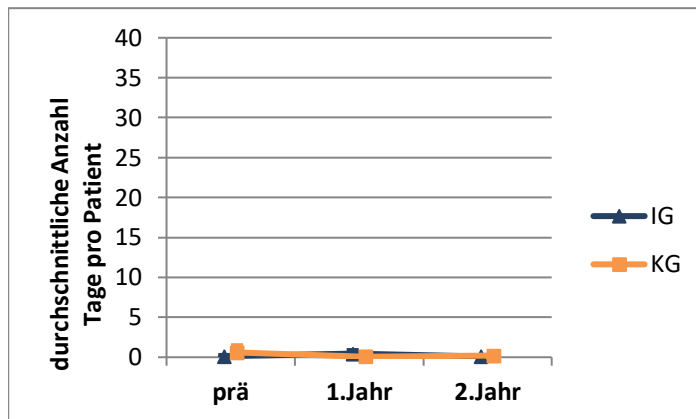
- Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär



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



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



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

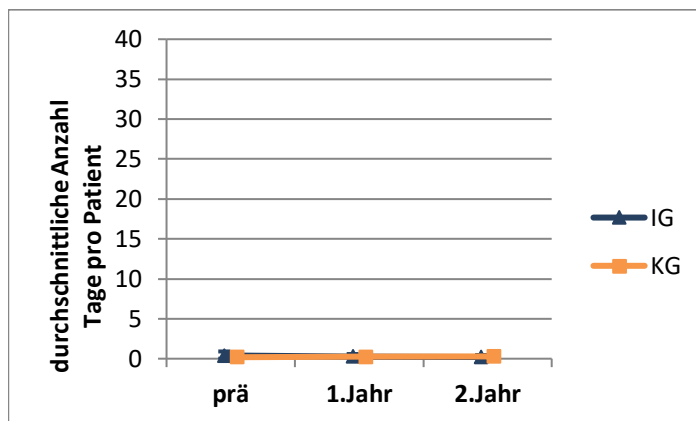


Tabelle 72: Inferenzstatistik, kumulierte stationär-psychiatrische Behandlungsdauer, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,87 0,47...1,62	kf	2,18 -2,77...7,14	kf
DID Jahr 2	0,62 0,30...1,29	kf	-0,65 -5,61...4,31	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 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)	270	270	269	269	273	273	273	273
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	7,0 %	47,0 %	8,9 %	6,7 %	4,0 %	41,4 %	7,3 %	9,2 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	0,7 %	11,5 %	0,7 %	1,5 %	1,1 %	8,8 %	1,1 %	1,5 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	7,4 %	54,4 %	9,7 %	7,8 %	5,1 %	47,6 %	8,1 %	9,5 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,4 %	1,5 %	0,0 %	1,9 %	1,1 %	1,5 %	2,2 %	1,5 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	5,2 %	2,2 %	2,6 %	1,9 %	2,2 %	3,7 %	3,3 %	1,1 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	2,0	25,5	3,4	1,8	2,4	21,0	2,7	3,4
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	1,3	5,2	0,4	0,9	0,9	6,6	0,8	1,1
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	3,3	30,6	3,8	2,7	3,3	27,5	3,5	4,5
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,2	0,4	0,0	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,1

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)	456	456	455	455	447	447	447	447
Anteil der Patienten mit mindestens einem stationären Aufenthalt ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken aufgrund ²								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (A1)	14,5 %	21,1 %	10,5 %	7,7 %	7,2 %	24,6 %	12,1 %	9,6 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär (A2)	5,3 %	8,8 %	1,5 %	0,7 %	3,1 %	8,9 %	2,2 %	0,7 %
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- oder teilstationär (A3)	17,8 %	26,3 %	11,6 %	8,4 %	9,8 %	31,1 %	13,6 %	9,8 %
• anderer psychischer Hauptdiagnosen (C)	0,9 %	0,7 %	1,3 %	1,3 %	0,4 %	0,2 %	0,9 %	1,1 %
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)	3,1 %	5,3 %	3,7 %	2,2 %	3,1 %	2,9 %	3,6 %	2,9 %
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund								
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär ³ (B1)	7,3	10,4	4,7	3,7	5,1	14,5	5,6	3,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, teilstationär ³ (B2)	2,4	3,4	0,6	0,5	2,0	6,8	1,4	0,2
• Indexdiagnose als Hauptdiagnose, voll- und teilstationär ³ (B3)	9,7	13,8	5,3	4,2	7,0	21,3	7,0	3,3
• anderer psychischer Hauptdiagnosen, voll- und teilstationär (D)	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,3
• somatischer Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)	0,2	0,4	0,2	0,1	0,1	0,4	0,1	0,1



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

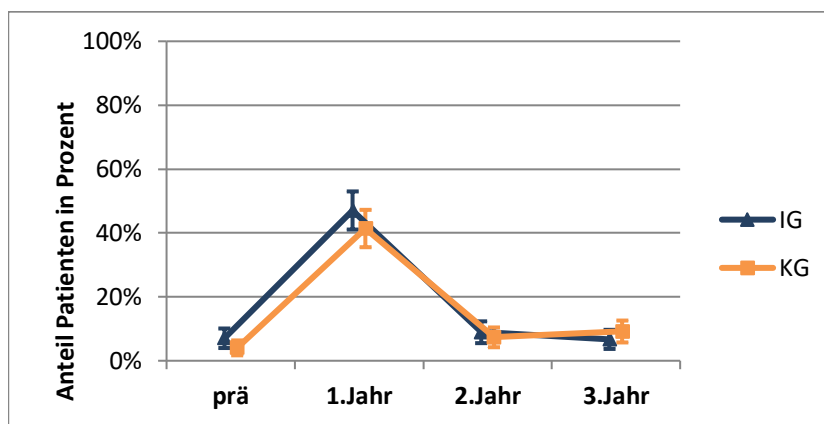
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

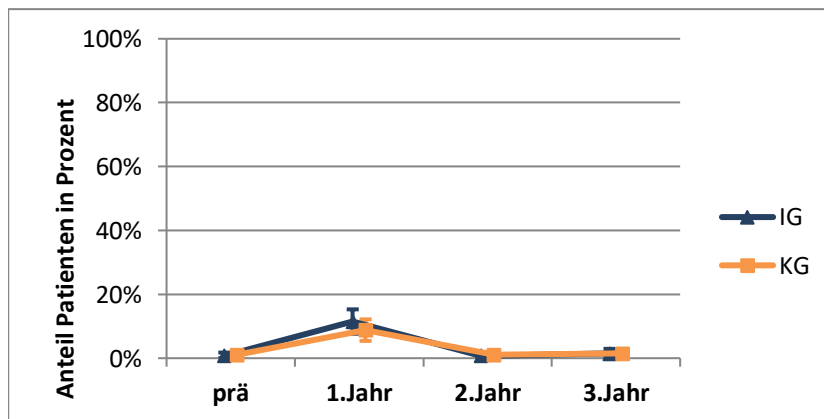
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

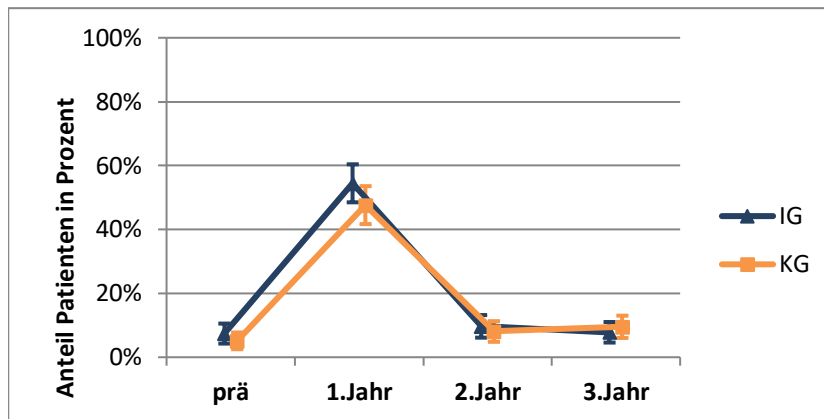
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



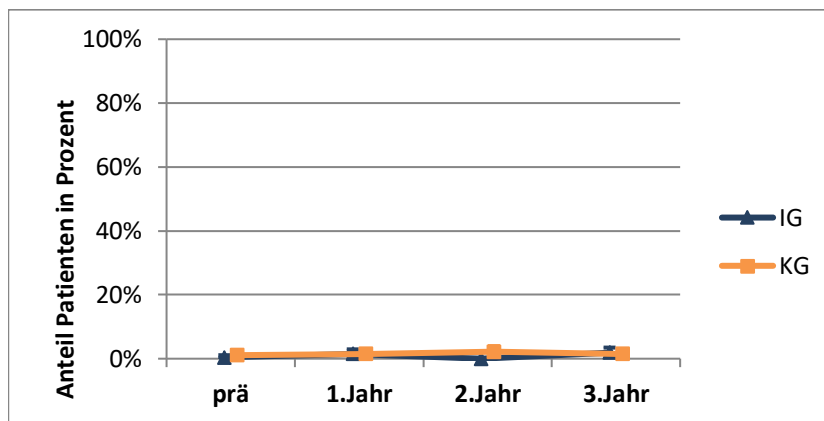
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



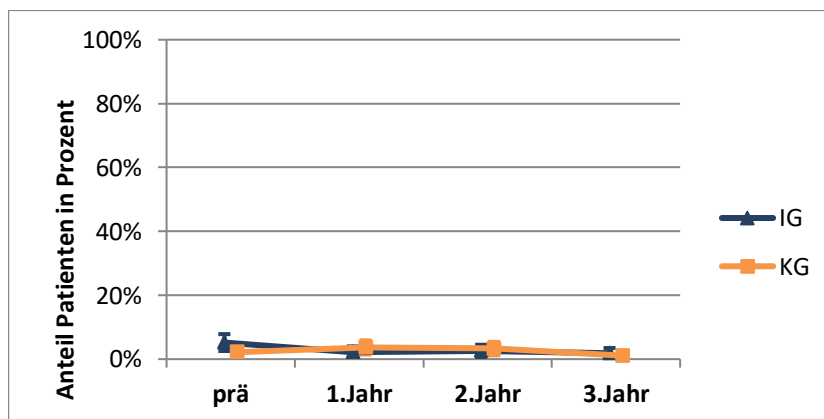
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

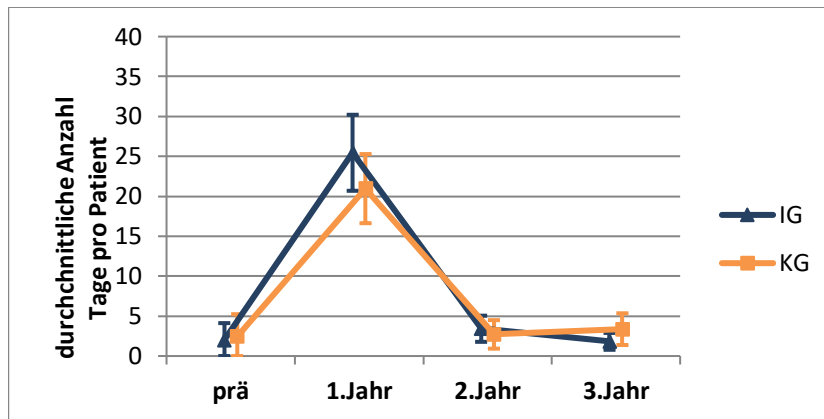


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

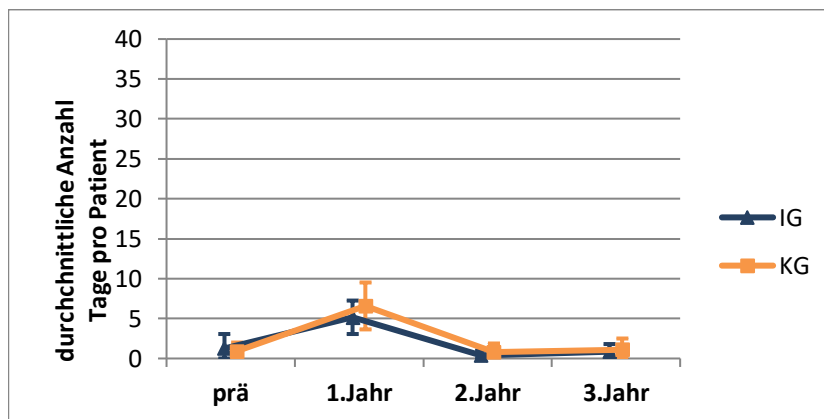


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

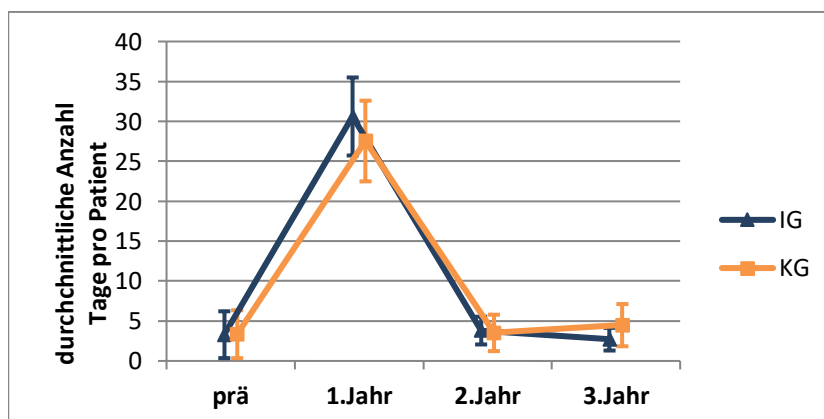
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



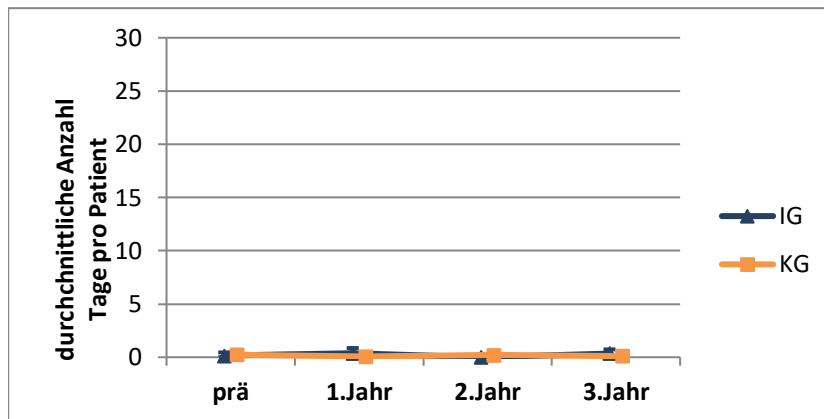
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



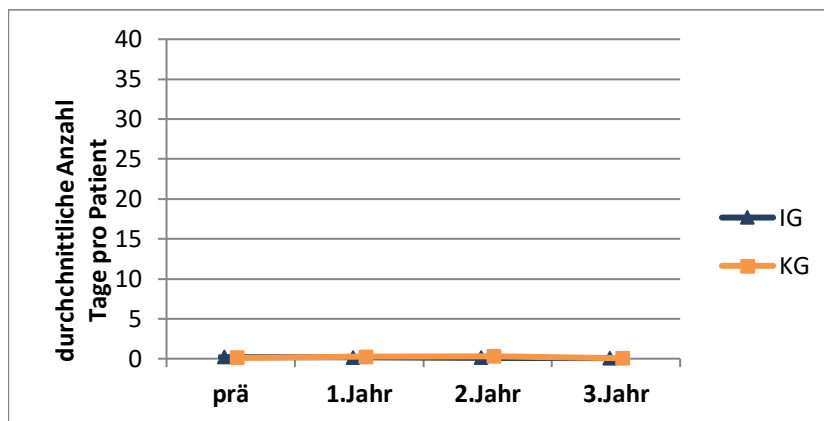
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



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



- somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (F)



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

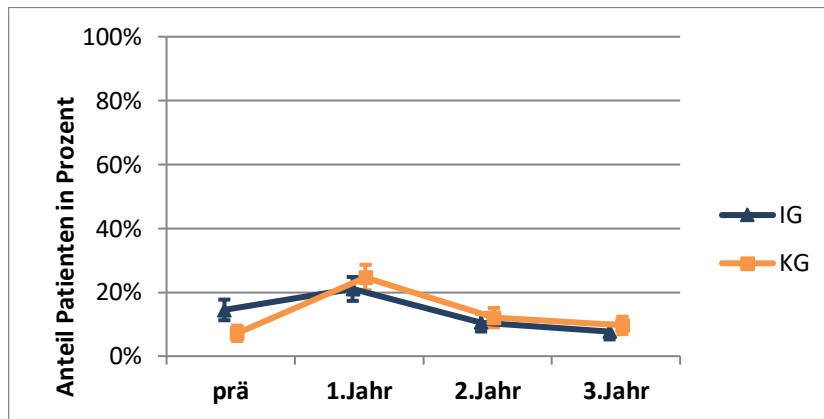
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3.

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

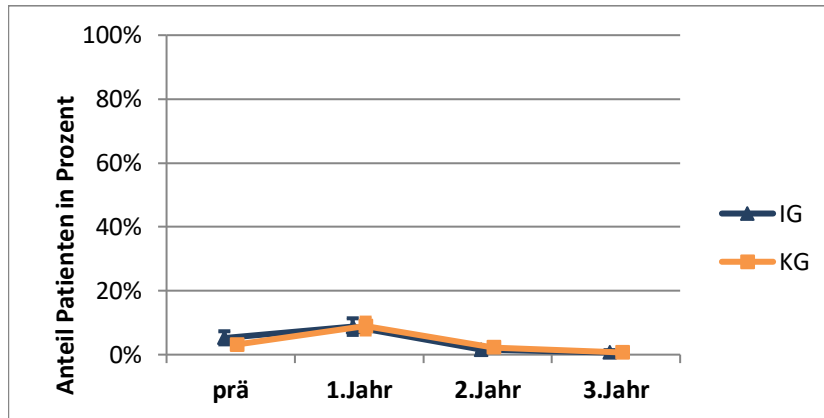
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

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

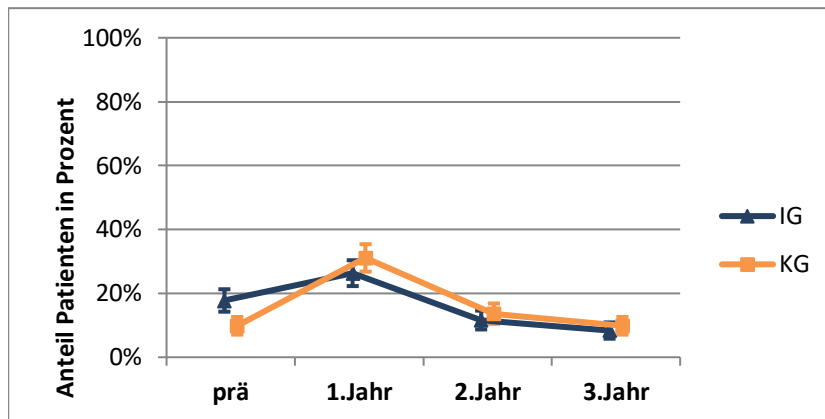
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A1), vollstationär**



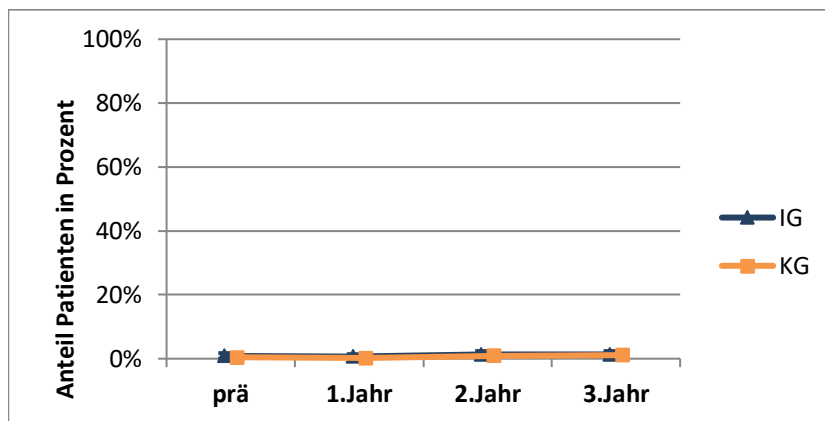
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A2), teilstationär**



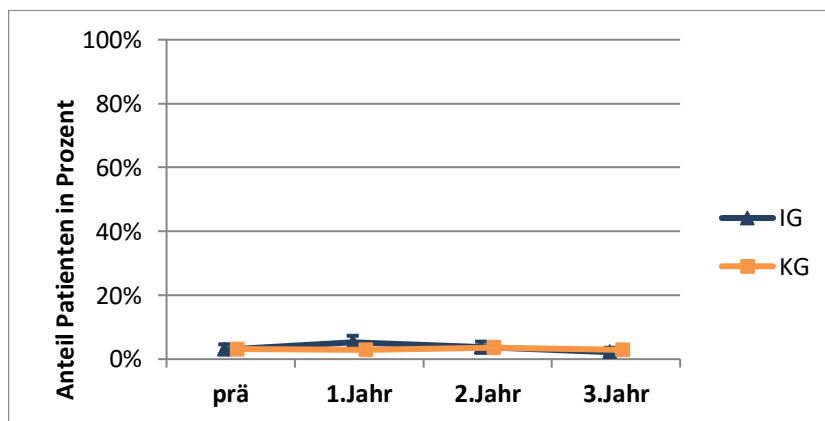
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (A3), voll- und teilstationär**



- **andere psychische Hauptdiagnosen (C)**

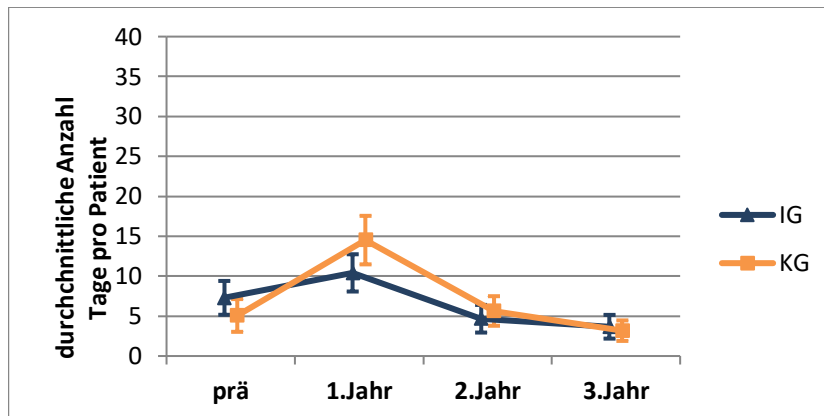


- **somatische Hauptdiagnose und Indexdiagnose als Nebendiagnose (E)**

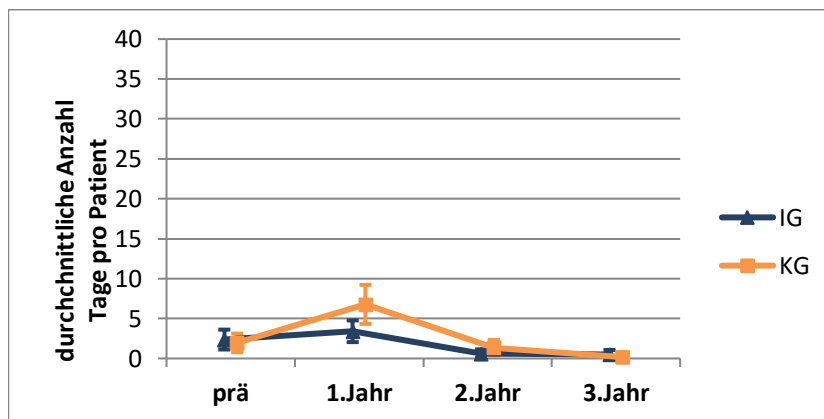


Mittlere kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund

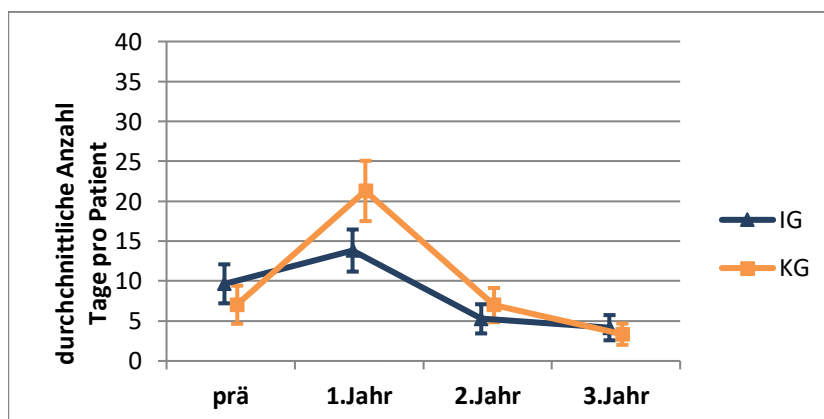
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B1), vollstationär**



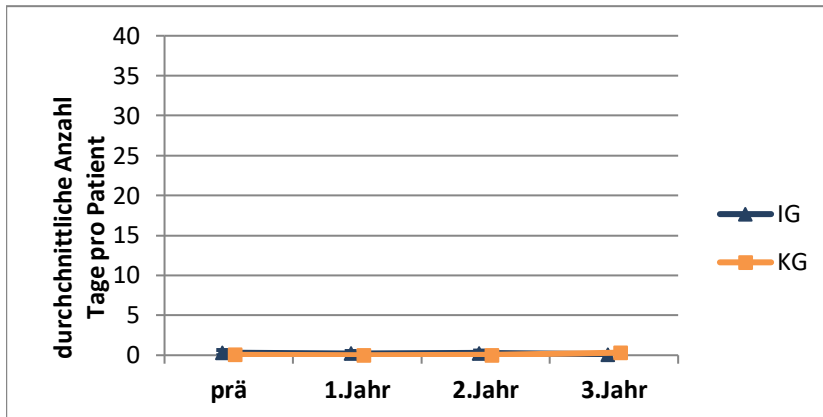
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B2), teilstationär**



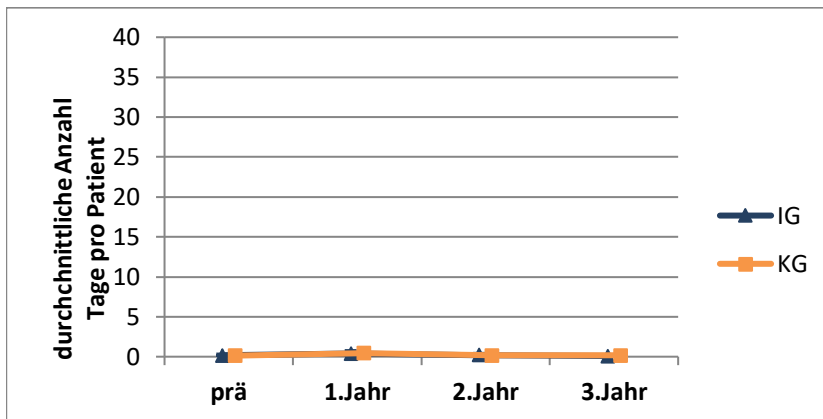
- **Indexdiagnose als Hauptdiagnose (B3), voll- und teilstationär**



- 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 klinikneuen Patienten zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe der durchschnittlichen **PIA-Kontakte**, mit einem etwas größeren, aber statistisch nicht signifikanten Peak in der IG im ersten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zur KG (prä: +0,0; 1. Jahr: +1,2; 2. Jahr: -0,1; 3. Jahr: +0,0; 4. Jahr: -0,1 PIA-Kontakte). Auch bei den klimbekannt Patienten zeigten sich für Patienten der IG und KG vergleichbare Verläufe, wobei hier die IG stets weniger PIA-Kontakte im Vergleich zur KG aufwies (prä: -0,1; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: -1,1; 3. Jahr: -1,2; 4. Jahr: -1,0). Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall waren nicht ersichtlich.

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** klinikneuer Patienten war in der IG zunächst geringer (prä und ersten Jahr nach Referenzfall) und stieg dann ab dem zweiten Jahr nach Referenzfall in der IG stärker als in der KG (prä: -1,1; 1. Jahr: -2,4; 2. Jahr: -1,5; 3. Jahr: -0,3; 4. Jahr: +1,0 Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede (Vergleich mit Jahr vor Referenzfall) waren jedoch nicht ersichtlich. Bei den klimbekannt Patienten hingegen zeigte sich hier eine stets geringere Inanspruchnahme von Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,3; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -1,4; 4. Jahr: -0,3 Kontakte). Das stärkere Absinken der Inanspruchnahme im dritten Jahr nach Referenzfall im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall war statistisch signifikant (DiD = -1,1).

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich ein zwischen IG und KG vergleichbarer Anstieg der Kontakte in der **PIA** vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr nach Referenzfall (IG: +3,8 Kontakte; KG: +3,4 Kontakte).

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

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung zeigte sich, analog zu U1 und U2, ein vergleichbarer Verlauf der **PIA**-Kontakte.

Die Inanspruchnahme bei einem **Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** war, analog zu U2, in der IG stets geringer als in der KG (prä: -1,5; 1. Jahr: -2,5; 2. Jahr: -1,6 ambulante Kontakte). Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab jedoch es nicht.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung spiegelten sich die Ergebnisse der vorherigen Untersuchungen wider. Die **PIA**-Kontakte linikneuer Patienten waren zwischen IG und KG vergleichbar. Auch bei den linikbekanntem Patienten war ein zwischen IG und KG vergleichbarer Verlauf erkennbar.

Die ambulante Inanspruchnahme von **Vertragsärzten für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten** linikneuer Patienten war, analog zu den oben beschriebenen Untersuchungen, in der IG stets geringer als in der KG (prä: -1,2; 1. Jahr: -2,3; 2. Jahr: -1,2; 3. Jahr: -0,7 Kontakte). Auch war der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG geringer als in der KG (IG: +1,1; KG: +2,2 Kontakte). Auch bei den linikbekanntem Patienten zeigte sich hier eine stets geringere Anzahl an Kontakten in der IG im Vergleich zur KG (prä: -0,5; 1. Jahr: -0,7; 2. Jahr: -0,9; 3. Jahr: -1,1 Kontakte). Ansonsten war der Verlauf vergleichbar.

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)	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	92	92	91	94	92	95	97	96	94	92
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,4	1,7	1,4	0,9	0,0	3,2	1,8	1,4	1,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,7	1,9	2,4	2,3	3,1	1,7	4,3	3,9	2,6	2,1
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,2	4,7	4,8	4,1	3,3	3,3	4,0	3,7	3,3	3,3
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,2
• 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	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,9	0,8	0,5	0,6	0,8	0,9	0,6	0,8	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	0,1	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0

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

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)	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	296	296	293	288	283	278	274	272	270	268
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	4,1	6,3	3,3	2,3	1,8	4,2	7,0	4,4	3,6	2,8
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,2	0,6	0,7	0,9	1,6	0,5	1,3	2,0	2,3	1,9
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,3	4,3	4,3	3,9	3,7	4,8	5,0	5,3	4,9	4,3

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient										
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	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	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	1,0	0,7	0,7	0,7	0,6	1,0	0,6	0,6	0,6	0,5
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte										
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	8,8	9,0	6,9	4,9	4,0	11,8	12,6	10,8	7,6	6,2

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

Abbildung 40: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

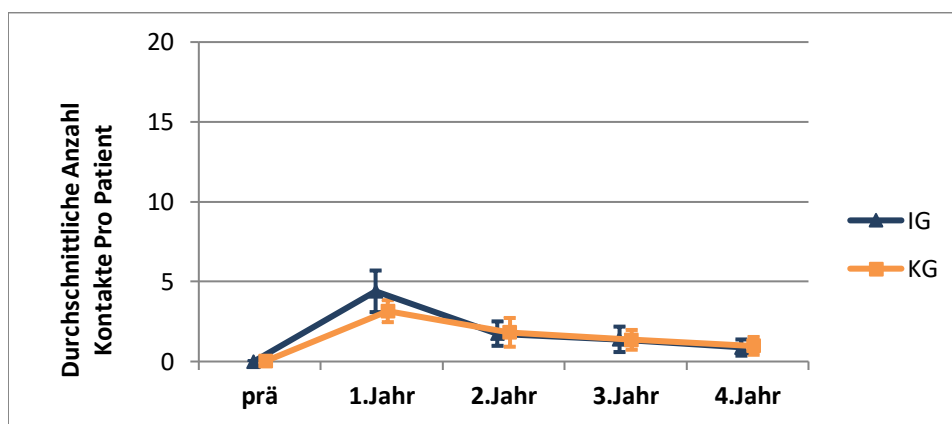
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

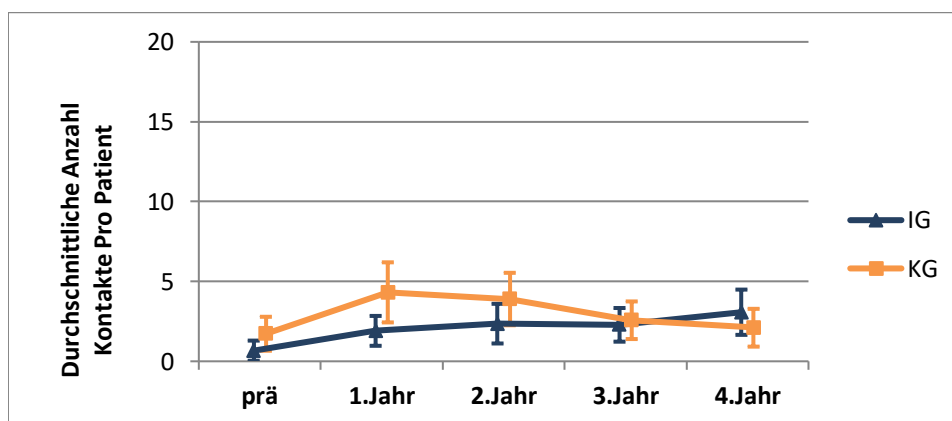
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

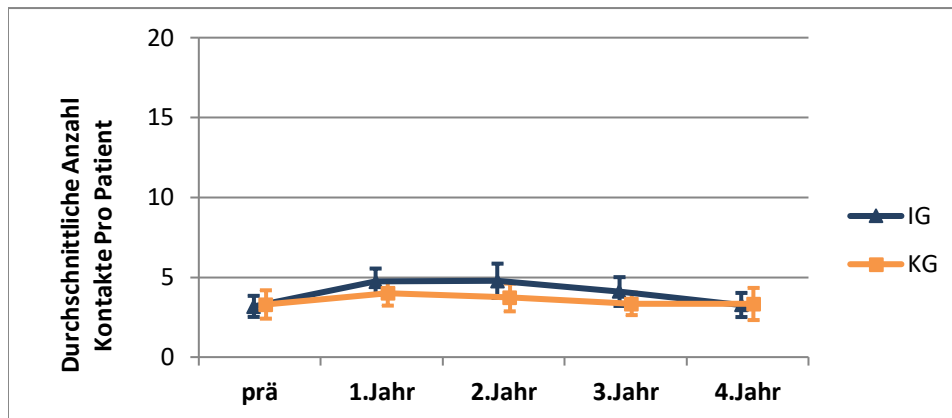
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

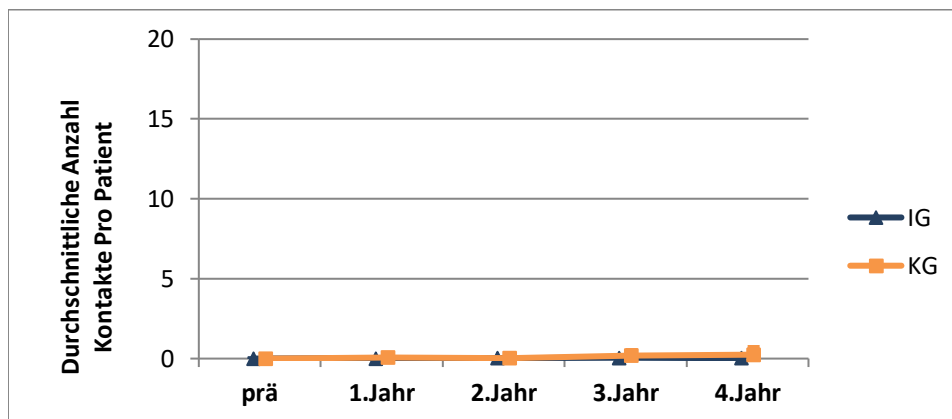


- bei anderen Vertragsärzten (E)

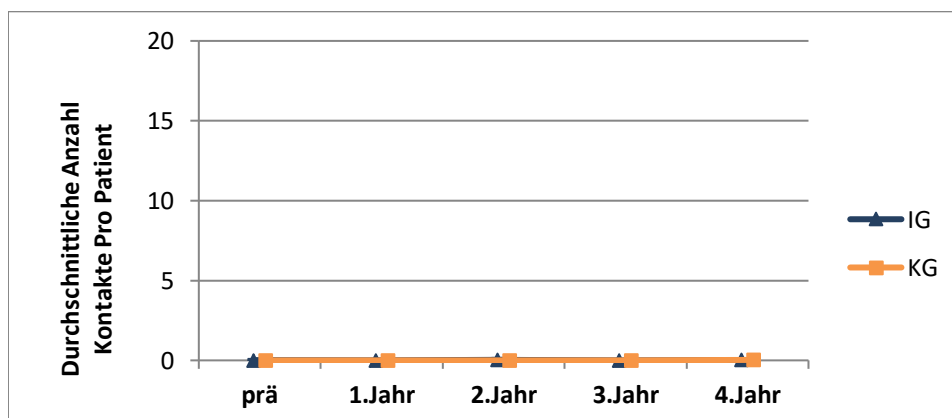


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

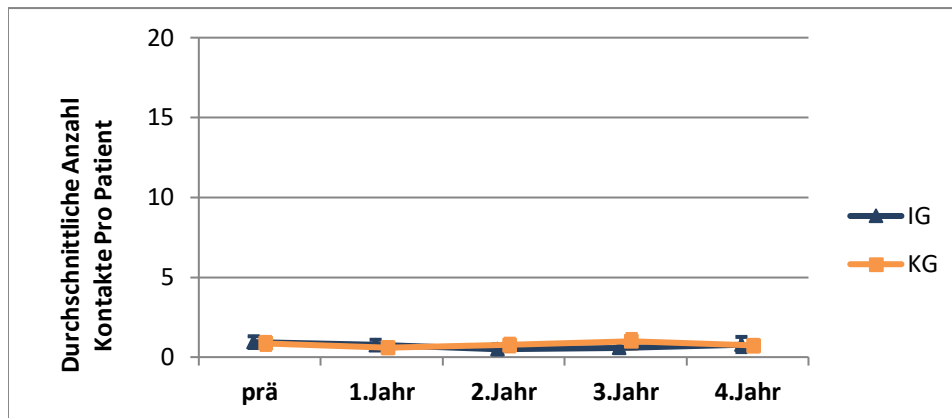
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

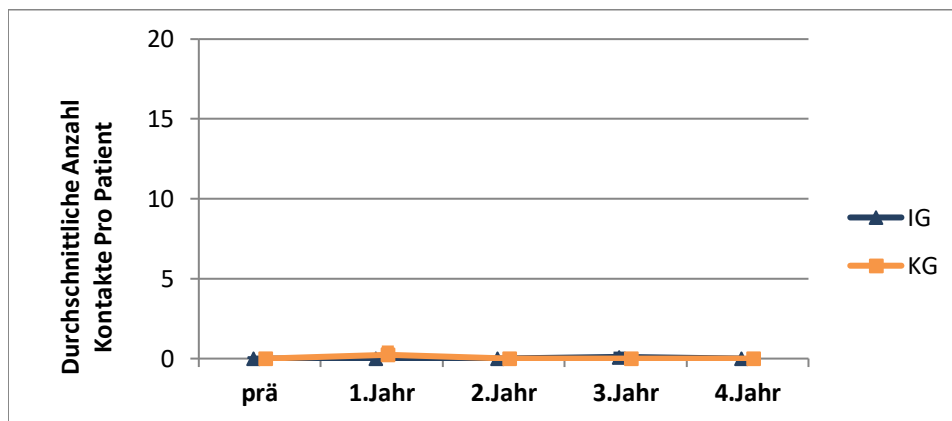


- **bei anderen Vertragsärzten (F)**

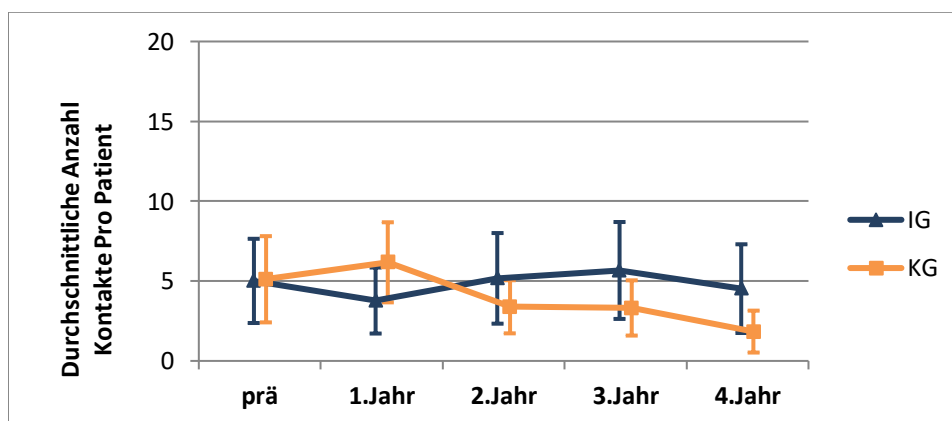


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

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



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



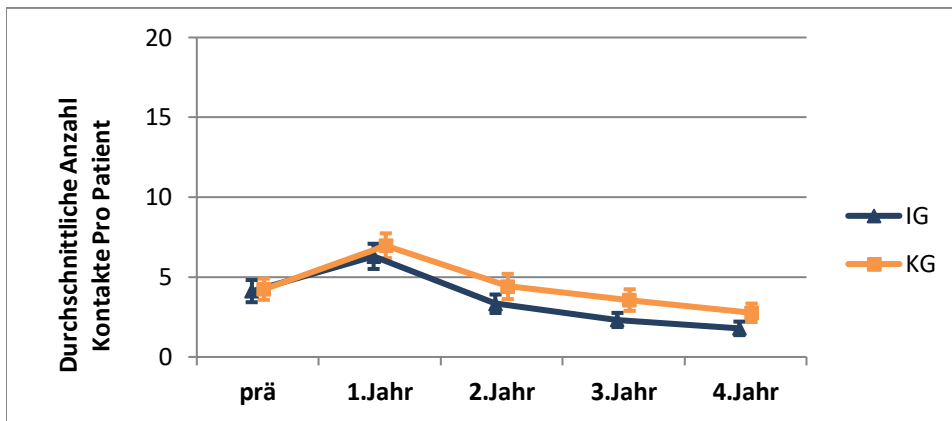
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

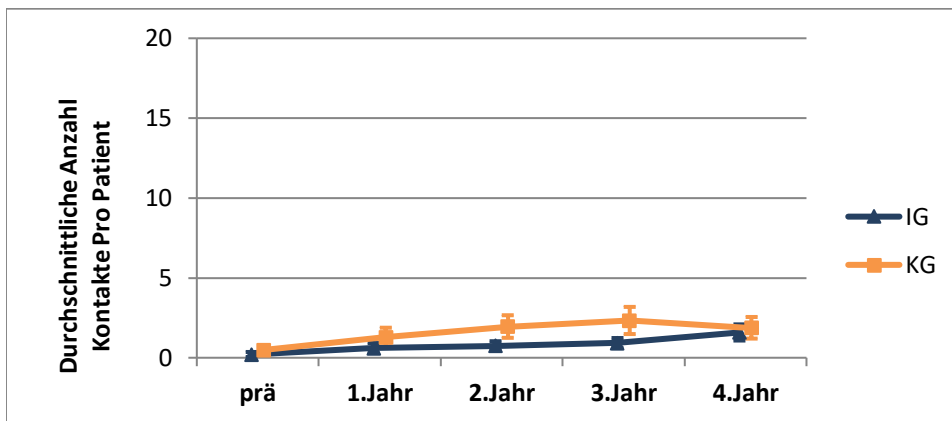
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

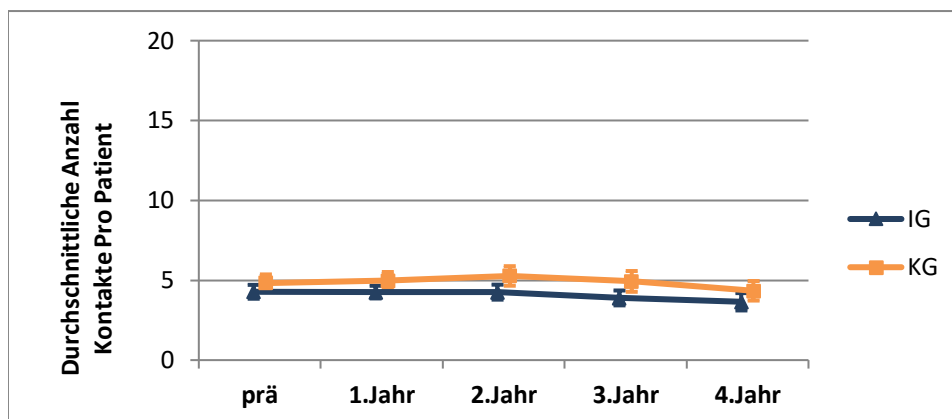
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

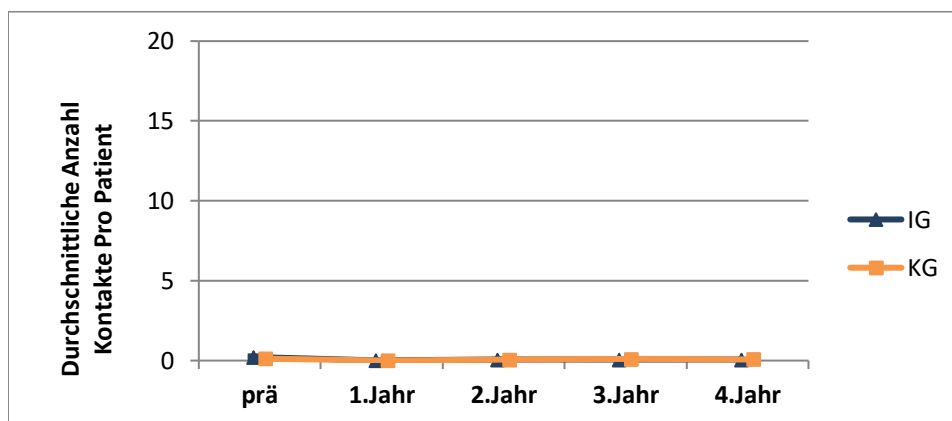


- bei anderen Vertragsärzten (E)

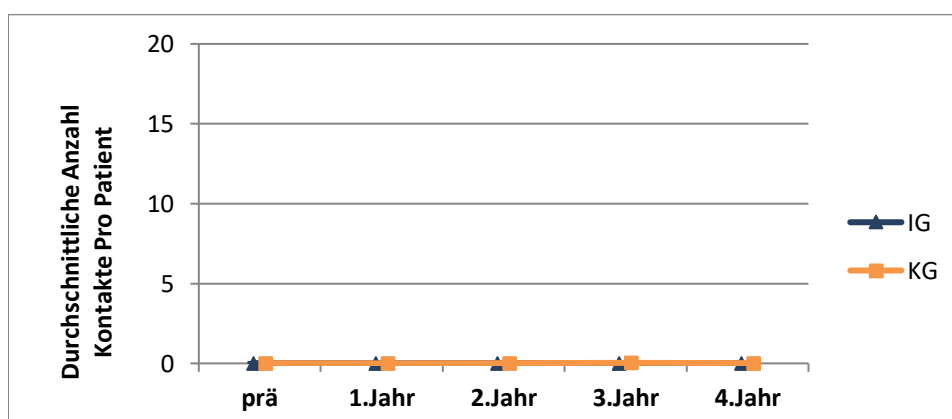


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

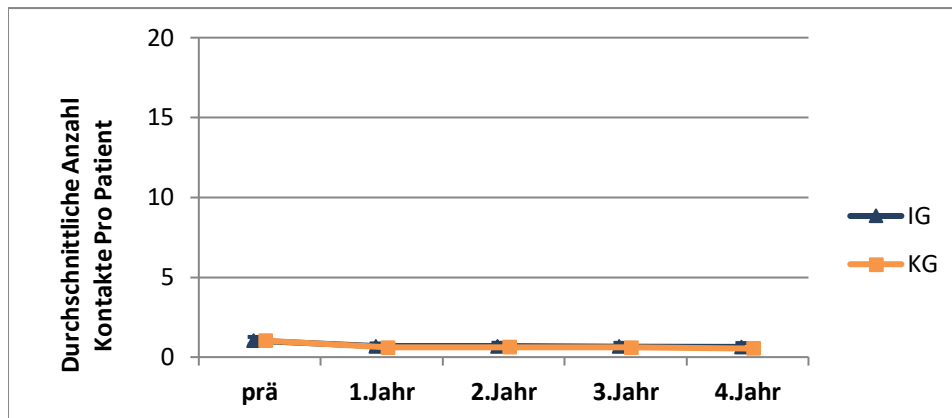
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

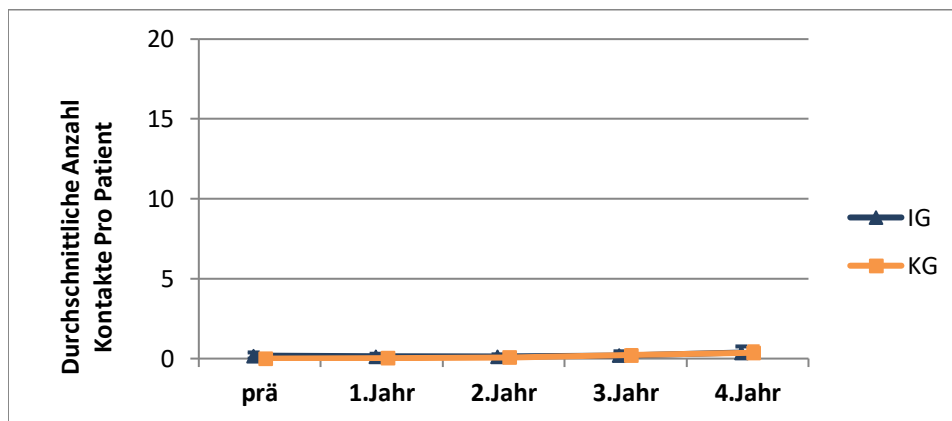


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

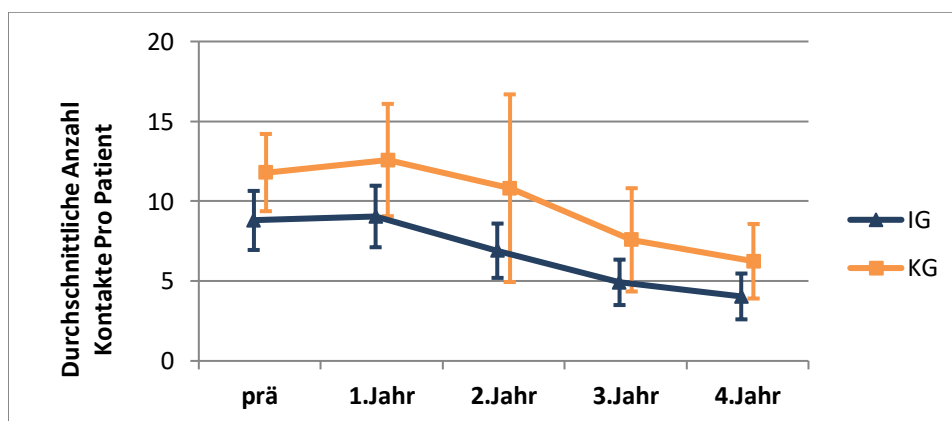


Tabelle 75: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen , Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	1,27 -0,13...2,67	-1,35 -3,82...1,12	0,85 -0,85...2,54
DID Jahr 2	-0,07 -1,47...1,33	-0,51 -2,98...1,97	1,11 -0,58...2,81
DID Jahr 3	0,05 -1,35...1,45	0,75 -1,73...3,22	0,85 -0,85...2,54
DID Jahr 4	-0,08 -1,48...1,31	2,00 -0,48...4,47	0,02 -1,67...1,72

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

Klinikbekannte Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	-0,55 -1,83...0,74	-0,40 -1,42...0,61	-0,16 -1,21...0,89
DID Jahr 2	-0,97 -2,26...0,31	-0,93 -1,95...0,08	-0,47 -1,52...0,58
DID Jahr 3	-1,13 -2,42...0,15	-1,14* -2,15...-0,12	-0,49 -1,54...0,56
DID Jahr 4	-0,87 -2,15...0,42	-0,02 -1,03...1,00	-0,15 -1,20...0,90

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)	626	626	626	626
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	626	626	626	626
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	615	617	619	614
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,1	3,9	0,1	3,5
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	2,0	3,2	3,3	5,5
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,4	4,1	3,4	4,4
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient				
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,1
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (D)	0,0	0,0	0,0	0,0
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,8	0,7	0,8	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte				
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,4	0,3	0,2
• bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor ⁷ (G2)	5,6	6,1	5,4	5,3

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 41: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

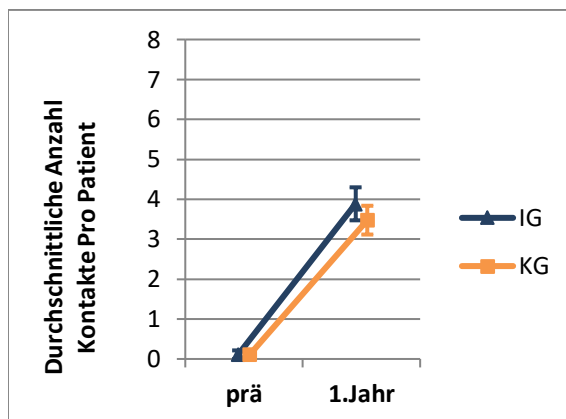
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

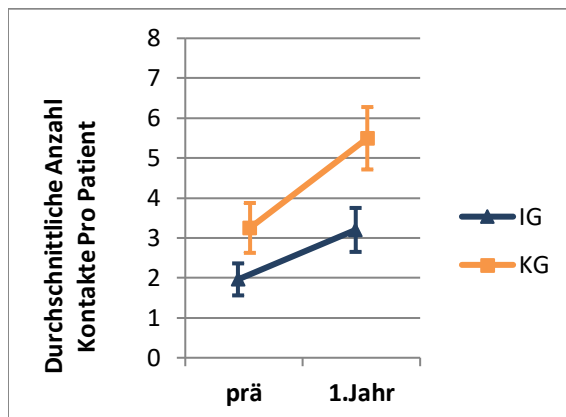
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1. Jahr = patientenindividuelles erstes Jahr nach Einschluss in die Studie
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

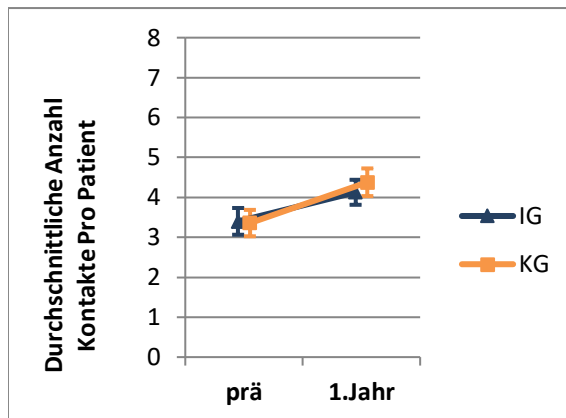
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)



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

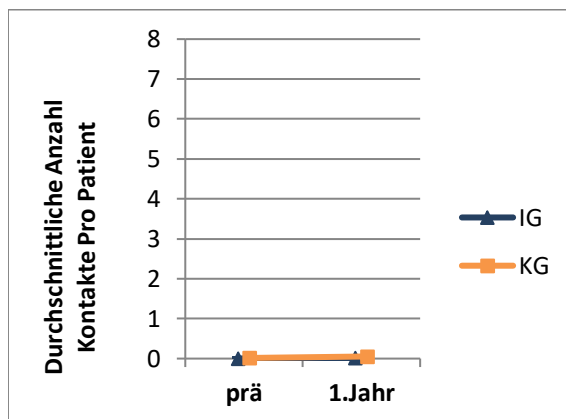


- bei anderen Vertragsärzten (E)

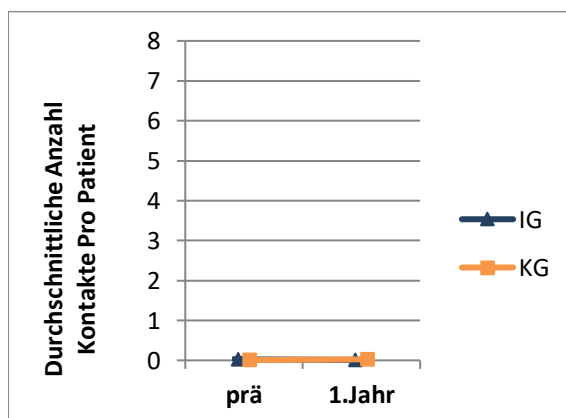


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

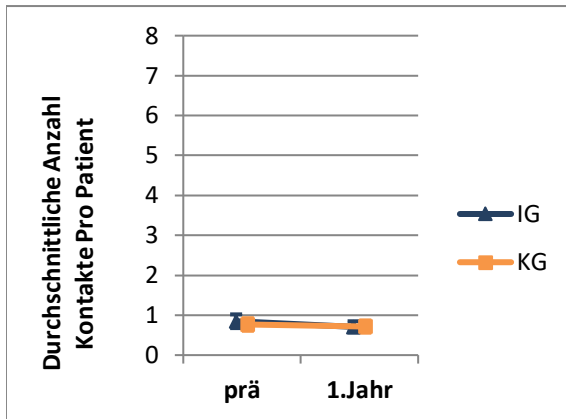
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

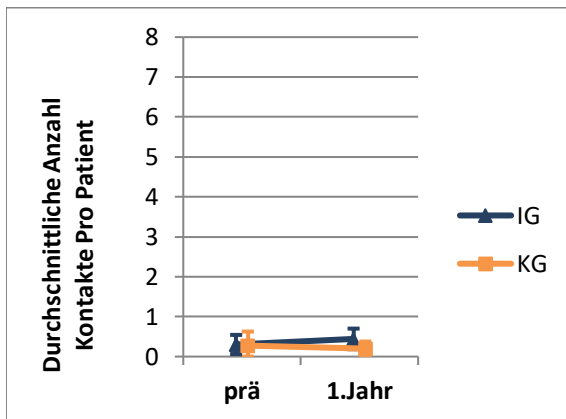


- bei anderen Vertragsärzten (F)

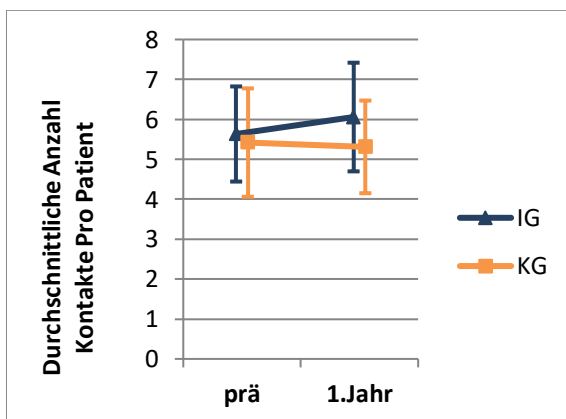


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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)	448	448	447	459	459	459
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	448	448	447	459	459	459
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	439	440	435	454	452	445
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	3,9	1,6	0,1	3,4	1,4
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,9	2,8	3,3	3,4	5,3	4,8
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,4	4,1	3,7	3,4	4,4	3,8
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient						
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	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
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,7	0,7	0,6	0,8	0,8	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte						
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,3	0,5	0,7	0,1	0,2	0,2

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

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 42: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

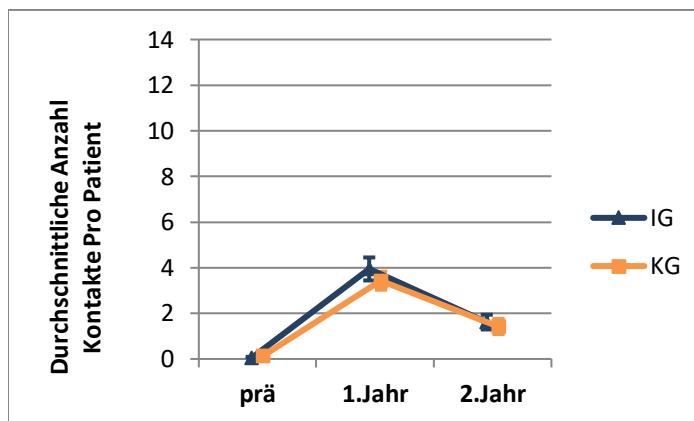
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

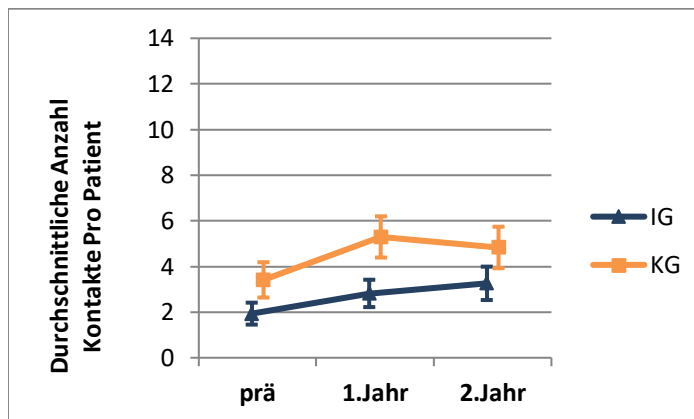
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

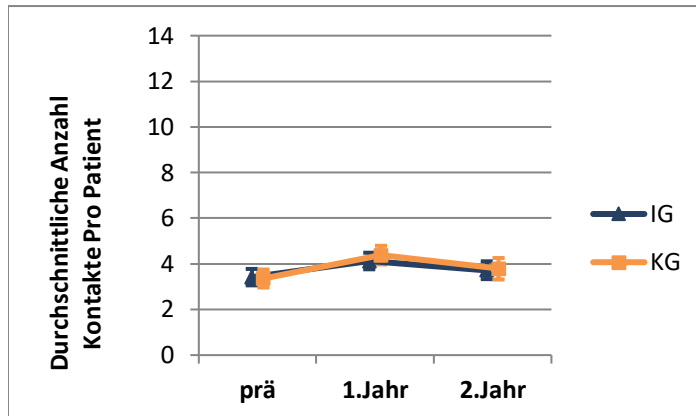
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

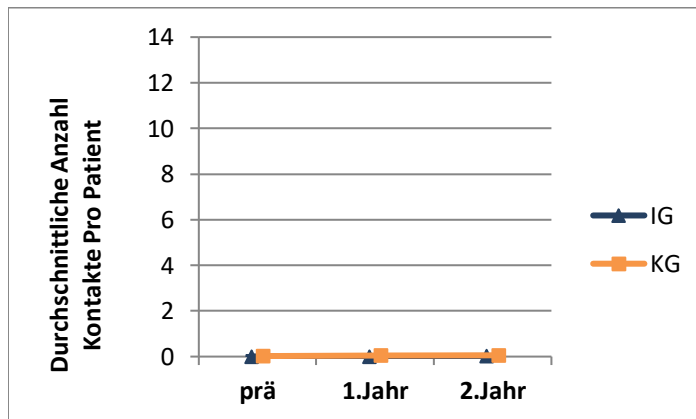


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

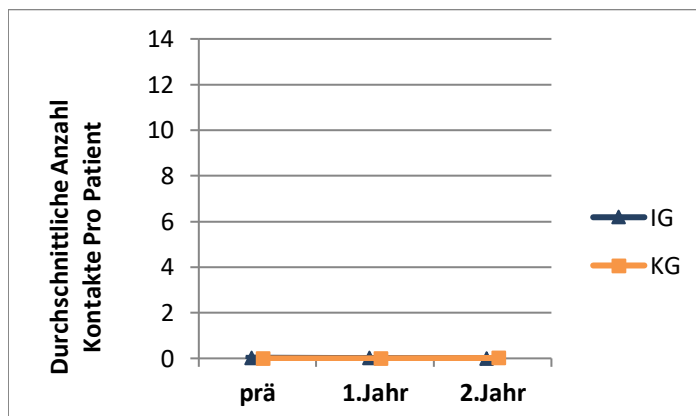


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

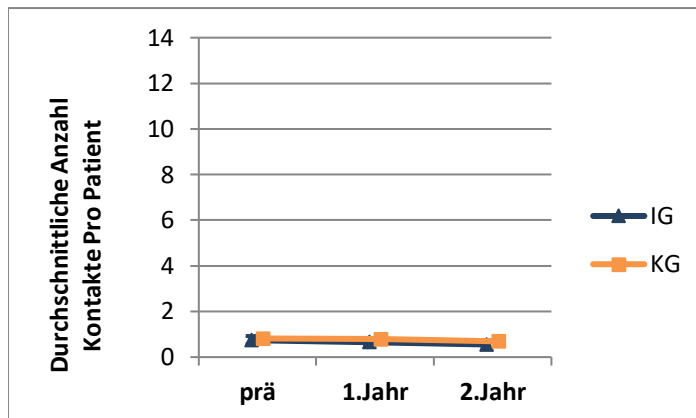
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

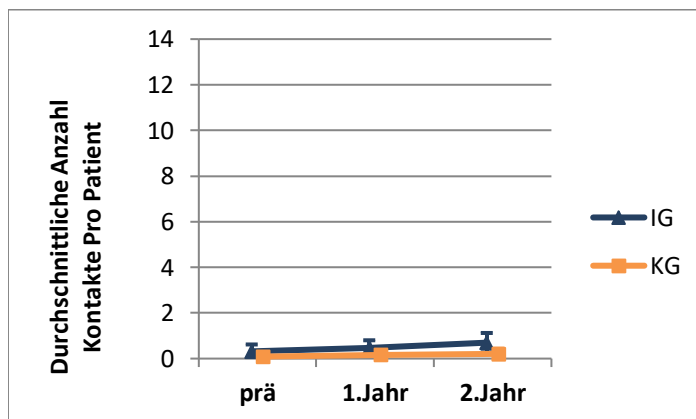


- bei anderen Vertragsärzten (F)



Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)

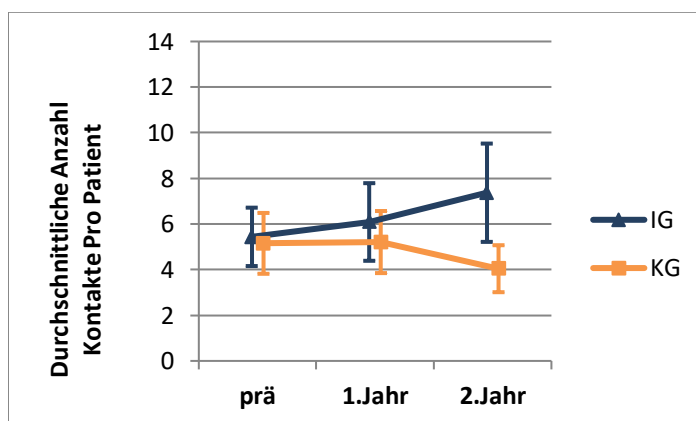


Tabelle 78: Inferenzstatistik, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags- arzt
DID Jahr 1	0,62 -0,02...1,25	-1,00 -2,47...0,48	-0,32 -1,12...0,48
DID Jahr 2	0,29 -0,35...0,93	-0,10 -1,57...1,37	-0,13 -0,93...0,67

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

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

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

Tabelle 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)	270	270	269	269	273	273	273	273
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	270	270	269	269	273	273	273	273
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	264	264	259	264	270	268	264	256
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	0,0	4,0	1,6	1,4	0,1	3,5	1,6	1,0
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	1,3	2,4	2,8	2,5	2,5	4,7	4,1	3,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	3,5	4,4	3,9	3,6	3,3	4,3	3,6	3,1
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
• 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
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (F)	0,6	0,6	0,4	0,4	0,8	0,7	0,6	0,6
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
• bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor ⁶ (G1)	0,4	0,2	0,6	0,5	0,2	0,3	0,3	0,1

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

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)	456	456	455	455	447	447	447	447
Alle Patienten mit Angaben zur Behandlung in der PIA (n)	456	456	455	455	447	447	447	447
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behandelnden Arztes (n)	452	453	446	441	445	441	434	433
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte ¹ bei Indexdiagnose pro Patient								
• in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)	3,7	6,2	3,2	2,4	2,8	6,0	3,8	2,9
• bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie ³ oder einem Psychotherapeuten ⁴ (C)	0,5	1,1	1,2	1,1	1,0	1,8	2,1	2,2
• bei anderen Vertragsärzten ⁵ (E)	4,4	4,6	4,4	3,9	4,5	4,9	4,8	4,5
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	0,0	0,3	0,0	0,1	0,1
<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	0,7	0,7	0,6	1,0	0,7	0,7	0,7
Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte								
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor⁶ (G1) 	0,3	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1
<ul style="list-style-type: none"> • bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor⁷ (G2) 	8,4	9,4	7,3	4,9	10,6	10,9	8,7	6,2

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

Abbildung 43: Graphische Darstellungen, Einsatz ambulanter Leistungen, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

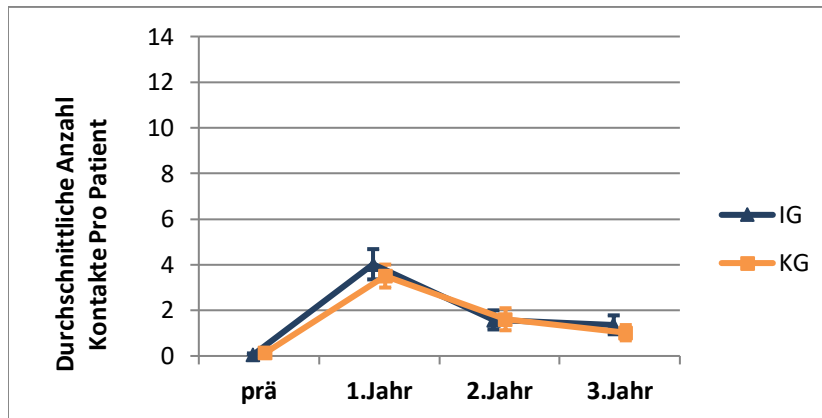
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

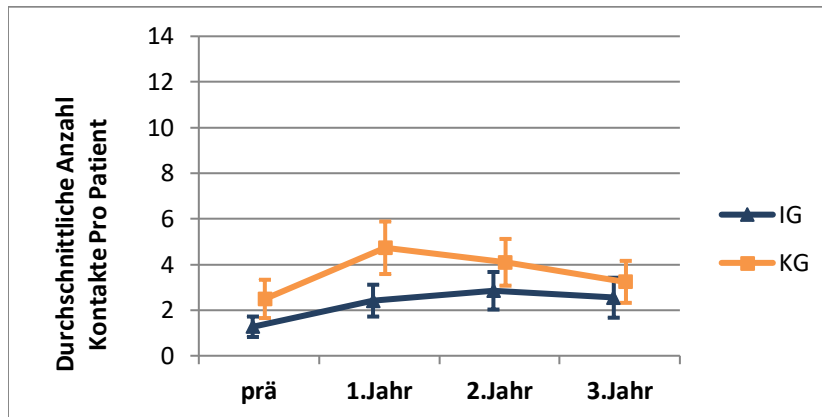
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

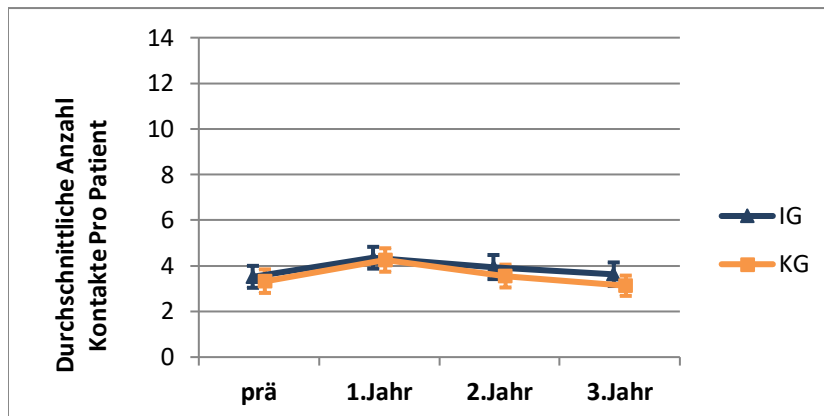
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

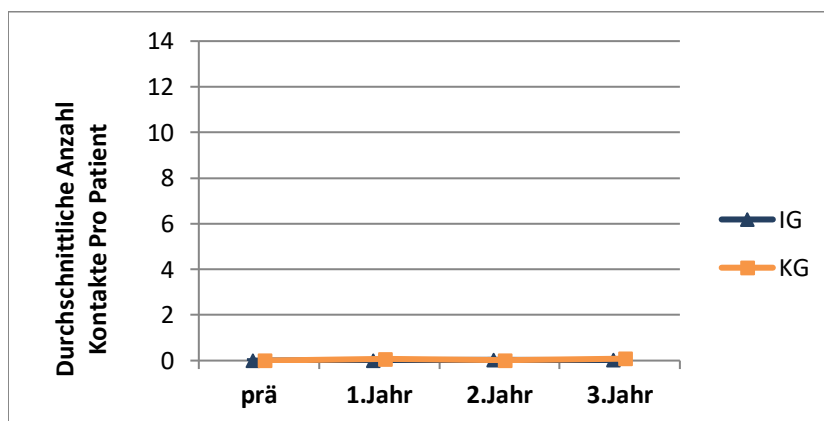


- **bei anderen Vertragsärzten (E)**

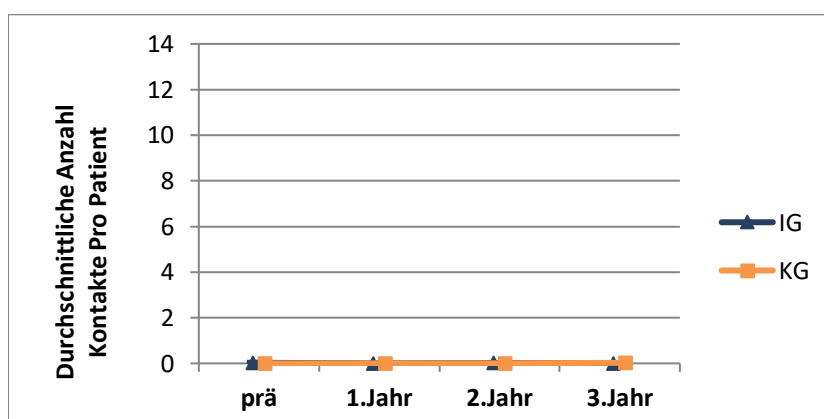


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

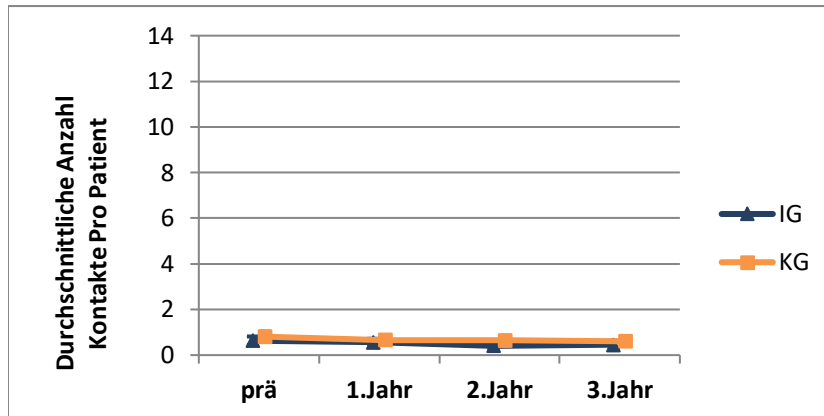
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)**



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

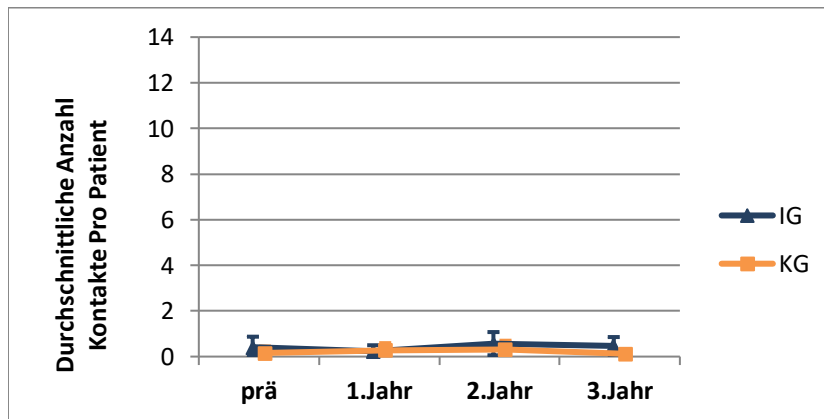


- bei anderen Vertragsärzten (F)

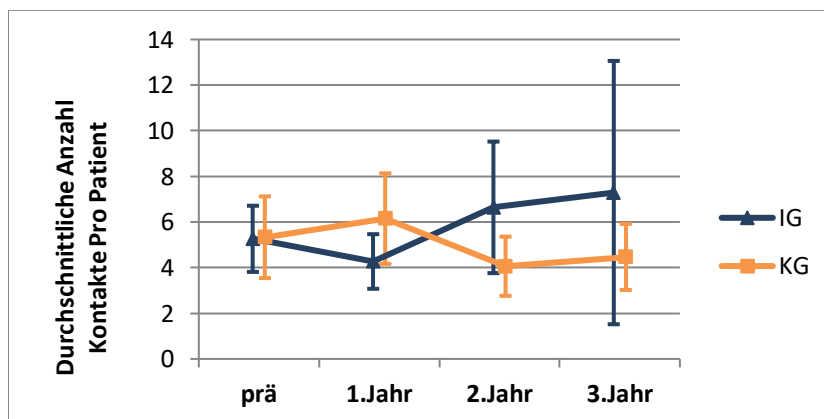


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- bei anderen Leistungserbringern im psychiatrischen Sektor (G1)



- Bei anderen Leistungserbringern im somatischen Sektor (G2)



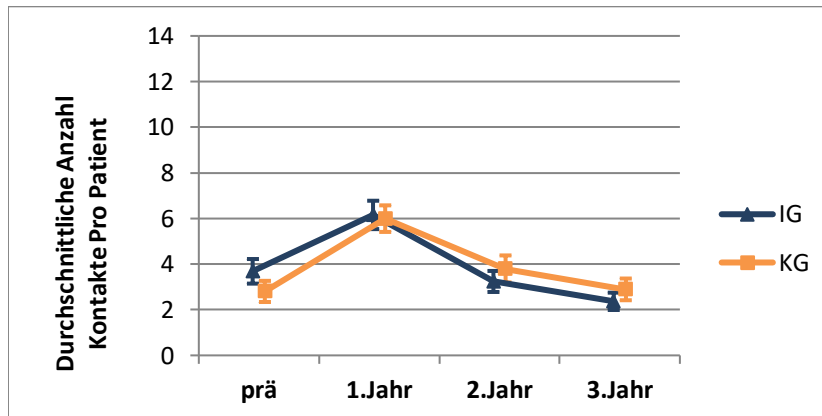
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

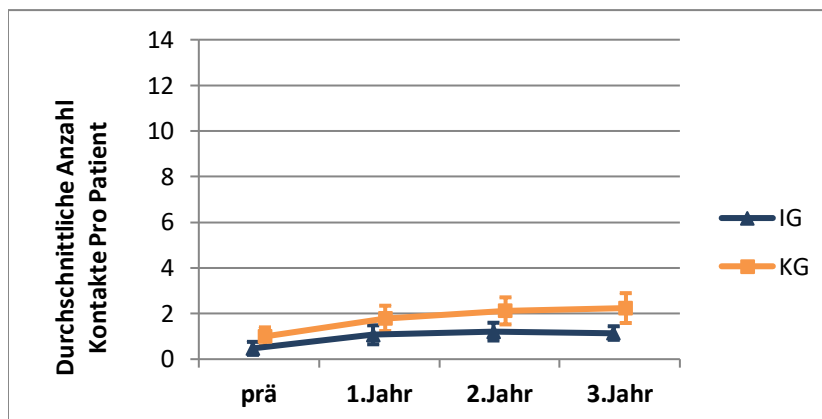
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei Indexdiagnose pro Patient

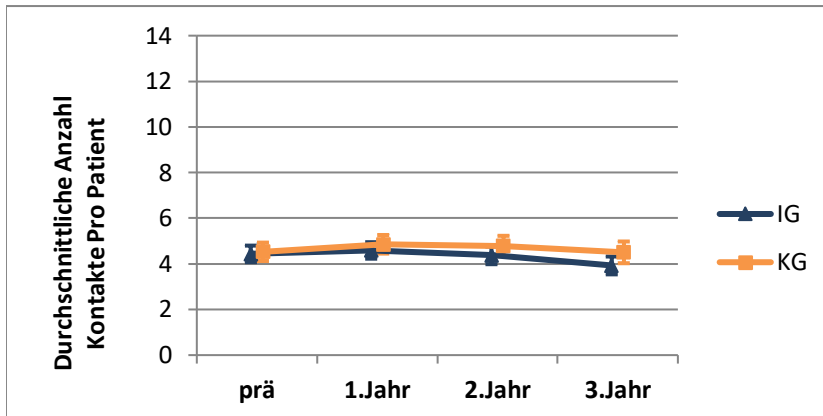
- **in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (A)**



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

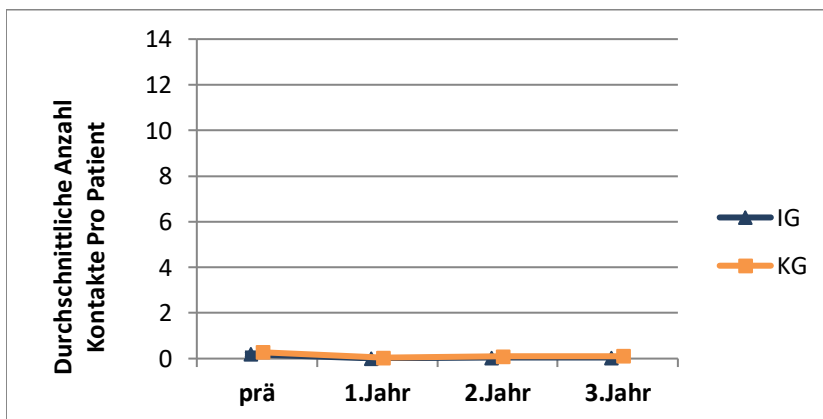


- bei anderen Vertragsärzten (E)

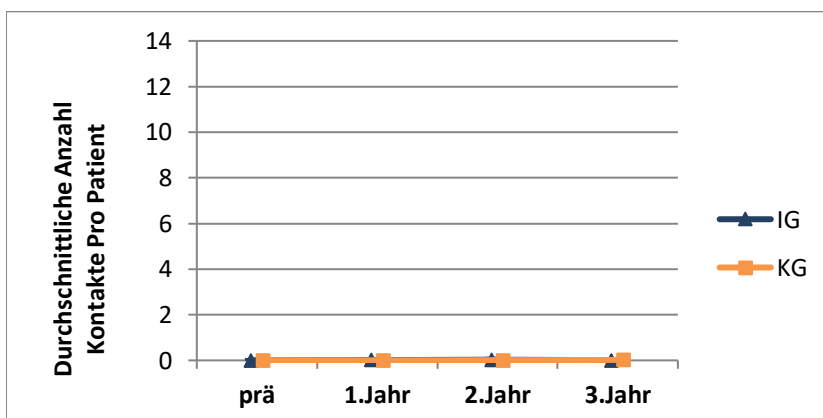


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte bei anderen psychischen Diagnosen pro Patient

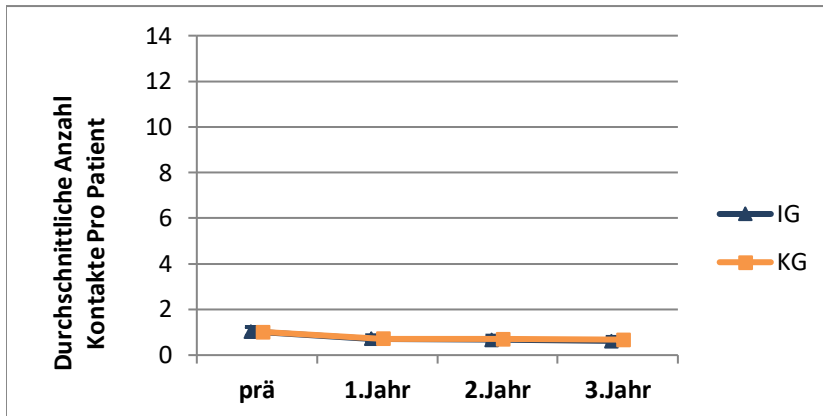
- in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) (B)



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

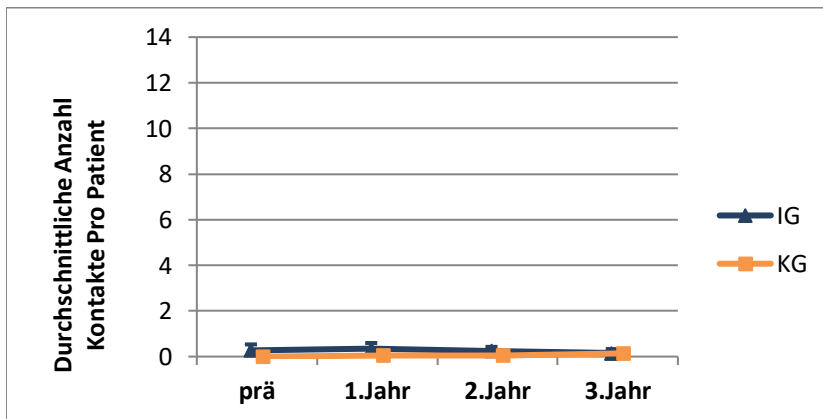


- bei anderen Vertragsärzten (F)

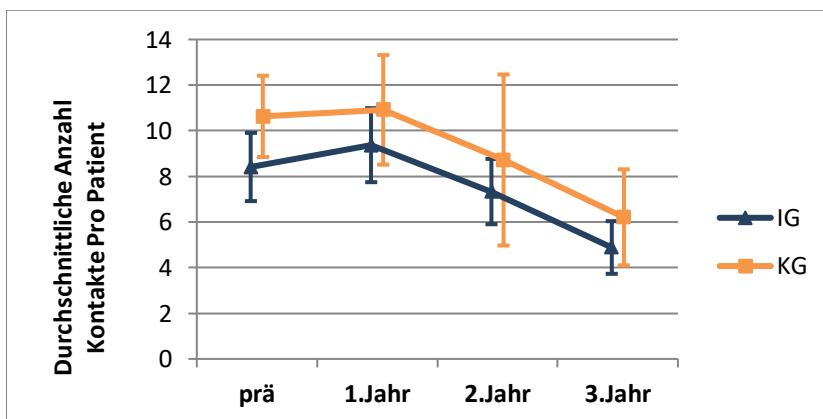


Anzahl der in Anspruch genommenen ambulanten Kontakte

- 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 weder für linikneue noch für linikbekannte junge Patienten eine zwischen IG und KG statistisch signifikant verschiedene **Kontinuität der Behandlung zum psychiatrischen Sektor**. Numerisch gab es zwar vereinzelte Unterschiede zwischen IG und KG, aber aufgrund der meist sehr geringen Fallzahlen ist eine Bewertung diese kaum möglich. Bei der Nachbeobachtung von 7 Tagen waren die Fallzahlen für inferenzstatistische Tests auch zu gering.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung zeigte sich jeweils ein geringerer Anteil der Kontinuität zum psychiatrischen Sektor innerhalb von 7, 30 und 90 Tagen in der IG im Vergleich zur KG (7 Tage: -5,4 %-Punkte; 30 Tage: -12,5 %-Punkte; 90 Tage: -4,6 %-Punkte).

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung war die Kontinuität zum psychiatrischen Sektor bei einer Nachbeobachtung von 30 Tagen im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG statistisch signifikant geringer als in der KG (Gruppenschätzer = 0,5; IG: 28,8 %; KG: 43,2 %) und im zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant größer als in der KG (Gruppenschätzer = 3,1; IG: 56,1 %; KG: 34,0 %).

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 im ersten Jahr nach Referenzfall in der IG stets geringer

als in der KG und im zweiten Jahr nach Referenzfall stets größer (hier jedoch meist sehr geringe Fallzahlen). Bei den klambekanntem Patienten wies die IG im zweiten Jahr nach Referenzfall stets größere und im dritten Jahr stets geringere Behandlungskontinuität zum psychiatrischen Sektor auf. Auch hier waren die Fallzahl im zweiten und dritten Jahr nach Referenzfall teilweise sehr gering.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Tabelle 80: Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

A: ambulanter Kontakt innerhalb von 7 Tagen nach Entlassung

Merkmal	IG				KG			
Ambulanter Kontakt innerhalb von <u>7 Tagen</u> nach Entlassung bei (in %)								
	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>7 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	70	10	11	<10	57	16	10	<10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	7,1 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	7,0 %	12,5 %	10,0 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,3 %	20,0 %	0,0 %	11,1 %	5,3 %	0,0 %	10,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	22,9 %	30,0 %	9,1 %	33,3 %	22,8 %	31,3 %	10,0 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	7,1 %	10,0 %	0,0 %	11,1 %	1,8 %	18,8 %	0,0 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,9 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	0,0 %	25,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,9 %	0,0 %	0,0 %	11,1 %	1,8 %	6,3 %	0,0 %	25,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	20,0 %	0,0 %	22,2 %	21,1 %	12,5 %	20,0 %	50,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	68,6 %	40,0 %	90,9 %	33,3 %	61,4 %	37,5 %	70,0 %	25,0 %

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

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	63	<10	10	<10	55	15	<10	<10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	20,6 %	11,1 %	10,0 %	11,1 %	12,7 %	33,3 %	11,1 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,8 %	33,3 %	20,0 %	33,3 %	9,1 %	0,0 %	33,3 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	57,1 %	66,7 %	60,0 %	88,9 %	41,8 %	53,3 %	44,4 %	0,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,6 %	22,2 %	0,0 %	44,4 %	14,5 %	40,0 %	22,2 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,3 %	22,2 %	10,0 %	11,1 %	16,4 %	0,0 %	11,1 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,3 %	0,0 %	10,0 %	22,2 %	5,5 %	6,7 %	0,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,6 %	55,6 %	40,0 %	55,6 %	38,2 %	33,3 %	55,6 %	66,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,4 %	0,0 %	30,0 %	0,0 %	30,9 %	13,3 %	44,4 %	33,3 %

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	56	<10	10	<10	50	13	<10	<10
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	30,4 %	33,3 %	20,0 %	22,2 %	32,0 %	53,8 %	25,0 %	33,3 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	16,1 %	33,3 %	40,0 %	44,4 %	16,0 %	7,7 %	37,5 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	82,1 %	100,0 %	70,0 %	88,9 %	74,0 %	69,2 %	75,0 %	33,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	42,9 %	55,6 %	70,0 %	55,6 %	46,0 %	76,9 %	37,5 %	66,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	7,1 %	33,3 %	20,0 %	11,1 %	24,0 %	7,7 %	12,5 %	33,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	0,0 %	20,0 %	33,3 %	10,0 %	7,7 %	12,5 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	48,2 %	88,9 %	70,0 %	66,7 %	62,0 %	61,5 %	62,5 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,0 %	0,0 %	25,0 %	33,3 %

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

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	95	45	36	37	74	38	33	25
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	14,7 %	13,3 %	5,6 %	16,2 %	16,2 %	13,2 %	15,2 %	24,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	2,1 %	0,0 %	2,8 %	10,8 %	4,1 %	5,3 %	3,0 %	0,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	24,2 %	8,9 %	19,4 %	21,6 %	27,0 %	18,4 %	30,3 %	28,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,5 %	6,7 %	11,1 %	2,7 %	4,1 %	7,9 %	0,0 %	12,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	5,4 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,1 %	2,2 %	2,8 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %	3,0 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	17,9 %	13,3 %	8,3 %	27,0 %	25,7 %	18,4 %	18,2 %	24,0 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	58,9 %	75,6 %	66,7 %	59,5 %	51,4 %	63,2 %	54,5 %	44,0 %

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

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	81	38	34	34	73	34	32	25
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	27,2 %	52,6 %	20,6 %	32,4 %	27,4 %	23,5 %	34,4 %	32,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,9 %	7,9 %	11,8 %	8,8 %	6,8 %	5,9 %	6,3 %	4,0 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	66,7 %	34,2 %	44,1 %	58,8 %	57,5 %	50,0 %	53,1 %	52,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	24,7 %	13,2 %	26,5 %	17,6 %	24,7 %	14,7 %	25,0 %	32,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,2 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	9,6 %	11,8 %	0,0 %	4,0 %
• Keine Fachgruppe (F)	4,9 %	5,3 %	5,9 %	0,0 %	2,7 %	0,0 %	6,3 %	8,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,1 %	57,9 %	32,4 %	41,2 %	41,1 %	38,2 %	40,6 %	40,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	25,9 %	26,3 %	41,2 %	32,4 %	23,3 %	29,4 %	21,9 %	24,0 %

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

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	76	34	28	26	70	32	29	21
Alle								
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)								
• PIA (A)	56,6 %	73,5 %	42,9 %	53,8 %	54,3 %	46,9 %	62,1 %	61,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	13,2 %	8,8 %	17,9 %	11,5 %	8,6 %	9,4 %	10,3 %	4,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	88,2 %	82,4 %	85,7 %	84,6 %	90,0 %	87,5 %	89,7 %	85,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,5 %	32,4 %	53,6 %	23,1 %	42,9 %	25,0 %	48,3 %	47,6 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,6 %	0,0 %	0,0 %	7,7 %	14,3 %	18,8 %	0,0 %	4,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	11,8 %	17,6 %	7,1 %	11,5 %	10,0 %	9,4 %	10,3 %	9,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	69,7 %	79,4 %	57,1 %	65,4 %	68,6 %	65,6 %	72,4 %	66,7 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	3,9 %	2,9 %	0,0 %	7,7 %	2,9 %	3,1 %	3,4 %	4,8 %

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

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

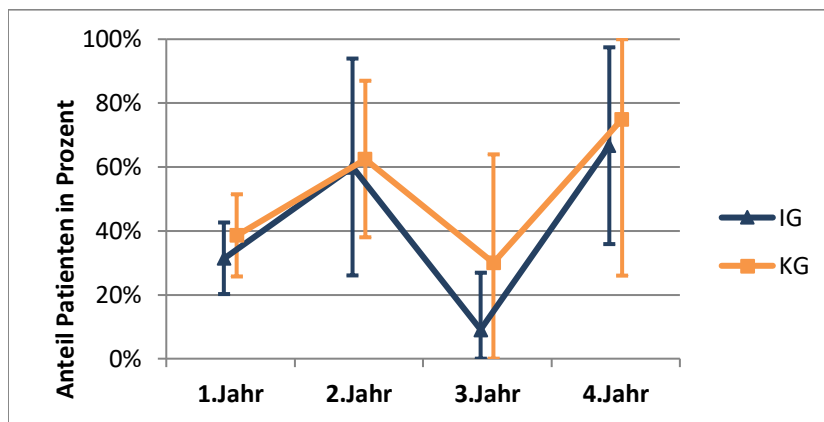
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

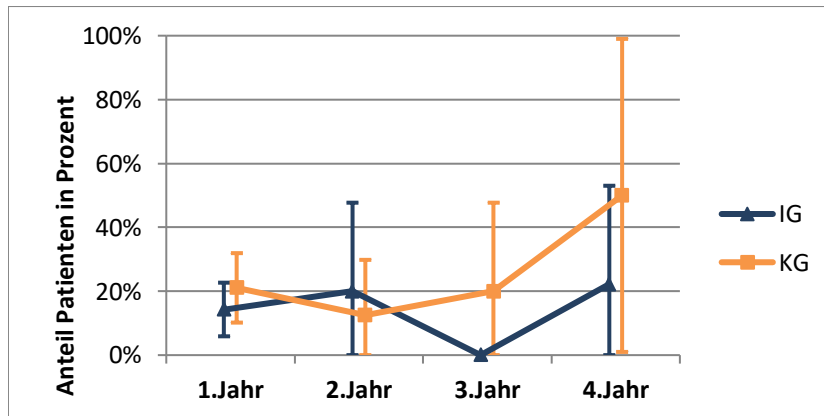
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



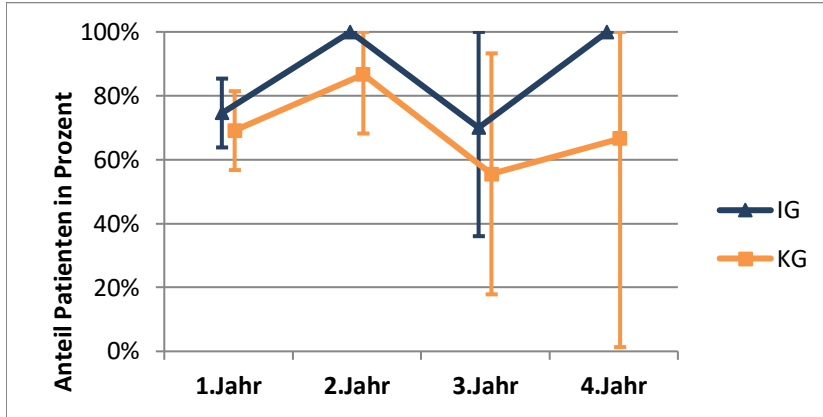
- Alle (psychiatrischer Sektor)



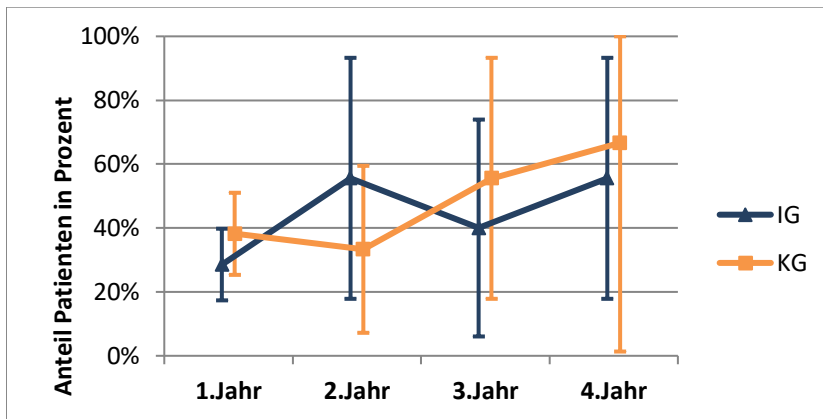
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



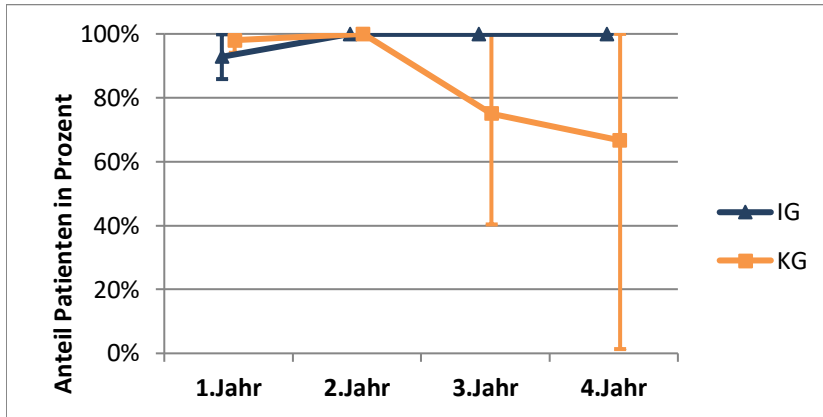
- Alle (psychiatrischer Sektor)



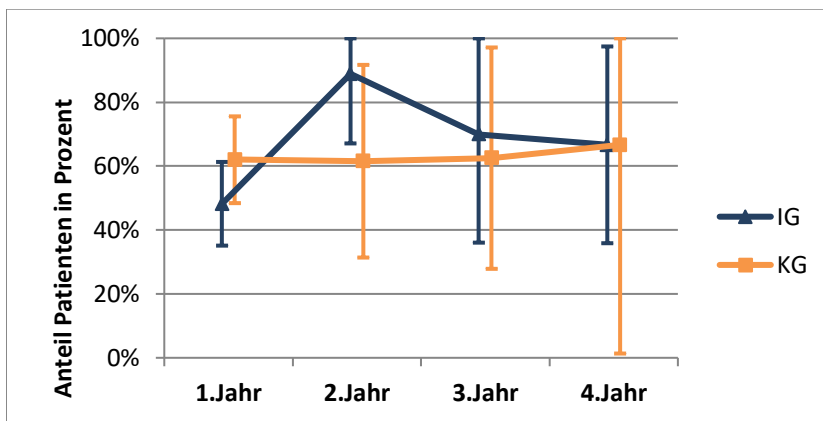
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

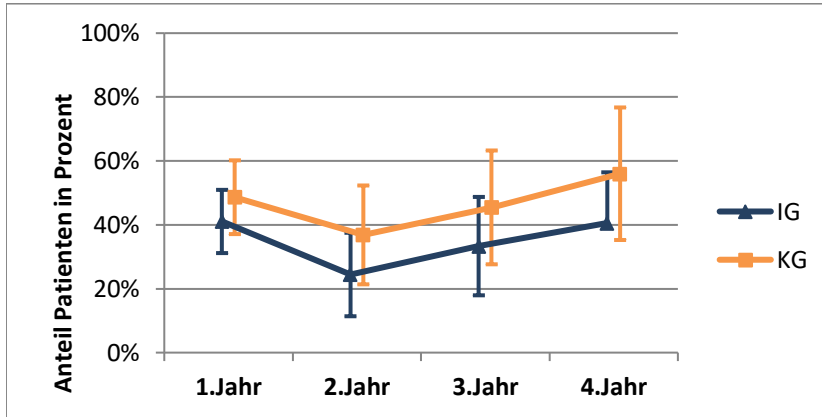
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

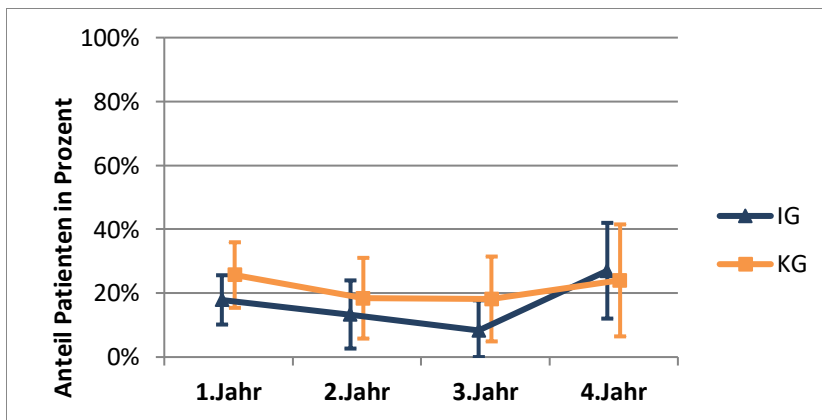
1./2./3./4. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes/viertes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



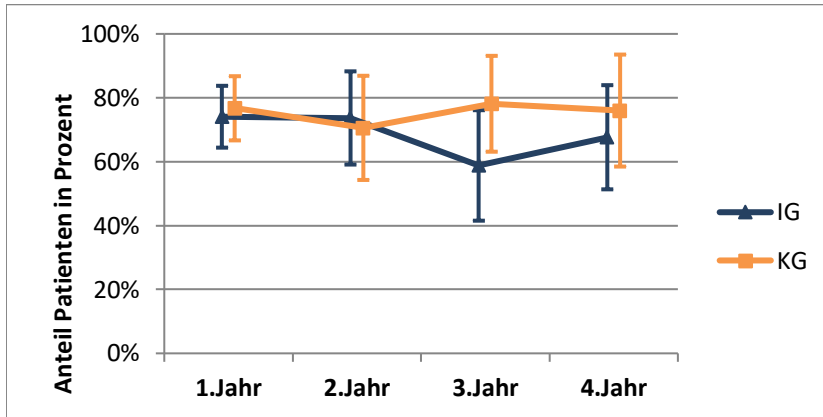
- Alle (psychiatrischer Sektor)



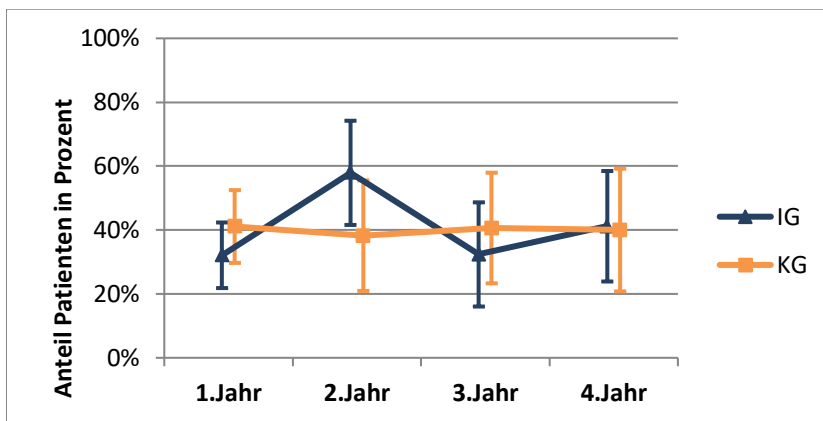
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



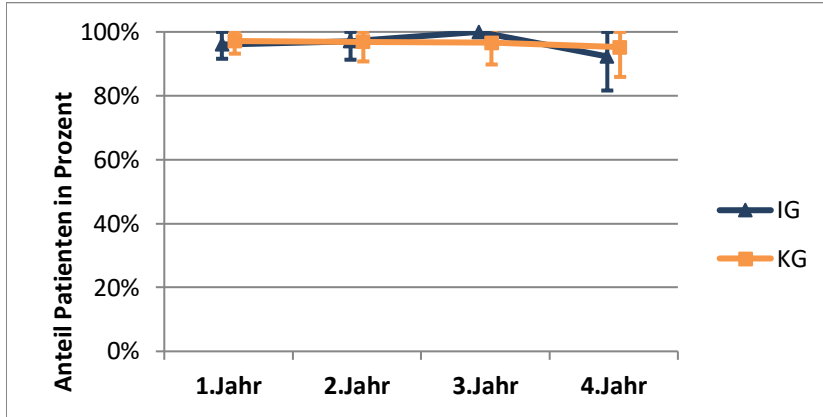
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)

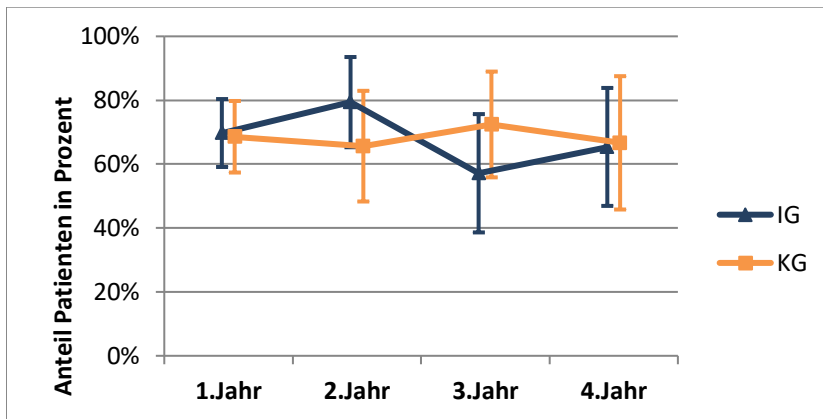


Tabelle 81: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

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	kf	0,62 0,28...1,35	0,55 0,25...1,21
Gruppe Jahr 2	kf	2,91 0,47...17,97	9,35 0,51...171,96
Gruppe Jahr 3	kf	0,32 0,03...3,57	1,35 0,16...11,31
Gruppe Jahr 4	kf	1,49 0,04...51,79	>100 0,00...INF

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	kf	0,63 0,31...1,29	1,02 0,49...2,14
Gruppe Jahr 2	kf	2,05 0,75...5,62	2,51 0,76...8,23
Gruppe Jahr 3	kf	0,66 0,23...1,89	0,59 0,19...1,87
Gruppe Jahr 4	kf	0,83 0,27...2,58	0,69 0,17...2,71

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

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

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

Tabelle 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	449	391
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	5,6 %	5,9 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,7 %	6,4 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	21,6 %	21,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,2 %	8,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,4 %	8,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,1 %	1,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	14,3 %	19,7 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	64,6 %	59,8 %

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
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	418	375
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	13,9 %	16,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	11,7 %	13,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	53,1 %	52,8 %

• anderen Vertragsärzten (D) ³	20,8 %	24,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	19,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,6 %	4,5 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,1 %	44,5 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	28,7 %	23,7 %

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

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	390	340
Alle		
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)		
• PIA (A)	29,0 %	24,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,7 %	19,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,5 %	77,9 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	39,5 %	45,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	12,3 %	26,5 %
• Keine Fachgruppe (F)	6,7 %	9,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	53,3 %	57,9 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,7 %	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

Abbildung 45: Graphische Darstellungen, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

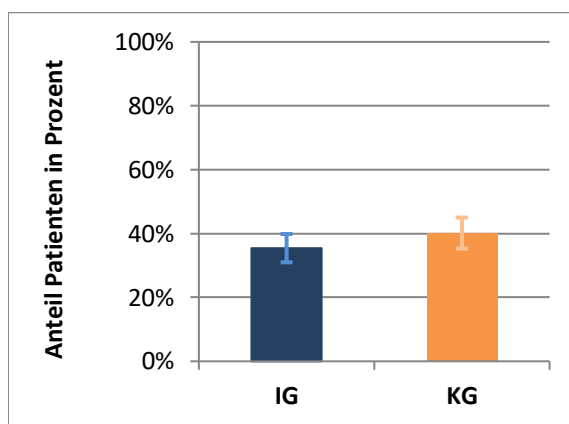
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

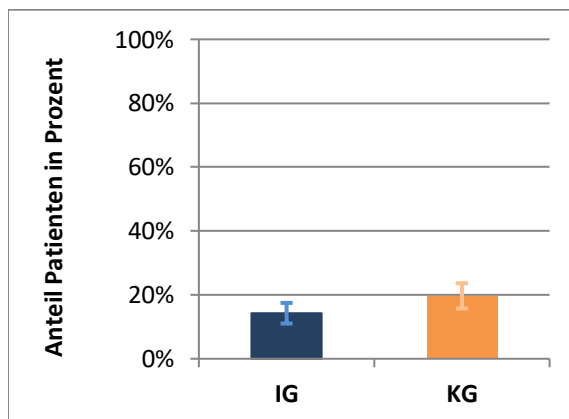
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

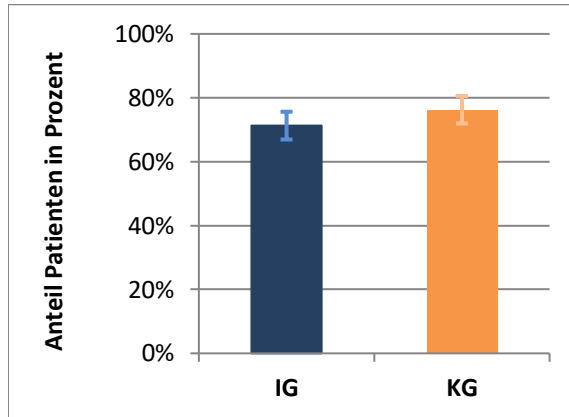
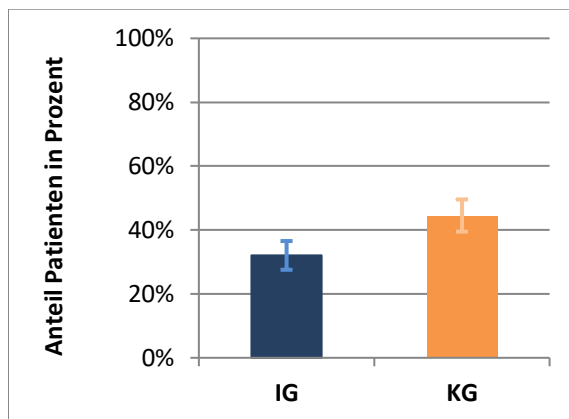
Kontakt innerhalb von 7 Tagen

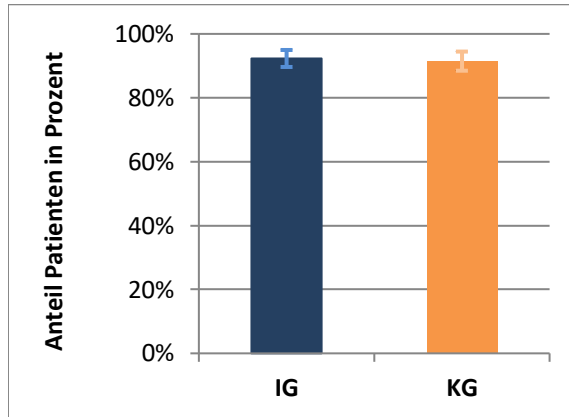
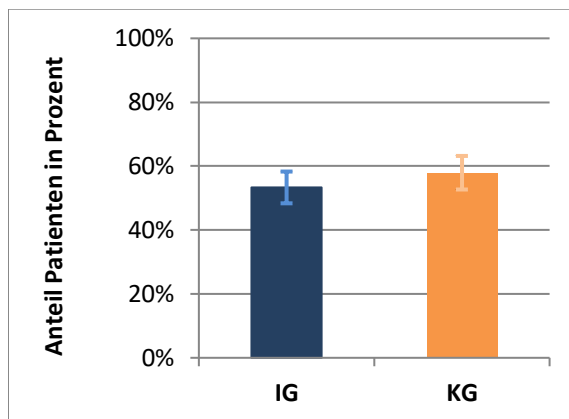
- Alle



- 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	
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	299	46	272	57
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	5,4 %	2,2 %	5,9 %	7,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	6,4 %	23,9 %	6,3 %	5,3 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	20,7 %	23,9 %	21,3 %	31,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,7 %	4,3 %	9,9 %	14,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,0 %	21,7 %	8,1 %	5,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,0 %	0,0 %	1,5 %	5,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	13,4 %	37,0 %	19,1 %	17,5 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	66,6 %	45,7 %	59,2 %	50,9 %

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

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	1. Jahr	2. Jahr
Alle stationären Behandlungsfälle (n) mit mindestens <u>30 Tagen</u> Nachbeobachtungszeit	281	41	259	53
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	12,8 %	12,2 %	13,5 %	17,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	10,7 %	26,8 %	15,1 %	9,4 %

• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	54,1 %	48,8 %	52,9 %	62,3 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	21,7 %	19,5 %	24,3 %	34,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,2 %	26,8 %	19,3 %	9,4 %
• Keine Fachgruppe (F)	2,8 %	0,0 %	4,2 %	5,7 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	28,8 %	56,1 %	43,2 %	34,0 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	29,2 %	17,1 %	24,7 %	20,8 %

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

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	263	38	238	44
Alle				
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)				
• PIA (A)	28,9 %	26,3 %	25,2 %	36,4 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	20,5 %	34,2 %	20,2 %	18,2 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	81,7 %	92,1 %	81,1 %	84,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	40,3 %	31,6 %	45,4 %	61,4 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	11,0 %	31,6 %	25,6 %	18,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,0 %	7,9 %	9,7 %	13,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	52,1 %	73,7 %	59,7 %	63,6 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	7,6 %	0,0 %	7,1 %	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

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:

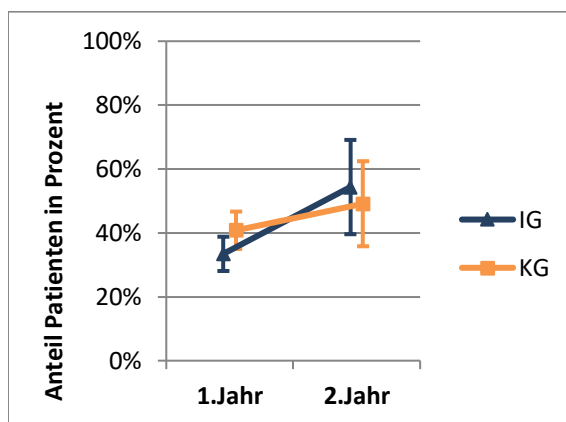
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

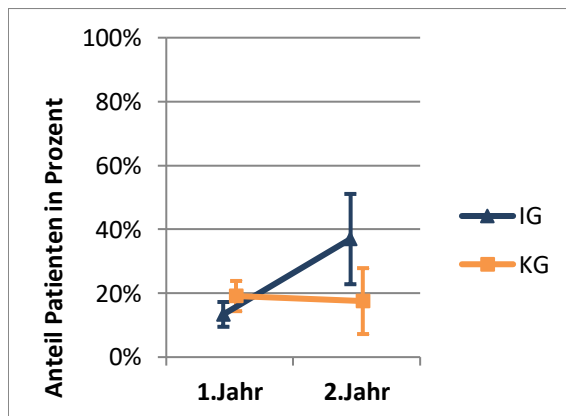
Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



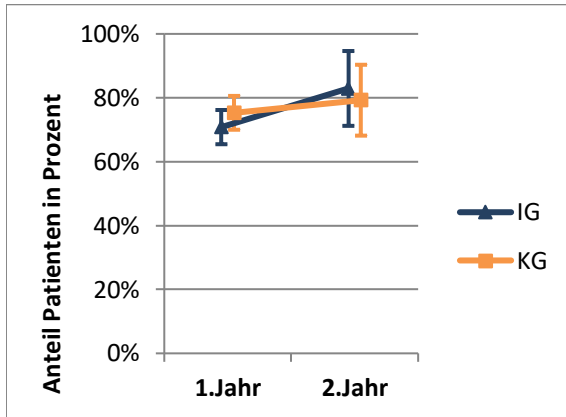
- Alle (psychiatrischer Sektor)



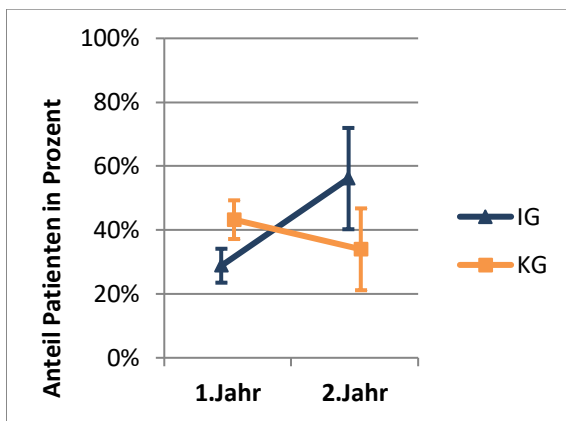
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- **Alle**



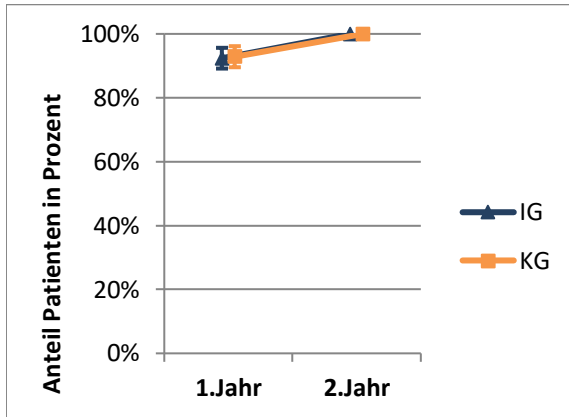
- **Alle (psychiatrischer Sektor)**



Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- **Alle**



- **Alle (psychiatrischer Sektor)**

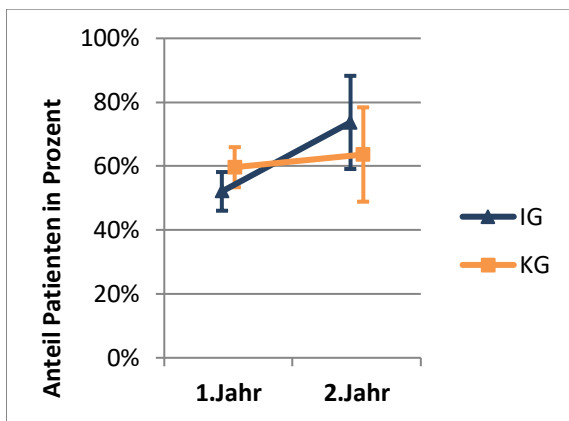


Tabelle 84: Inferenzstatistik, Kontinuität der Behandlung, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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	kf	0,53** 0,37...0,77	0,73 0,51...1,05
Gruppe Jahr 2	kf	3,13* 1,27...7,75	1,75 0,65...4,67

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

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

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

Tabelle 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	180	24	21	158	30	31
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	4,4 %	0,0 %	0,0 %	5,7 %	6,7 %	6,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	4,4 %	12,5 %	4,8 %	5,1 %	3,3 %	12,9 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	20,6 %	12,5 %	23,8 %	22,8 %	33,3 %	25,8 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	6,7 %	4,2 %	9,5 %	5,7 %	13,3 %	6,5 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	1,1 %	8,3 %	0,0 %	6,3 %	3,3 %	9,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,7 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	6,7 %	0,0 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	10,0 %	16,7 %	4,8 %	16,5 %	13,3 %	25,8 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	68,3 %	66,7 %	71,4 %	62,7 %	46,7 %	48,4 %

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	167	23	20	150	28	29
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	12,6 %	17,4 %	15,0 %	12,7 %	21,4 %	13,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	9,6 %	17,4 %	25,0 %	8,7 %	3,6 %	20,7 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	52,7 %	47,8 %	70,0 %	44,7 %	60,7 %	58,6 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	18,0 %	13,0 %	15,0 %	18,7 %	32,1 %	20,7 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	6,6 %	17,4 %	10,0 %	20,0 %	3,6 %	17,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	0,0 %	5,0 %	3,3 %	7,1 %	3,4 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	26,9 %	47,8 %	45,0 %	39,3 %	28,6 %	48,3 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	30,5 %	21,7 %	20,0 %	30,7 %	17,9 %	31,0 %

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

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	158	22	18	137	25	24
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	28,5 %	27,3 %	27,8 %	25,5 %	48,0 %	25,0 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	19,6 %	27,3 %	38,9 %	14,6 %	8,0 %	20,8 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	79,1 %	90,9 %	77,8 %	75,2 %	84,0 %	75,0 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	37,3 %	36,4 %	61,1 %	41,6 %	60,0 %	33,3 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	8,9 %	22,7 %	22,2 %	26,3 %	20,0 %	20,8 %
• Keine Fachgruppe (F)	8,9 %	4,5 %	16,7 %	6,6 %	8,0 %	20,8 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	51,3 %	68,2 %	72,2 %	58,4 %	64,0 %	58,3 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	8,2 %	0,0 %	0,0 %	8,8 %	0,0 %	16,7 %

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		
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	160	64	48	152	61	48
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	11,3 %	15,6 %	6,3 %	15,1 %	13,1 %	16,7 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	1,9 %	4,7 %	6,3 %	2,6 %	3,3 %	2,1 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	21,9 %	10,9 %	20,8 %	28,9 %	19,7 %	27,1 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	9,4 %	6,3 %	12,5 %	3,9 %	4,9 %	0,0 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	2,5 %	3,1 %	0,0 %	3,3 %	1,6 %	4,2 %
• Keine Fachgruppe (F)	1,3 %	1,6 %	2,1 %	2,0 %	0,0 %	2,1 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	15,0 %	23,4 %	12,5 %	20,4 %	18,0 %	22,9 %
- kein Kontakt in 7 Tagen	62,5 %	68,8 %	58,3 %	53,3 %	65,6 %	54,2 %

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

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	137	56	45	149	56	46
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	24,1 %	44,6 %	26,7 %	25,5 %	26,8 %	34,8 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	5,8 %	10,7 %	15,6 %	4,7 %	3,6 %	6,5 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	61,3 %	39,3 %	51,1 %	55,7 %	51,8 %	56,5 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	26,3 %	12,5 %	28,9 %	21,5 %	17,9 %	23,9 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	3,6 %	5,4 %	0,0 %	8,1 %	10,7 %	4,3 %
• Keine Fachgruppe (F)	3,6 %	3,6 %	6,7 %	4,7 %	0,0 %	4,3 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	32,1 %	57,1 %	40,0 %	36,2 %	39,3 %	45,7 %
- kein Kontakt in 30 Tagen	29,2 %	26,8 %	33,3 %	25,5 %	26,8 %	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	126	50	38	139	54	43
Alle						
- Mindestens 1 Kontakt (A-F)						
• PIA (A)	51,6 %	62,0 %	44,7 %	44,6 %	48,1 %	53,5 %
• Arzt für Psy. bzw. KJP (B) ¹	15,1 %	14,0 %	23,7 %	8,6 %	5,6 %	11,6 %
• Allgemeinarzt / Hausarzt (C) ²	85,7 %	82,0 %	89,5 %	83,5 %	87,0 %	90,7 %
• anderen Vertragsärzten (D) ³	44,4 %	38,0 %	50,0 %	41,0 %	31,5 %	51,2 %
• Psychotherapeuten (E) ⁴	4,8 %	8,0 %	0,0 %	12,9 %	14,8 %	4,7 %
• Keine Fachgruppe (F)	14,3 %	14,0 %	7,9 %	10,8 %	9,3 %	18,6 %
- Mindestens ein Kontakt zu Gruppen (A,B,E)	68,3 %	76,0 %	63,2 %	58,3 %	63,0 %	67,4 %
- kein Kontakt in 90 Tagen	5,6 %	8,0 %	0,0 %	5,8 %	5,6 %	2,3 %

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

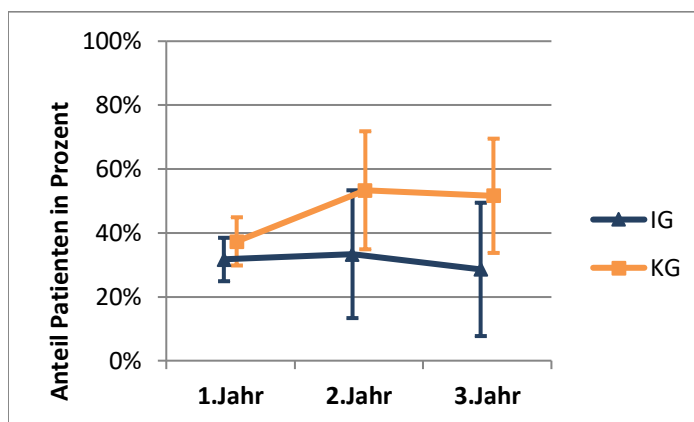
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

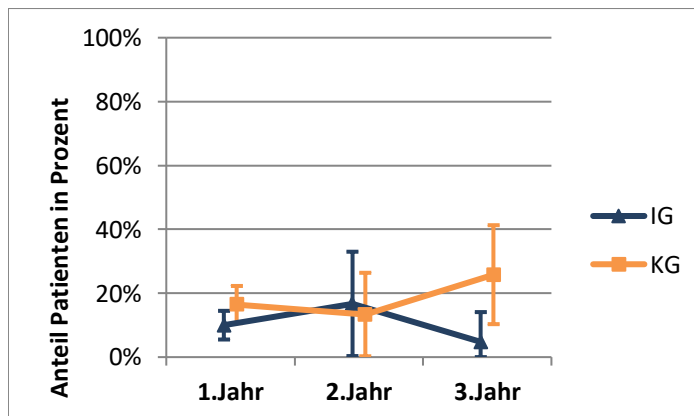
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,
 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



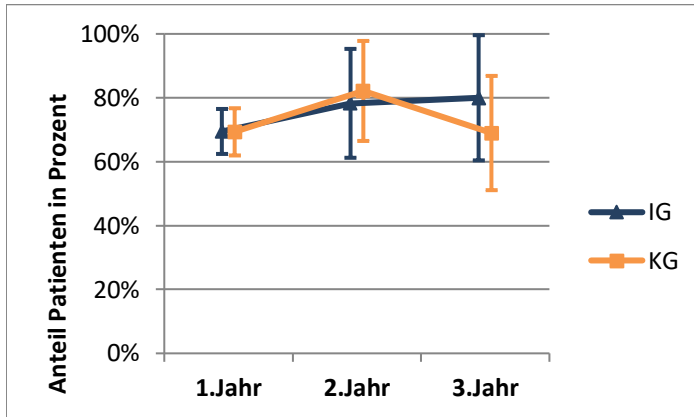
- Alle (psychiatrischer Sektor)



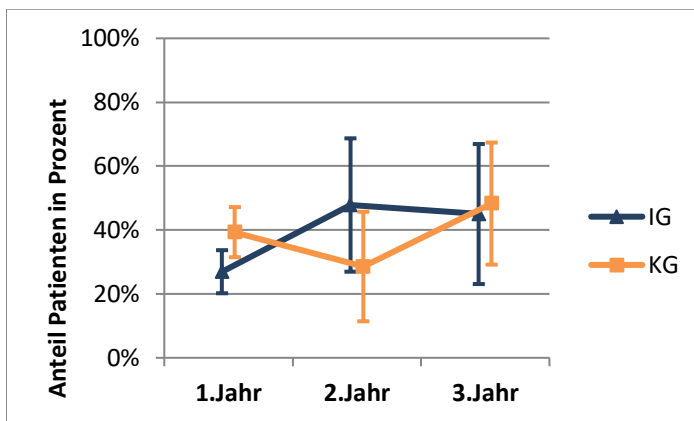
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



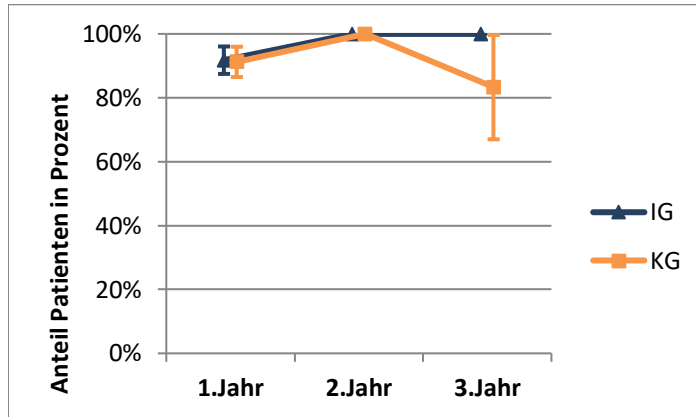
- Alle (psychiatrischer Sektor)



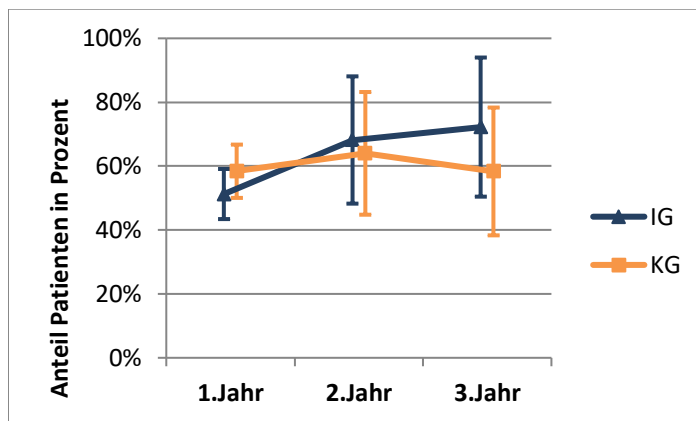
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Kontakt innerhalb von 90 Tagen

- Alle



- Alle (psychiatrischer Sektor)



Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

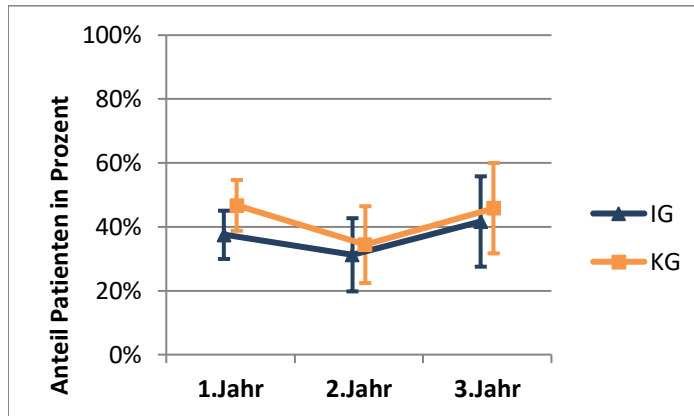
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

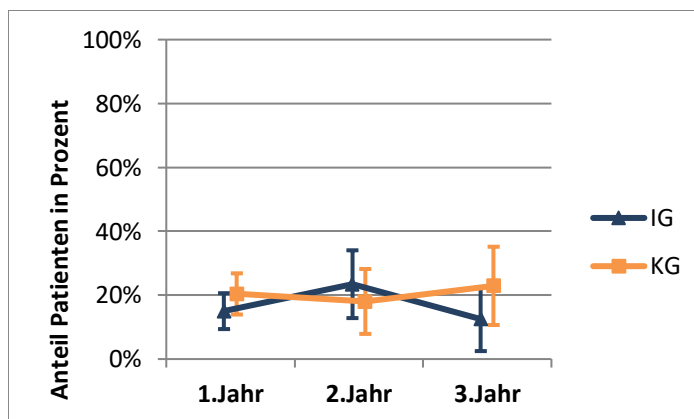
1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.

Kontakt innerhalb von 7 Tagen

- Alle



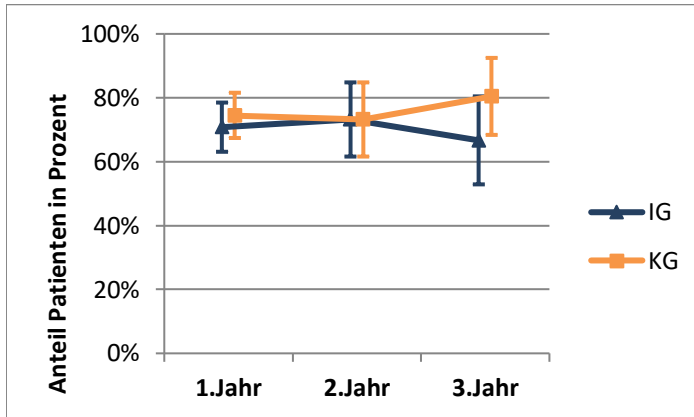
- Alle (psychiatrischer Sektor)



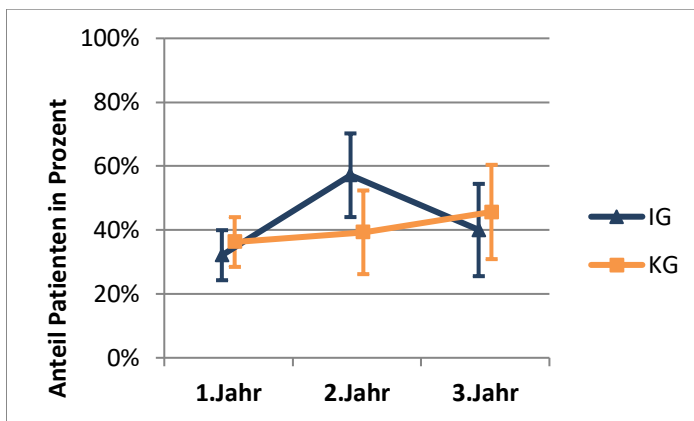
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

Kontakt innerhalb von 30 Tagen

- Alle



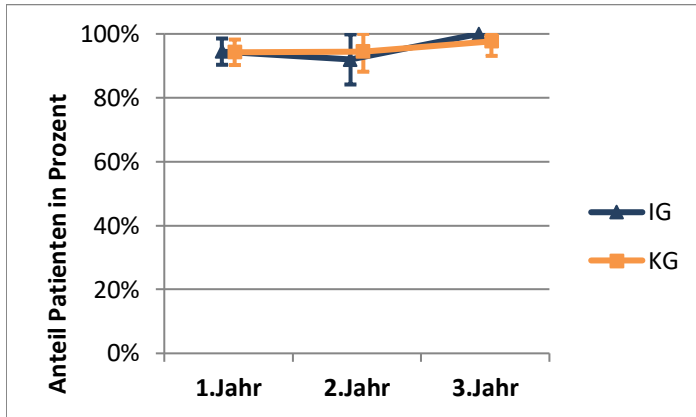
- Alle (psychiatrischer Sektor)



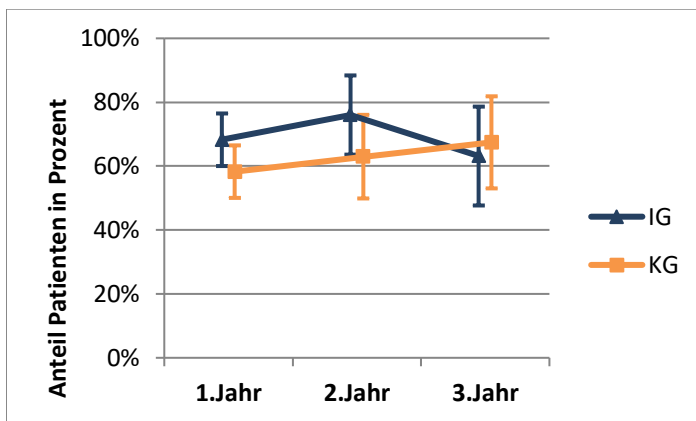
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

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)	96	96	96	96	96	98	98	98	98	98
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	92	92	91	94	92	95	97	96	94	92
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)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

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)	299	299	299	299	299	279	279	279	279	279
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	296	296	293	288	283	278	274	272	270	268
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)	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

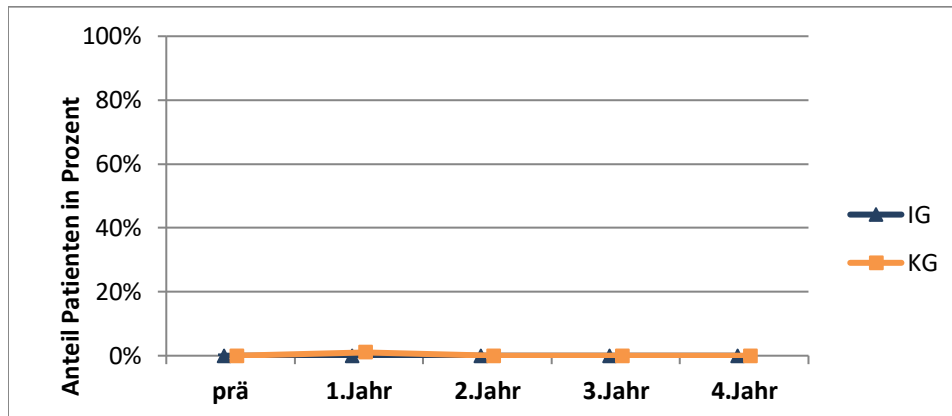
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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.

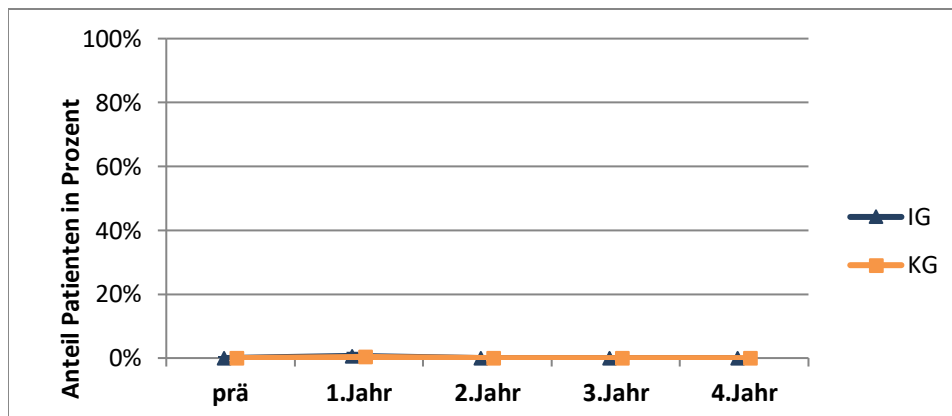


Tabelle 87: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung – Kinder und Jugendliche

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)	626	626	626	626
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	615	617	619	614
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)	0,0%	0,3%	0,5%	1,1%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

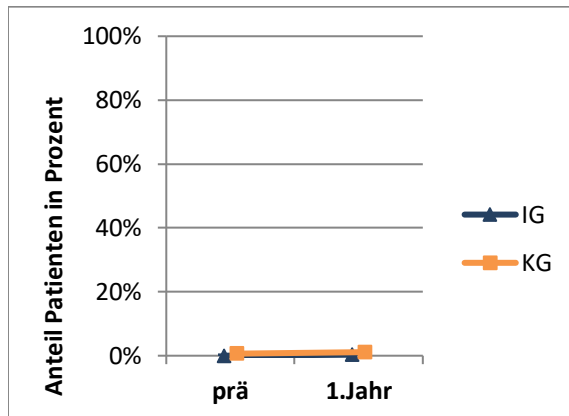
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

Abbildung 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)	448	448	448	459	459	459
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	439	440	435	454	452	445
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)	0,0%	0,4%	0,0%	0,7%	1,1%	0,4%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	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 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.

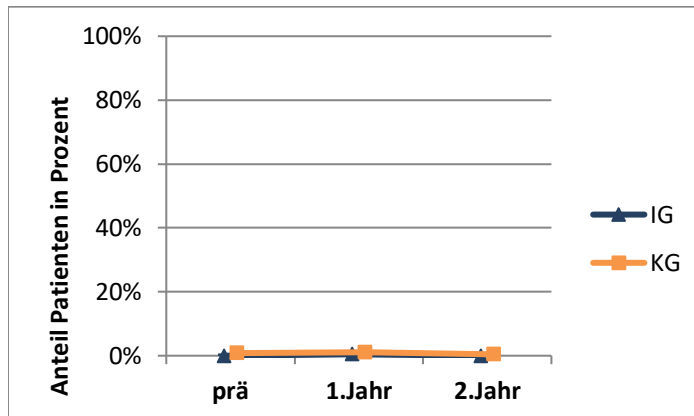


Tabelle 90: Inferenzstatistik, Arzt- und/oder Krankenhaus-Hopping, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

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)	270	270	270	270	273	273	273	273
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	264	264	259	264	270	268	264	256
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)	0,0%	0,7%	0,0%	0,4%	0,7%	1,5%	0,0%	0,0%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	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)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG				KG			
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl Patienten (n)	456	456	456	456	447	447	447	447
Alle Patienten mit Angabe der Fachgruppe des behand. Arztes (n)	452	453	446	441	445	441	434	433
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)	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
• Vier (B)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%
• Mehr als vier (C) unterschiedlichen Leistungserbringern	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

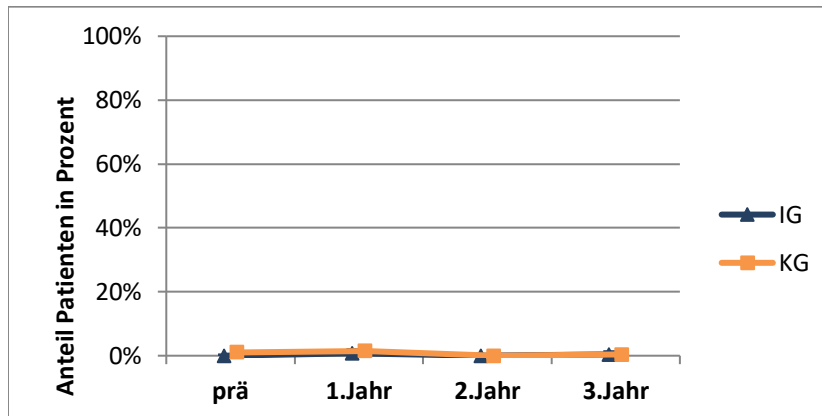
¹ stationär: gleiche Fachabteilung (29, 30, 31), aber unterschiedliches Krankenhaus; PIA: PIA unterschiedlicher Krankenhäuser; ambulant: unterschiedliche Arztnummer gleicher Facharztgruppe (61, 68, 69 bzw. 47, 51, 58, 59, 60)

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:

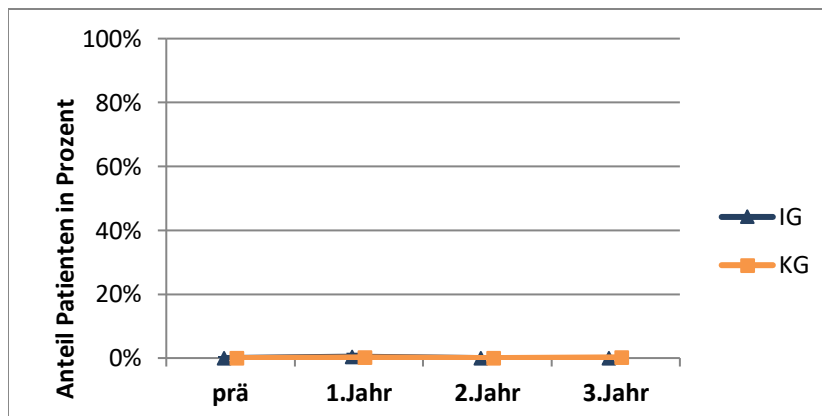
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe, prä = patientenindividuelles Jahr vor Einschluss in die Studie, 1./2./3. Jahr = patientenindividuelles erstes/zweites/drittes Jahr nach Einschluss in die Studie
 Balken um die Punktwerte geben die Streuungsintervalle an.



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 in der IG etwas größer als in der KG (IG: 26,1 %; KG: 24,2 %). Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Die **Dauer zwischen der Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten stationären Behandlung** war auf der anderen Seite zwar in der IG etwas geringer als in der KG (IG: 114,5; KG: 121,4 Tage), jedoch war dieser Unterschied erneut statistisch nicht signifikant.

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)	314	289
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	26,1%	24,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	114,5	121,4
Anzahl Personen mit vollstationärem Aufenthalt, welche mindestens einen 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraum aufweisen¹ (PSY A)	39	41
<ul style="list-style-type: none"> • Anteil Personen mit Wiederaufnahme² innerhalb von 12 Monaten nach Behandlungsabschluss (A) 	4,1%	4,2%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	147,2	87,9
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%	0,7%
<ul style="list-style-type: none"> • Dauer (Tage) zwischen Entlassung und erneuter vollstationärer Behandlung (B) 	56,0	176,5

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

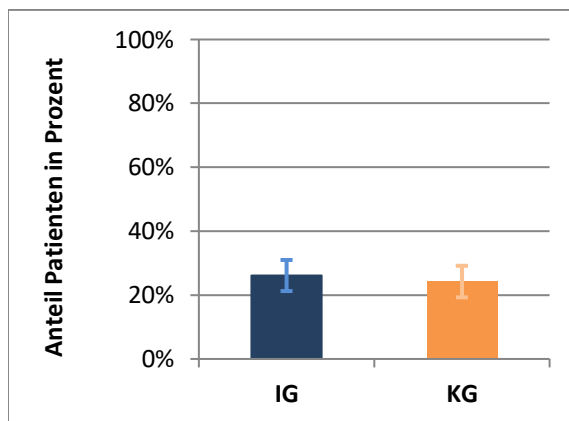
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

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)

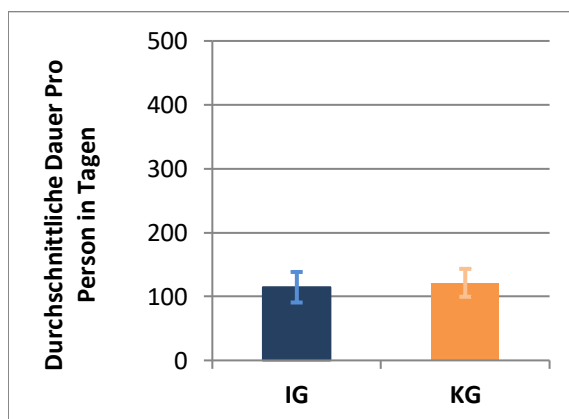


Tabelle 93: Inferenzstatistik, Wiederaufnahmeraten, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	1,15 0,79...1,67	-5,25 -38,19...27,70

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**), zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Es verstarben insgesamt sehr wenige Patienten.

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. Es verstarben insgesamt sehr wenige Patienten.

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. Es verstarben insgesamt sehr wenige Patienten.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war erneut die Mortalität zwischen IG und KG sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten Patienten vergleichbar. Es verstarben insgesamt sehr wenige Patienten.

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)	96	98
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	1,0 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen insgesamt (n)	299	279
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 4 Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (4-J.-Mortalität) (A) 	0,7 %	0,0 %

Abbildung 53: Graphische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

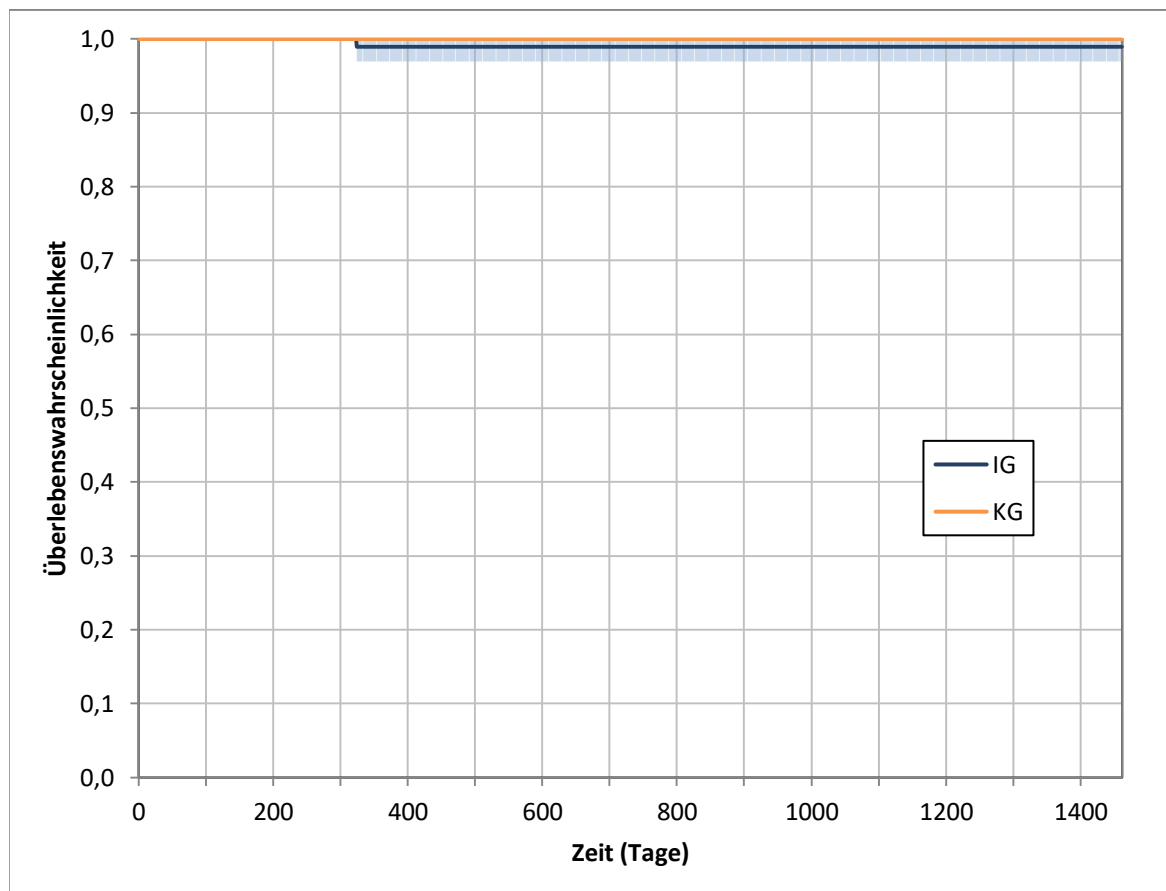
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

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.

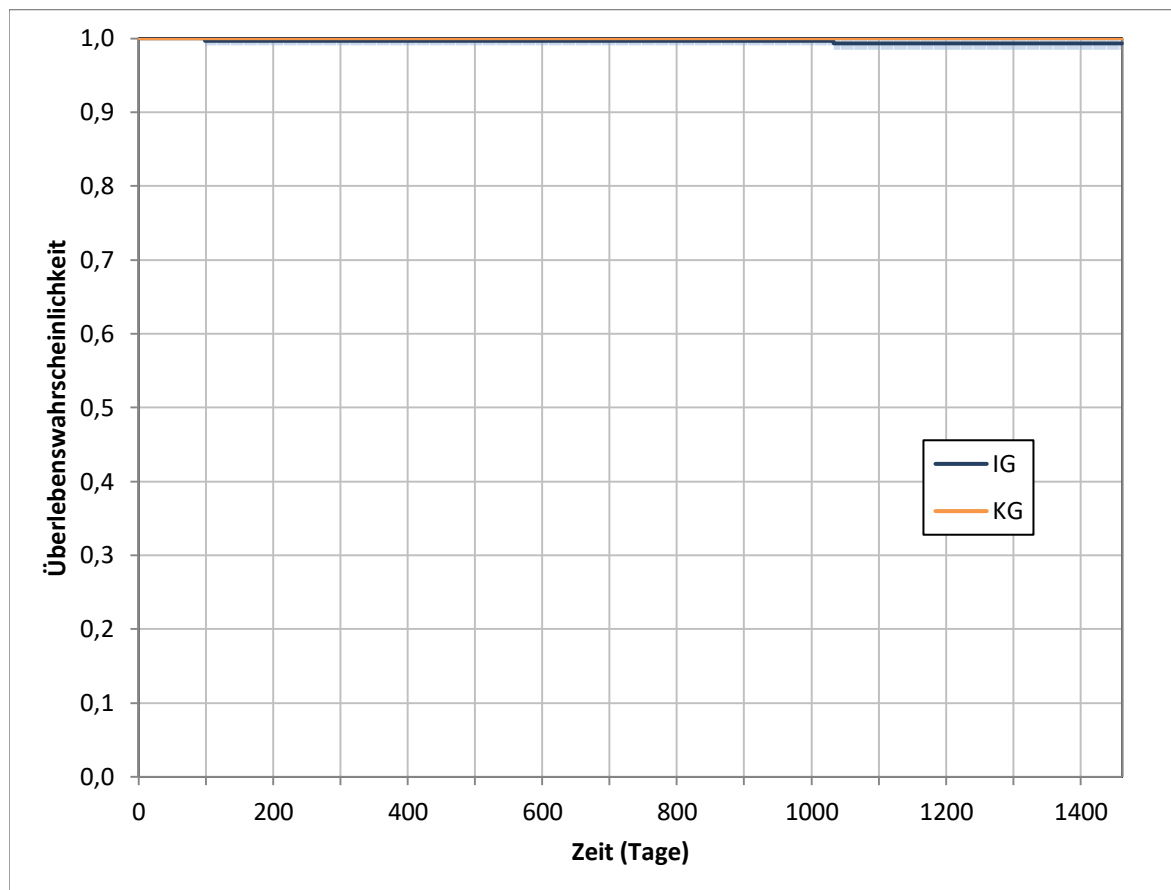
Überlebenswahrscheinlichkeit

Tabelle 95: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	>100 0,00...INF

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

Klinikbekannte Patienten

	Mortalität über 4 Jahre
Gruppe	>100 0,00...INF

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)	626	626
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von 1 Jahr nach Referenzdatum verstorben sind (1-J.-Mortalität) (A) 	0,2 %	0,0 %

Abbildung 54: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

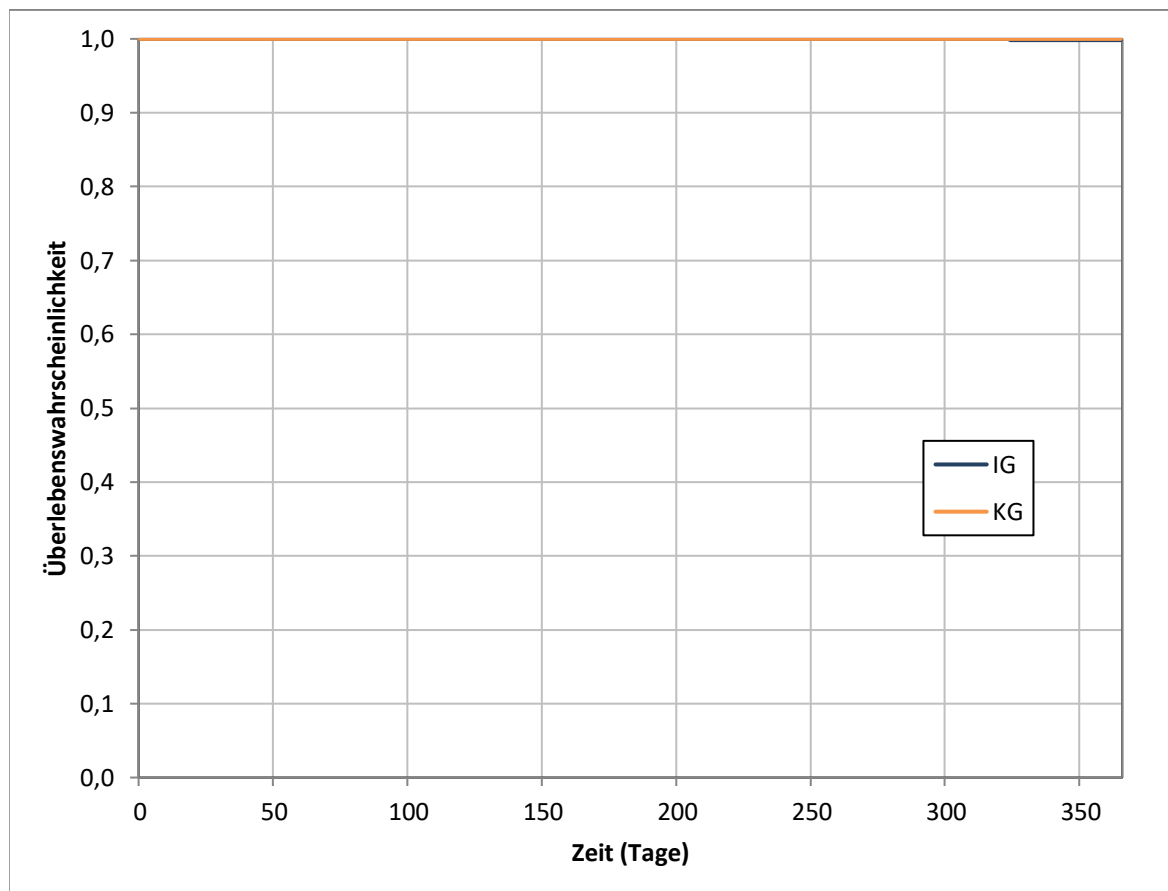
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

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)	448	459
<ul style="list-style-type: none">Anteil Personen, die innerhalb von zwei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (2-J.-Mortalität) (A)	0,2 %	0,0 %

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

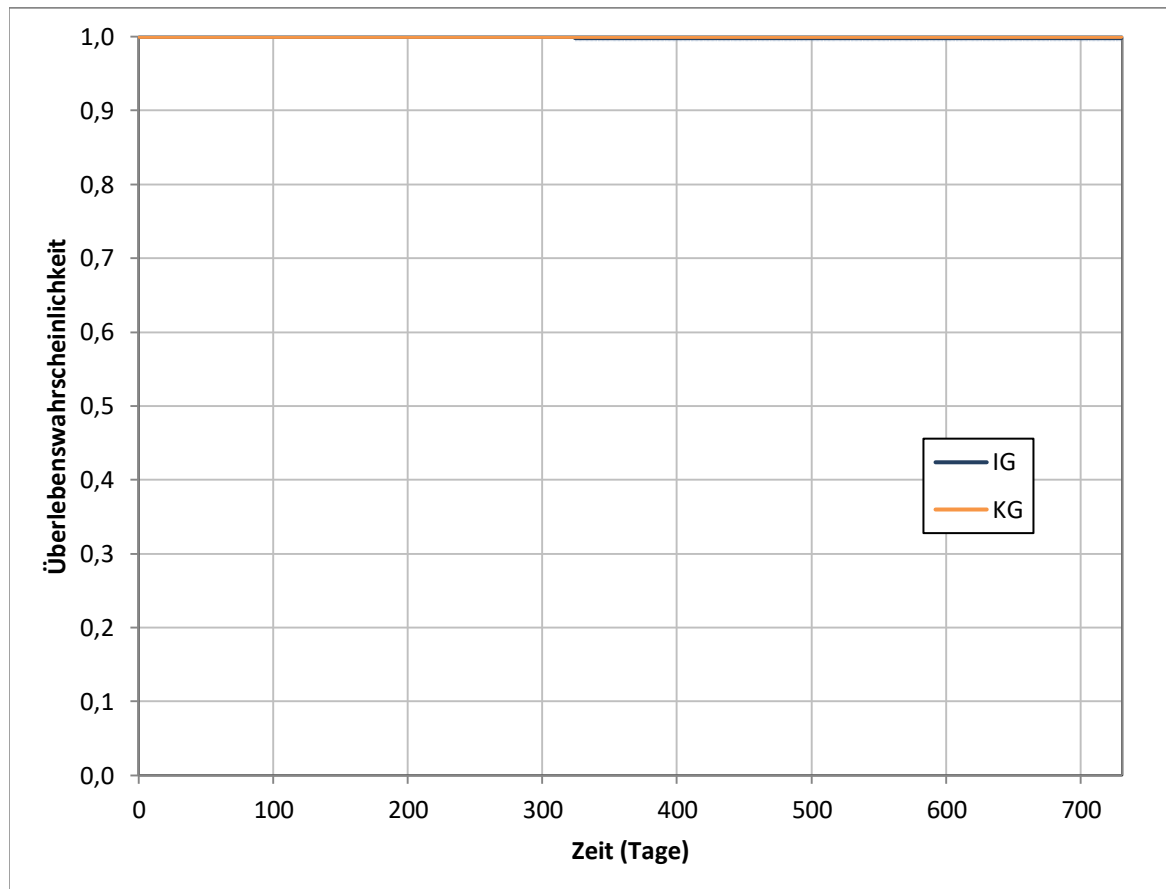


Tabelle 98: Inferenzstatistik, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U3) Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Klinikneue Patienten

	Mortalität über 2 Jahre
Gruppe	>100 0,00...INF

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)	270	273
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	0,4 %	0,0 %

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG	KG
Anzahl Personen (n)	456	447
<ul style="list-style-type: none"> Anteil Personen, die innerhalb von drei Jahren nach Referenzdatum verstorben sind (3-J.-Mortalität) (A) 	0,4 %	0,0 %

Abbildung 56: Grafische Darstellungen, Mortalität, Kinder und Jugendliche, (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung

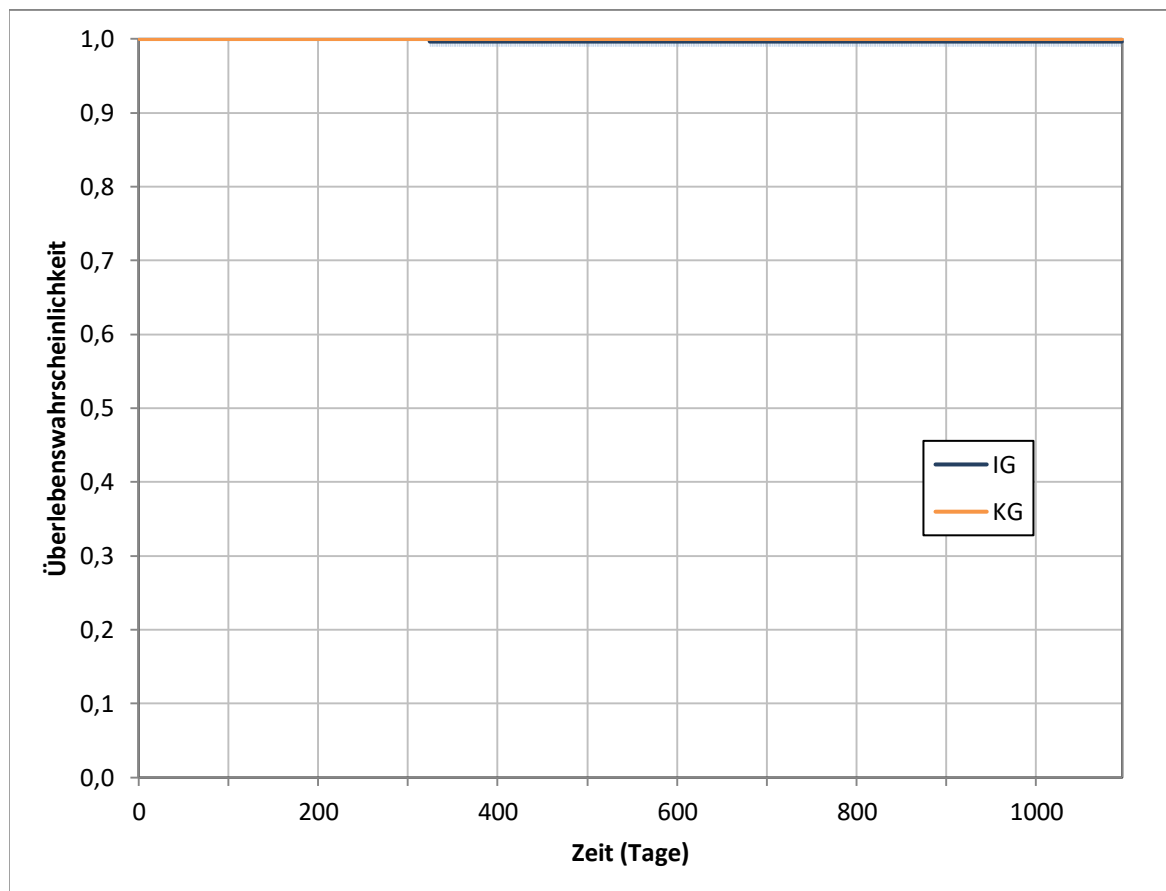
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Überlebenswahrscheinlichkeit

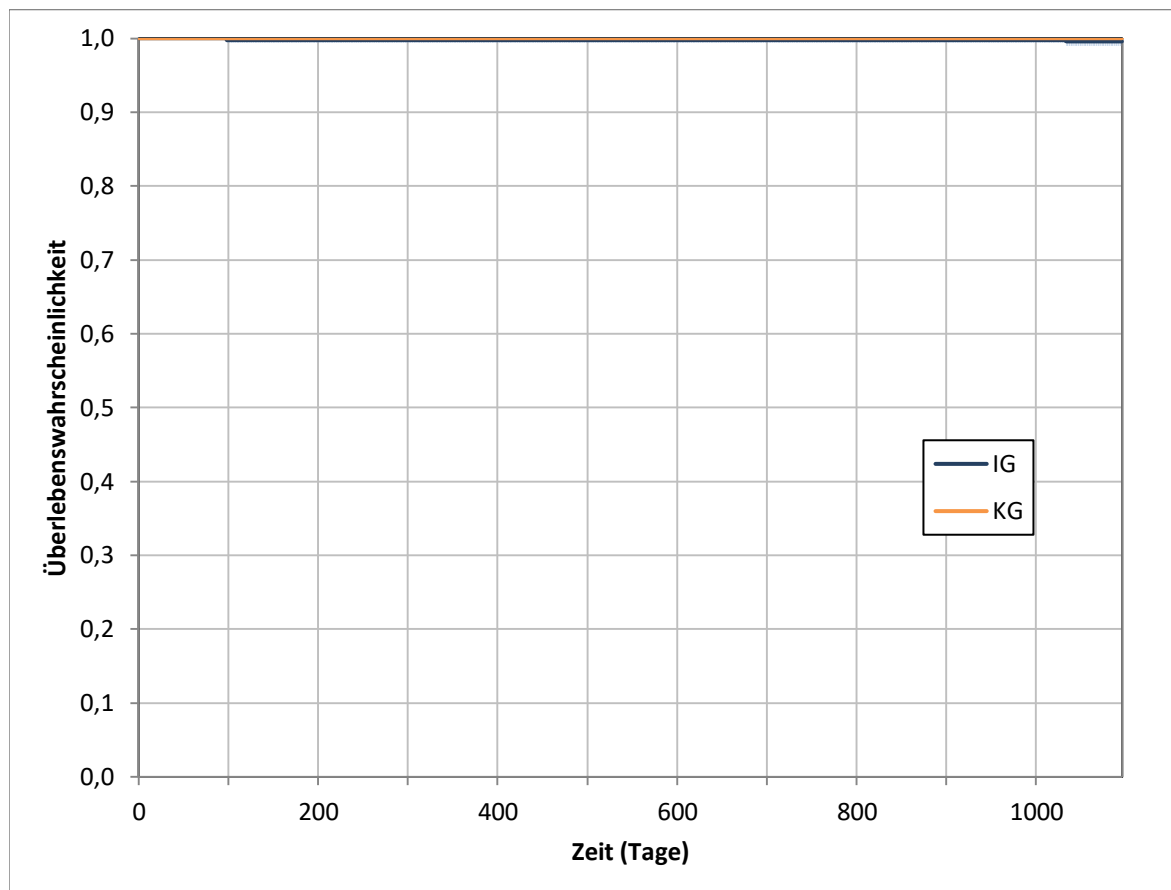


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

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 der IG größer als in der KG (+22,2 %-Punkte), hier ist jedoch zu beachten, dass die Fallzahl im Nenner sehr gering ist und somit eine Bewertung nur einschränkt möglich ist. Auch bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG größer als in der KG (+4,5 %-Punkte). Auch hier war die Fallzahl im Nenner sehr gering für eine valide Bewertung. Beide Unterschiede waren zudem 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 größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+12,9 %-Punkte). Auch hier waren die Fallzahlen im Nenner zu gering für eine valide Bewertung und der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil erneut in der IG größer als in der KG (+11,8 %-Punkte). Auch hier waren die Fallzahlen im Nenner zu gering für eine valide Bewertung und der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue Patienten der IG innerhalb von vier Jahren nach Referenzfall etwas häufiger als Patienten der KG (+4,5 %-Punkte). Auch hier waren die Fallzahlen im Nenner zu gering für eine valide Bewertung und der Unterschied war statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG nur sehr gering größer als in der KG (+1,4 %-Punkte). Erneut waren hier die Fallzahlen im Nenner zu gering für eine valide Bewertung und der Unterschied war 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. Der Anteil der Patienten mit **Progression B** innerhalb von einem Jahr nach Referenzfall war in der IG um 5,6 %-Punkte größer ausgeprägt als in der KG. 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 in der IG größer als in der KG (+2,8 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (**Progression B**) innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall war in der IG statistisch signifikant größer als in der KG (+9,0 %-Punkte; Gruppenschätzer = 13,1). Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren nach Referenzfall eine Suchterkrankung zu entwickeln (**Progression C**), war in der IG nur etwas größer als in der KG (+1,3 %-Punkte). Dieser Unterschied war statistisch nicht signifikant.

U4: Bei den Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung war das Risiko, innerhalb von drei Jahren nach Referenzfall eine schwere depressive Störung zu entwickeln (**Progression A**) bei den linikneuen Patienten der IG erneut etwas größer als in der KG (+1,2 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG etwas größer (+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 größeren Anteilen eine rezidivierende depressive Störung (+11,3 %-Punkte). Auch bei den linikbekanntnen Patienten war dieser Anteil in der IG größer (+8,8 %-Punkte). Eine Suchterkrankung (**Progression C**) entwickelten linikneue und linikbekannte Patienten zu zwischen IG und KG vergleichbaren Anteilen.

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	95	98
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	16	22
• Jegliche depr. Episode ³	31	28
• ohne Suchterkrankung ⁵	88	95
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	31,3 %	9,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	12,9 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	18,2 %	13,7 %

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
	4 Jahre	4 Jahre
Anzahl Personen insgesamt (n), die ab Basiserkrankung mindestens vier Jahre Nachbeobachtungszeit haben	297	279
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	23	24
• Jegliche depr. Episode ³	51	33
• ohne Suchterkrankung ⁵	285	273
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	8,7 %	4,2 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	11,8 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	10,9 %	9,5 %

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

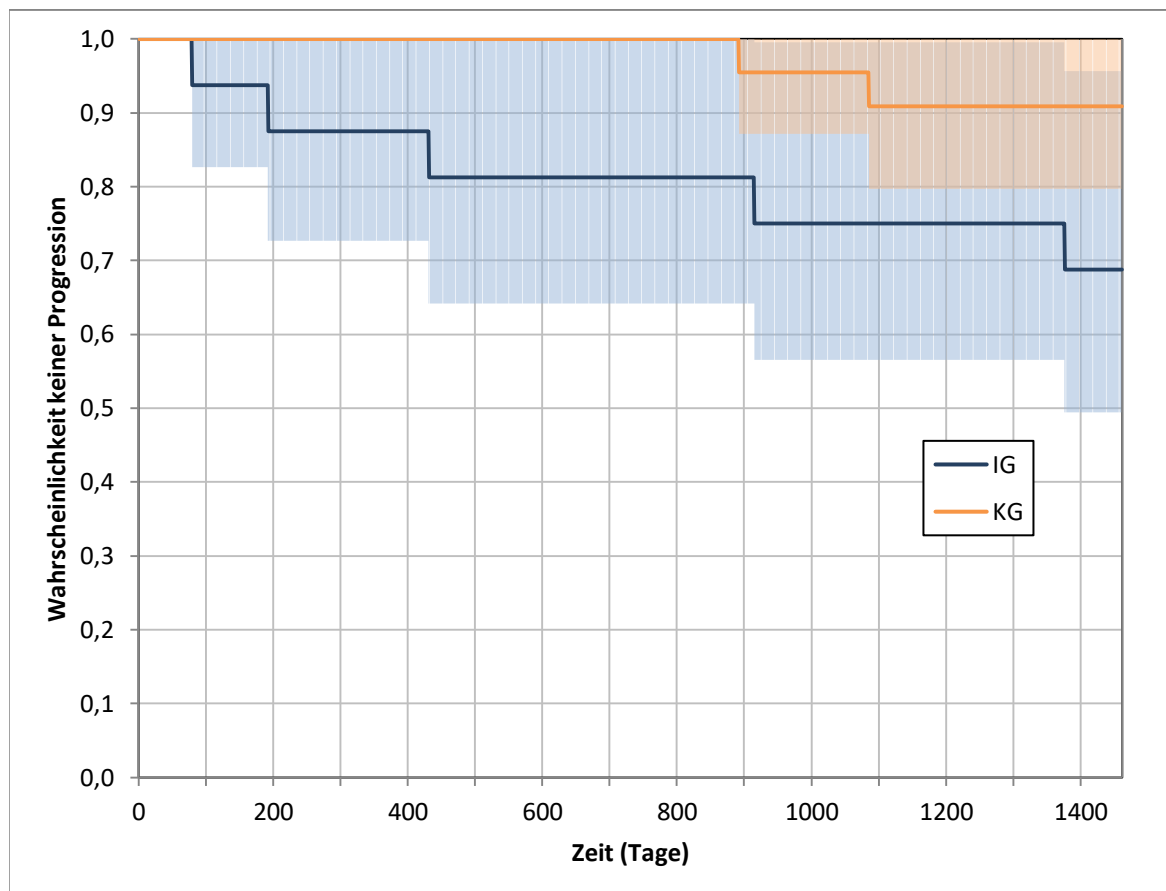
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

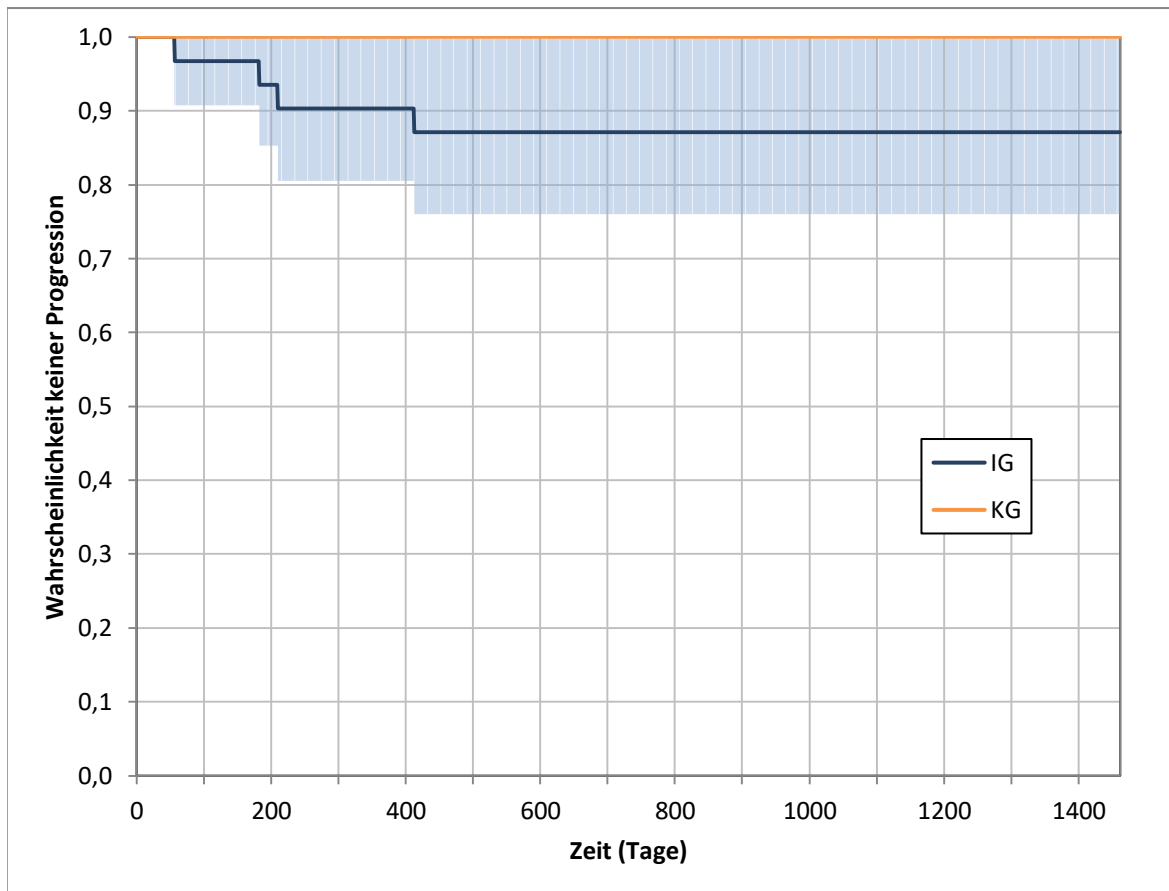
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

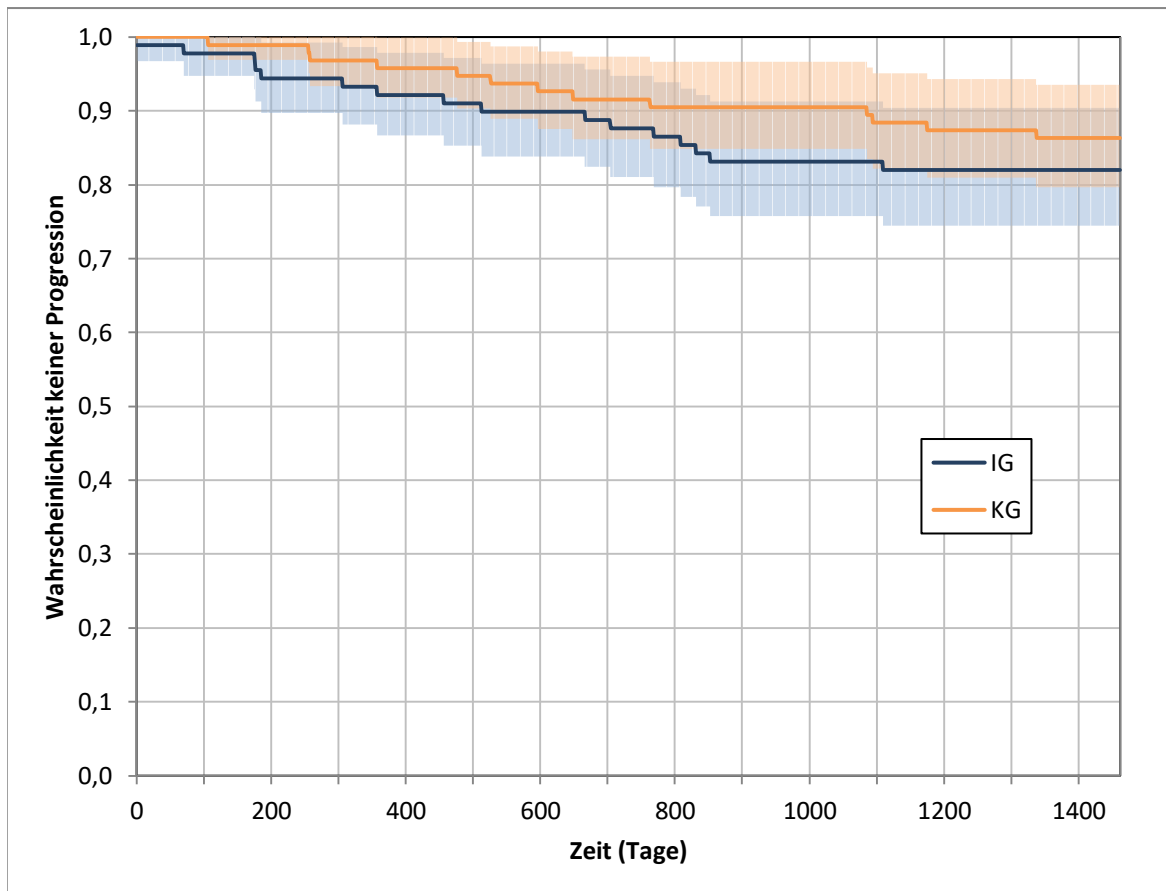
Die Schattierungen um die Kurven geben die 95% Konfidenzbänder an.

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

Progression C (→ Suchterkrankung)

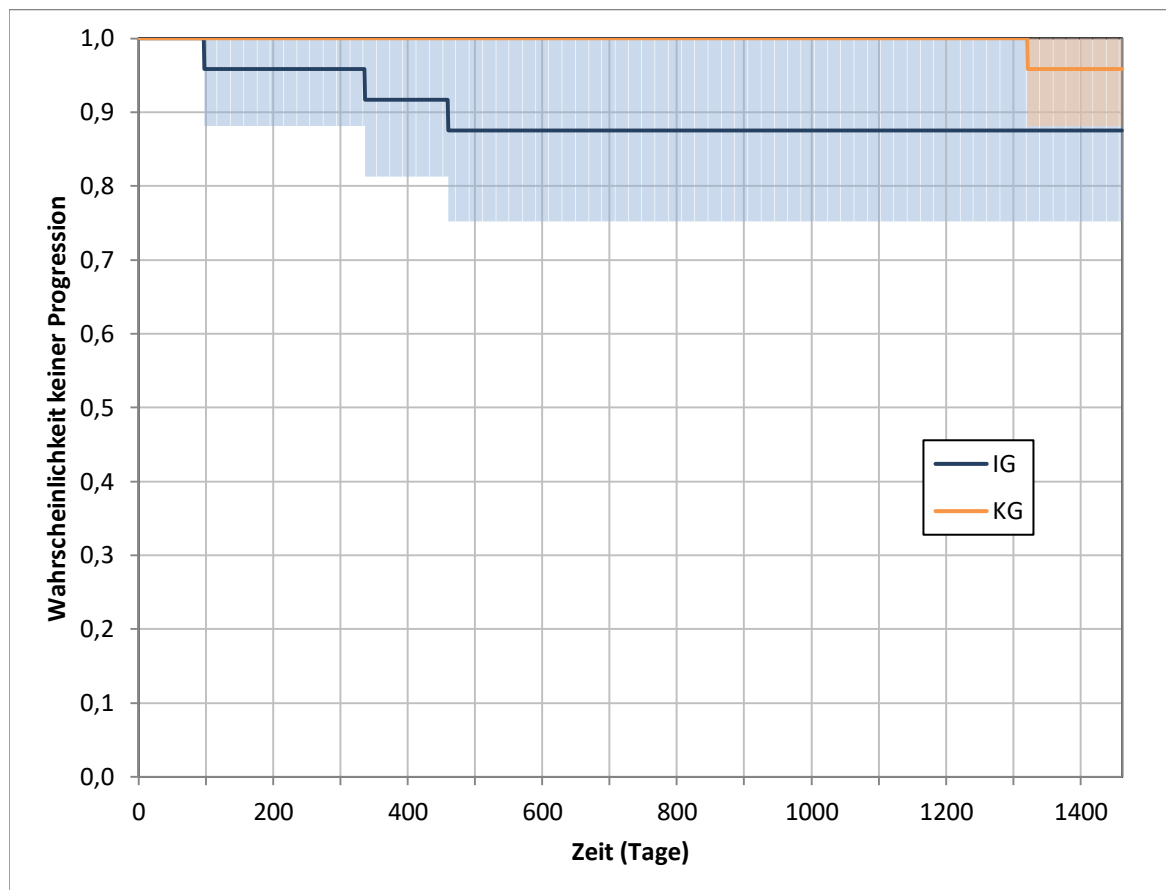


Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

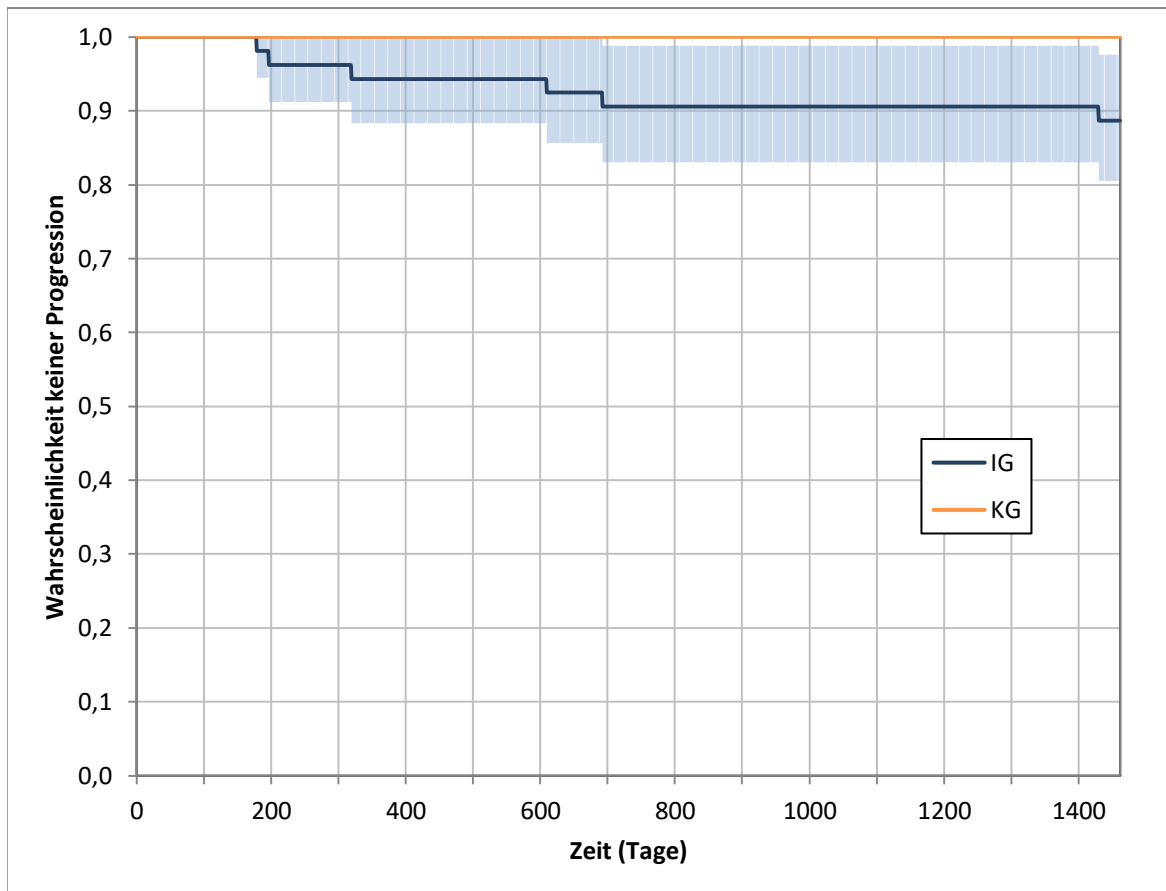
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)

Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)



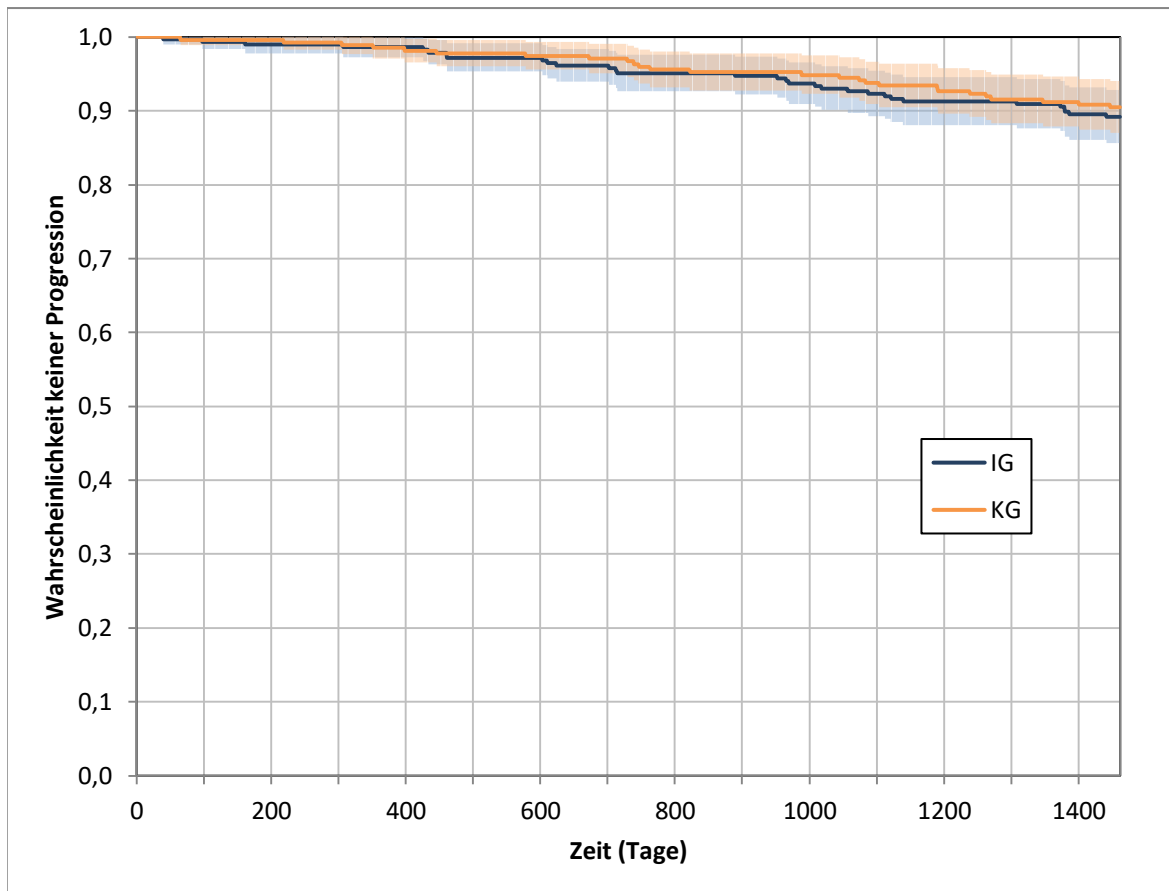
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	3,97 0,77...20,49	>100 0,00...INF	1,37 0,66...2,85

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	3,21 0,33...30,84	>100 0,00...INF	1,15 0,68...1,93

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	625	626
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	100 150 598	109 169 603
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) 	9,0 % 7,3 % 5,9 %	9,2 % 1,8 % 5,3 %

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 58: Grafische Darstellungen, Progression, Kinder und Jugendliche, (U2) Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung

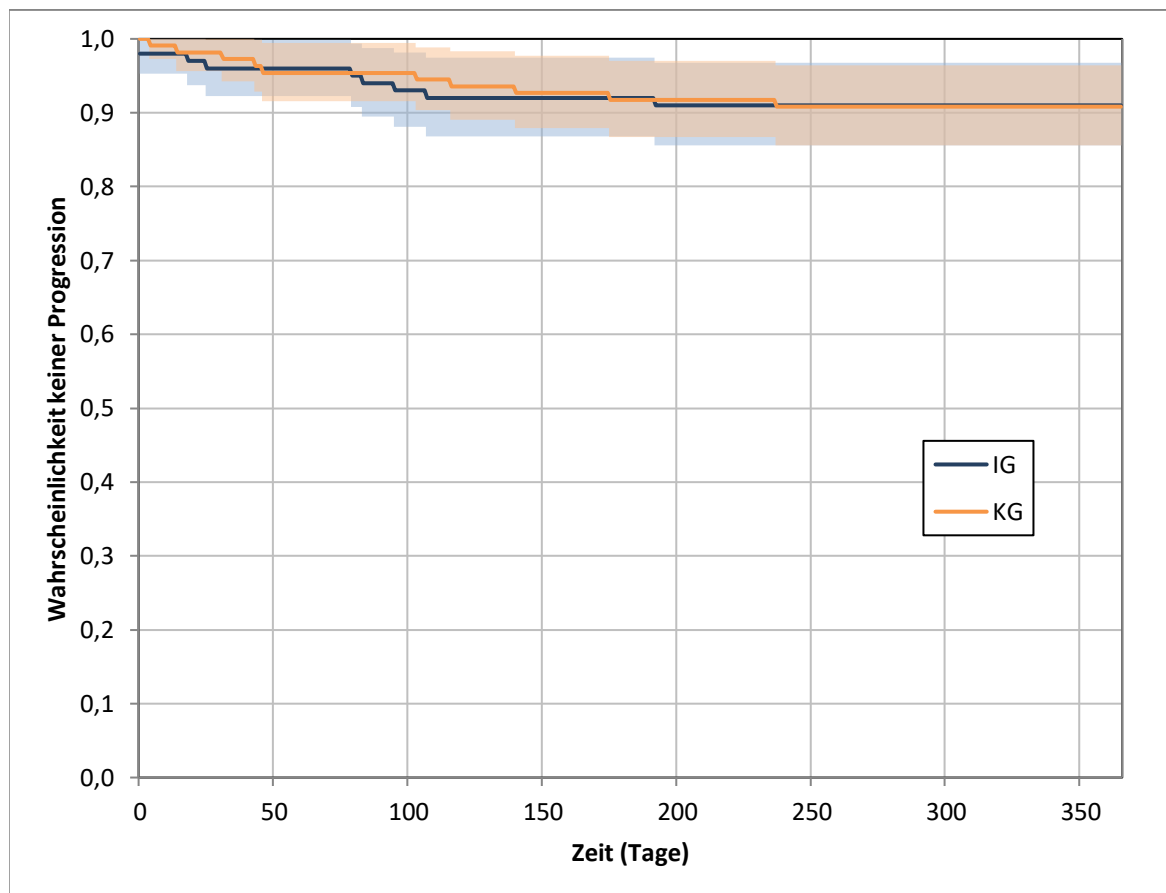
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

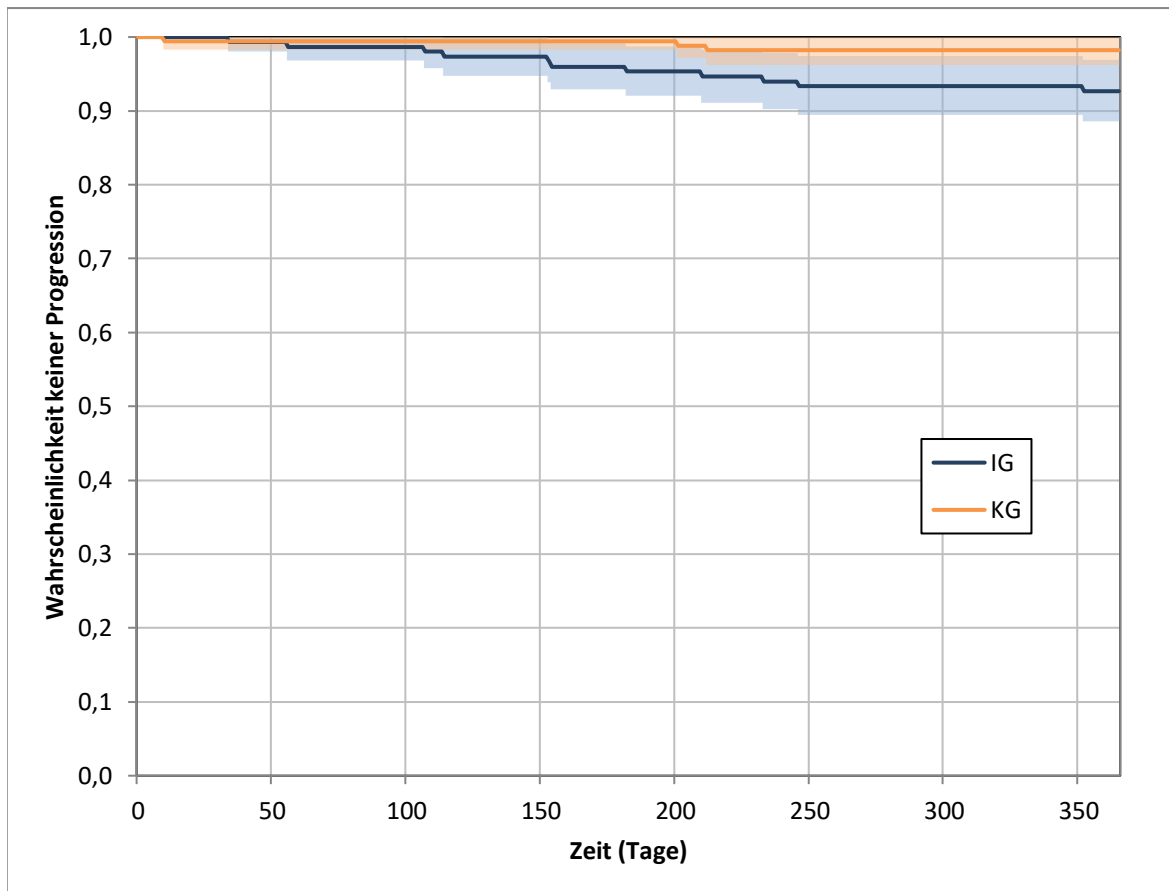
Legende für die folgenden Abbildungen:

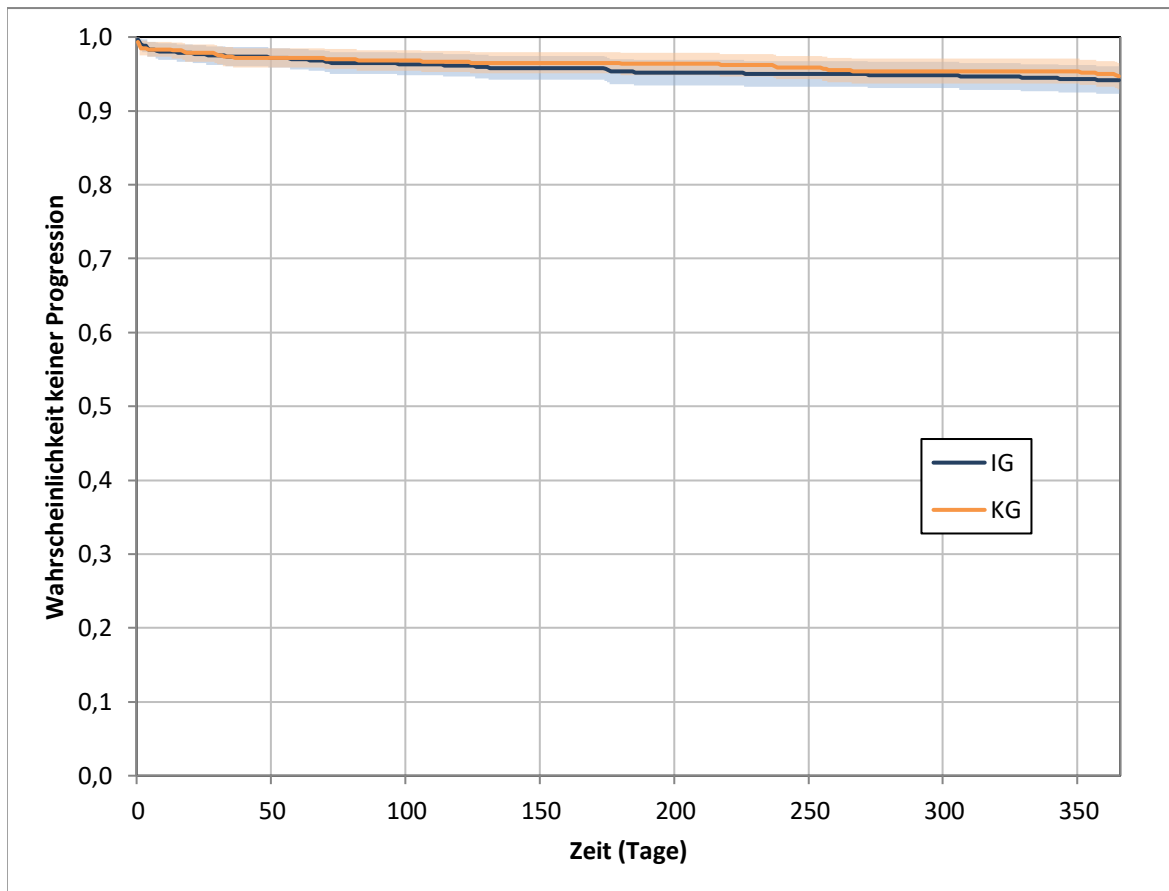
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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	447	459
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	73	86
• Jegliche depr. Episode ³	113	129
• ohne Suchterkrankung ⁵	424	442
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	11,0 %	8,1 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	9,7 %	0,8 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	8,7 %	7,5 %

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

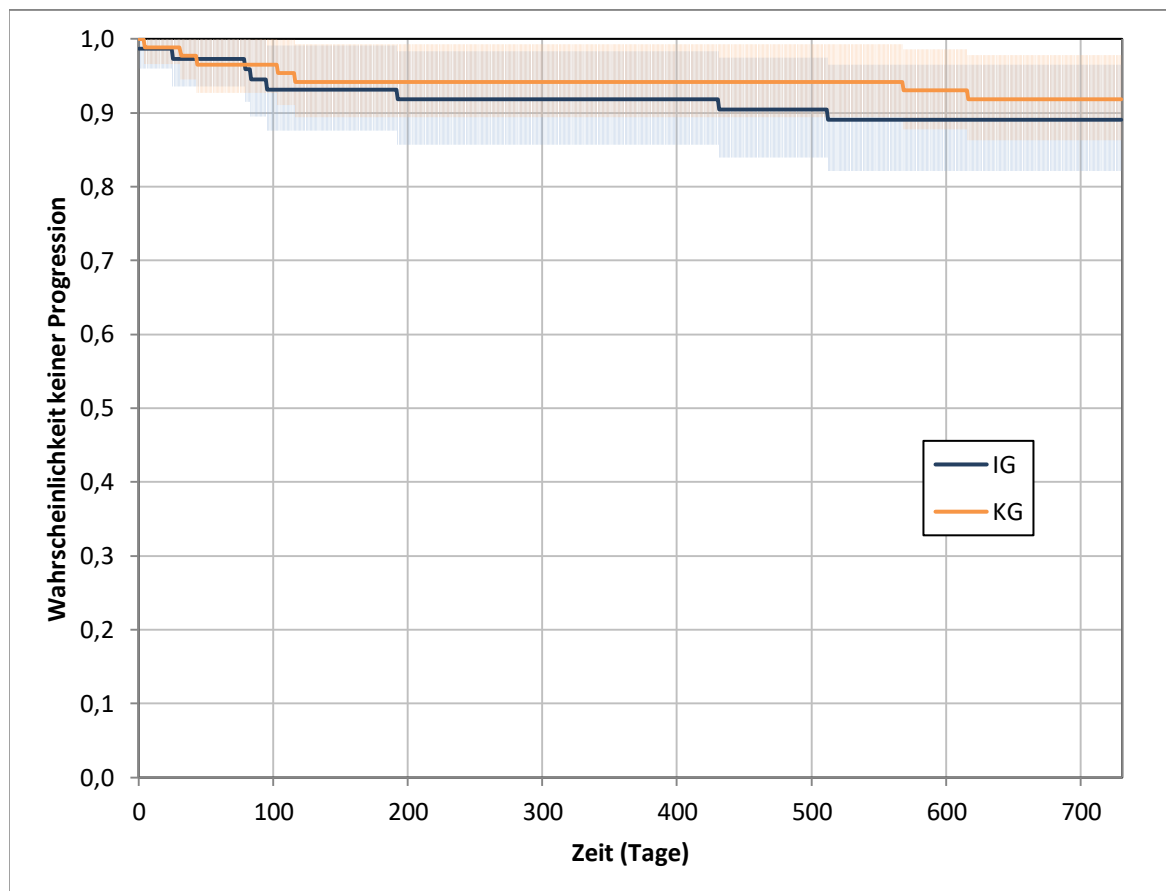
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

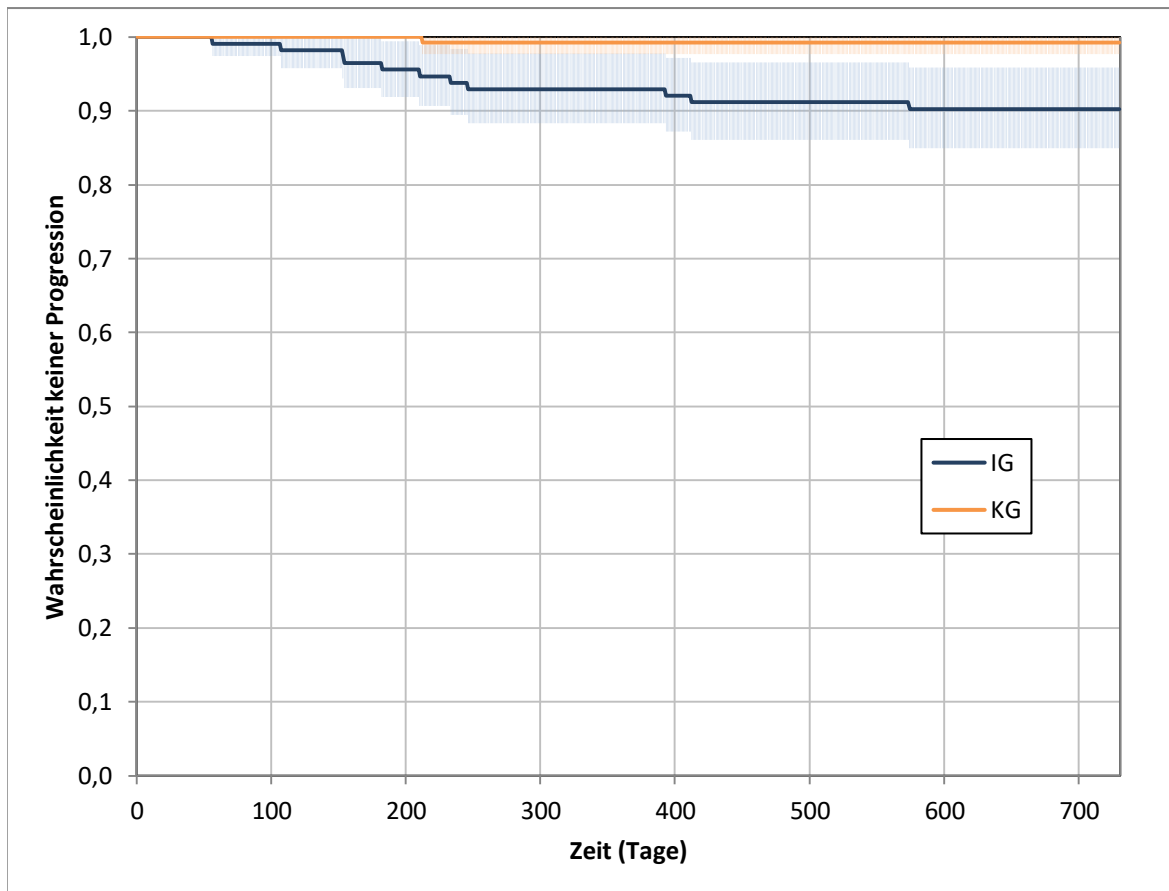
Legende für die folgenden Abbildungen:

IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

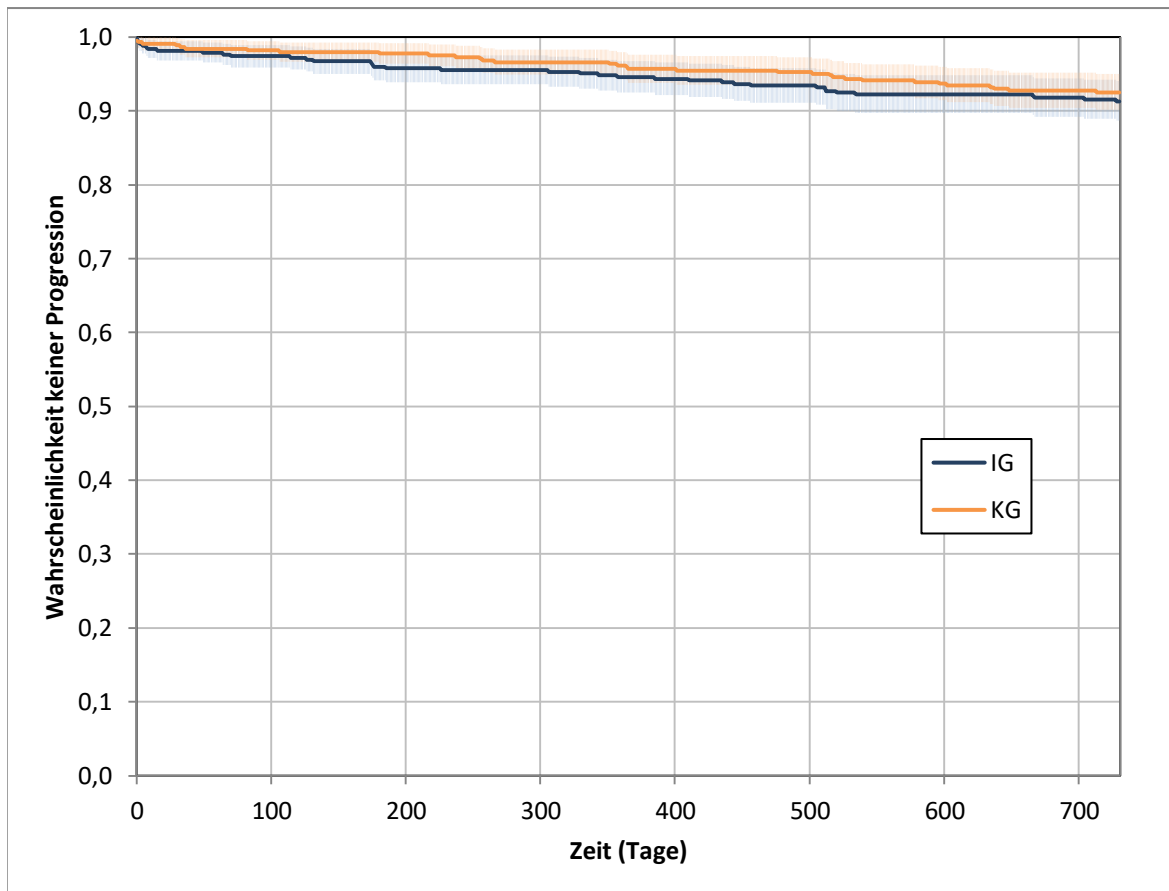
Progression C (→ Suchterkrankung)

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	1,37 0,50...3,79	13,12* 1,69...101,59	1,15 0,71...1,85

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	269	273
Anzahlen mit		
<ul style="list-style-type: none"> • Leichte/mittelgrad. depressive Episode¹ • Jegliche depr. Episode³ • ohne Suchterkrankung⁵ 	49 80 255	46 74 264
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) 	14,3 % 11,3 % 9,4 %	13,0 % 0,0 % 9,5 %

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	454	447
Anzahlen mit		
• Leichte/mittelgrad. depressive Episode ¹	28	38
• Jegliche depr. Episode ³	68	57
• ohne Suchterkrankung ⁵	436	436
Anteil Personen mit Progression:		
• Leichte/mittelgrad. depr. Episode ¹ zu schwere depr. Epi. ² (A)	7,1 %	5,3 %
• Jegliche depr. Episode ³ zu rezidivierende depr. Störung ⁴ (B)	8,8 %	0,0 %
• Entwicklung einer Suchterkrankung ⁵ (C)	7,8 %	7,6 %

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

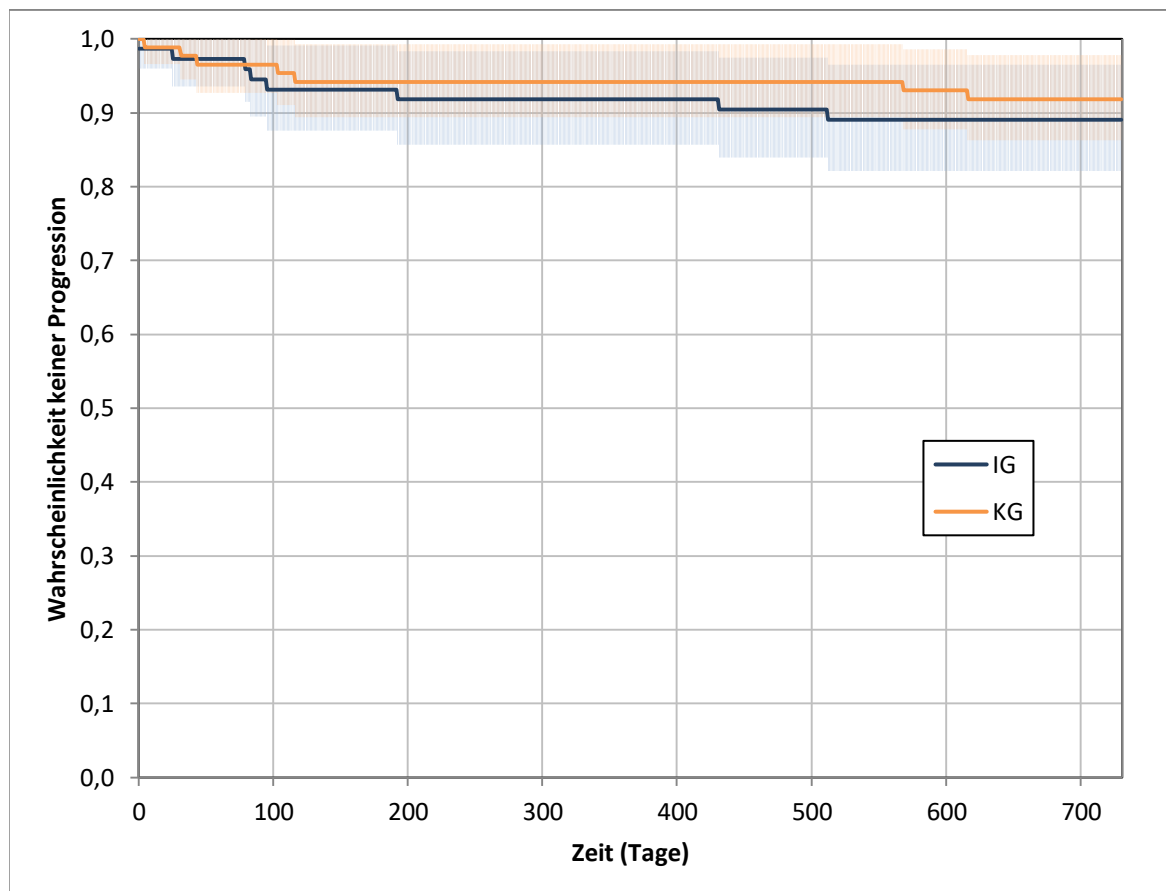
Kinder und Jugendliche, klinikneue Patienten

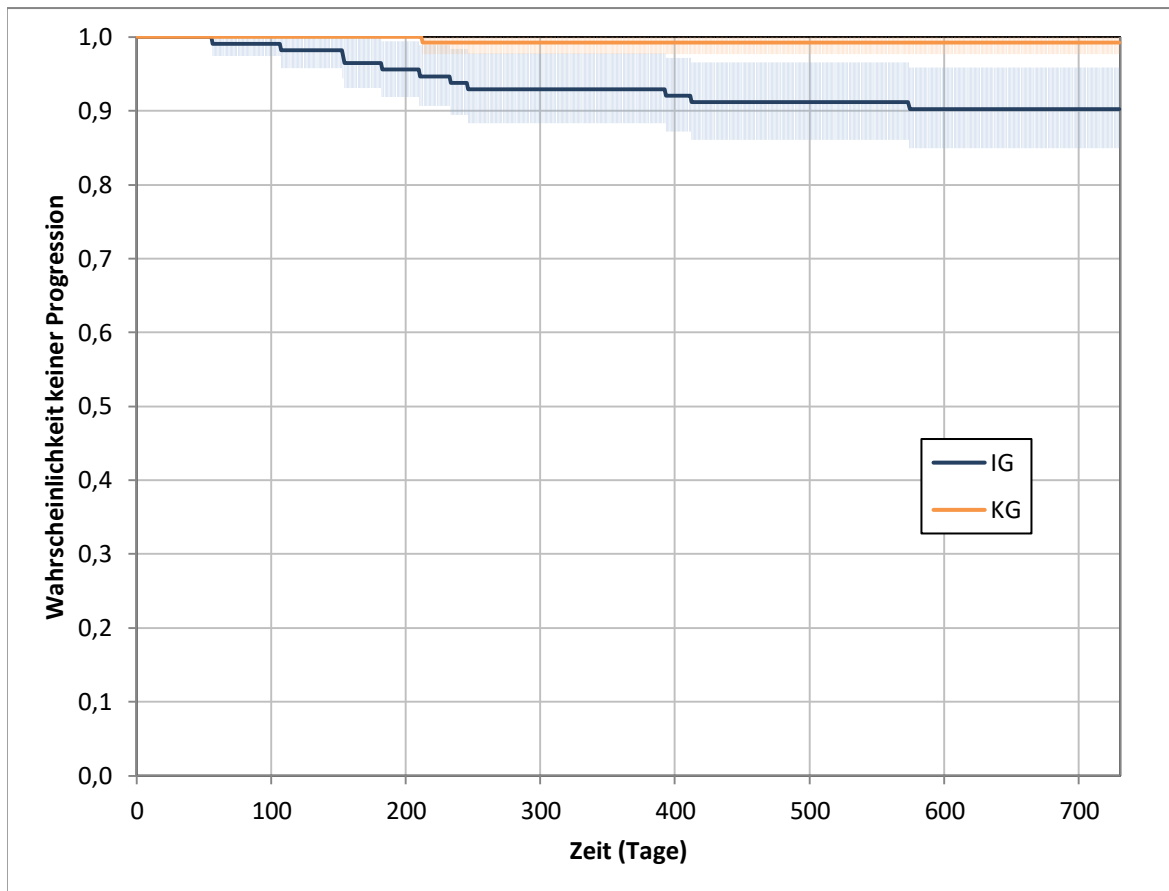
Legende für die folgenden Abbildungen:

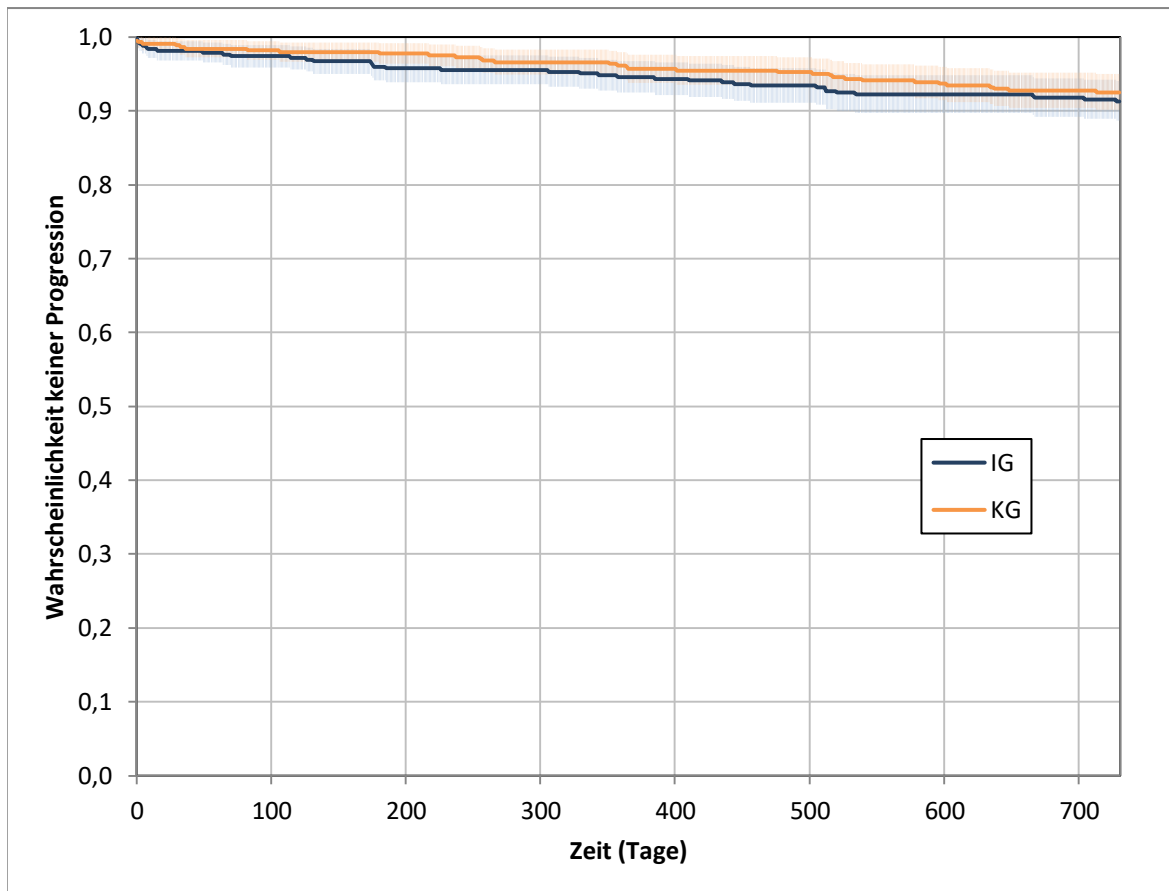
IG = Modellklinik, KG = Kontrollgruppe,

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

Progression A (→ schwere depressive Störung)



Progression B (→ rezidivierende depressive Störung)

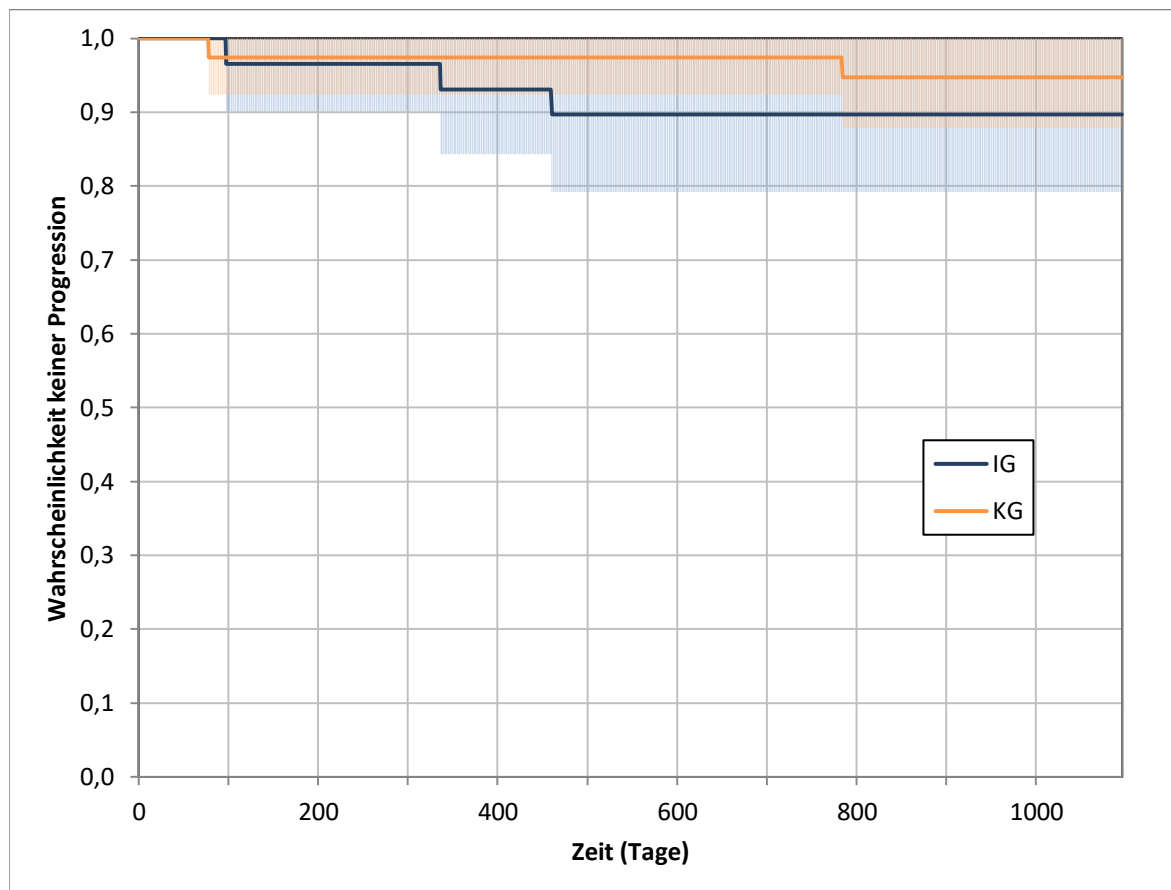
Progression C (→ Suchterkrankung)

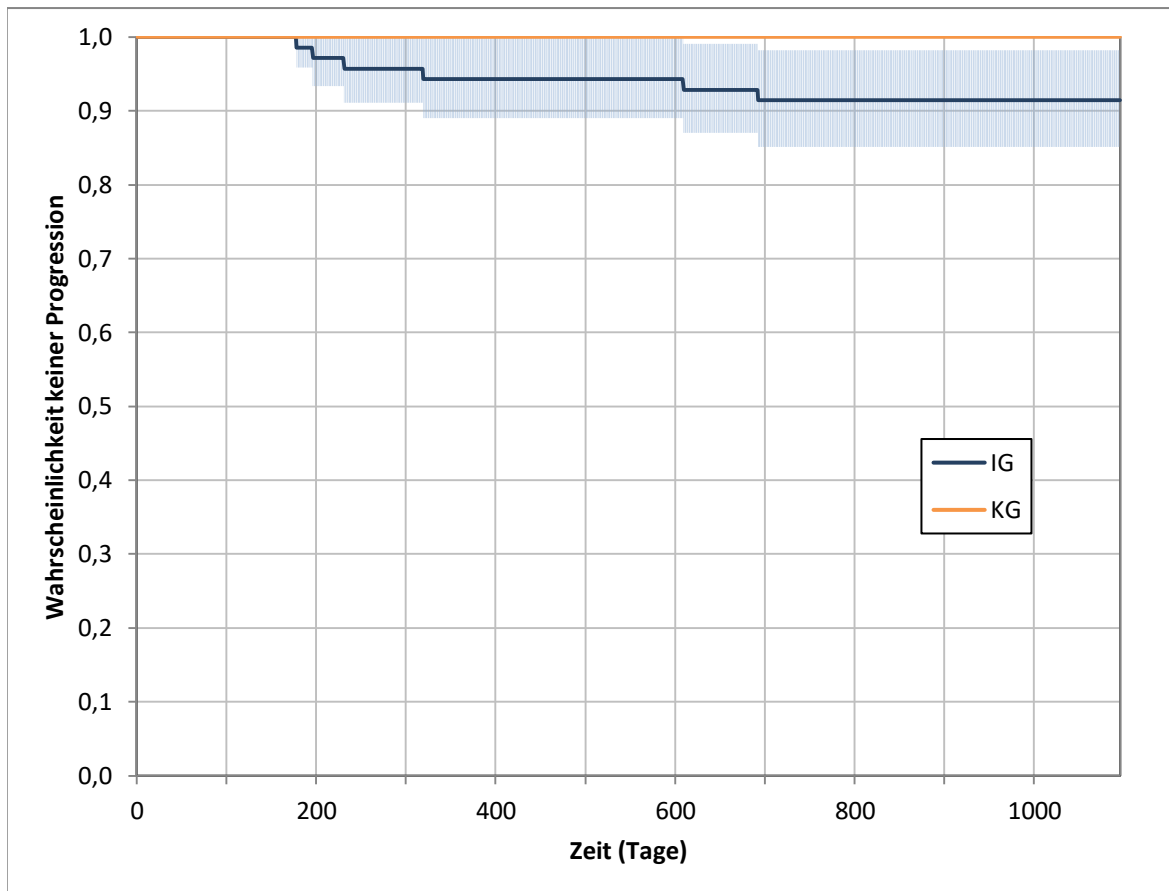
Kinder und Jugendliche, klinikbekannte Patienten

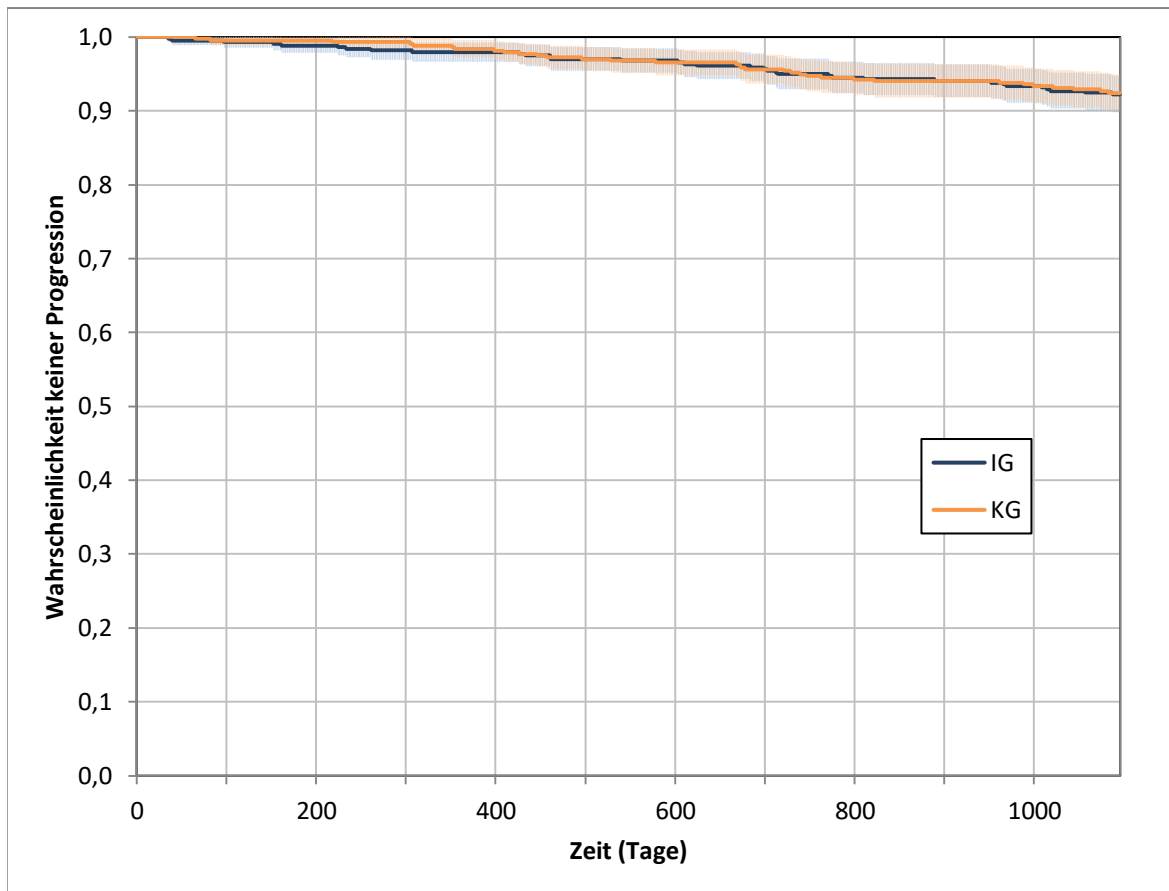
Legende für die folgenden Abbildungen:

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), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting zwischen IG und KG (vgl. Tabelle 106 und Abbildung 61).

Bei den linikbekannten Patienten wurden im ersten Nachbeobachtungsjahr signifikant weniger Patienten der IG vollstationär behandelt und dafür signifikant mehr Patienten der IG in der PIA behandelt im Vergleich zur KG (vgl. Tabelle 107 und Abbildung 62). Dass mehr Patienten der IG in der PIA behandelt wurden, war bis zum vierten Nachbeobachtungsjahr erkennbar.

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung hatten in der IG signifikant weniger Patienten als in der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting (vgl. Tabelle 108 und Abbildung 63). Gleichzeitig hatten signifikant mehr Patienten der IG ihren Referenzfall in der PIA. Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden wiederum signifikant weniger Patienten der IG als der KG in der PIA behandelt. Dafür wurden signifikant mehr Patienten der IG tagesklinisch behandelt. Außerdem wurden signifikant weniger Patienten der IG vollstationär behandelt als in der KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung hatten signifikant mehr Patienten der IG als in der KG ihren Referenzfall in der PIA (vgl. Tabelle 109 und Abbildung 64). Gleichzeitig hatten signifikant weniger Patienten der IG als in der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting. Dieses Behandlungsmuster setzte sich bis zum zweiten Nachbeobachtungsjahr fort.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung hatten signifikant weniger Patienten der IG als in der KG ihren Referenzfall im vollstationären Setting (Tabelle 110 und Abbildung 65). Im ersten Nachbeobachtungsjahr wurden signifikant mehr Patienten der IG als in der KG tagesklinisch behandelt. Gleichzeitig wurden signifikant

weniger Patienten der IG in der PIA behandelt. Im zweiten und dritten Nachbeobachtungsjahr ergaben sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bei den klambekanntem Patienten hatten signifikant weniger Patienten der IG keinen Fall im Präzeitraum (Tabelle 111 und Abbildung 66). Dafür hatten bereits im Präzeitraum signifikant mehr Patienten der IG einen PIA-Fall. Ihren Referenzfall hatten signifikant mehr Patienten der IG als in der KG in der PIA. Gleichzeitig hatten signifikant weniger Patienten der IG ihren Referenzfall im vollstationären Setting.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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

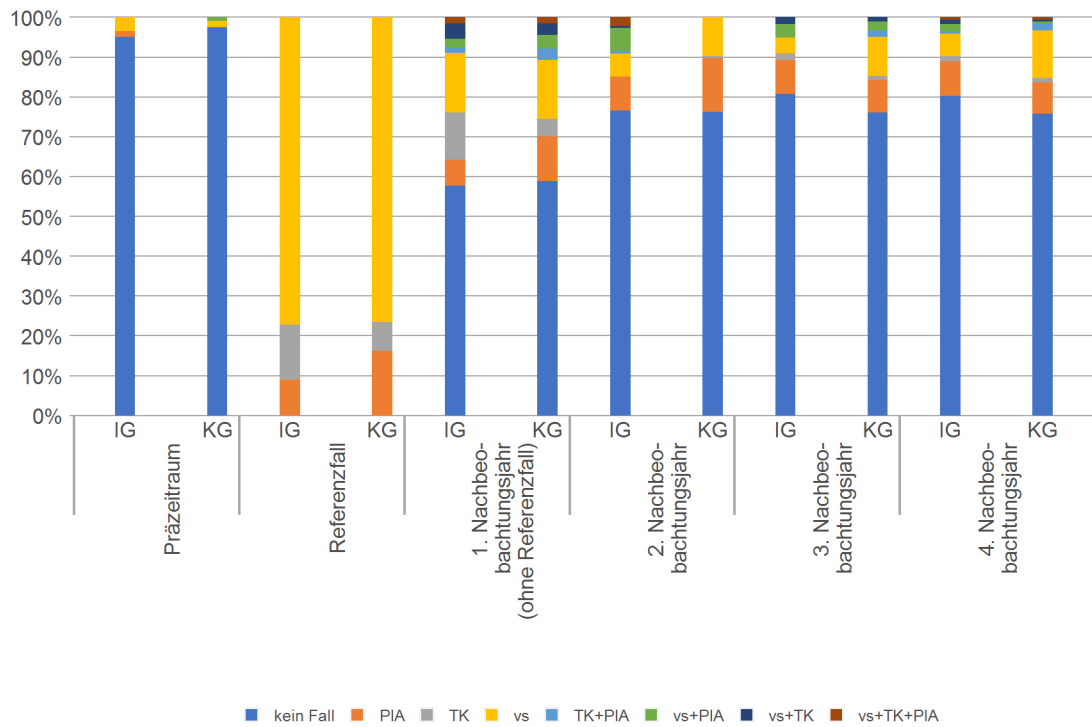
Klinikneue Patienten

Tabelle 106: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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							<10	<10	1,000	<10		0,865				<10	<10	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK							<10	<10	1,000	<10		1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+PIA		<10	0,965				<10	<10	1,000	11		0,017	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+HT																		
TK+PIA							<10	<10	1,000	<10		1,000		<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	0,965	155	156	0,971	30	30	1,000	11	19	1,000	<10	18	0,388	10	21	0,626
TK				28	15	0,124	24	<10	0,087		<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	<10		0,965	18	33	0,124	13	23	0,891	16	26	1,000	15	15	1,000	15	14	1,000
HT																		
kein Fall	191	199	0,965				116	120	1,000	144	148	1,000	143	140	1,000	139	134	1,000
Gesamtergebnis	201	204	0,403	201	204	0,062	201	204	0,874	188	194	0,017	177	184	1,000	173	177	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 61: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

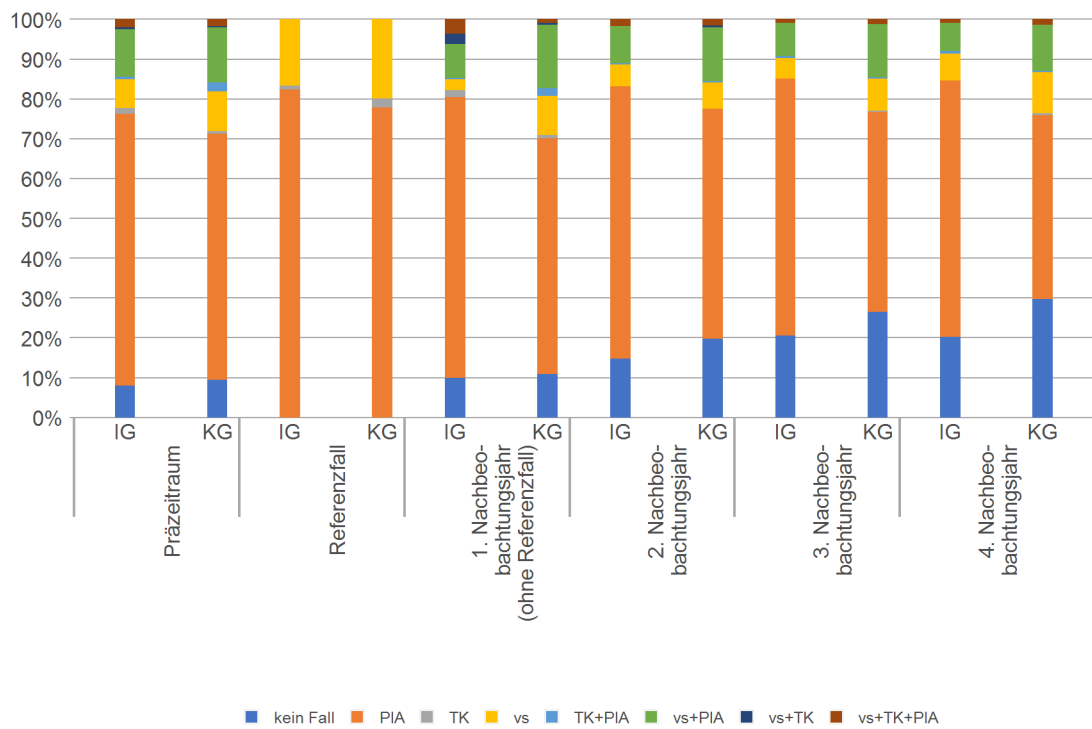
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 107: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	<10	<10	1,000				13	<10	0,123	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	<10	1,000				<10	<10	0,288		<10	1,000						
vs+PIA	42	48	1,000				30	55	0,026	32	45	0,677	28	42	0,342	23	35	0,322
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	0,850				<10	<10	0,288	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	26	35	1,000	59	69	0,620	10	34	0,002	19	22	1,000	17	26	0,577	22	31	0,571
TK	<10	<10	1,000	<10	<10	0,620	<10	<10	1,000					<10	1,000		<10	1,000
PIA	241	215	0,764	291	271	0,620	249	206	0,015	236	192	0,038	217	159	0,002	210	139	<0,001
HT																		
kein Fall	28	33	1,000				35	38	1,000	51	66	0,677	69	84	0,441	66	89	0,050
Gesamtergebnis	353	348	1,000	353	348	0,620	353	348	<0,001	345	333	0,677	336	317	0,095	326	300	0,007

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 62: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

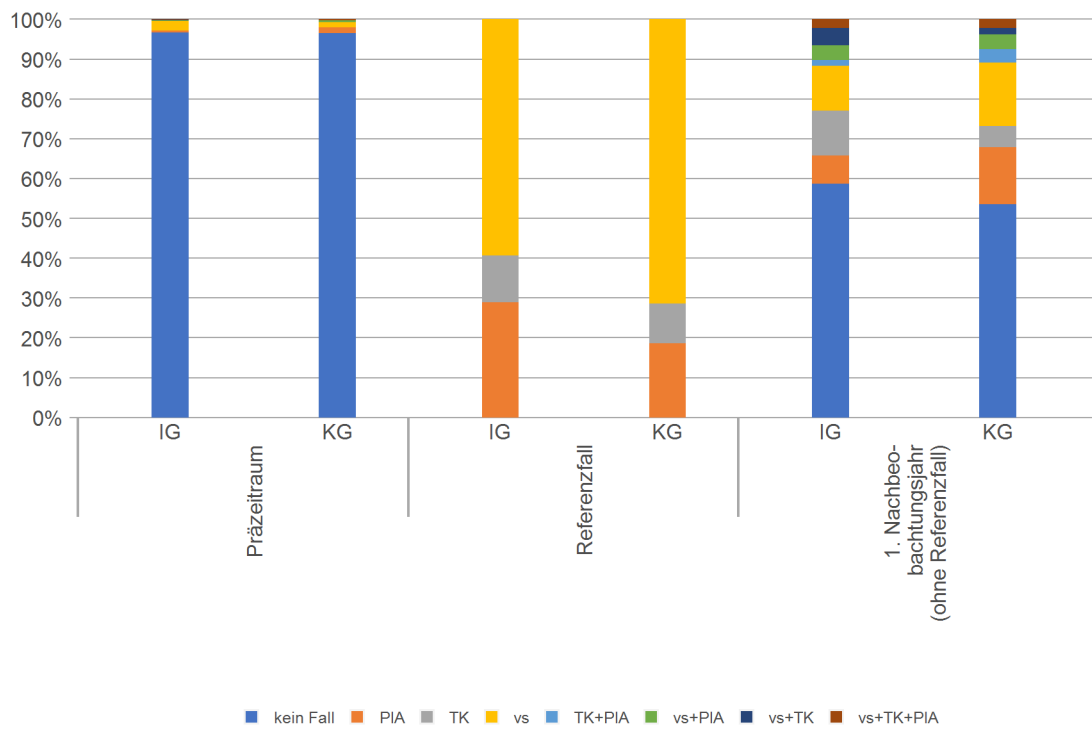
Neben den klinikneuen Patienten mit Studieneintritt im ersten Jahr wurden die Anteile der Patienten über die einzelnen Behandlungssettings *vollstationär*, *Tagesklinik*, *Home-Treatment (stationsäquivalent)* sowie *PIA* ebenfalls für alle klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr erhoben.

Tabelle 108: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000				22	23	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK	<10		1,000				45	15	<0,001
vs+PIA	<10	<10	1,000				37	38	1,000
vs+HT									
TK+PIA							14	34	0,022
TK+HT									
HT+PIA									
vs	23	14	0,922	602	725	<0,001	115	162	0,015
TK				120	101	0,200	115	55	<0,001
PIA	<10	14	0,456	294	190	<0,001	71	145	<0,001
HT									
kein Fall	983	981	1,000				597	544	0,060
Gesamtergebnis	1.016	1.016	0,846	1.016	1.016	<0,001	1.016	1.016	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 63: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

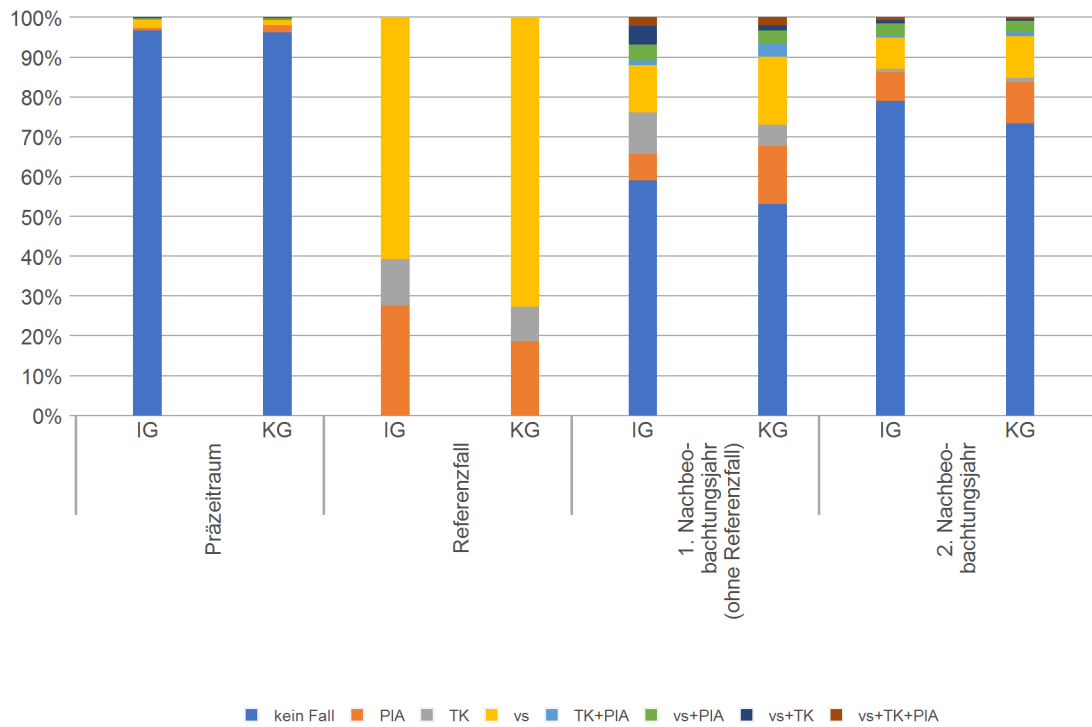
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Tabelle 109: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	1,000				17	15	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK	<10		1,000				36	10	0,001	<10	<10	1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				31	27	1,000	23	22	1,000
vs+HT												
TK+PIA							<10	24	0,054	<10	<10	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	17	10	1,000	469	560	<0,001	92	132	0,023	58	76	0,812
TK				90	66	0,054	81	41	0,001	<10	<10	1,000
PIA	<10	13	0,671	213	144	<0,001	50	112	<0,001	53	77	0,276
HT												
kein Fall	746	741	1,000				456	409	0,064	576	535	0,127
Gesamtergebnis	772	770	1,000	772	770	<0,001	772	770	<0,001	730	730	0,812

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 64: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

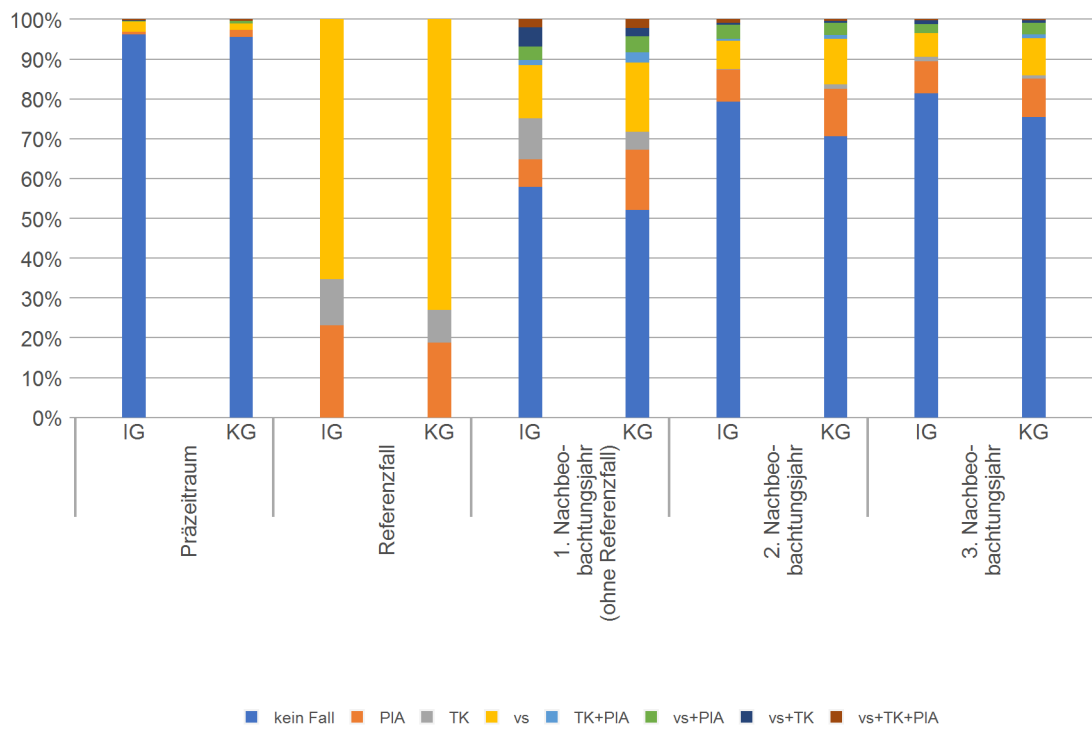
Klinikneue Patienten

Tabelle 110: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10	<10	1,000				10	11	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10		1,000				23	10	0,168	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				16	20	1,000	16	14	1,000	10	13	1,000
vs+HT															
TK+PIA							<10	12	0,767	<10	<10	1,000		<10	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	12	<10	1,000	311	357	0,042	64	85	0,427	32	53	0,280	25	42	0,516
TK				56	40	0,163	49	22	0,006	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
PIA	<10	<10	1,000	110	92	0,163	33	74	<0,001	36	55	0,419	34	43	1,000
HT															
kein Fall	459	467	1,000				276	255	0,427	355	328	0,033	347	336	0,362
Gesamtergebnis	477	489	1,000	477	489	0,078	477	489	<0,001	448	464	0,280	426	445	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 65: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

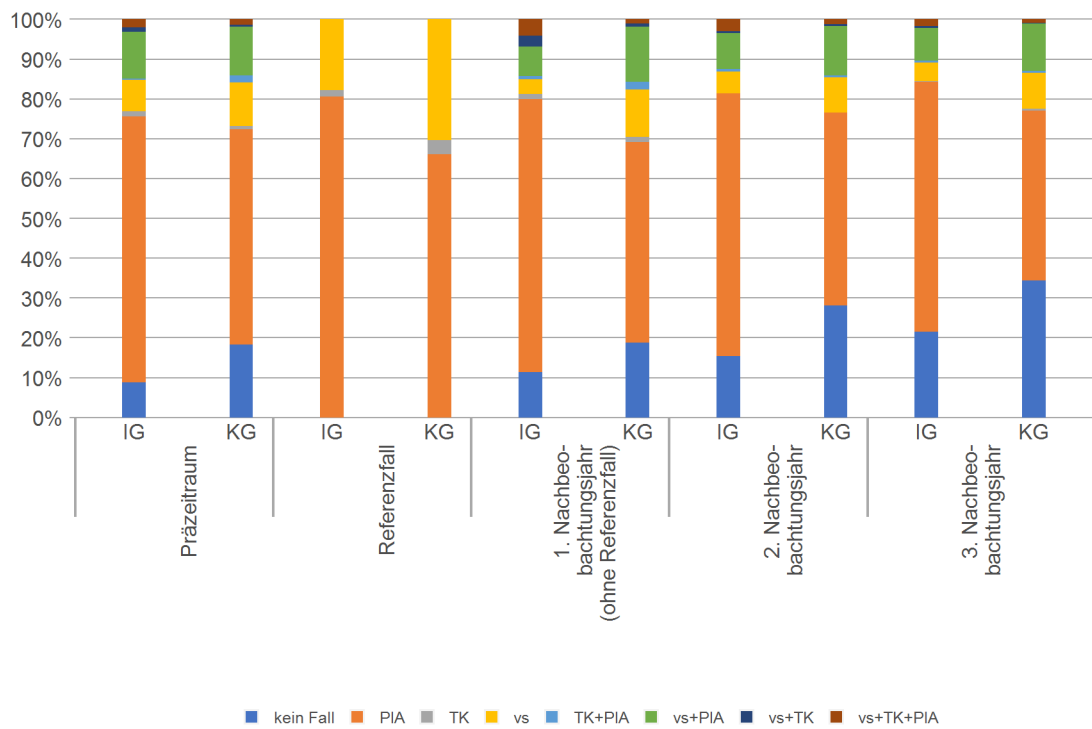
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 111: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	10	<10	1,000				20	<10	0,019	14	<10	0,478	<10	<10	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1,000				13	<10	0,152	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+PIA	57	59	1,000				36	67	0,010	42	57	0,478	37	52	0,458
vs+HT															
TK+PIA	<10	<10	0,410				<10	<10	0,525	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	38	53	0,603	86	147	<0,001	18	58	<0,001	26	41	0,336	21	40	0,077
TK	<10	<10	1,000	<10	17	0,104	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000
PIA	324	261	<0,001	391	320	<0,001	333	244	<0,001	308	223	<0,001	284	188	<0,001
HT															
kein Fall	43	89	<0,001				55	91	0,010	72	130	<0,001	97	152	<0,001
Gesamtergebnis	485	484	<0,001	485	484	<0,001	485	484	<0,001	467	461	<0,001	452	441	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 66: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 112 und Abbildung 67).

Bei den linikbekanntem Patienten ergaben sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 113 und Abbildung 68)

U2: Für die linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Behandlungssetting zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 114 und Abbildung 69)

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tabelle 115 und Abbildung 70).

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Tabelle 116 und Abbildung 71).

Bei den linikbekanntem Patienten hatten im Präzeitraum signifikant weniger Patienten der IG als in der KG einen PIA Behandlungsfall (Tabelle 117 und Abbildung 72). Gleichzeitig wies die IG im Präzeitraum signifikant mehr Behandlungen in Kombination aus vollstationärer und tagesklinischer Behandlung auf.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

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

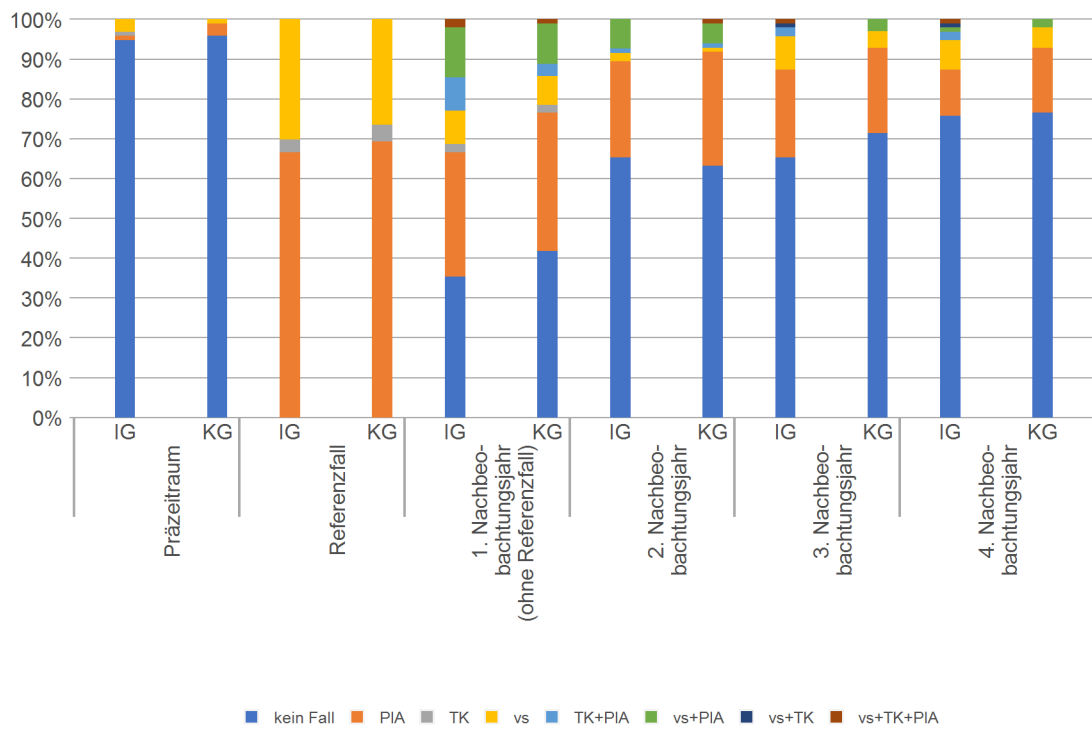
Klinikneue Patienten

Tabelle 112: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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	1,000		<10	1,000	<10		1,000	<10		1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK													<10		1,000	<10		1,000
vs+PIA							12	10	1,000	<10	<10	1,000		<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+HT																		
TK+PIA							<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10		1,000	<10		1,000
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	1,000	29	26	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK	<10		1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000									
PIA	<10	<10	1,000	64	68	1,000	30	34	1,000	23	28	1,000	21	21	1,000	11	16	1,000
HT																		
kein Fall	91	94	1,000				34	41	1,000	62	62	1,000	62	70	1,000	72	75	1,000
Gesamtergebnis	96	98	1,000	96	98	1,000	96	98	1,000	95	98	1,000	95	98	1,000	95	98	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 67: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

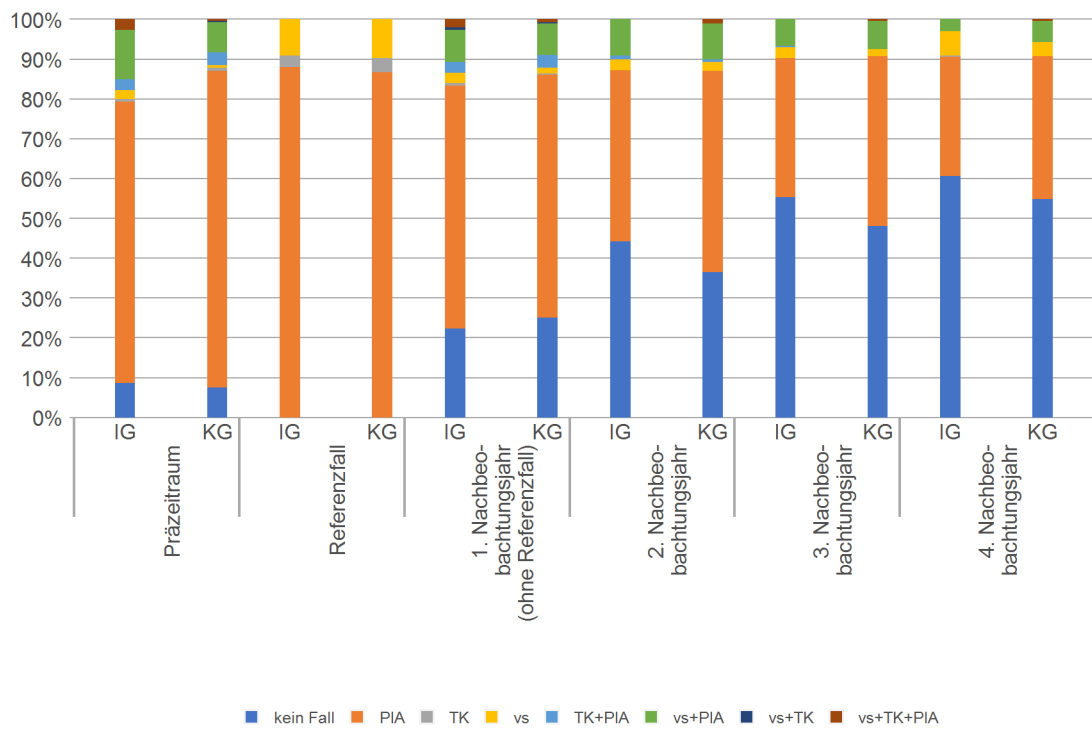
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 113: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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	0,434				<10	<10	1,000		<10	0,956		<10	1,000		<10	1,000
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK		<10	1,000				<10	<10	1,000									
vs+PIA	37	21	0,434				24	22	1,000	27	25	1,000	20	20	1,000	<10	15	1,000
vs+HT																		
TK+PIA	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10		1,000			
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	<10	<10	1,000	27	27	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000	18	10	1,000
TK	<10	<10	1,000	<10	10	1,000	<10	<10	1,000							<10		1,000
PIA	211	222	0,148	263	242	1,000	182	170	1,000	128	141	0,496	104	119	0,475	89	100	1,000
HT																		
kein Fall	26	21	1,000				67	70	1,000	132	102	0,496	165	134	0,558	180	153	1,000
Gesamtergebnis	299	279	0,434	299	279	1,000	299	279	1,000	298	279	0,956	298	279	1,000	297	279	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 68: Verteilung der Behandlungssettings, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

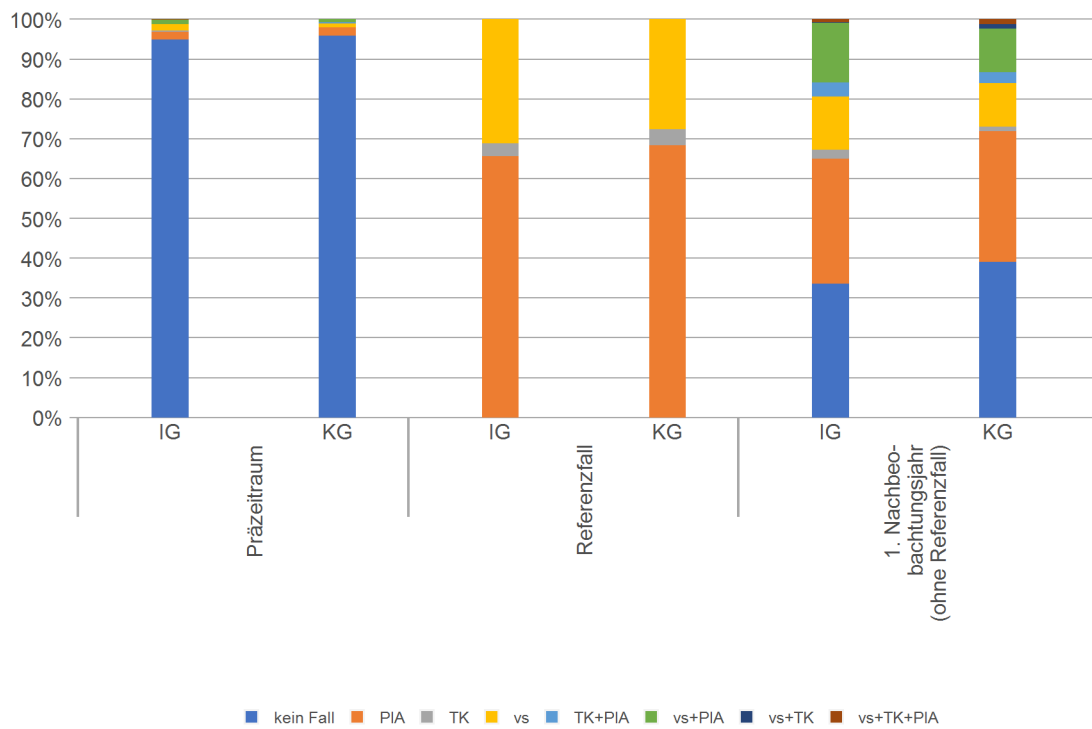
U2 Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 114: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA									
vs+TK+PIA	<10		1,000				<10	<10	1,000
vs+TK+HT									
vs+HT+PIA									
TK+HT+PIA									
vs+TK							<10	<10	0,457
vs+PIA	<10	<10	1,000				93	68	0,342
vs+HT									
TK+PIA		<10	1,000				23	17	1,000
TK+HT									
HT+PIA									
vs	10	<10	1,000	195	173	0,771	83	69	1,000
TK	<10		1,000	20	25	0,991	14	<10	0,933
PIA	12	13	1,000	411	428	0,991	197	205	1,000
HT									
kein Fall	594	600	1,000				210	245	0,342
Gesamtergebnis	626	626	1,000	626	626	0,991	626	626	0,192

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 69: Verteilung der Behandlungssettings, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

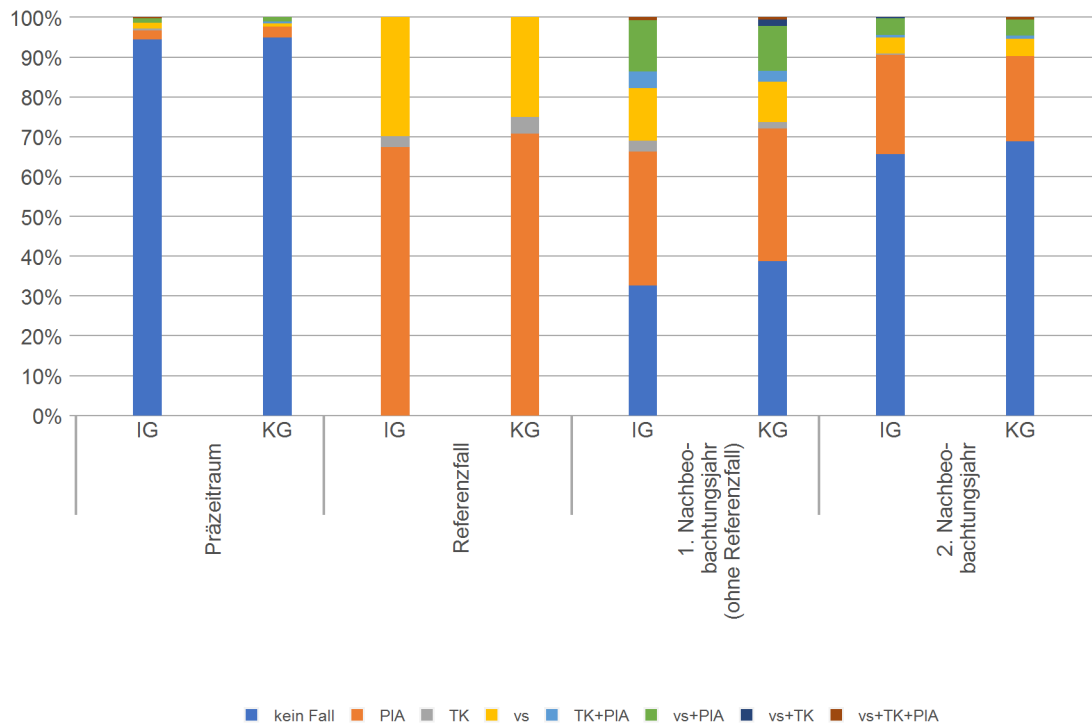
U3 Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 115: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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		1,000				<10	<10	1,000		<10	1,000
vs+TK+HT												
vs+HT+PIA												
TK+HT+PIA												
vs+TK								<10	0,223	<10		1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				58	52	1,000	19	18	1,000
vs+HT												
TK+PIA		<10	1,000				19	12	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT												
HT+PIA												
vs	<10	<10	1,000	134	115	0,471	59	47	1,000	18	20	1,000
TK	<10		1,000	12	19	0,602	12	<10	1,000	<10		1,000
PIA	10	12	1,000	302	325	0,602	151	153	1,000	112	98	1,000
HT												
kein Fall	423	436	1,000				146	178	0,425	293	316	1,000
Gesamtergebnis	448	459	1,000	448	459	0,471	448	459	0,329	447	459	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 70: Verteilung der Behandlungssettings, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

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

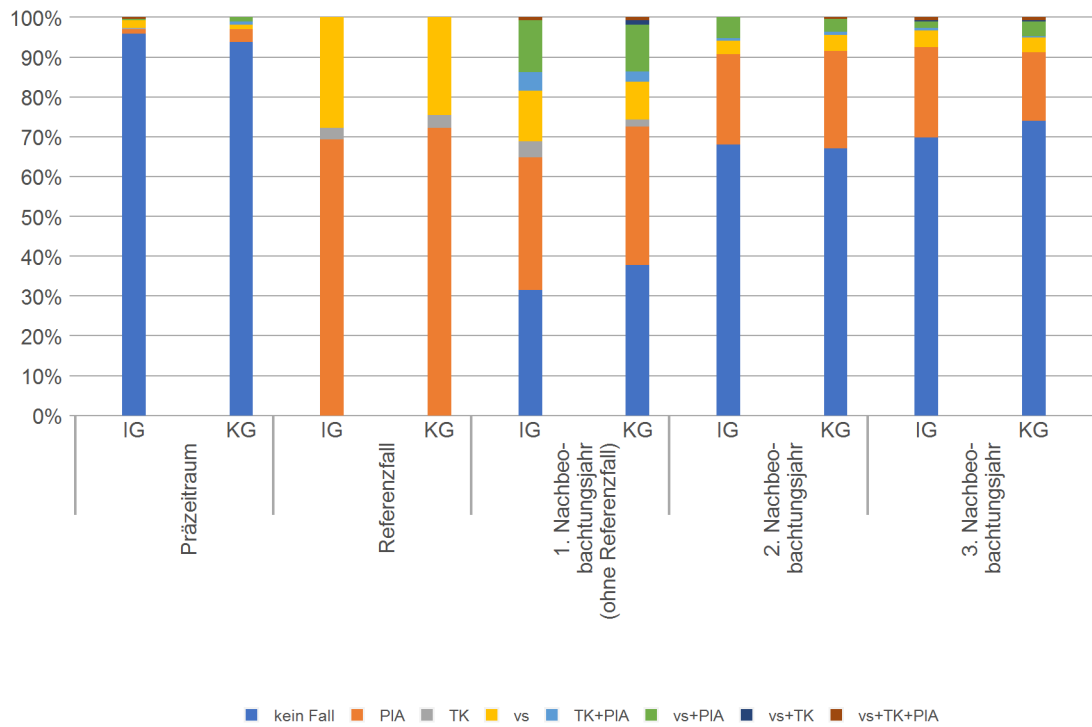
Klinikneue Patienten

Tabelle 116: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			2. Jahr			3. Jahr		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA															
vs+TK+PIA	<10		1,000				<10	<10	1,000		<10	1,000	<10	<10	1,000
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK								<10	1,000				<10	<10	1,000
vs+PIA	<10	<10	1,000				35	32	1,000	14	<10	1,000	<10	10	1,000
vs+HT															
TK+PIA		<10	1,000				13	<10	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	<10	<10	1,000	75	67	1,000	34	26	1,000	<10	11	1,000	11	10	1,000
TK	<10		1,000	<10	<10	1,000	11	<10	1,000						
PIA	<10	<10	1,000	187	197	1,000	90	95	1,000	61	67	1,000	61	47	1,000
HT															
kein Fall	259	256	1,000				85	103	1,000	183	183	1,000	188	202	1,000
Gesamtergebnis	270	273	1,000	270	273	1,000	270	273	1,000	269	273	1,000	269	273	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 71: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

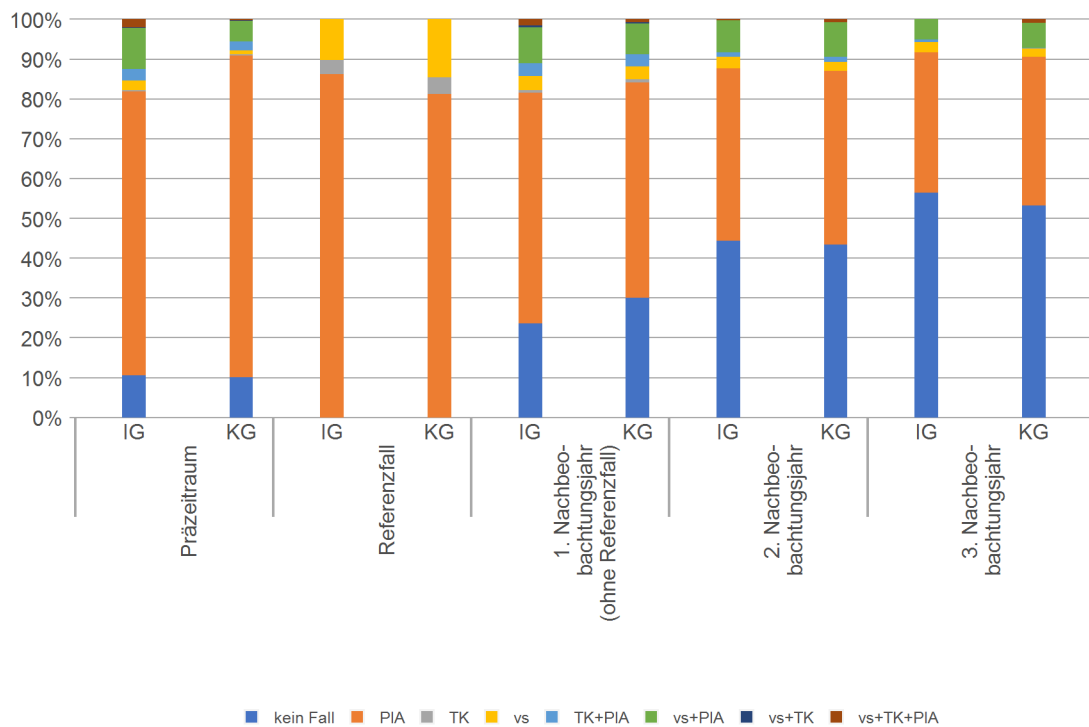
Klinikbekannte Patienten

Tabelle 117: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	Präzeitraum			Referenzfall			1. Jahr			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	0,169				<10	<10	1,000	<10	<10	1,000		<10	0,898
vs+TK+HT															
vs+HT+PIA															
TK+HT+PIA															
vs+TK	<10	<10	1,000				<10	<10	1,000						
vs+PIA	47	23	0,041				41	34	1,000	37	39	1,000	23	28	1,000
vs+HT															
TK+PIA	13	10	1,000				15	14	1,000	<10	<10	1,000	<10	<10	1,000
TK+HT															
HT+PIA															
vs	11	<10	0,638	47	65	0,212	16	14	1,000	13	10	1,000	12	<10	1,000
TK	<10	<10	1,000	16	19	0,685	<10	<10	1,000						
PIA	325	361	0,010	393	363	0,212	264	242	1,000	197	195	1,000	160	167	1,000
HT															
kein Fall	48	45	1,000				108	134	0,355	202	194	1,000	257	238	1,000
Gesamtergebnis	456	447	0,041	456	447	0,239	456	447	1,000	455	447	1,000	455	447	1,000

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

Abbildung 72: Verteilung der Behandlungssettings, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

9.2 Leistungserbringung

Beschreibung Ergebnisse (U1), Erwachsene

Die unterschiedliche Intensität der Behandlung linikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 118 bis Tabelle 121 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die linikbekannten Patienten finden sich in 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, Erwachsene

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 118: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne 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	201	204	201	204	201	204	201	204	201	204	201	204	188	194	188	194	177	184	177	184	173	177	173	177
N mit Fall	7	5	0	0	155	156	28	15	45	46	38	24	27	19	6	1	16	24	6	7	16	20	4	5
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,1			1,0	1,8	1,8	0,8	0,4	1,3	1,9	1,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,3	0,3	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,3	0,1			7,0	9,2	3,6	2,9	4,0	3,9	4,2	3,2	2,8	1,4	0,3	0,2	1,5	1,1	0,5	1,0	0,9	1,1	0,6	0,5
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,1	0,0			0,1	0,2			0,2	0,2			0,3	0,1			0,3	0,1			0,3	0,1		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	1,1	0,0			0,8	4,7			0,5	2,4			0,4	0,5			0,3	1,3			0,4	1,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe					0,0		0,2	0,3		0,2	0,1	0,0		0,1			0,1		0,3		0,3	0,1	0,2	0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege					0,0		0,3	0,3		0,2	0,2	0,0		0,2			0,1		0,3		0,6	0,0	0,2	0,1
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,2	0,1	0,1			0,2	0,3									
psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege									0,1	0,1	0,0			0,2	0,2									
Gesamt	1,5	0,2			8,9	16,0	5,4	4,1	5,9	8,1	6,6	4,9	3,9	2,6	1,1	0,2	2,6	2,8	1,3	1,3	2,6	2,7	1,1	0,9

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 119: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne 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	201	204	201	204	201	204	201	204	201	204	201	204	188	194	188	194	177	184	177	184	173	177	173	177
N mit Fall	< 10	< 10	0	0	155	156	28	15	45	46	38	24	27	19	< 10	< 10	16	24	< 10	< 10	16	20	< 10	< 10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,6	2,4			1,3	2,4	12,9	10,4	1,7	5,9	10,0	11,4	2,2	2,3	1,2	4,3	3,0	2,6	5,0	7,9	2,4	2,8	5,0	6,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	7,4	5,4			9,1	12,0	26,1	39,1	17,8	17,3	22,4	27,3	19,2	14,7	9,7	36,1	16,8	8,5	15,1	27,4	9,5	9,9	25,1	18,9
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	2,7	1,0			0,1	0,2			0,7	0,7			2,3	0,6			3,8	0,8			2,9	0,7		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	31,7	0,8			1,0	6,2			2,0	10,8			3,1	5,1			2,9	9,9			4,1	9,4		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe						0,1		2,3	1,2		0,9	1,0	0,1		4,0		0,8		8,2		2,8	0,5	8,2	2,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege						0,1		4,6	1,3		0,9	1,7	0,1		5,2		1,4		9,7		6,1	0,3	9,0	2,8
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,9	0,5	0,4			1,7	8,8									
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege									0,6	0,5	0,2			1,7	6,7									
Gesamt	44,4	9,6			11,5	20,9	39,1	56,4	26,2	35,7	34,7	41,4	27,1	26,1	35,6	40,4	28,7	21,8	38,1	35,3	27,9	23,6	47,4	30,9

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 120: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	201	204	201	204	201	204	188	194	177	184	173	177
N mit Fall	< 10	< 10	18	33	23	39	32	26	21	22	20	19
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,1	0,3	1,6	1,5	1,8	1,7	1,4	1,5	1,4	1,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,2	0,4	1,2	1,5	1,4	1,2	1,0	1,0	0,9	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,0	0,1	0,6	0,0	0,5		0,2		0,1
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,0	0,0	0,2	0,7	0,2	0,6	0,1	0,3	0,2	0,2
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,0	0,3	0,7	2,8	2,9	3,2	2,9	2,5	2,5	2,3	2,3
Gesamt	0,0	0,0	0,3	0,7	3,1	3,7	3,4	3,5	2,6	2,8	2,5	2,5

Tabelle 121: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	201	204	201	204	201	204	188	194	177	184	173	177
N mit Fall	< 10	< 10	18	33	23	39	32	26	21	22	20	19
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,3	3,5	1,7	1,9	14,3	7,8	10,5	12,8	12,0	12,6	12,1	14,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,0	0,5	1,8	2,2	10,4	7,6	8,5	8,9	8,7	8,3	8,1	7,5
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,2	0,1	1,0	0,5	0,9	0,8	1,1	0,5	1,7	0,5
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung				0,2	1,1	3,2	0,1	3,4		1,7		1,4
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,2	0,3	2,1	3,7	1,0	4,2	1,1	2,2	1,7	1,8
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	2,3	4,0	3,4	4,2	24,7	15,4	19,0	21,7	20,7	20,9	20,2	21,7
Gesamt	2,3	4,0	3,7	4,5	26,9	19,1	19,9	25,9	21,8	23,1	21,9	23,5

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 122: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	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
	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	353	348	353	348	353	348	353	348	353	348	353	348	345	333	345	333	336	317	336	317	326	300	326	300
N mit Fall	77	90	16	17	59	69	< 10	< 10	62	94	29	15	57	74	< 10	< 10	48	72	< 10	< 10	43	62	< 10	< 10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	2,2	1,1	0,7	0,7	0,2	0,4	0,1	0,1	0,3	1,4	0,3	0,5	0,2	0,9	0,1	0,2	0,7	0,7	0,1	0,1	0,6	0,7	0,1	0,1
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	11,6	4,3	2,8	1,9	1,1	1,9	0,1	0,4	3,5	6,3	1,5	1,2	3,2	3,1	0,6	0,6	3,9	2,6	0,3	0,4	2,2	2,0	0,3	0,4
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	0,3	0,4			0,0	0,1			0,1	0,2			0,2	0,2			0,6	0,5			0,4	0,2		0,0
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	0,9	2,1			0,2	0,7			0,4	2,6			0,8	1,5			1,0	2,3			0,7	0,6		0,0
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,2	0,0		0,1				0,0	0,1		0,0	0,1	0,0	0,1		0,0	0,1		0,0	0,1	0,0			0,1
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	0,2	0,1		0,2				0,0	0,1		0,0	0,2	0,0	0,0		0,0	0,0		0,0	0,2	0,0			0,1
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,0	0,1			0,1	0,1										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege										0,1			0,2	0,1										
Gesamt	15,3	8,0	3,6	3,0	1,5	3,0	0,2	0,6	4,5	10,7	1,8	1,9	4,8	6,0	0,7	0,9	6,3	6,1	0,4	0,8	3,9	3,5	0,4	0,7

Tabelle 123: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	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
	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	353	348	353	348	353	348	353	348	353	348	353	348	345	333	345	333	336	317	336	317	326	300	326	300
N mit Fall	77	90	16	17	59	69	< 10	< 10	62	94	29	15	57	74	< 10	< 10	48	72	< 10	< 10	43	62	< 10	< 10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	9,9	4,4	16,3	14,1	0,9	1,9	11,7	5,9	2,0	5,1	3,2	10,8	1,4	4,2	3,3	9,5	5,0	2,9	4,2	7,4	4,2	3,5	3,2	8,4
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	53,0	16,6	62,5	39,5	6,8	9,8	14,7	17,5	19,8	23,3	18,5	27,5	19,4	14,0	31,4	25,6	27,0	11,6	17,5	18,7	16,7	9,7	17,5	23,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe	1,5	1,4			0,2	0,4			0,6	0,7			1,3	1,1			4,2	2,1			2,8	0,8		0,8
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege	3,9	8,1			1,4	3,3			2,5	9,7			4,6	6,7			7,2	10,1			5,2	3,1		0,6
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe	0,8	0,2		3,0				1,4	0,3		0,4	1,9	0,1	0,2		1,0	0,7		3,2	5,8	0,3			4,8
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege	1,0	0,3		4,6				2,1	0,4		0,4	4,5	0,2	0,2		0,9	0,1		1,8	8,5	0,3			5,7
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe									0,1	0,5			0,6	0,2										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege										0,3			1,2	0,3										
Gesamt	70,2	31,0	78,8	61,3	9,2	15,4	26,3	26,9	25,7	39,6	22,5	44,7	28,8	27,0	34,7	37,0	44,0	26,7	26,8	40,5	29,6	17,1	20,7	43,4

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 124: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	353	348	353	348	353	348	345	333	336	317	326	300
N mit Fall	291	277	291	271	293	271	275	243	250	206	238	179
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	4,5	6,8	3,7	2,3	13,7	6,6	14,2	6,9	14,4	6,9	12,4	5,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	11,0	7,2	2,8	2,0	10,1	6,3	10,4	6,9	10,4	6,3	8,6	5,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,5	0,6	0,3	0,2	1,1	0,5	1,2	0,5	1,3	0,5	1,2	0,4
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,8	0,1	0,2	0,3	0,8	0,1	1,2	0,1	1,2	0,1	1,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,7	1,5	0,4	0,4	1,4	1,3	1,3	1,8	1,4	1,7	1,3	1,4
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	15,5	13,9	6,5	4,3	23,8	13,0	24,6	13,8	24,7	13,2	21,0	10,8
Gesamt	16,1	15,4	6,9	4,7	25,2	14,3	25,9	15,6	26,1	15,0	22,2	12,2

Tabelle 125: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

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	353	348	353	348	353	348	345	333	336	317	326	300
N mit Fall	291	277	291	271	293	271	275	243	250	206	238	179
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	5,4	8,5	4,5	2,9	16,5	8,5	17,9	9,5	19,3	10,6	17,0	9,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	13,4	9,0	3,4	2,6	12,2	8,1	13,0	9,5	13,9	9,7	11,7	9,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,6	0,8	0,4	0,2	1,3	0,7	1,5	0,7	1,7	0,8	1,6	0,7
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	1,0	0,1	0,3	0,3	1,0	0,1	1,7	0,2	1,8	0,2	1,6
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,8	1,8	0,5	0,5	1,7	1,7	1,6	2,4	1,9	2,7	1,8	2,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	18,8	17,5	7,8	5,6	28,7	16,6	30,9	18,9	33,2	20,4	28,7	18,1
Gesamt	19,6	19,3	8,4	6,1	30,4	18,4	32,5	21,4	35,1	23,1	30,5	20,4

Beschreibung Ergebnisse (U1), Kinder und Jugendliche

U1: Die unterschiedliche Intensität der Behandlung linikneuer Patienten hinsichtlich Therapieeinheiten im vollstationären bzw. tagesklinischen Setting, sowie die durchschnittliche Anzahl an PIA Kontakten werden in Tabelle 126 bis Tabelle 129 dargestellt. Die entsprechenden Darstellungen für die linikbekannt Patienten finden sich in 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, Kinder und Jugendliche

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 126: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Art	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
	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	96	98	96	98	96	98	96	98	96	98	96	98	95	98	95	98	95	98	95	98	95	98	95	98
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	0	29	26	< 10	< 10	22	18	12	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	10	7	< 10	0	< 10	< 10	< 10	< 10
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	0,4	0,3	0,9		6,0	7,0	0,4	5,1	6,9	7,6	1,8	7,5	1,6	0,7	0,7	2,2	0,8	2,2	1,5		0,3	0,3	0,1	0,0
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	0,4	3,6	2,9		35,3	20,6	7,8	11,6	25,5	25,1	10,4	17,2	3,8	4,6	0,4	5,7	2,3	1,3	3,4		2,6	0,3	0,6	0,0
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe										0,0			0,0				0,1	0,4			0,1	0,4		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege										0,0			0,0				0,0	0,4			0,1	0,4		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								0,3
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								0,3
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	0,8	3,9	3,8		41,3	27,5	8,2	16,7	32,4	32,8	12,3	24,6	5,5	5,3	1,2	7,9	3,3	4,3	4,9		3,1	1,5	1,4	0,0

Tabelle 127: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum					Referenzfall					1. Jahr (ohne Ref.Fall)					2. Jahr					3. Jahr					4. Jahr											
	vs	IG	vs	KG	tk	IG	KG	tk	tk	vs	IG	vs	KG	tk	IG	KG	tk	tk	vs	IG	vs	KG	tk	IG	KG	tk	tk	vs	IG	vs	KG	tk	IG	KG	tk	tk	
N	96		98		96	98		96	98	96		98		96	98		95	98		95	98		95	98		95	98		95	98		95	98		95	98	
N mit Fall	3		1		1	0		29	26	3		4		22	18	12		6	9		7		1		2		10	7		4	0		7	2		2	1
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	12,7		31,0		83,0		19,9	26,2	12,7	125,2		30,1	41,5	14,5	122,0		17,2	10,1		71,0		108,6		7,6	31,0		36,2		4,1	15,1		5,6	3,0				
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	14,0		349,0		280,0		116,9	77,5	249,7	284,0		111,1	136,8	83,6	280,3		40,2	64,3		41,0		278,6		22,2	17,6		80,6		35,0	15,0		30,6	0,0				
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe														0,2				0,3						1,0	6,0				1,3	21,7							
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege														0,1				0,3						0,4	5,4				1,7	19,5							
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																																					16,5
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																																					16,0
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																																					
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																																					
Gesamt	26,7		380,0		363,0		136,8	103,7	262,3	409,2		141,2	178,6	98,1	402,3		58,0	74,4		112,0		387,2		31,2	60,0		116,7		42,2	71,3		68,8	3,0				

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 ŞKJP

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	96	98	96	98	96	98	95	98	95	98	95	98
N mit Fall	1	3	64	68	52	48	31	35	24	24	15	18
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung		0,0	1,3	0,2	3,2	0,4	1,6	0,7	1,3	0,6	0,9	0,6
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	1,1	1,1	1,7	1,9	1,1	1,4	0,8	1,2	0,7	0,9
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung								0,0	0,0			
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,0		0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	0,0	0,1	2,4	1,3	4,9	2,4	2,8	2,1	2,1	1,8	1,6	1,5
Gesamt	0,0	0,1	2,4	1,3	4,9	2,4	2,8	2,2	2,2	1,8	1,6	1,6

Tabelle 129: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

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	96	98	96	98	96	98	95	98	95	98	95	98
N mit Fall	1	3	64	68	52	48	31	35	24	24	15	18
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung		0,3	2,0	0,3	5,9	0,9	5,0	1,9	5,2	2,5	5,9	3,1
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	1,7	1,6	1,6	3,1	4,0	3,5	3,9	3,2	4,8	4,4	5,2
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung			0,0		0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,3
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung								0,0	0,0			
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung			0,0		0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	1,0	2,0	3,6	1,9	9,0	4,8	8,5	5,8	8,5	7,3	10,3	8,2
Gesamt	1,0	2,0	3,6	1,9	9,1	4,8	8,5	6,0	8,6	7,4	10,4	8,5

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 130: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne 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	299	279	299	279	299	279	299	279	299	279	299	279	298	279	298	279	298	279	298	279	297	279	297	279
N mit Fall	52	25	18	13	27	27	9	10	40	29	18	13	35	34	3	5	28	26	1	1	24	15	2	4
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	10,3	4,4	3,0	2,8	1,8	4,1	0,4	3,3	3,2	4,8	0,6	3,6	3,0	4,5	0,2	1,1	2,1	3,3	0,1	0,0	1,3	1,0	0,0	1,3
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	54,7	21,2	10,1	9,0	17,9	10,9	5,5	8,2	19,5	22,9	4,3	9,2	10,1	16,2	2,5	3,1	5,2	3,7	0,4	0,0	5,2	0,9	0,4	0,7
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe													0,4	0,2			0,4	0,4			0,2	0,3		
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege													0,1	0,3			0,2	0,6			0,2	0,5		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																						0,1		
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																						0,0		
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																								
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																								
Gesamt	65,0	25,6	13,1	11,7	19,7	15,0	6,0	11,5	22,7	27,6	4,9	12,9	13,6	21,2	2,7	4,2	7,9	8,0	0,5	0,1	6,9	2,8	0,5	2,0

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 131: Durchschnittliche kumulierte Anzahl Therapieeinheiten je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Art	Präzeitraum				Referenzfall				1. Jahr (ohne Ref.Fall)					2. Jahr					3. Jahr					4. Jahr																		
	vs	IG	vs	KG	tk	IG	tk	KG	vs	IG	vs	KG	tk	IG	tk	KG	vs	IG	vs	KG	tk	IG	tk	KG	vs	IG	vs	KG	tk	IG	tk	KG										
N	299		279		299		279	299		279		299		279	298		279		298		279		298		279	297		279		297		279										
N mit Fall	52		25		18		13	27		27		9		10	40		29		18		13	35		34		3		5	28		26		1		1	24		15		2		4
Regelbehandlung; Arzt/Psychologe	59,5		49,2		49,8		59,1	20,3		42,1		14,7		93,0	24,0		45,8		10,0		77,7	25,5		37,0		18,7		60,2	22,7		35,2		25,2		7,0	16,1		17,8		5,7		91,6
Regelbehandlung; Therapeut/Pflege	314,5		236,1		168,3		193,0	198,2		112,6		183,6		228,8	145,4		219,9		71,8		198,2	86,4		133,0		245,7		173,4	55,6		39,6		131,1		9,0	64,1		17,2		64,1		48,1
Intensivbehandlung; Arzt/Psychologe																						3,2		1,3					4,6		4,3					2,7		5,9				
Intensivbehandlung; Therapeut/Pflege																						0,7		2,7					1,7		6,3					2,2		9,3				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																																						0,9				
Psychotherapeutische Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																																						0,6				
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Arzt/Psychologe																																										
psychosomatisch- psychotherapeutischen Komplexbehandlung; Therapeut/Pflege																																										
Gesamt	374,0		285,3		218,2		252,1	218,4		154,7		198,2		321,8	169,5		265,7		81,8		275,9	115,7		174,0		264,3	233,6		84,6		85,3		156,2	16,0		85,1		51,7		69,7	139,6	

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik.

Tabelle 132: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient (gesamte Gruppe) nach Zeitraum, Gruppe und Behandlung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

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	299	279	299	279	299	279	298	279	298	279	297	279
N mit Fall	264	253	263	242	220	203	158	171	125	140	98	116
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	1,9	1,7	2,0	0,5	4,3	1,3	3,2	1,3	2,0	1,1	1,6	0,8
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,3	4,5	1,3	1,9	2,9	4,3	2,6	3,8	1,9	3,0	1,5	2,4
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2		0,1		0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0		0,0		0,0				0,0		0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,2	6,2	3,3	2,4	7,2	5,6	5,8	5,1	4,0	4,1	3,1	3,2
Gesamt	5,3	6,3	3,4	2,4	7,4	5,6	6,0	5,1	4,0	4,1	3,2	3,2

Tabelle 133: Durchschnittliche kumulierte Anzahl PIA-Kontakte je Patient mit mind. einem psychiatrischen Behandlungsfall nach Zeitraum, Gruppe und Behandlungssetting, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

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	299	279	299	279	299	279	298	279	298	279	297	279
N mit Fall	264	253	263	242	220	203	158	171	125	140	98	116
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	2,1	1,9	2,3	0,6	5,9	1,8	6,1	2,1	4,9	2,2	4,9	2,0
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, ohne aufsuchende Behandlung	3,7	5,0	1,5	2,1	3,9	5,9	4,8	6,2	4,6	6,0	4,6	5,7
mit Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung	0,2		0,1		0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung		0,0		0,0		0,0				0,0		0,0
Gesamt, mit aufsuchender Behandlung	0,2	0,0	0,1	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0
Gesamt, ohne aufsuchende Behandlung	5,8	6,9	3,8	2,7	9,8	7,7	11,0	8,3	9,4	8,2	9,5	7,8
Gesamt	6,0	6,9	3,9	2,7	10,1	7,7	11,3	8,3	9,6	8,2	9,7	7,8

10. Ergebnisse: Kosten

10.1 Direkte psychiatrische Versorgungskosten

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 134, Tabelle 136 und Abbildung 73) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 950,61 € höhere Kosten als die KG mit 684,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.482,03 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.122,01 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.094,16 € signifikant ($p=0,047$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.653,42 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.554,52 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 608,67 € nicht signifikant ($p=0,205$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 135, Tabelle 137 und Abbildung 74) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.521,88 € mehr Kosten als die KG mit 4.090,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.029,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.791,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 193,78 € nicht signifikant ($p=0,810$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 3.847,41 €. In der KG sanken die Kosten auf 3.500,12 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 652,09 € nicht signifikant ($p=0,246$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 138 und Abbildung 75) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 854,14 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 843,69 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.153,47 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.338,16 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 139, Tabelle 140 und

Abbildung 76) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 891,75 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 873,93 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.630,25 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 8.380,28 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.232,15 € signifikant ($p=0,017$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.964,34 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.366,94 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 432,87 € nicht signifikant ($p=0,201$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 141 und

Abbildung 77) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 900,14 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 879,24 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.865,79 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.360,74 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.946,63 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2.087,36 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten oder zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 142 und

Abbildung 78) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5.458,48 € größere Kosten als die KG mit 4.160,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 6.854,16 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.609,06 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 4.893,35 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 3.893,99 €

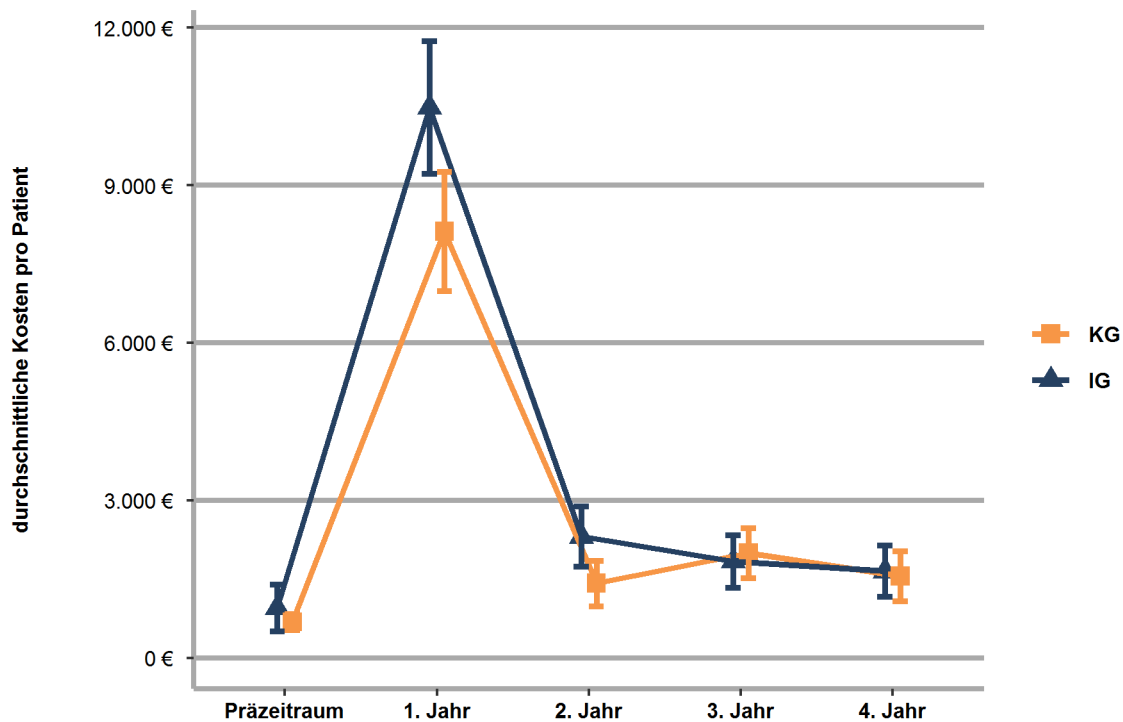
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 134: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	172	201	164	150	142	175	204	161	152	138
Mittelwert	951 €	10.482 €	2.313 €	1.840 €	1.653 €	685 €	8.122 €	1.421 €	1.997 €	1.555 €
Standardabweichung	3.836 €	10.868 €	4.802 €	4.031 €	3.911 €	1.288 €	9.871 €	3.684 €	3.967 €	3.872 €
Minimum	0,00 €	124,76 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	138,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	15,06 €	1.801,26 €	45,38 €	25,20 €	8,56 €	16,27 €	1.743,19 €	20,63 €	21,56 €	5,88 €
Median	162,46 €	7.578,41 €	627,26 €	435,84 €	228,06 €	116,12 €	5.293,67 €	312,88 €	308,68 €	178,47 €
75%-Perzentil	668 €	14.634 €	2.164 €	1.303 €	1.005 €	871 €	10.896 €	1.226 €	1.531 €	903 €
Maximum	50.452 €	54.155 €	43.070 €	30.128 €	26.485 €	8.611 €	67.367 €	41.664 €	21.011 €	24.561 €

Abbildung 73: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 135: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	351	353	340	328	313	347	348	327	307	292
Mittelwert	5.521,88 €	7.029,24 €	4.687,57 €	4.444,26 €	3.847,41 €	4.090,66 €	5.791,81 €	3.565,31 €	4.005,75 €	3.500,12 €
Standardabweichung	8.568 €	12.211 €	7.958 €	7.813 €	7.245 €	6.017 €	9.020 €	5.574 €	7.804 €	5.771 €
Minimum	0,00 €	27,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	108,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	994,32 €	1.097,06 €	838,62 €	779,60 €	631,24 €	803,47 €	1.019,55 €	642,34 €	563,48 €	469,22 €
Median	1.975,56 €	2.537,14 €	1.738,62 €	1.384,60 €	1.335,69 €	1.739,92 €	2.436,03 €	1.307,37 €	1.180,71 €	1.250,73 €
75%-Perzentil	5.904,58 €	7.651,48 €	4.135,89 €	4.404,33 €	3.118,28 €	4.935,09 €	6.923,82 €	3.701,12 €	3.528,96 €	3.512,86 €
Maximum	58.899 €	125.048 €	59.496 €	77.636 €	63.076 €	46.595 €	65.795 €	31.670 €	66.813 €	43.790 €

Abbildung 74: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

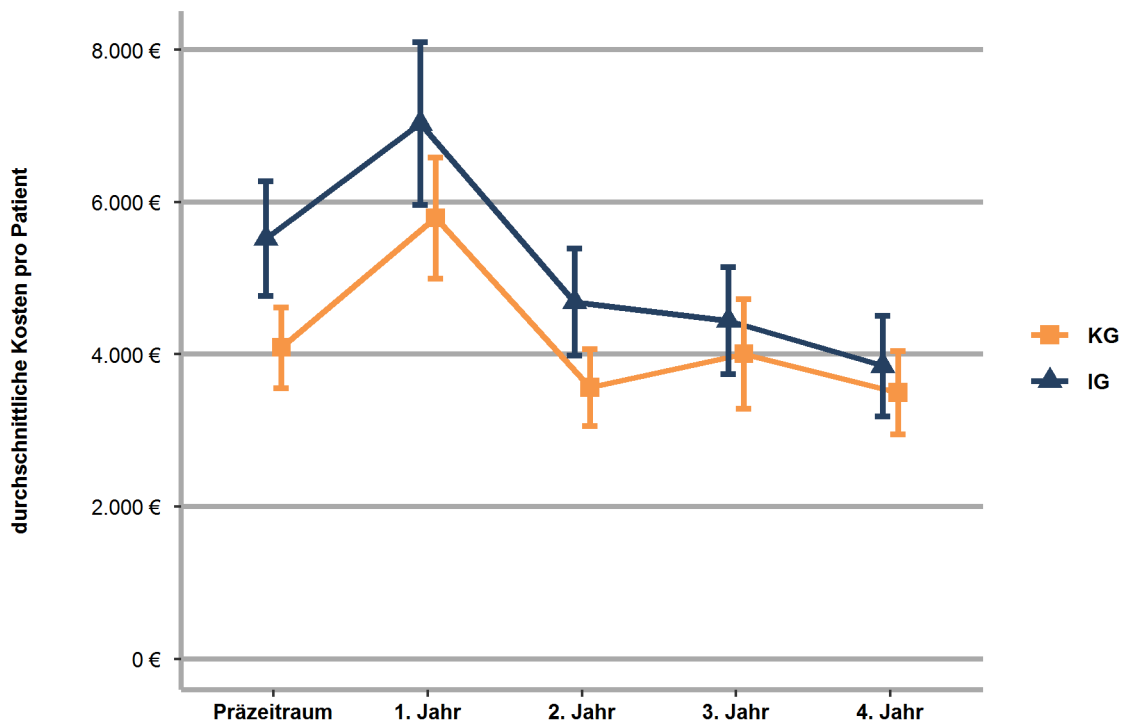


Tabelle 136: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	684,74 €	<0,001	684,74 €	<0,001	-925,36 €	0,240
IG (vs. KG)	265,86 €	0,351	265,86 €	0,352	187,95 €	0,478
Post (vs. Prä)	2.707,92 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	608,67 €	0,205				
1. Jahr (vs. Prä)			7.437,26 €	<0,001	7.877,38 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			735,89 €	0,006	1.144,71 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			1.311,93 €	<0,001	1.727,77 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			869,78 €	0,004	1.252,33 €	0,004
IG x Jahr 1 (DiD)			2.094,16 €	0,047	2.158,93 €	0,041
IG x Jahr 2 (DiD)			626,51 €	0,202	678,27 €	0,152
IG x Jahr 3 (DiD)			-422,54 €	0,377	-414,03 €	0,367
IG x Jahr 4 (DiD)			-166,96 €	0,732	-121,33 €	0,794
Alter (30-47 J. vs. U30)					547,17 €	0,280
Alter (48-64 J. vs. U30)					1,80 €	0,997
Alter (Ü64 vs. U30)					352,70 €	0,565
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					215,12 €	0,550
F 00 (Demenz)					222,32 €	0,780
F 01 (Vaskuläre Demenz)					317,95 €	0,612
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-337,59 €	0,582
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-626,39 €	0,208
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-184,27 €	0,838
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-329,82 €	0,581
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.551,75 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.052,77 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					881,38 €	0,253
F 45 (Somatoforme Störungen)					-157,16 €	0,765
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-2.037,02 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					-2.005,18 €	0,002
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.704,03 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					241,45 €	0,670
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-545,73 €	0,747
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.839,82 €	0,004
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.667,14 €	0,003
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-135,55 €	0,918
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					122,57 €	0,683
R ²		0,037		0,238		0,301

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 137: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	4.090,66 €	<0,001	4.090,66 €	<0,001	-2.619,13 €	0,044
IG (vs. KG)	1.431,22 €	0,010	1.431,22 €	0,010	1.748,16 €	<0,001
Post (vs. Prä)	164,08 €	0,623				
IG x Post (DiD)	-652,09 €	0,246				
1. Jahr (vs. Prä)			1.701,14 €	<0,001	8.109,28 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-525,36 €	0,146	5.841,16 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-84,91 €	0,857	6.230,30 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-590,54 €	0,122	5.634,07 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-193,78 €	0,810	-386,10 €	0,637
IG x Jahr 2 (DiD)			-308,95 €	0,624	-453,36 €	0,426
IG x Jahr 3 (DiD)			-992,71 €	0,162	-1.129,77 €	0,084
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.083,93 €	0,079	-1.150,80 €	0,038
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.215,32 €	0,208
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.405,18 €	0,141
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.994,19 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					812,90 €	0,075
F 00 (Demenz)					962,28 €	0,152
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-193,75 €	0,687
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-303,99 €	0,782
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					202,31 €	0,878
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-0,70 €	0,999
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.189,13 €	0,054
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.418,12 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					791,37 €	0,110
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-33,37 €	0,957
F 45 (Somatoforme Störungen)					345,01 €	0,684
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-680,45 €	0,366
F 50 (Essstörungen)					-2.908,09 €	0,018
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					4.565,04 €	0,005
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-308,47 €	0,589
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					261,07 €	0,872
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-275,78 €	0,775
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.032,65 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.637,16 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.225,26 €	0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.737,88 €	0,003
R ²		0,003		0,018		0,173

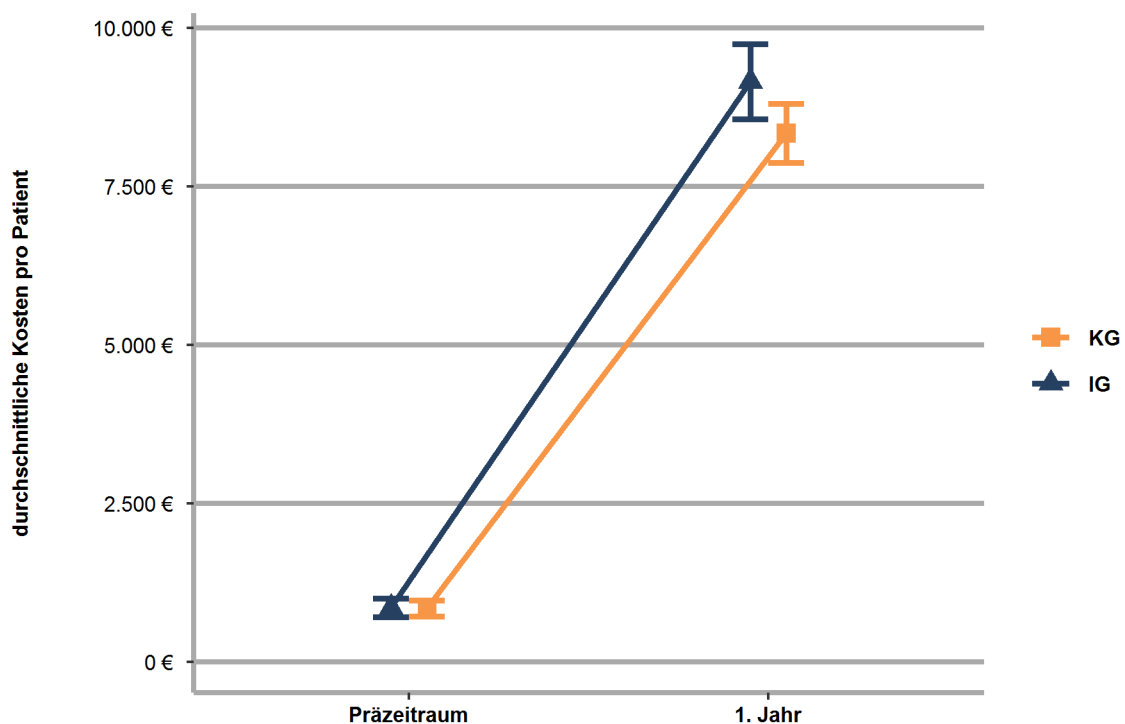
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 138: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	834	1.016	894	1.016
Mittelwert	854,14 €	9.153,47 €	843,69 €	8.338,16 €
Standardabweichung	2.810 €	11.390 €	2.432 €	8.969 €
Minimum	0,00 €	85,50 €	0,00 €	62,39 €
25%-Perzentil	14,71 €	1.064,10 €	23,75 €	1.981,80 €
Median	125,54 €	5.893,14 €	144,28 €	5.955,36 €
75%-Perzentil	615 €	13.300 €	784 €	11.179 €
Maximum	50.452 €	127.929 €	37.744 €	67.367 €

Abbildung 75: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 139: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	634	772	622	679	770	626
Mittelwert	891,75 €	9.630,25 €	1.964,34 €	873,93 €	8.380,28 €	2.366,94 €
Standardabweichung	3.017 €	11.490 €	4.602 €	2.603 €	9.008 €	6.177 €
Minimum	0,00 €	85,50 €	0,00 €	0,00 €	80,14 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,98 €	1.287,66 €	37,74 €	23,95 €	2.030,55 €	31,31 €
Median	139,33 €	6.605,80 €	497,98 €	144,28 €	5.982,85 €	396,26 €
75%-Perzentil	643 €	13.841 €	1.525 €	836 €	11.171 €	1.555 €
Maximum	50.452 €	127.929 €	44.047 €	37.744 €	67.367 €	76.130 €

Abbildung 76: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

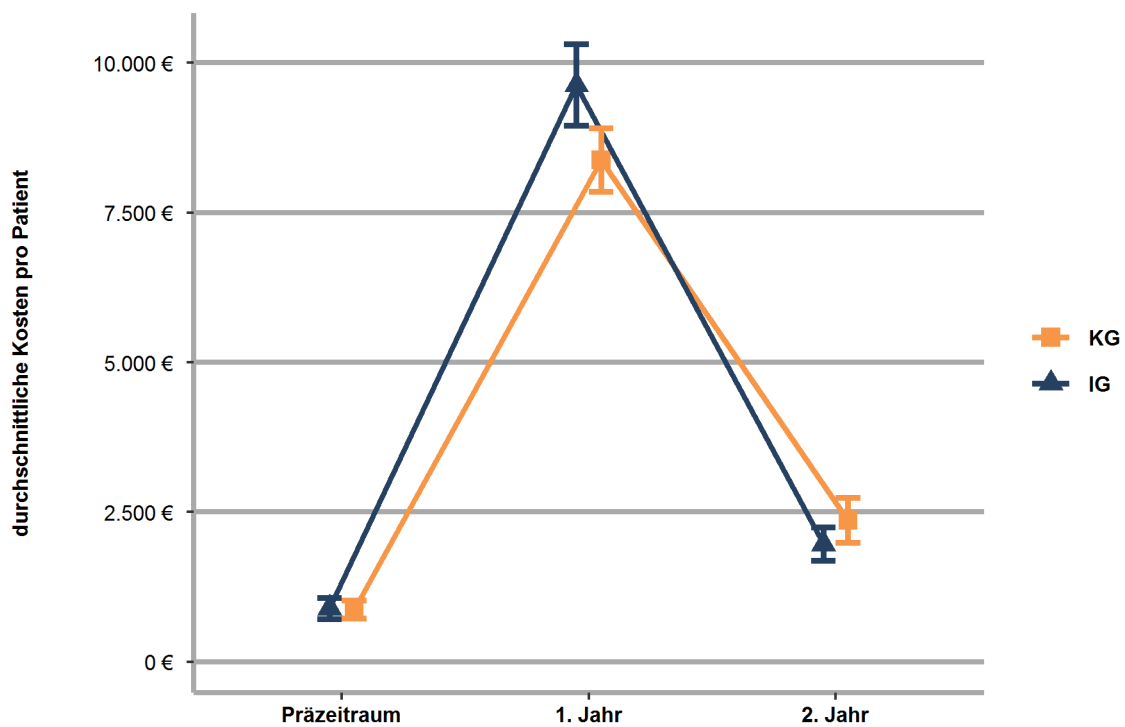


Tabelle 140: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	873,93 €	<0,001	873,93 €	<0,001	-2.086,65 €	<0,001
IG (vs. KG)	17,82 €	0,901	17,82 €	0,901	150,52 €	0,273
Post (vs. Prä)	4.579,86 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	432,87 €	0,201				
1. Jahr (vs. Prä)			7.506,36 €	<0,001	8.021,40 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.493,01 €	<0,001	1.985,95 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.232,15 €	0,017	1.152,16 €	0,026
IG x Jahr 2 (DiD)			-420,42 €	0,130	-514,95 €	0,065
Alter (30-47 J. vs. U30)					1.180,23 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					1.091,66 €	<0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					765,25 €	0,034
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					162,71 €	0,501
F 00 (Demenz)					-296,30 €	0,505
F 01 (Vaskuläre Demenz)					817,59 €	0,079
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					725,75 €	0,280
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					155,97 €	0,803
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					15,01 €	0,977
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-152,59 €	0,743
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.398,73 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					2.483,36 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					864,16 €	0,092
F 45 (Somatoforme Störungen)					219,25 €	0,612
F 40-48 (ohne F43 und F45)					640,42 €	0,383
F 50 (Essstörungen)					320,58 €	0,713
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.823,62 €	0,013
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-202,50 €	0,664
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					702,60 €	0,396
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.466,91 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.244,44 €	0,011
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.006,25 €	0,030
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					71,29 €	0,672
R ²		0,085		0,212		0,280

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

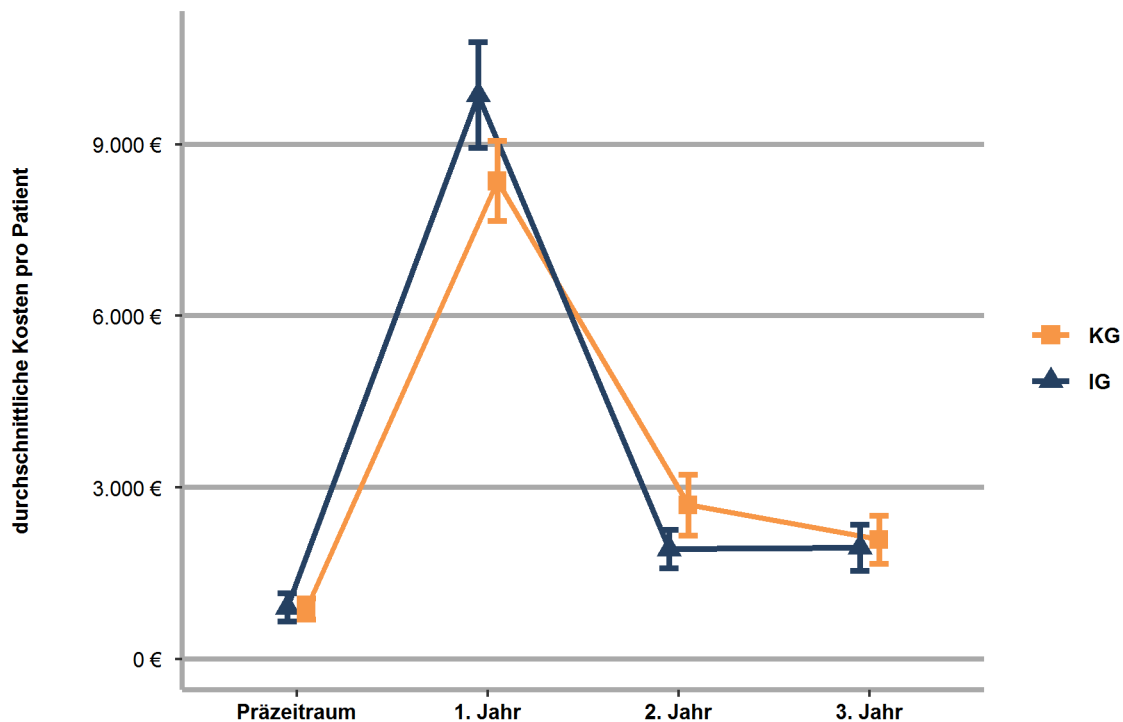
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 141: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	394	477	386	350	432	489	404	372
Mittelwert	900,14 €	9.865,79 €	1.921,26 €	1.946,63 €	879,24 €	8.360,74 €	2.692,89 €	2.087,36 €
Standardabweichung	3.285 €	12.235 €	4.313 €	5.107 €	2.501 €	9.439 €	7.028 €	5.451 €
Minimum	0,00 €	85,50 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	84,48 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	13,40 €	1.365,43 €	32,52 €	20,06 €	20,89 €	1.904,72 €	38,46 €	21,20 €
Median	139,15 €	6.333,81 €	532,83 €	282,74 €	127,85 €	5.665,30 €	531,99 €	297,15 €
75%-Perzentil	602 €	13.728 €	1.656 €	1.220 €	825 €	10.811 €	1.843 €	1.354 €
Maximum	50.452 €	127.929 €	44.047 €	56.500 €	31.907 €	67.367 €	76.130 €	65.629 €

Abbildung 77: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

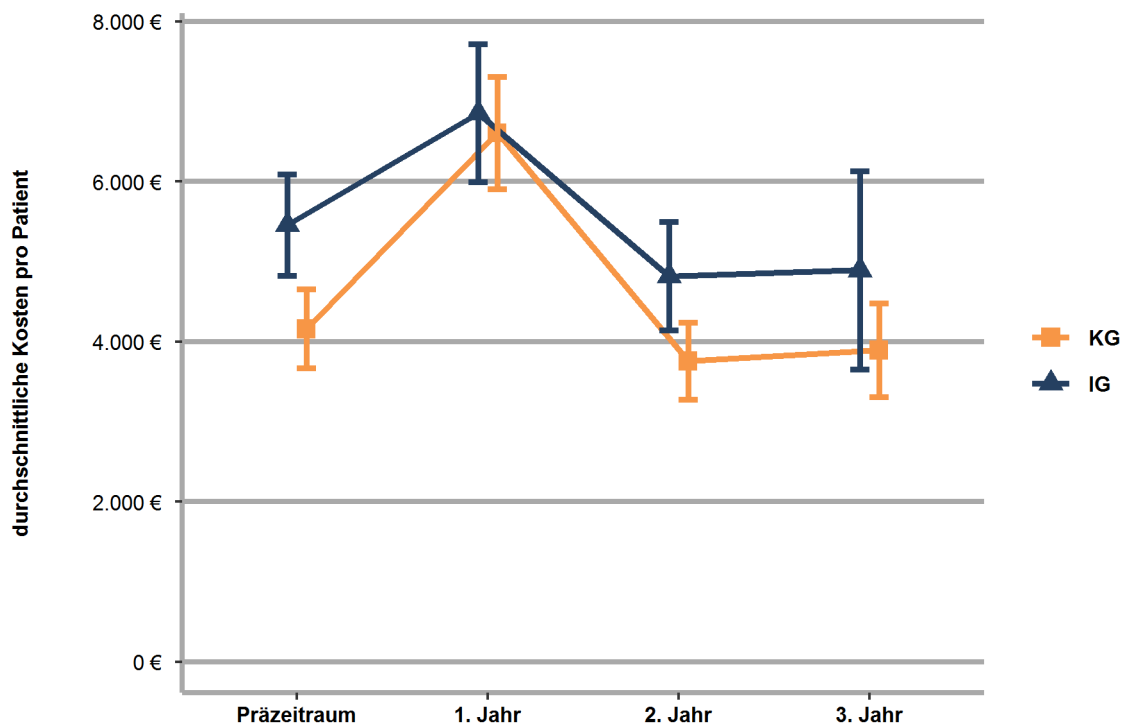


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 142: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	479	485	459	435	480	484	447	423
Mittelwert	5.458,48 €	6.854,16 €	4.819,95 €	4.893,35 €	4.160,53 €	6.609,06 €	3.759,71 €	3.893,99 €
Standardabweichung	8.491 €	11.535 €	8.922 €	16.010 €	6.590 €	9.385 €	6.303 €	7.482 €
Minimum	0,00 €	27,18 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	108,60 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	943,43 €	1.105,67 €	859,59 €	768,59 €	685,45 €	1.077,58 €	542,80 €	365,51 €
Median	2.002,39 €	2.589,84 €	1.761,30 €	1.418,86 €	1.606,17 €	3.030,79 €	1.293,16 €	1.104,82 €
75%-Perzentil	5.841,29 €	7.476,52 €	4.502,33 €	4.202,98 €	4.797,66 €	7.825,05 €	3.709,71 €	3.674,53 €
Maximum	58.899 €	125.048 €	104.249 €	305.008 €	48.584 €	65.795 €	46.460 €	66.813 €

Abbildung 78: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 143, Tabelle 145 und Abbildung 79) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.460,00 € größere Kosten als die KG mit 622,83 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.355,01 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.078,61 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 560,77 € nicht signifikant ($p=0,770$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.235,74 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 842,27 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 738,15 € nicht signifikant ($p=0,478$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 144, Tabelle 146 und Abbildung 80) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4.275,07 € höhere Kosten als die KG mit 3.528,74 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG leicht auf 4.114,70 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.790,50 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.422,13 € signifikant ($p=0,020$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.989,97 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.868,80 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 1.342,59 € nicht signifikant ($p=0,079$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 147 und Abbildung 81) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.211,23 € etwa gleich hohe Kosten wie die KG mit 1.246,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 12.644,91 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 10.818,90 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 148, Tabelle 148 und Abbildung 82) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.088,22 € geringere Kosten als die KG mit 1.430,63 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11.467,46 €. In der KG stiegen die Kosten auf 10.462,03 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.347,84 € nicht signifikant ($p=0,212$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.744,50 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.106,90 €. Vom Prä - zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 669,36 € nicht signifikant ($p=0,341$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 150 und Abbildung 83) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.184,00 € niedrigere Kosten als die KG mit 1.457,13 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.691,23 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.663,66 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.262,70 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.977,01 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 151 und Abbildung 84) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.762,59 € mehr Kosten als die KG mit 2.728,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 4.944,29 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 6.914,51 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.975,03 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.988,71 €.

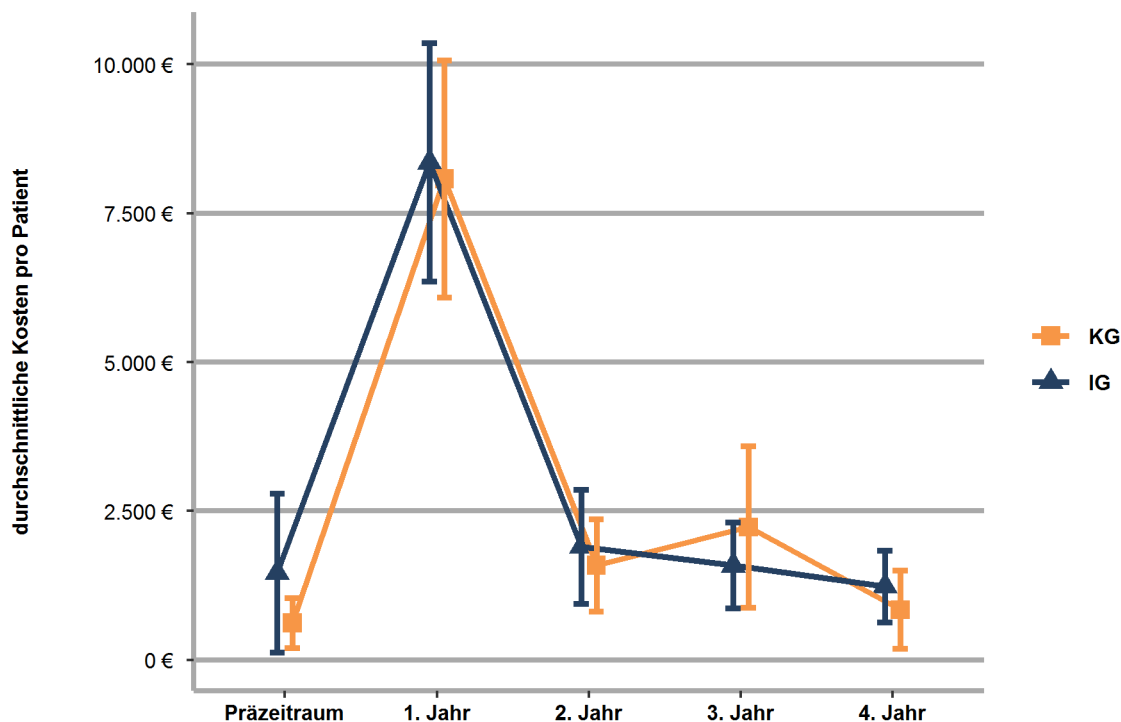
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 143: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	83	96	79	85	67	80	98	83	83	60
Mittelwert	1.460,00 €	8.355,01 €	1.903,27 €	1.587,59 €	1.235,74 €	622,83 €	8.078,61 €	1.587,37 €	2.230,64 €	842,27 €
Standardabweichung	7.946 €	11.917 €	5.676 €	4.267 €	3.562 €	2.525 €	11.990 €	4.652 €	8.157 €	3.941 €
Minimum	0,00 €	80,34 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	77,19 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	22,31 €	377,15 €	25,29 €	30,27 €	0,00 €	13,11 €	619,31 €	16,93 €	21,55 €	0,00 €
Median	56,87 €	1.103,50 €	155,75 €	175,82 €	36,30 €	44,74 €	1.594,97 €	405,95 €	219,49 €	29,47 €
75%-Perzentil	188 €	13.375 €	854 €	826 €	564 €	294 €	12.511 €	1.643 €	1.399 €	652 €
Maximum	71.067 €	61.732 €	36.490 €	23.684 €	23.709 €	24.157 €	66.291 €	42.474 €	61.092 €	38.700 €

Abbildung 79: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 144: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	293	299	262	246	229	275	279	245	234	213
Mittelwert	4.275,07 €	4.114,70 €	2.497,13 €	2.083,84 €	1.989,97 €	3.528,74 €	5.790,50 €	3.123,88 €	2.294,65 €	1.868,80 €
Standardabweichung	8.996 €	8.395 €	7.227 €	6.435 €	6.210 €	8.171 €	10.209 €	7.144 €	5.484 €	5.448 €
Minimum	0,00 €	29,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,24 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	298,45 €	308,95 €	39,27 €	24,70 €	10,67 €	465,79 €	791,43 €	144,77 €	33,99 €	6,84 €
Median	686,00 €	666,00 €	334,35 €	211,32 €	99,61 €	1.016,65 €	1.616,74 €	960,27 €	709,43 €	359,01 €
75%-Perzentil	1.491,54 €	1.989,94 €	924,99 €	818,94 €	712,10 €	1.839,63 €	3.645,85 €	2.036,46 €	1.990,41 €	1.656,57 €
Maximum	42.765 €	48.942 €	60.041 €	45.948 €	42.629 €	52.273 €	85.546 €	64.672 €	42.115 €	59.375 €

Abbildung 80: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

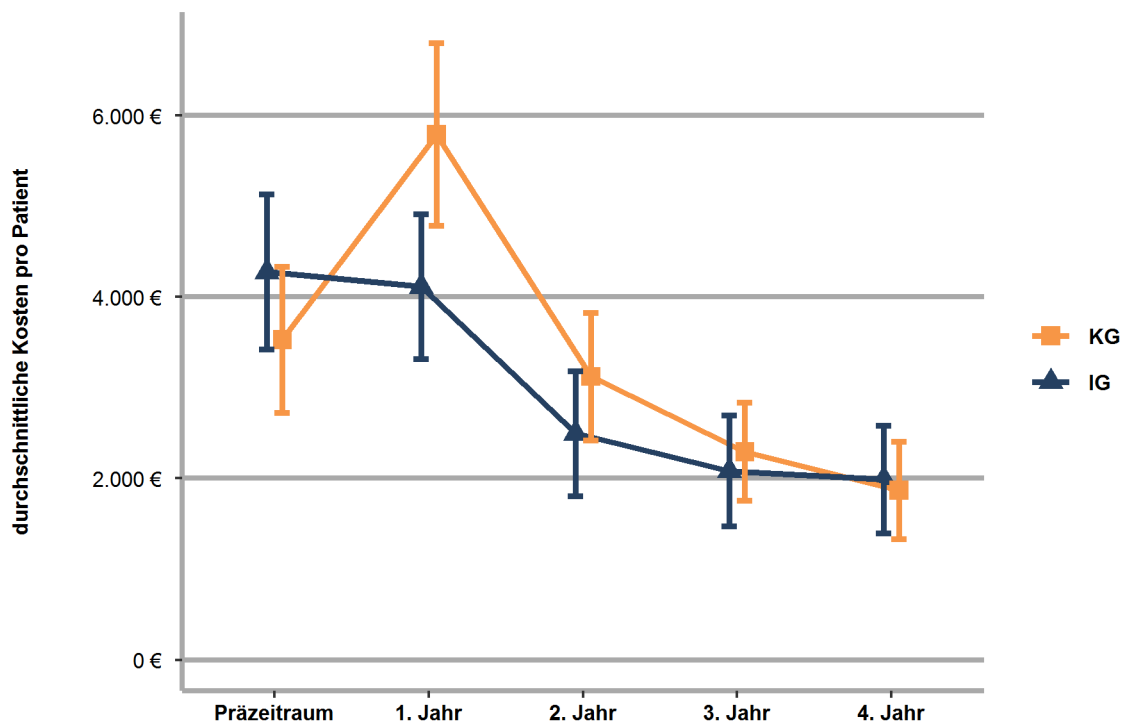


Tabelle 145: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	622,83 €	0,015	622,83 €	0,015	-2.192,30 €	0,022
IG (vs. KG)	837,17 €	0,324	837,17 €	0,326	352,90 €	0,595
Post (vs. Prä)	2.561,90 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-738,15 €	0,478				
1. Jahr (vs. Prä)			7.455,79 €	<0,001	8.202,20 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			964,55 €	0,073	1.710,96 €	0,003
3. Jahr (vs. Prä)			1.607,82 €	0,061	2.354,23 €	0,010
4. Jahr (vs. Prä)			219,44 €	0,648	965,86 €	0,066
IG x Jahr 1 (DiD)			-560,77 €	0,770	-2,08 €	0,999
IG x Jahr 2 (DiD)			-521,28 €	0,651	39,20 €	0,968
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.480,22 €	0,245	-919,75 €	0,440
IG x Jahr 4 (DiD)			-443,71 €	0,665	116,77 €	0,888
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-713,54 €	0,090
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5.614,65 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-253,58 €	0,863
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.987,20 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.628,49 €	0,103
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.811,36 €	0,009
F 40-48 (ohne F43 und F45)					922,97 €	0,452
F 50 (Essstörungen)					-568,01 €	0,453
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.163,68 €	0,067
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.855,91 €	0,150
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.970,43 €	0,023
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.250,05 €	0,080
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					30.820,62 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					133,69 €	0,787
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					272,11 €	0,296
R ²		0,014		0,128		0,191

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 146: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	3.528,74 €	<0,001	3.528,74 €	<0,001	-2.896,92 €	0,002
IG (vs. KG)	746,33 €	0,296	746,33 €	0,296	-894,45 €	0,031
Post (vs. Prä)	-259,28 €	0,626				
IG x Post (DiD)	-1.342,59 €	0,079				
1. Jahr (vs. Prä)			2.261,76 €	0,004	6.827,62 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-404,86 €	0,515	4.161,00 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-1.234,09 €	0,037	3.331,77 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.659,94 €	0,003	2.905,92 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-2.422,13 €	0,020	-823,09 €	0,362
IG x Jahr 2 (DiD)			-1.373,08 €	0,128	229,90 €	0,747
IG x Jahr 3 (DiD)			-957,14 €	0,259	645,84 €	0,322
IG x Jahr 4 (DiD)			-625,15 €	0,452	977,53 €	0,118
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					63,43 €	0,854
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-5.659,56 €	0,048
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					5.789,11 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.266,80 €	0,225
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.020,07 €	0,589
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.618,80 €	0,018
F 40-48 (ohne F43 und F45)					4.669,98 €	0,309
F 50 (Essstörungen)					3.731,91 €	0,199
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-67,48 €	0,898
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					174,39 €	0,700
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.746,77 €	0,003
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.854,92 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.255,36 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.828,94 €	0,004
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					890,89 €	0,072
R ²		0,004		0,025		0,205

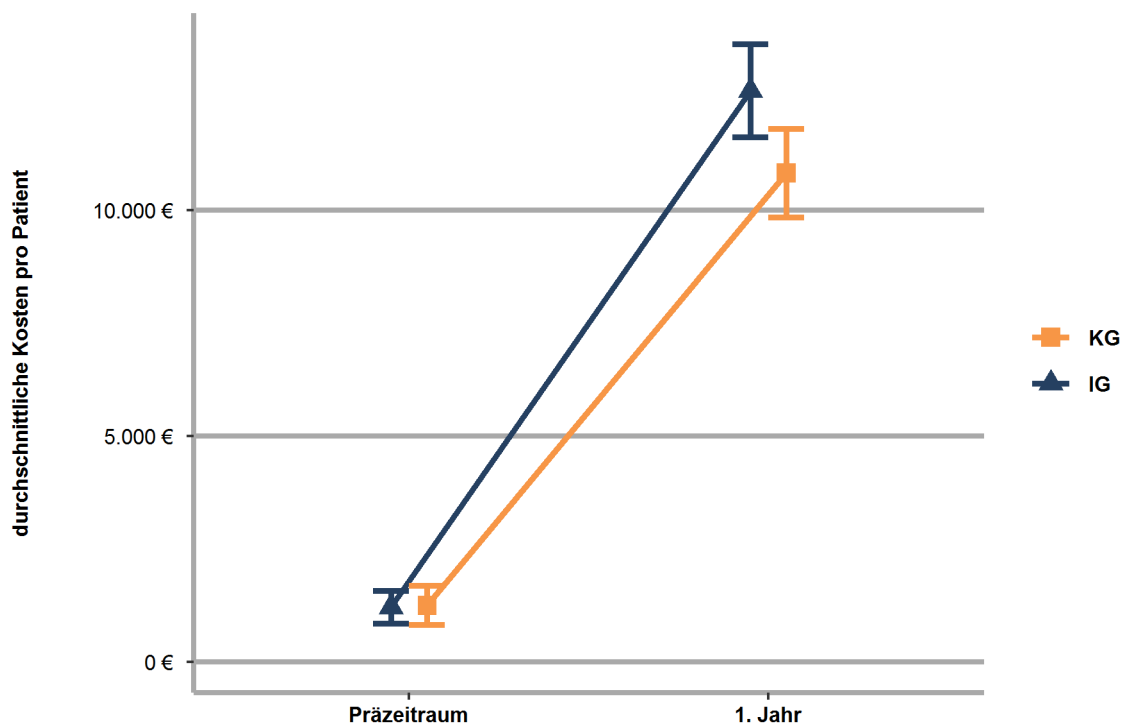
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 147: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	518	626	524	626
Mittelwert	1.211 €	12.645 €	1.246 €	10.819 €
Standardabweichung	5.544 €	15.602 €	6.599 €	14.959 €
Minimum	0,00 €	53,54 €	0,00 €	77,19 €
25%-Perzentil	16,49 €	658,74 €	16,01 €	781,37 €
Median	79,67 €	4.363,48 €	78,19 €	2.797,03 €
75%-Perzentil	471 €	22.008 €	628 €	16.784 €
Maximum	71.067 €	97.269 €	128.162 €	95.906 €

Abbildung 81: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 148: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	372	448	346	387	459	363
Mittelwert	1.088 €	11.467 €	1.744 €	1.431 €	10.462 €	2.107 €
Standardabweichung	5.067 €	15.093 €	5.064 €	7.591 €	14.724 €	6.677 €
Minimum	0,00 €	53,54 €	0,00 €	0,00 €	77,19 €	0,00 €
25%-Perzentil	16,74 €	558,69 €	11,37 €	16,31 €	724,68 €	10,92 €
Median	79,00 €	3.006,13 €	139,52 €	82,11 €	2.614,16 €	266,88 €
75%-Perzentil	465 €	20.201 €	986 €	661 €	16.721 €	1.403 €
Maximum	71.067 €	97.269 €	38.607 €	128.162 €	95.906 €	74.024 €

Abbildung 82: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

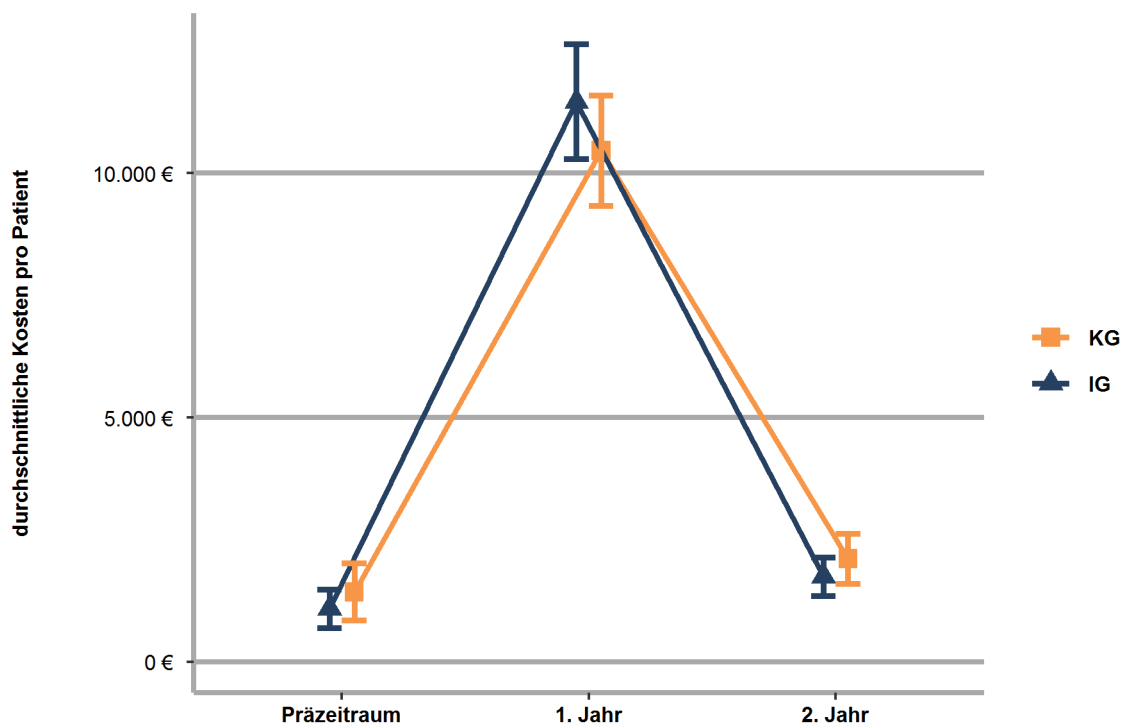


Tabelle 149: Inferenzstatistik, direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung \$KJP\$

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1.430,63 €	<0,001	1.430,63 €	<0,001	-3.829,14 €	<0,001
IG (vs. KG)	-342,41 €	0,423	-342,41 €	0,424	-483,55 €	0,244
Post (vs. Prä)	4.853,84 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	669,36 €	0,341				
1. Jahr (vs. Prä)			9.031,41 €	<0,001	10.574,56 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			676,28 €	0,145	2.219,43 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.347,84 €	0,212	1.423,88 €	0,193
IG x Jahr 2 (DiD)			-19,99 €	0,972	51,53 €	0,927
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					71,32 €	0,859
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					816,71 €	0,518
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.439,29 €	0,671
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.871,91 €	0,223
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.607,61 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.923,45 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					2.062,76 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					419,31 €	0,653
F 50 (Essstörungen)					9.472,05 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.762,66 €	0,013
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.135,88 €	0,158
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3.265,04 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					8.237,55 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.522,84 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.524,54 €	0,008
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					744,39 €	0,005
R ²		0,050		0,165		0,229

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

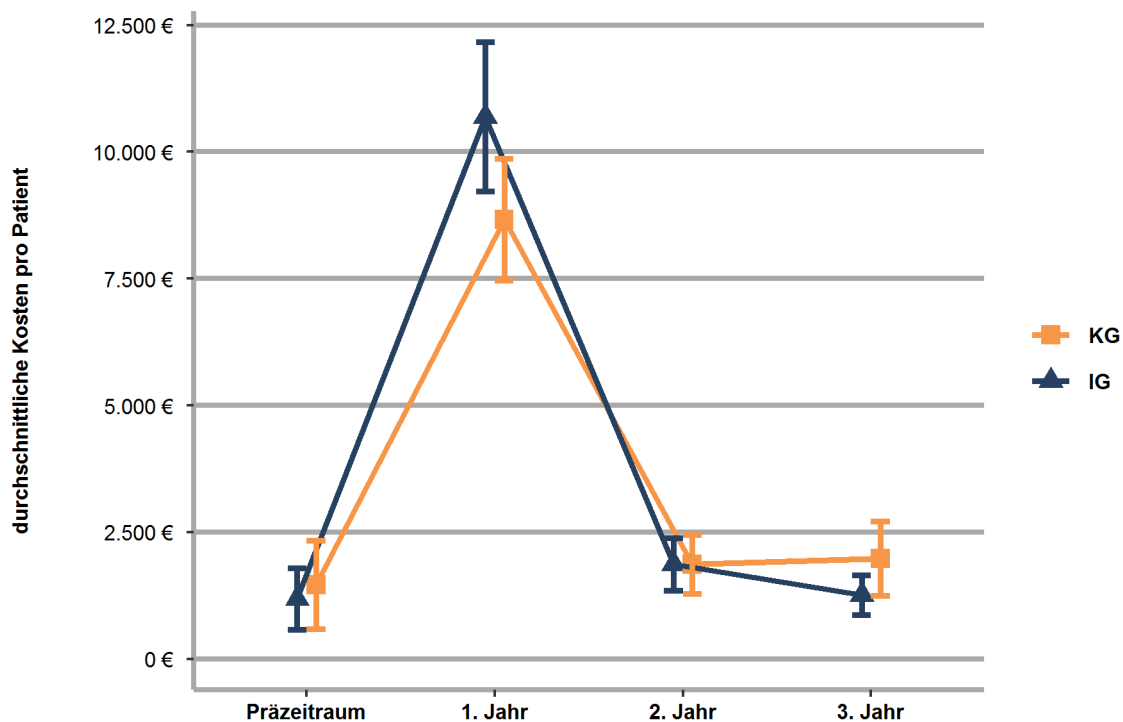
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 150: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung \$KJP

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	225	270	215	201	227	273	224	190
Mittelwert	1.184 €	10.691 €	1.870 €	1.263 €	1.457 €	8.664 €	1.863 €	1.977 €
Standardabweichung	6.067 €	14.684 €	5.179 €	3.916 €	8.783 €	12.086 €	5.870 €	7.348 €
Minimum	0,00 €	53,54 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	77,19 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	14,89 €	490,91 €	20,25 €	0,00 €	14,69 €	647,90 €	15,61 €	0,00 €
Median	62,98 €	2.436,34 €	154,33 €	72,97 €	62,12 €	2.237,37 €	376,94 €	79,94 €
75%-Perzentil	371 €	19.672 €	1.101 €	623 €	469 €	14.241 €	1.578 €	1.203 €
Maximum	71.067 €	97.269 €	36.490 €	33.651 €	128.162 €	66.532 €	55.791 €	67.044 €

Abbildung 83: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

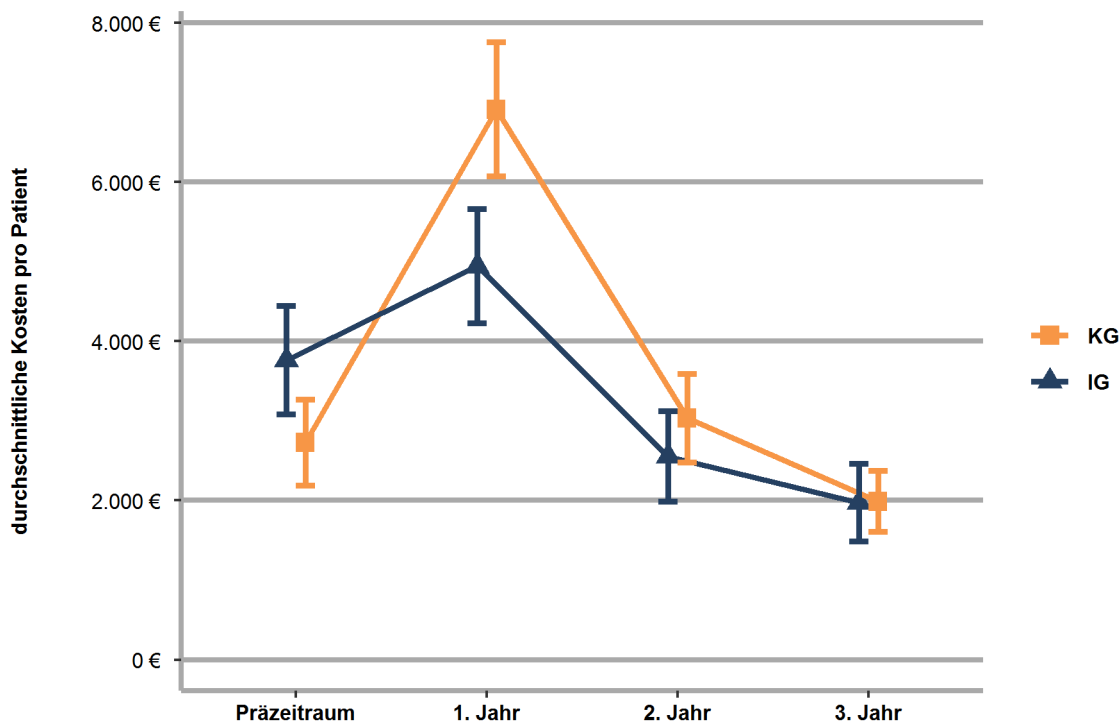


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 151: Direkte psychiatrische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	449	456	396	367	443	447	386	361
Mittelwert	3.762,59 €	4.944,29 €	2.555,03 €	1.975,03 €	2.728,08 €	6.914,51 €	3.035,63 €	1.988,71 €
Standardabweichung	8.854 €	9.309 €	7.369 €	6.362 €	6.934 €	10.809 €	7.196 €	4.916 €
Minimum	0,00 €	29,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	70,24 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	258,24 €	334,17 €	43,50 €	21,43 €	383,56 €	741,28 €	71,02 €	20,02 €
Median	624,39 €	732,93 €	395,22 €	218,84 €	808,12 €	1.678,36 €	756,17 €	492,05 €
75%-Perzentil	1.332,81 €	3.330,08 €	1.009,37 €	823,70 €	1.600,38 €	7.283,75 €	1.859,31 €	1.621,18 €
Maximum	83.634 €	53.606 €	60.041 €	50.350 €	52.273 €	85.546 €	64.672 €	42.115 €

Abbildung 84: Direkte psychiatrische Versorgungskosten (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.2 Kosten vollstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 152, Tabelle 154 und

Abbildung 85) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 511,07 € mehr Kosten als die KG mit 184,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 8.780,24 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.130,34 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.323,04 € signifikant ($p=0,019$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 838,75 €. In der KG sanken die Kosten auf 895,20 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 438,80 € nicht signifikant ($p=0,312$) stärker als in der KG.

Bei den klirikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 153, Tabelle 155 und

Abbildung 86) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.918,67 € höhere Kosten als die KG mit 2.094,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 4.103,23 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 3.671,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 392,29 € nicht signifikant ($p=0,623$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.538,02 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.815,75 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 872,61 € nicht signifikant ($p=0,106$) stärker als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 156 und

Abbildung 87) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 353,19 € mehr Kosten als die KG mit 304,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 6.775,40 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.031,18 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 157, Tabelle 158 und

Abbildung 88) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 384,88 € höhere Kosten als die KG mit 289,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.344,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.148,42 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.100,88 € signifikant ($p=0,025$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 933,83 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.442,62 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 275,32 € nicht signifikant ($p=0,390$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 159 und

Abbildung 89) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 422,32 € mehr Kosten als die KG mit 259,99 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 7.891,20 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.163,83 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.025,67 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.246,28 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 160 und

Abbildung 90) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.889,94 € höhere Kosten als die KG mit 2.275,59 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.873,59 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.420,64 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 2.516,54 €. In der KG sanken die Kosten auf 2.286,35 €.

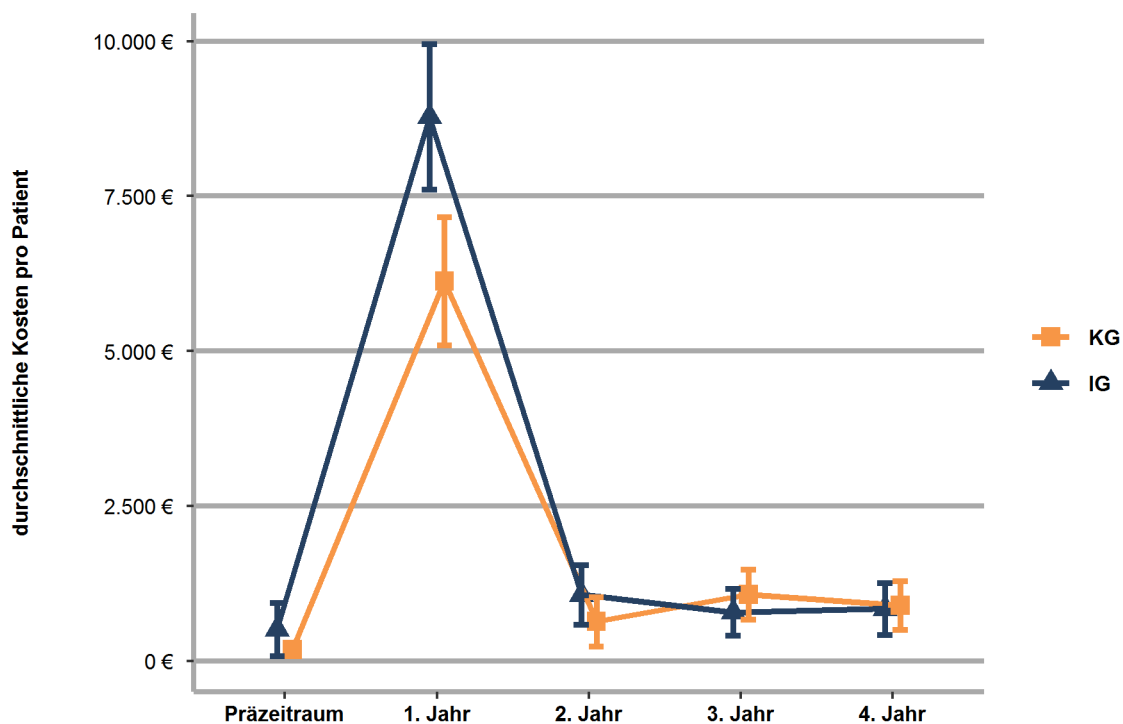
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 152: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	17	162	28	17	18	13	160	20	26	21
Mittelwert	511,07 €	8.780,24 €	1.068,70 €	784,77 €	838,75 €	184,21 €	6.130,34 €	636,46 €	1.070,60 €	895,20 €
Standardabweichung	3.692 €	10.089 €	4.020 €	3.069 €	3.359 €	865 €	9.006 €	3.370 €	3.318 €	3.142 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	477,33 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	301,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	6.163,66 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.379,10 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	12.725 €	0 €	0 €	0 €	0 €	7.880 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	49.975 €	47.479 €	42.695 €	25.573 €	26.414 €	7.752 €	66.203 €	41.106 €	19.633 €	20.314 €

Abbildung 85: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 153: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	83	99	59	50	44	88	125	77	72	64
Mittelwert	2.918,67 €	4.103,23 €	1.965,94 €	1.907,26 €	1.538,02 €	2.094,86 €	3.671,71 €	1.884,19 €	2.313,32 €	1.815,75 €
Standardabweichung	7.625 €	11.331 €	6.636 €	6.651 €	6.082 €	5.412 €	8.487 €	4.837 €	6.944 €	4.869 €
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 €	1.352,15 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	210,38 €	3.966,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	50.984 €	122.349 €	53.533 €	77.445 €	58.745 €	39.509 €	57.183 €	29.453 €	63.186 €	39.568 €

Abbildung 86: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

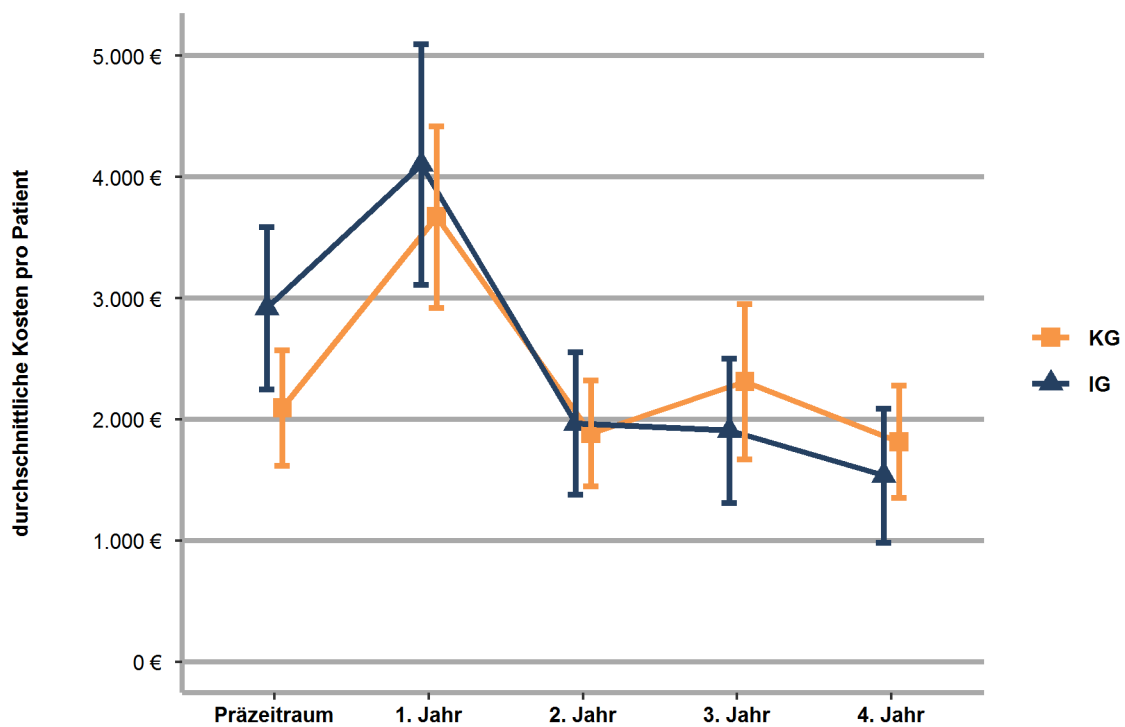


Tabelle 154: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	184,21 €	0,002	184,21 €	0,002	-1.084,16 €	0,095
IG (vs. KG)	326,86 €	0,221	326,86 €	0,222	263,09 €	0,260
Post (vs. Prä)	2.094,45 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	438,80 €	0,312				
1. Jahr (vs. Prä)			5.946,13 €	<0,001	6.212,60 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			452,25 €	0,072	708,25 €	0,030
3. Jahr (vs. Prä)			886,39 €	<0,001	1.159,99 €	0,003
4. Jahr (vs. Prä)			710,99 €	0,004	974,05 €	0,009
IG x Jahr 1 (DiD)			2.323,04 €	0,019	2.418,48 €	0,014
IG x Jahr 2 (DiD)			105,38 €	0,818	206,17 €	0,639
IG x Jahr 3 (DiD)			-612,68 €	0,149	-527,33 €	0,194
IG x Jahr 4 (DiD)			-383,31 €	0,382	-275,22 €	0,505
Alter (30-47 J. vs. U30)					162,23 €	0,688
Alter (48-64 J. vs. U30)					61,42 €	0,879
Alter (Ü64 vs. U30)					788,77 €	0,143
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					270,08 €	0,338
F 00 (Demenz)					-137,13 €	0,846
F 01 (Vaskuläre Demenz)					151,47 €	0,768
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-178,27 €	0,796
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-695,55 €	0,054
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-847,67 €	0,055
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					186,68 €	0,648
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					2.079,06 €	0,004
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.510,46 €	0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-175,33 €	0,774
F 45 (Somatoforme Störungen)					-13,84 €	0,976
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-1.597,48 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					-1.142,83 €	0,026
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.182,84 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					381,19 €	0,427
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-405,65 €	0,728
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.568,31 €	0,006
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					40,08 €	0,942
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					50,26 €	0,953
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-31,66 €	0,901
R ²		0,029		0,225		0,260

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 155: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2.094,86 €	<0,001	2.094,86 €	<0,001	-1.884,21 €	0,090
IG (vs. KG)	823,82 €	0,099	823,82 €	0,099	1.077,09 €	0,005
Post (vs. Prä)	357,56 €	0,255				
IG x Post (DiD)	-872,61 €	0,106				
1. Jahr (vs. Prä)			1.576,85 €	<0,001	6.352,20 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-210,67 €	0,539	4.525,71 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			218,46 €	0,622	4.927,27 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-279,11 €	0,423	4.364,43 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-392,29 €	0,623	-561,78 €	0,487
IG x Jahr 2 (DiD)			-742,07 €	0,222	-867,47 €	0,114
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.229,88 €	0,069	-1.356,25 €	0,029
IG x Jahr 4 (DiD)			-1.101,54 €	0,055	-1.174,42 €	0,021
Alter (30-47 J. vs. U30)					-1.767,87 €	0,021
Alter (48-64 J. vs. U30)					-1.544,79 €	0,047
Alter (Ü64 vs. U30)					-2.434,18 €	0,002
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					679,04 €	0,057
F 00 (Demenz)					44,24 €	0,926
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-330,23 €	0,397
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					87,43 €	0,940
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-2.044,16 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-554,58 €	0,083
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					1.401,42 €	0,009
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.859,41 €	0,004
F 30-39 (Affektive Störungen)					367,29 €	0,369
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-333,25 €	0,478
F 45 (Somatoforme Störungen)					-217,00 €	0,748
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-846,40 €	0,161
F 50 (Essstörungen)					-1.021,95 €	0,172
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					2.736,79 €	0,067
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-244,01 €	0,617
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-187,96 €	0,788
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-882,03 €	0,079
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					9.878,35 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3.215,25 €	0,101
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.495,50 €	0,022
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					963,15 €	0,067
R ²		<0,001		0,013		0,133

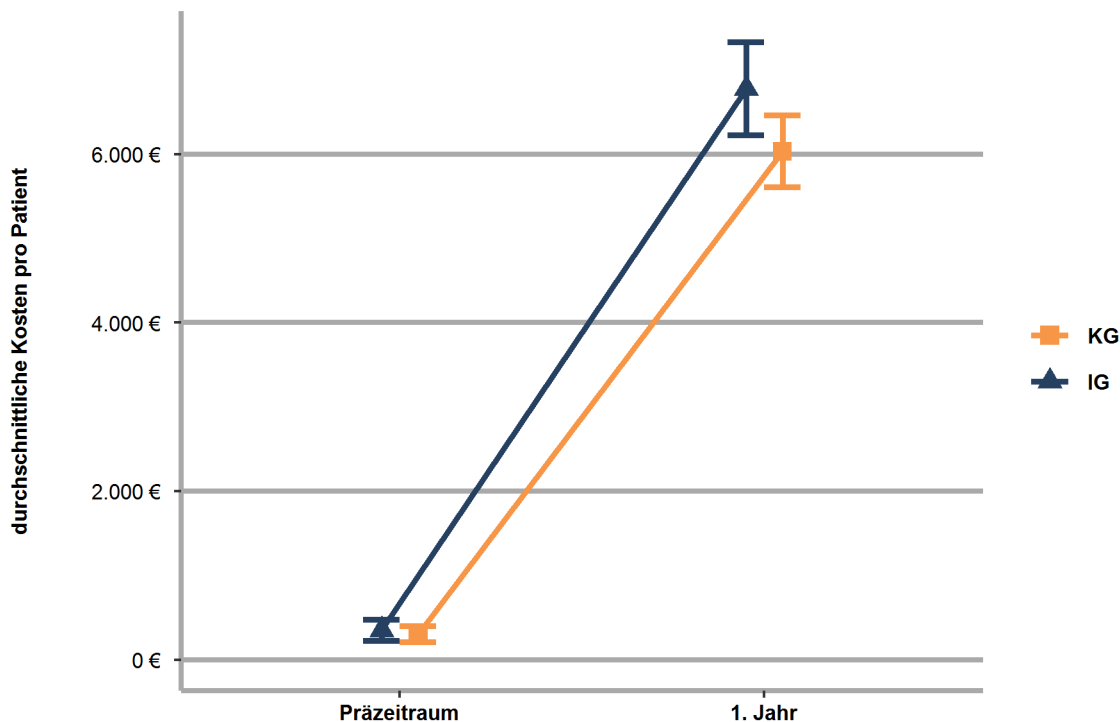
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 156: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	64	687	71	759
Mittelwert	353,19 €	6.775,40 €	304,21 €	6.031,18 €
Standardabweichung	2.405 €	10.657 €	1.802 €	8.264 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	2.528,32 €	0,00 €	3.510,14 €
75%-Perzentil	0 €	10.100 €	0 €	8.313 €
Maximum	49.975 €	127.777 €	35.459 €	66.203 €

Abbildung 87: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 157: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	48	536	98	48	589	109
Mittelwert	384,88 €	7.344,52 €	933,83 €	289,66 €	6.148,42 €	1.442,62 €
Standardabweichung	2.642 €	10.761 €	3.712 €	1.862 €	8.337 €	5.610 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	286,49 €	0,00 €
Median	0,00 €	3.468,92 €	0,00 €	0,00 €	3.708,70 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	11.189 €	0 €	0 €	8.532 €	0 €
Maximum	49.975 €	127.777 €	42.695 €	35.459 €	66.203 €	75.861 €

Abbildung 88: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

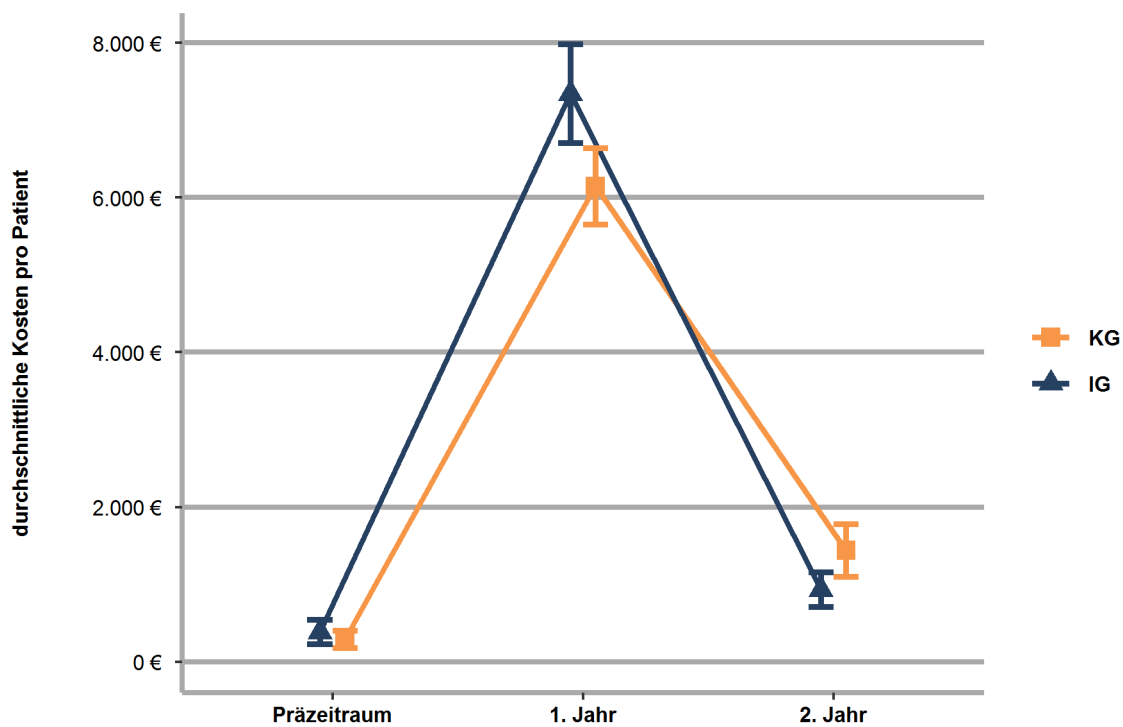


Tabelle 158: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	289,66 €	<0,001	289,66 €	<0,001	-1.873,00 €	<0,001
IG (vs. KG)	95,23 €	0,413	95,23 €	0,413	164,81 €	0,127
Post (vs. Prä)	3.568,61 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	275,32 €	0,390				
1. Jahr (vs. Prä)			5.858,76 €	<0,001	6.101,68 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			1.152,97 €	<0,001	1.403,85 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			1.100,88 €	0,025	1.064,30 €	0,031
IG x Jahr 2 (DiD)			-604,01 €	0,022	-643,30 €	0,014
Alter (30-47 J. vs. U30)					607,49 €	0,016
Alter (48-64 J. vs. U30)					853,34 €	0,001
Alter (Ü64 vs. U30)					1.273,34 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					135,89 €	0,523
F 00 (Demenz)					-434,09 €	0,306
F 01 (Vaskuläre Demenz)					594,27 €	0,154
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					721,91 €	0,220
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					63,11 €	0,901
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-385,35 €	0,388
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					468,02 €	0,291
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					3.265,67 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.634,17 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					83,22 €	0,866
F 45 (Somatoforme Störungen)					175,15 €	0,675
F 40-48 (ohne F43 und F45)					332,46 €	0,644
F 50 (Essstörungen)					610,95 €	0,410
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					1.514,28 €	0,107
F 70-79 (Intelligenzstörung)					141,46 €	0,707
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					703,16 €	0,362
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5.135,37 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.336,38 €	0,309
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.451,17 €	0,056
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-173,77 €	0,188
R ²		0,064		0,171		0,210

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

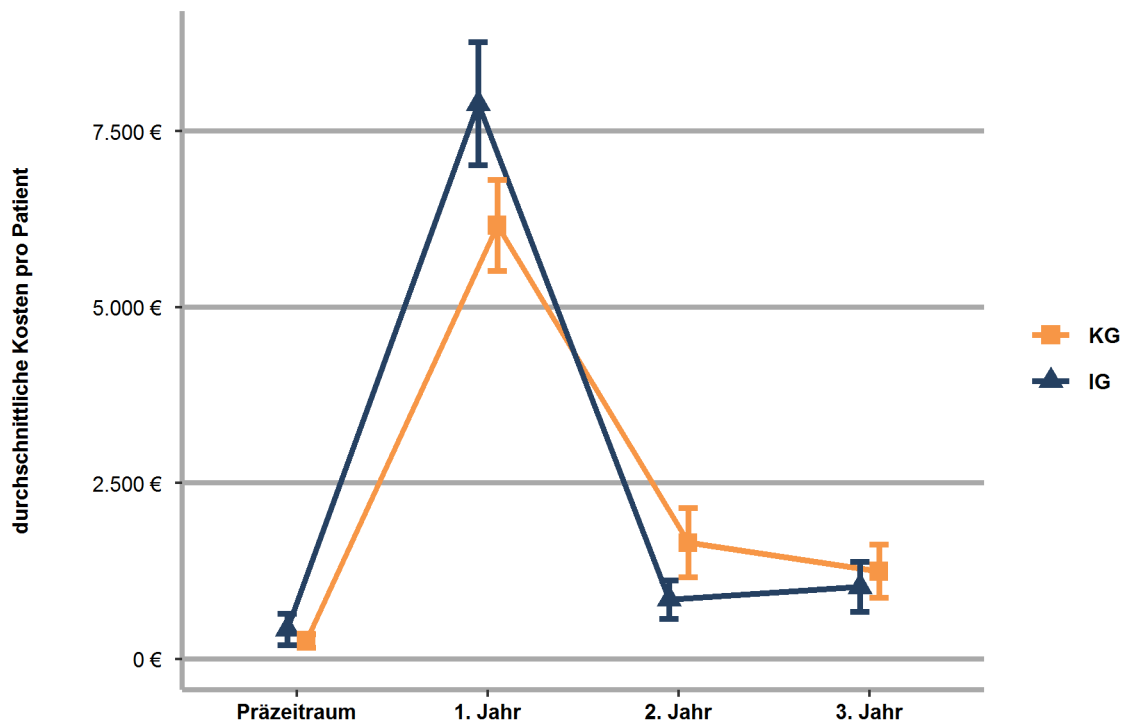
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 159: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	30	352	58	43	34	379	74	65
Mittelwert	422,32 €	7.891,20 €	843,93 €	1.025,67 €	259,99 €	6.163,83 €	1.651,32 €	1.246,28 €
Standardabweichung	2.973 €	11.606 €	3.487 €	4.471 €	1.293 €	8.693 €	6.436 €	4.831 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	291,02 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	3.547,70 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3.432,47 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	11.769 €	0 €	0 €	0 €	7.765 €	0 €	0 €
Maximum	49.975 €	127.777 €	42.695 €	54.010 €	14.528 €	66.203 €	75.861 €	65.284 €

Abbildung 89: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

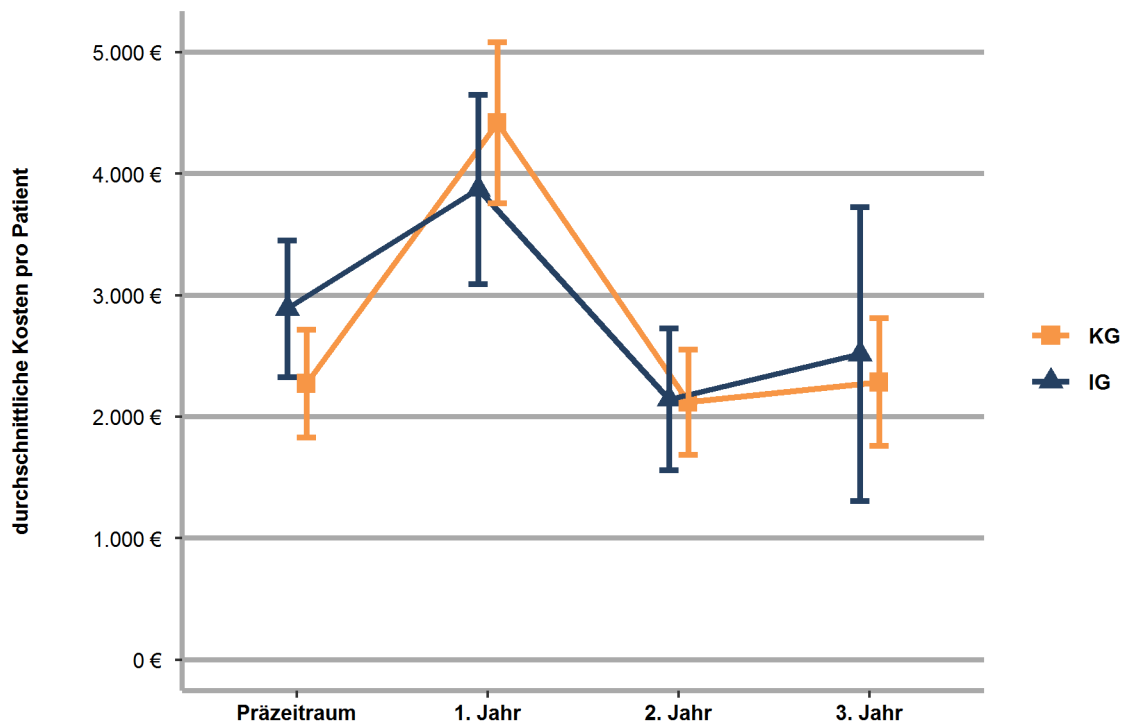


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 160: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	115	139	86	70	123	212	112	99
Mittelwert	2.889,94 €	3.873,59 €	2.143,98 €	2.516,54 €	2.275,59 €	4.420,64 €	2.121,61 €	2.286,35 €
Standardabweichung	7.562 €	10.428 €	7.656 €	15.655 €	5.926 €	8.848 €	5.653 €	6.702 €
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 €	1.392,07 €	0,00 €	0,00 €	222,95 €	5.125,10 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	50.984 €	122.349 €	96.983 €	304.979 €	42.095 €	57.183 €	41.046 €	63.186 €

Abbildung 90: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 161, Tabelle 161 und Abbildung 91) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 950,20 € mehr Kosten als die KG mit 327,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 7.126,07 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 5.698,40 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 805,09 € nicht signifikant ($p=0,663$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 777,82 €. In der KG sanken die Kosten auf 412,42 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 192,26 € nicht signifikant ($p=0,840$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 162, Tabelle 163 und Abbildung 92) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3.337,12 € größere Kosten als die KG mit 2.093,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 3.171,91 €. In der KG stiegen die Kosten auf 3.542,07 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.614,21 € nicht signifikant ($p=0,107$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.488,08 €. In der KG sanken die Kosten auf 823,75 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 1.107,94 € nicht signifikant ($p=0,131$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 165 und Abbildung 93) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 765,06 € höhere Kosten als die KG mit 687,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 10.965,27 €. In der KG stiegen die Kosten auf 8.395,96 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 165 und Abbildung 93) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 595,65 € niedrigere Kosten als die KG mit 832,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 9.881,19 €. In der KG stiegen die Kosten auf 7.988,52 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 2.129,42 € signifikant ($p=0,044$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.033,87 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.277,72 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1.066,11 € nicht signifikant ($p=0,113$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 168 und Abbildung 95) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 652,96 € geringere Kosten als die KG mit 906,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9.173,68 €. In der KG stiegen die Kosten auf 6.580,56 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 670,14 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 1.241,53 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 169 und Abbildung 96) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2.859,18 € mehr Kosten als die KG mit 1.517,26 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 3.687,22 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 4.613,82 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.378,21 €. In der KG sanken die Kosten auf 1.102,97 €.

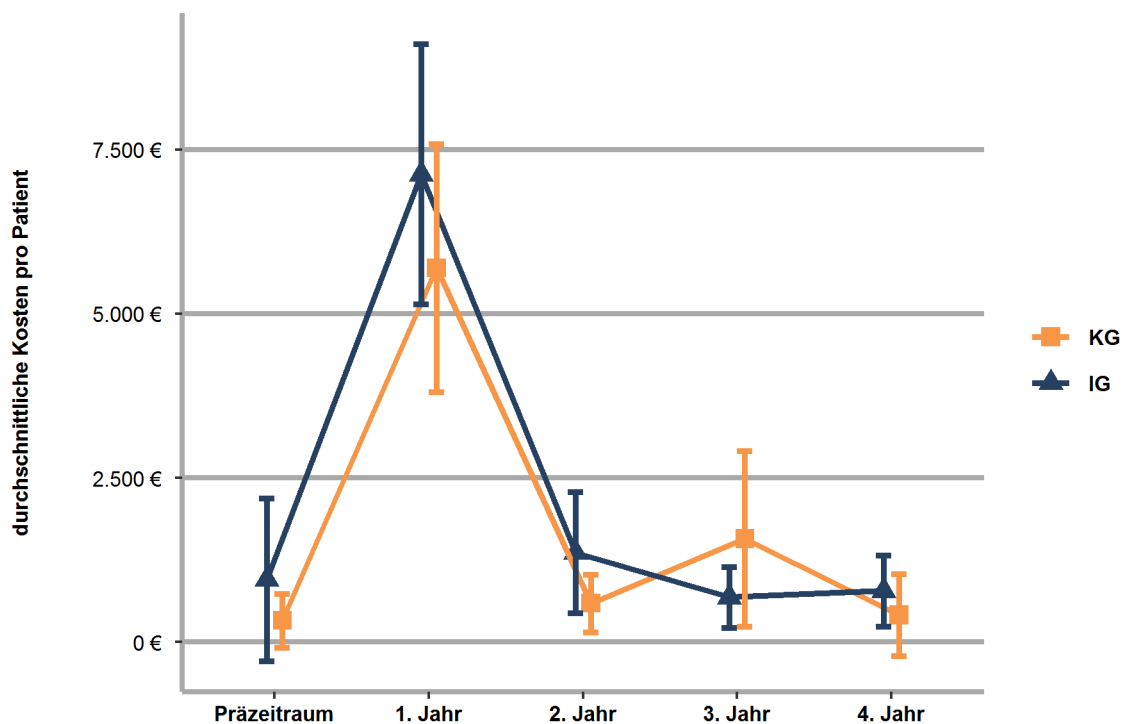
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 161: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	42	< 10	11	< 10	< 10	36	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	950,20 €	7.126,07 €	1.360,98 €	679,93 €	777,82 €	327,61 €	5.698,40 €	591,16 €	1.570,23 €	412,42 €
Standardabweichung	7.373 €	11.783 €	5.453 €	2.773 €	3.211 €	2.464 €	11.367 €	2.645 €	8.036 €	3.758 €
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 €	11.552 €	0 €	0 €	0 €	0 €	6.851 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	71.057 €	59.344 €	35.883 €	20.653 €	23.709 €	24.004 €	65.001 €	19.999 €	59.164 €	37.146 €

Abbildung 91: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 162: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	53	56	36	30	27	27	52	36	31	22
Mittelwert	3.337,12 €	3.171,91 €	1.861,40 €	1.544,82 €	1.488,08 €	2.093,07 €	3.542,07 €	1.853,43 €	1.308,17 €	823,75 €
Standardabweichung	8.819,14 €	8.223,89 €	6.958,01 €	6.175,01 €	5.980,27 €	7.787,12 €	9.625,06 €	6.466,30 €	5.214,73 €	4.591,66 €
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	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	42.065 €	47.989 €	58.728 €	44.631 €	41.213 €	50.074 €	84.963 €	64.193 €	40.751 €	57.796 €

Abbildung 92: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

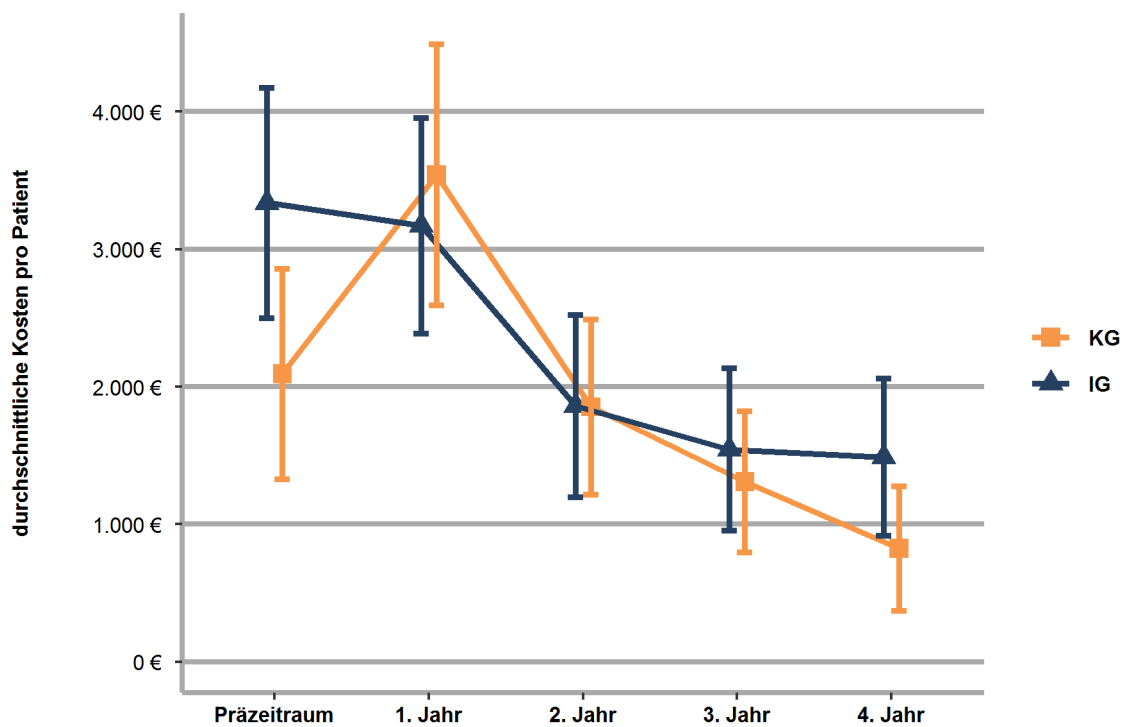


Tabelle 163: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	327,61 €	0,188	327,61 €	0,189	-2.480,14 €	0,008
IG (vs. KG)	622,58 €	0,432	622,58 €	0,433	429,56 €	0,518
Post (vs. Prä)	1.740,44 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-192,26 €	0,840				
1. Jahr (vs. Prä)			5.370,79 €	<0,001	5.914,39 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			263,55 €	0,478	807,15 €	0,063
3. Jahr (vs. Prä)			1.242,62 €	0,138	1.786,22 €	0,047
4. Jahr (vs. Prä)			84,81 €	0,853	628,42 €	0,214
IG x Jahr 1 (DiD)			805,09 €	0,663	1.036,81 €	0,573
IG x Jahr 2 (DiD)			147,23 €	0,886	377,48 €	0,671
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.512,88 €	0,196	-1.282,63 €	0,255
IG x Jahr 4 (DiD)			-257,18 €	0,787	-26,94 €	0,973
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-211,50 €	0,575
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-4.687,90 €	0,010
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					286,47 €	0,853
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.610,69 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					1.566,01 €	0,103
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.952,16 €	0,004
F 40-48 (ohne F43 und F45)					1.674,96 €	0,188
F 50 (Essstörungen)					-327,36 €	0,654
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2.085,37 €	0,051
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					1.883,75 €	0,170
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.923,99 €	0,021
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					10.260,13 €	0,083
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					673,49 €	0,277
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					63,03 €	0,887
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					22,58 €	0,929
R ²		0,010		0,102		0,153

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 164: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	2.093,07 €	<0,001	2.093,07 €	<0,001	-2.934,85 €	<0,001
IG (vs. KG)	1.244,05 €	0,072	1.244,05 €	0,072	-346,84 €	0,381
Post (vs. Prä)	-211,21 €	0,675				
IG x Post (DiD)	-1.107,94 €	0,131				
1. Jahr (vs. Prä)			1.449,00 €	0,051	4.878,74 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-239,64 €	0,677	3.190,11 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-784,90 €	0,163	2.644,84 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-1.269,32 €	0,015	2.160,42 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.614,21 €	0,107	-63,65 €	0,941
IG x Jahr 2 (DiD)			-1.236,08 €	0,150	319,06 €	0,637
IG x Jahr 3 (DiD)			-1.007,40 €	0,217	547,73 €	0,382
IG x Jahr 4 (DiD)			-579,72 €	0,470	975,35 €	0,094
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					179,83 €	0,582
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-4.752,66 €	0,093
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.430,89 €	0,002
F 30-39 (Affektive Störungen)					1.386,81 €	0,150
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					445,78 €	0,812
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.511,58 €	0,023
F 40-48 (ohne F43 und F45)					4.220,98 €	0,304
F 50 (Essstörungen)					3.918,28 €	0,173
F 70-79 (Intelligenzstörung)					122,47 €	0,810
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-320,03 €	0,538
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					1.434,70 €	0,012
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19.392,87 €	<0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-246,74 €	0,836
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.354,58 €	0,026
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					387,53 €	0,422
R ²		0,003		0,015		0,205

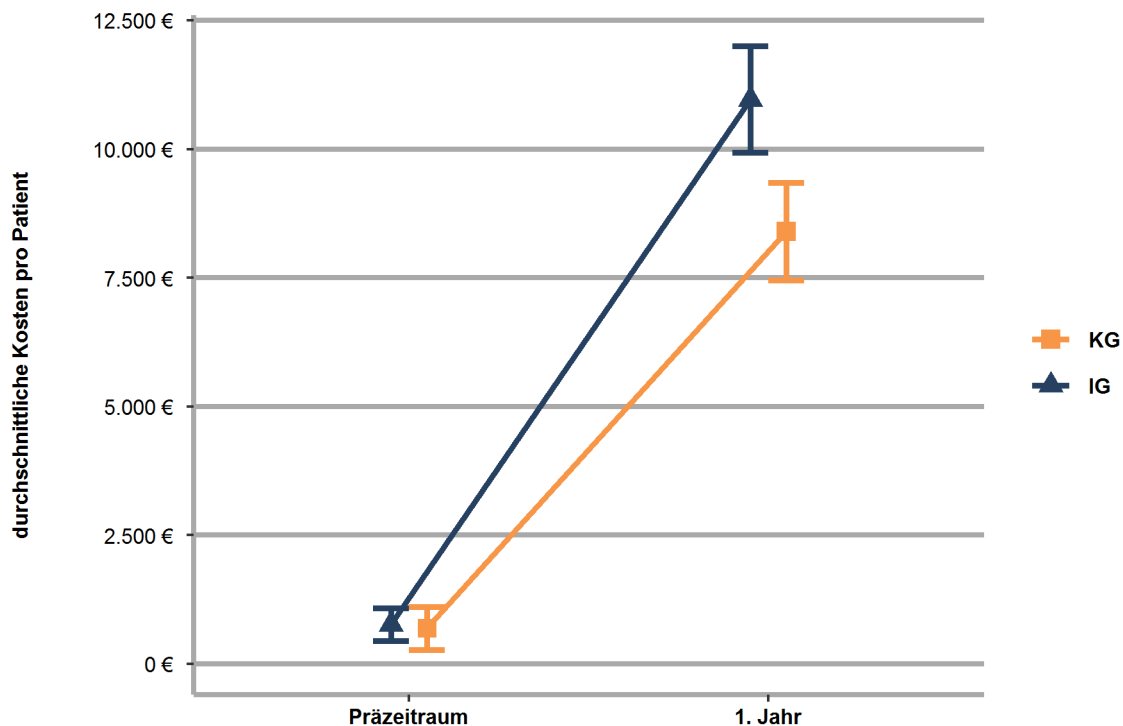
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 165: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	52	330	39	287
Mittelwert	765 €	10.965 €	688 €	8.396 €
Standardabweichung	4.872 €	15.675 €	6.355 €	14.414 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	988,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0 €	20.633 €	0 €	13.408 €
Maximum	71.057 €	95.697 €	128.060 €	95.286 €

Abbildung 93: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 166: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	38	221	39	30	197	45
Mittelwert	595,65 €	9.881,19 €	1.033,87 €	832,40 €	7.988,52 €	1.277,72 €
Standardabweichung	4.143 €	15.102 €	4.619 €	7.339 €	14.214 €	6.128 €
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 €	19.284 €	0 €	0 €	13.143 €	0 €
Maximum	71.057 €	95.697 €	36.515 €	128.060 €	95.286 €	72.123 €

Abbildung 94: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

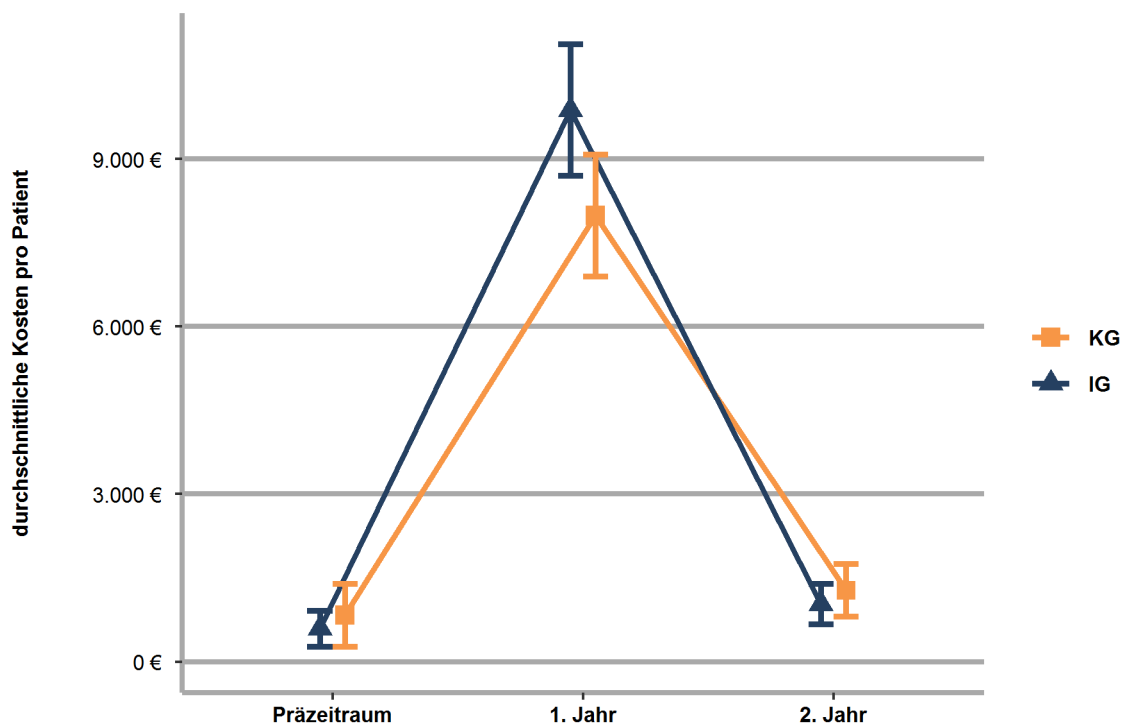


Tabelle 167: Inferenzstatistik, Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	832,40 €	0,015	832,40 €	0,015	-3.682,23 €	<0,001
IG (vs. KG)	-236,75 €	0,549	-236,75 €	0,549	-413,43 €	0,310
Post (vs. Prä)	3.800,72 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	1.066,11 €	0,113				
1. Jahr (vs. Prä)			7.156,12 €	<0,001	8.154,36 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			445,32 €	0,317	1.443,56 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			2.129,42 €	0,044	2.245,92 €	0,037
IG x Jahr 2 (DiD)			-7,10 €	0,989	105,21 €	0,842
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					411,09 €	0,295
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					892,87 €	0,510
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					2.540,11 €	0,486
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					4.018,13 €	0,209
F 30-39 (Affektive Störungen)					3.284,93 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2.872,60 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					1.969,49 €	<0,001
F 40-48 (ohne F43 und F45)					371,45 €	0,722
F 50 (Essstörungen)					9.199,88 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					1.702,97 €	0,012
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					994,65 €	0,203
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					2.834,78 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					7.930,01 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-439,04 €	0,867
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.704,76 €	0,020
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					350,02 €	0,179
R ²		0,040		0,135		0,191

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

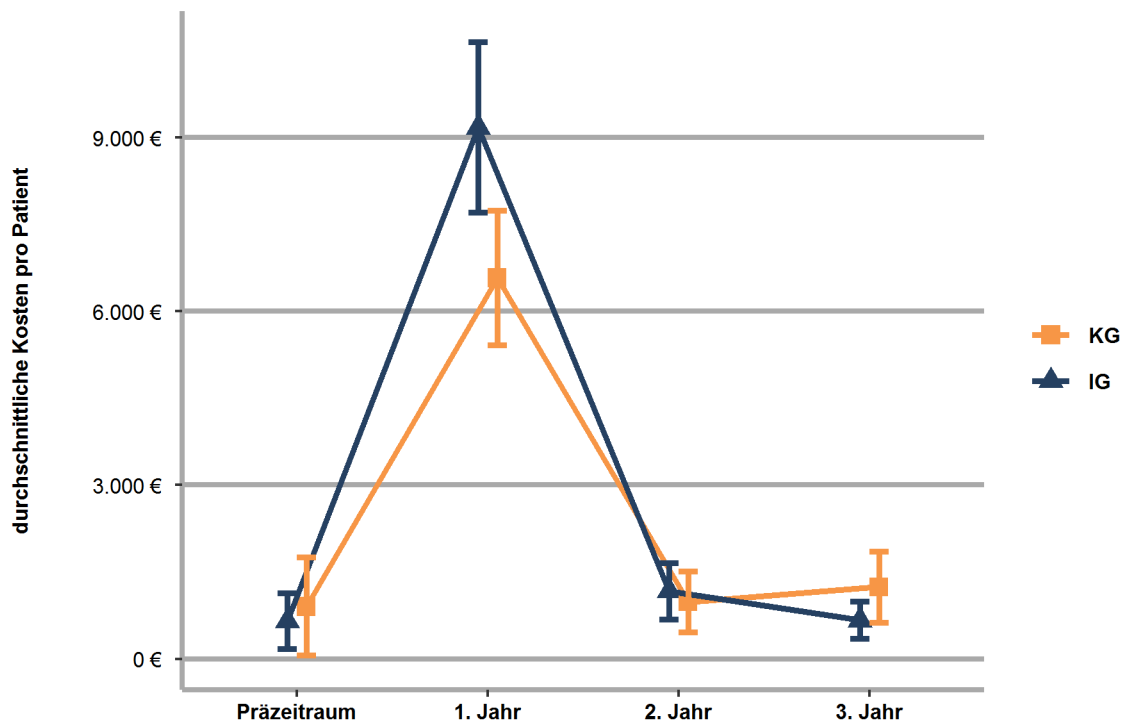
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 168: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	20	129	24	21	14	114	24	28
Mittelwert	652,96 €	9.173,68 €	1.171,91 €	670,14 €	906,20 €	6.580,56 €	985,69 €	1.241,53 €
Standardabweichung	4.854 €	14.702 €	4.861 €	3.199 €	8.525 €	11.658 €	5.255 €	6.174 €
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 €	18.964 €	0 €	0 €	0 €	10.862 €	0 €	0 €
Maximum	71.057 €	95.697 €	35.883 €	32.249 €	128.060 €	65.553 €	55.477 €	59.164 €

Abbildung 95: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

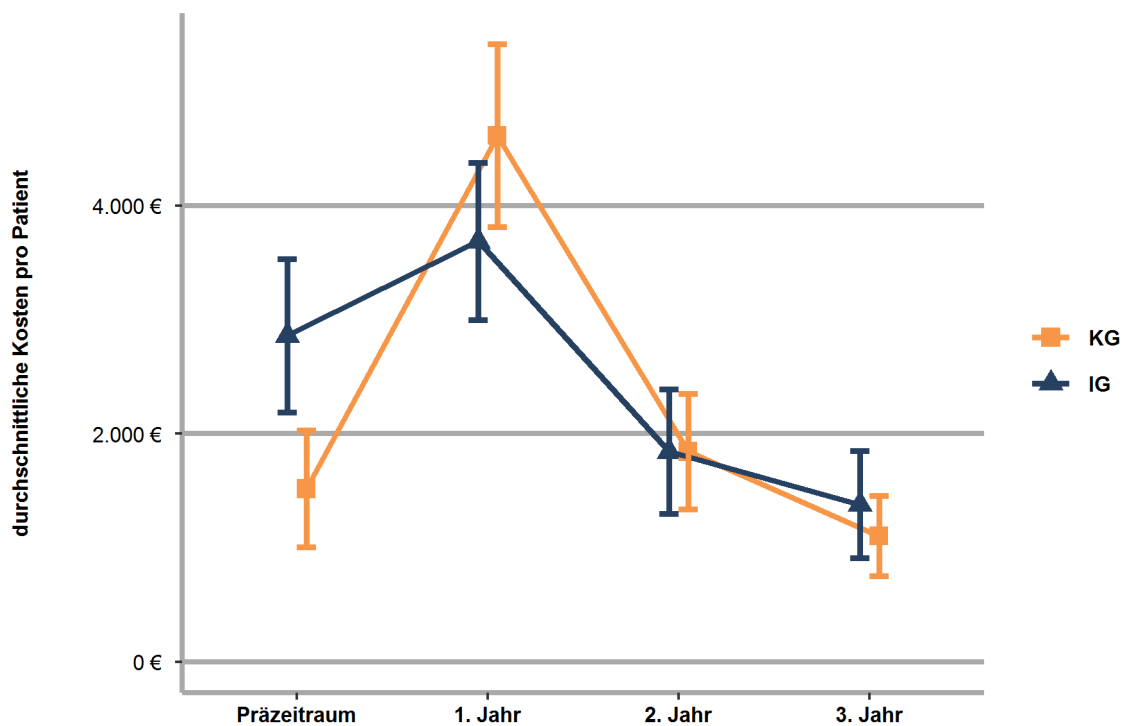


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 169: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	69	98	52	37	34	110	57	47
Mittelwert	2.859,18 €	3.687,22 €	1.843,44 €	1.378,21 €	1.517,26 €	4.613,82 €	1.841,71 €	1.102,97 €
Standardabweichung	8.701 €	8.945 €	7.088 €	6.076 €	6.571 €	10.285 €	6.510 €	4.531 €
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	83.571 €	51.596 €	58.728 €	49.376 €	50.074 €	84.963 €	64.193 €	40.751 €

Abbildung 96: Kosten vollstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.3 Kosten stationersetzender psychiatrischer Leistungen

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4)

Stationersetzende psychiatrische Leistungen wurden weder von Erwachsenen, noch von Kindern und Jugendlichen in Anspruch genommen.

10.4 Kosten teilstationär psychiatrischer Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 170, Tabelle 172 und Abbildung 97) hatte die IG im Präzeitraum keine Kosten, die KG durchschnittlich 33,11 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 779,15 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.174,04 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 361,78 € nicht signifikant ($p=0,134$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 133,64 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 157,02 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 62,63 € nicht signifikant ($p=0,525$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 171, Tabelle 173 und Abbildung 98) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 154,99 € niedrigere Kosten als die KG mit 310,96 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 153,29 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 276,03 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 33,24 € nicht signifikant ($p=0,741$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 59,05 €. In der KG sanken die Kosten auf 122,55 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 92,05 € nicht signifikant ($p=0,281$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den klinikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 174 und Abbildung 99) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 6,31 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 12,86 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.425,97 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.445,12 €.

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 7,73 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 16,97 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.244,80 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.292,65 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 38,63 € nicht signifikant ($p=0,804$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 123,94 €. In der KG sanken die Kosten auf 125,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 15,20 € nicht signifikant ($p=0,861$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 177 und Abbildung 101) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 12,52 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 26,11 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 988,54 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.225,88 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 122,02 €. In der KG sanken die Kosten auf 155,54 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 178 und Abbildung 102) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 180,63 € niedrigere Kosten als die KG mit 304,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 336,39 €. In der KG stiegen die Kosten auf 443,05 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 102,95 €. In der KG sanken die Kosten auf 114,07 €.

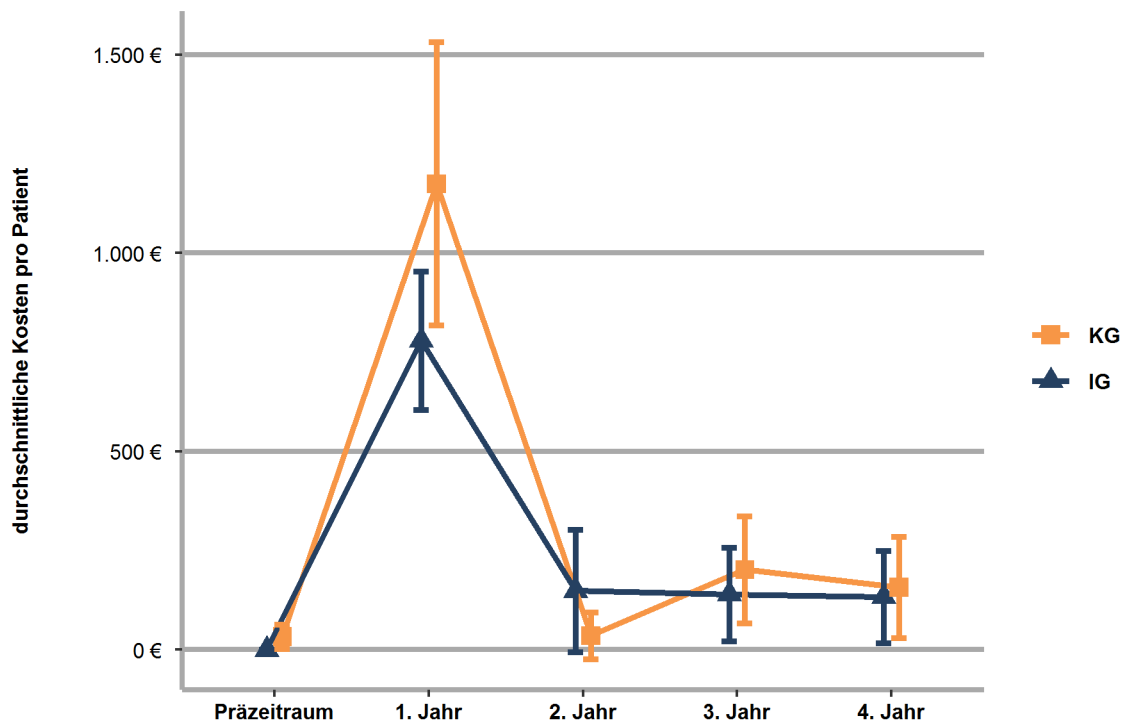
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 170: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	< 10	61	< 10	< 10	< 10	< 10	37	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	779,15 €	148,51 €	139,68 €	133,64 €	33,11 €	1.174,04 €	35,56 €	201,80 €	157,02 €
Standardabweichung	0,00 €	1.498,17 €	1.286,98 €	953,68 €	928,40 €	263,13 €	3.099,04 €	495,29 €	1.109,71 €	1.028,97 €
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 €	997,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	0 €	7.233 €	16.919 €	9.382 €	8.597 €	2.425 €	19.309 €	6.899 €	7.810 €	8.931 €

Abbildung 97: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 171: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	16	31	< 10	< 10	< 10	17	20	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	154,99 €	153,29 €	107,43 €	67,42 €	59,05 €	310,96 €	276,03 €	111,20 €	126,61 €	122,55 €
Standardabweichung	816,68 €	641,55 €	981,26 €	593,92 €	476,79 €	1.645,74 €	1.323,81 €	800,84 €	1.435,82 €	1.261,77 €
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	6.715 €	5.589 €	12.833 €	7.431 €	4.972 €	15.638 €	10.546 €	7.919 €	23.760 €	19.120 €

Abbildung 98: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

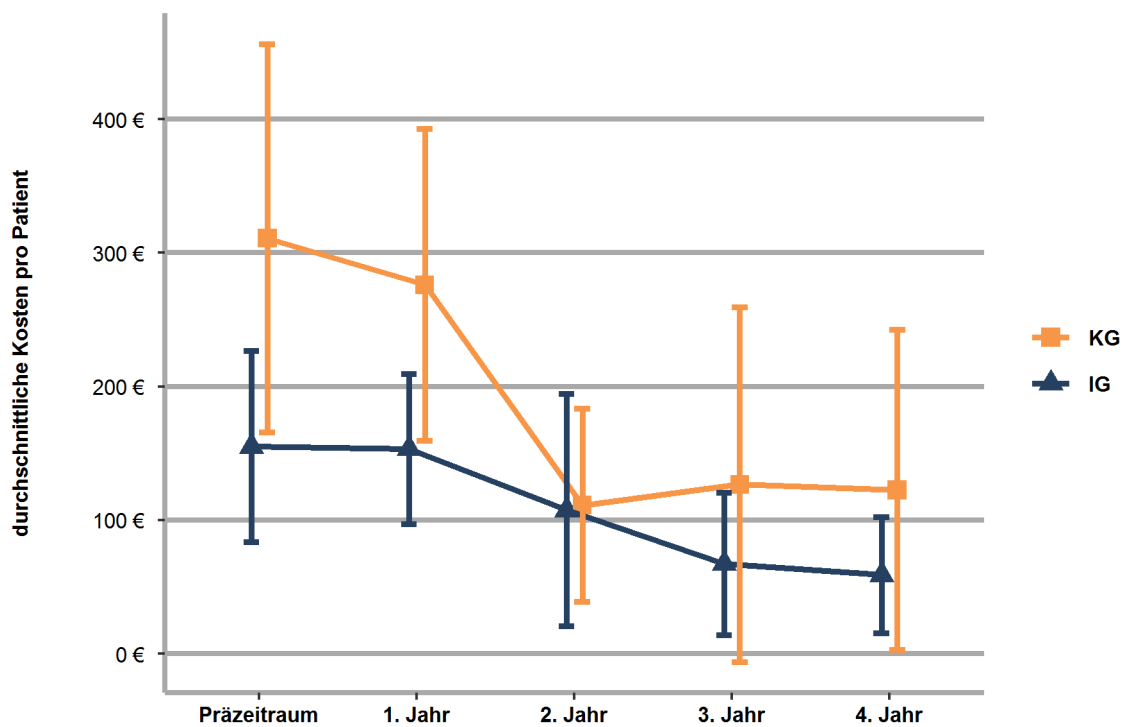


Tabelle 172: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	33,11 €	0,072	33,11 €	0,073	500,94 €	<0,001
IG (vs. KG)	-33,11 €	0,072	-33,11 €	0,073	-10,13 €	0,765
Post (vs. Prä)	377,07 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-62,63 €	0,525				
1. Jahr (vs. Prä)			1.140,93 €	<0,001	1.040,14 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			2,45 €	0,952	-110,56 €	0,014
3. Jahr (vs. Prä)			168,69 €	0,046	39,03 €	0,597
4. Jahr (vs. Prä)			123,91 €	0,121	-16,73 €	0,833
IG x Jahr 1 (DiD)			-361,78 €	0,134	-390,78 €	0,107
IG x Jahr 2 (DiD)			146,06 €	0,153	108,17 €	0,284
IG x Jahr 3 (DiD)			-29,01 €	0,793	-68,74 €	0,526
IG x Jahr 4 (DiD)			9,73 €	0,927	-22,95 €	0,828
Alter (30-47 J. vs. U30)					108,56 €	0,526
Alter (48-64 J. vs. U30)					-251,29 €	0,079
Alter (Ü64 vs. U30)					-550,04 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-76,52 €	0,431
F 00 (Demenz)					37,52 €	0,571
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-50,44 €	0,656
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					35,11 €	0,710
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-33,75 €	0,595
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-98,29 €	0,245
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-422,04 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-44,03 €	0,760
F 30-39 (Affektive Störungen)					155,55 €	0,159
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					340,71 €	0,051
F 45 (Somatoforme Störungen)					-159,26 €	0,127
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-17,66 €	0,944
F 50 (Essstörungen)					-610,13 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					598,54 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-311,62 €	0,013
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-327,94 €	0,030
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					75,61 €	0,223
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					1.657,19 €	0,004
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-351,66 €	0,117
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-164,49 €	<0,001
R ²		0,011		0,071		0,132

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 173: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	310,96 €	<0,001	310,96 €	<0,001	-9,05 €	0,946
IG (vs. KG)	-155,97 €	0,113	-155,97 €	0,113	-137,43 €	0,016
Post (vs. Prä)	-149,19 €	0,040				
IG x Post (DiD)	92,05 €	0,281				
1. Jahr (vs. Prä)			-34,94 €	0,695	177,62 €	0,136
2. Jahr (vs. Prä)			-199,77 €	0,033	7,48 €	0,941
3. Jahr (vs. Prä)			-184,35 €	0,037	18,58 €	0,890
4. Jahr (vs. Prä)			-188,41 €	0,010	9,15 €	0,944
IG x Jahr 1 (DiD)			33,24 €	0,741	19,54 €	0,818
IG x Jahr 2 (DiD)			152,21 €	0,187	144,05 €	0,119
IG x Jahr 3 (DiD)			96,79 €	0,350	90,21 €	0,260
IG x Jahr 4 (DiD)			92,47 €	0,279	87,47 €	0,170
Alter (30-47 J. vs. U30)					218,69 €	0,113
Alter (48-64 J. vs. U30)					110,51 €	0,309
Alter (Ü64 vs. U30)					32,03 €	0,779
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					20,91 €	0,662
F 00 (Demenz)					-10,70 €	0,713
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-24,19 €	0,498
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					57,20 €	0,382
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-65,57 €	0,485
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-27,76 €	0,503
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-54,43 €	0,410
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					22,56 €	0,719
F 30-39 (Affektive Störungen)					-33,83 €	0,777
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					57,59 €	0,506
F 45 (Somatoforme Störungen)					352,76 €	0,099
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-91,09 €	0,148
F 50 (Essstörungen)					-100,42 €	0,381
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					639,72 €	0,229
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-131,60 €	0,019
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-45,79 €	0,348
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					19,11 €	0,815
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-6,00 €	0,949
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					4.763,72 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					42,36 €	0,711
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-54,22 €	0,126
R ²		0,003		0,006		0,239

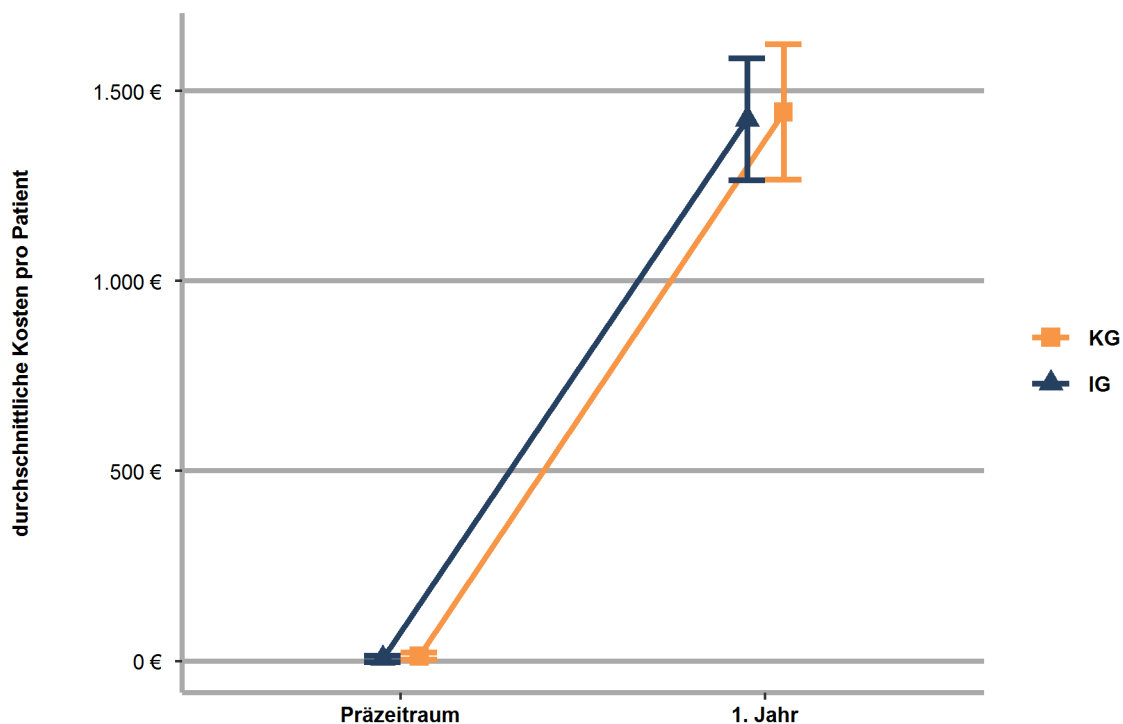
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 174: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	< 10	290	< 10	209
Mittelwert	6,31 €	1.425,97 €	12,86 €	1.445,12 €
Standardabweichung	156,50 €	3.102,14 €	178,90 €	3.451,16 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	1.010,06 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.840 €	17.098 €	3.330 €	24.828 €

Abbildung 99: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 175: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	< 10	214	20	< 10	144	21
Mittelwert	7,73 €	1.244,80 €	123,94 €	16,97 €	1.292,65 €	125,15 €
Standardabweichung	178,85 €	2.804,08 €	992,97 €	205,36 €	3.275,70 €	844,99 €
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 €	719,07 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.840 €	15.342 €	16.919 €	3.330 €	24.828 €	10.934 €

Abbildung 100: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

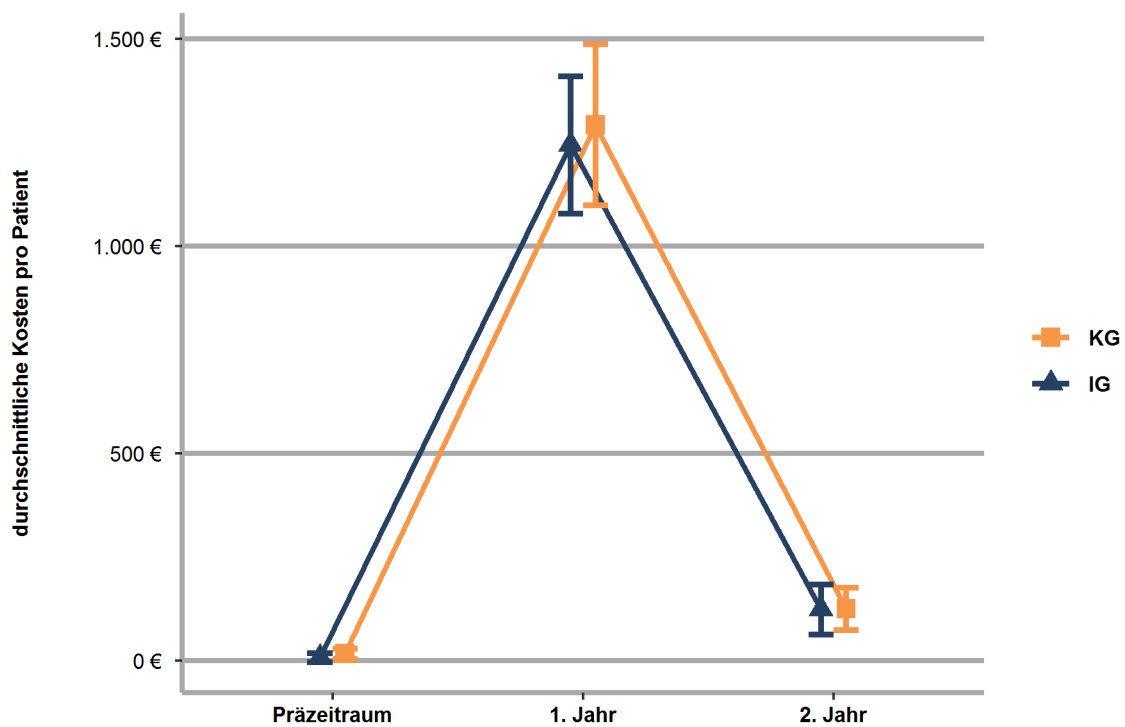


Tabelle 176: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	16,97 €	0,022	16,97 €	0,022	125,73 €	0,230
IG (vs. KG)	-9,23 €	0,347	-9,23 €	0,347	12,78 €	0,620
Post (vs. Prä)	707,50 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-15,20 €	0,861				
1. Jahr (vs. Prä)			1.275,69 €	<0,001	1.127,00 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			108,18 €	<0,001	-65,26 €	0,116
IG x Jahr 1 (DiD)			-38,63 €	0,804	-36,63 €	0,814
IG x Jahr 2 (DiD)			8,02 €	0,868	6,99 €	0,885
Alter (30-47 J. vs. U30)					184,37 €	0,083
Alter (48-64 J. vs. U30)					-36,35 €	0,693
Alter (Ü64 vs. U30)					-561,16 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,09 €	0,985
F 00 (Demenz)					14,15 €	0,820
F 01 (Vaskuläre Demenz)					42,74 €	0,517
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					37,43 €	0,706
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					120,31 €	0,077
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-57,93 €	0,498
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-349,73 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					121,23 €	0,334
F 30-39 (Affektive Störungen)					505,19 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					530,10 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					-26,16 €	0,730
F 40-48 (ohne F43 und F45)					74,29 €	0,660
F 50 (Essstörungen)					-191,92 €	0,473
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					730,76 €	0,034
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-329,38 €	<0,001
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					71,01 €	0,770
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					176,59 €	0,001
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					2.013,05 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-131,95 €	0,382
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-202,64 €	<0,001
R ²		0,029		0,087		0,150

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

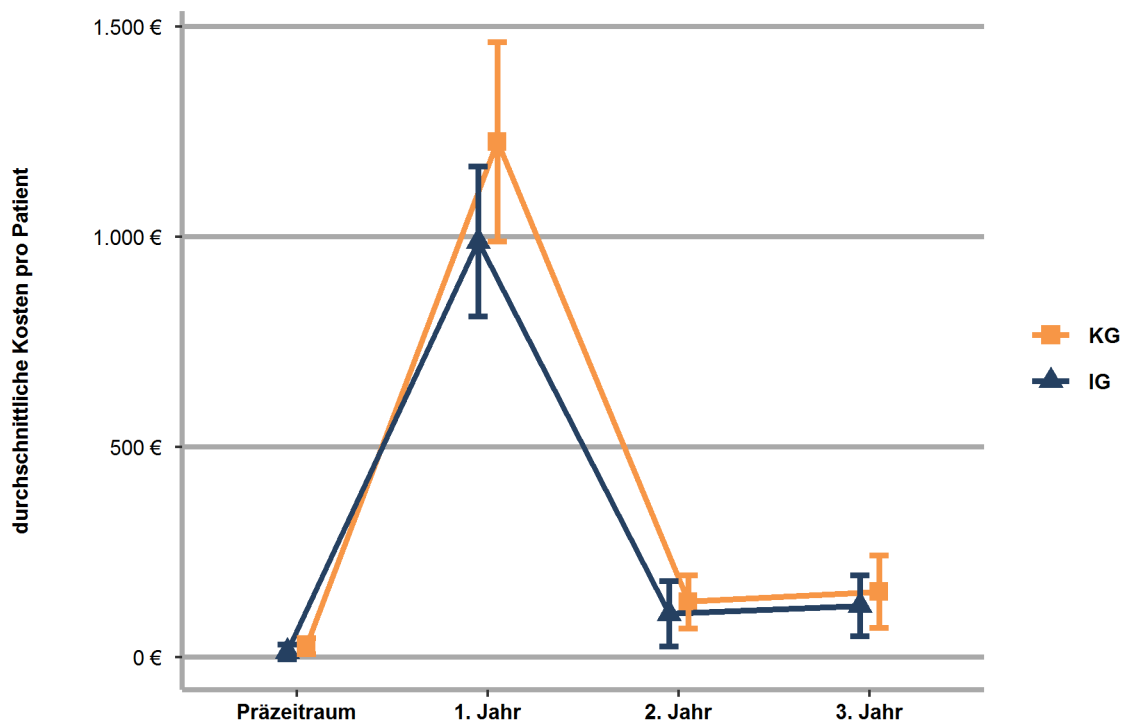
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 177: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	< 10	128	< 10	10	< 10	89	15	11
Mittelwert	12,52 €	988,54 €	102,98 €	122,02 €	26,11 €	1.225,88 €	131,24 €	155,54 €
Standardabweichung	227,49 €	2.370,73 €	992,16 €	916,64 €	257,00 €	3.177,62 €	821,53 €	1.104,50 €
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 €	481,60 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	4.840 €	15.342 €	16.919 €	9.382 €	3.330 €	21.605 €	8.419 €	13.076 €

Abbildung 101: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

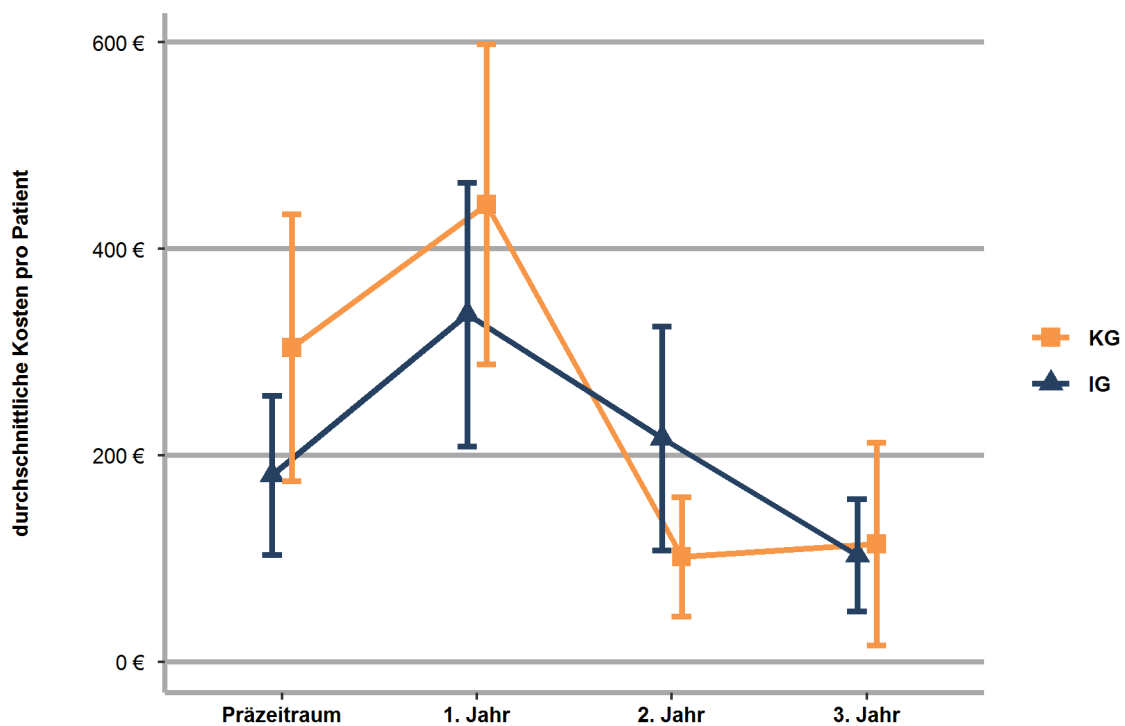


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 178: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	23	49	19	13	21	35	10	< 10
Mittelwert	180,63 €	336,39 €	216,50 €	102,95 €	304,31 €	443,05 €	101,55 €	114,07 €
Standardabweichung	1.033,25 €	1.709,33 €	1.423,24 €	702,75 €	1.730,56 €	2.072,29 €	752,38 €	1.254,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	13.498 €	21.337 €	19.439 €	7.893 €	17.030 €	24.451 €	7.919 €	23.760 €

Abbildung 102: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 179, Tabelle 181 und Abbildung 103) hatte die IG im Präzeitraum durchschnittliche Kosten von 310,59 € während die KG hier keine Kosten hatte. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 600,38 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.379,87 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1.090,08 € nicht signifikant ($p=0,075$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 180,42 €. In der KG sanken die Kosten auf 7,64 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 393,47 € nicht signifikant ($p=0,273$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 180, Tabelle 182 und Abbildung 104) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 299,66 € niedrigere Kosten als die KG mit 411,14 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 270,50 €. In der KG stiegen die Kosten auf 915,45 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 533,46 € nicht signifikant ($p=0,058$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 28,05 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 223,93 €. Vom Prä- zum Postzeitraum verringerten sich die Kosten in der IG um 103,83 € nicht signifikant ($p=0,558$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 183 und Abbildung 105) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 110,76 € mehr Kosten als die KG mit 92,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 979,57 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.382,24 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 184, Tabelle 185 und Abbildung 106) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 154,77 € größere Kosten als die KG mit 126,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 863,08 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.374,52 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 540,02 € nicht signifikant ($p=0,078$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 145,98 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 152,76 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 287,29 € nicht signifikant ($p=0,145$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 186 und Abbildung 107) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 229,60 € größere Kosten als die KG mit 186,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 844,90 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 1.018,53 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 194,34 €. In der KG sanken die Kosten auf 230,74 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 187 und Abbildung 108) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 265,59 € weniger Kosten als die KG mit 282,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 507,34 €. In der KG stiegen die Kosten auf 1.091,31 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 98,00 €. In der KG sanken die Kosten auf 51,68 €.

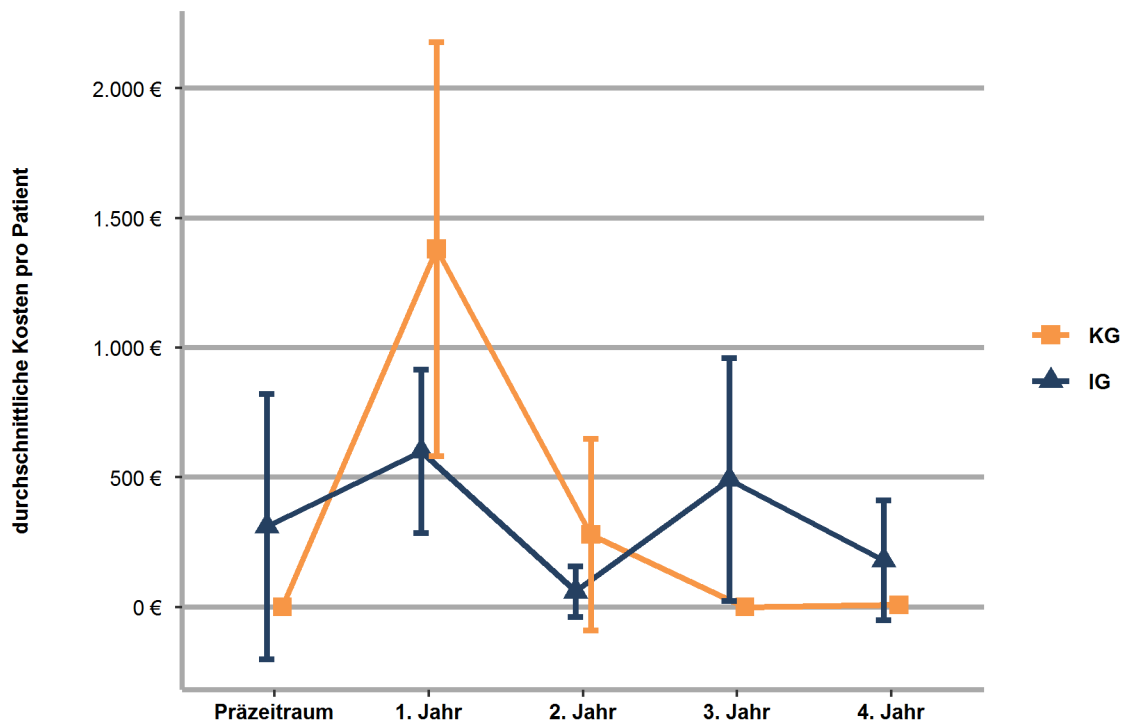
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 179: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	14	< 10	< 10	< 10	< 10	10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	310,59 €	600,38 €	59,70 €	491,83 €	180,42 €	0,00 €	1.379,87 €	279,18 €	0,00 €	7,64 €
Standardabweichung	3.043,11 €	1.879,47 €	581,88 €	2.770,38 €	1.367,03 €	0,00 €	4.801,92 €	2.227,66 €	0,00 €	53,21 €
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	29.816 €	9.491 €	5.671 €	18.967 €	12.562 €	0 €	26.362 €	21.254 €	0 €	376 €

Abbildung 103: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 180: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	18	26	< 10	< 10	< 10	13	23	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	299,66 €	270,50 €	141,32 €	60,18 €	28,05 €	411,14 €	915,45 €	217,67 €	5,06 €	223,93 €
Standardabweichung	1.591,87 €	1.229,17 €	1.486,98 €	1.038,81 €	423,51 €	2.172,12 €	3.717,45 €	1.618,46 €	84,45 €	2.350,12 €
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	15.036 €	12.451 €	19.636 €	17.933 €	7.217 €	16.957 €	26.737 €	16.728 €	1.411 €	34.280 €

Abbildung 104: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

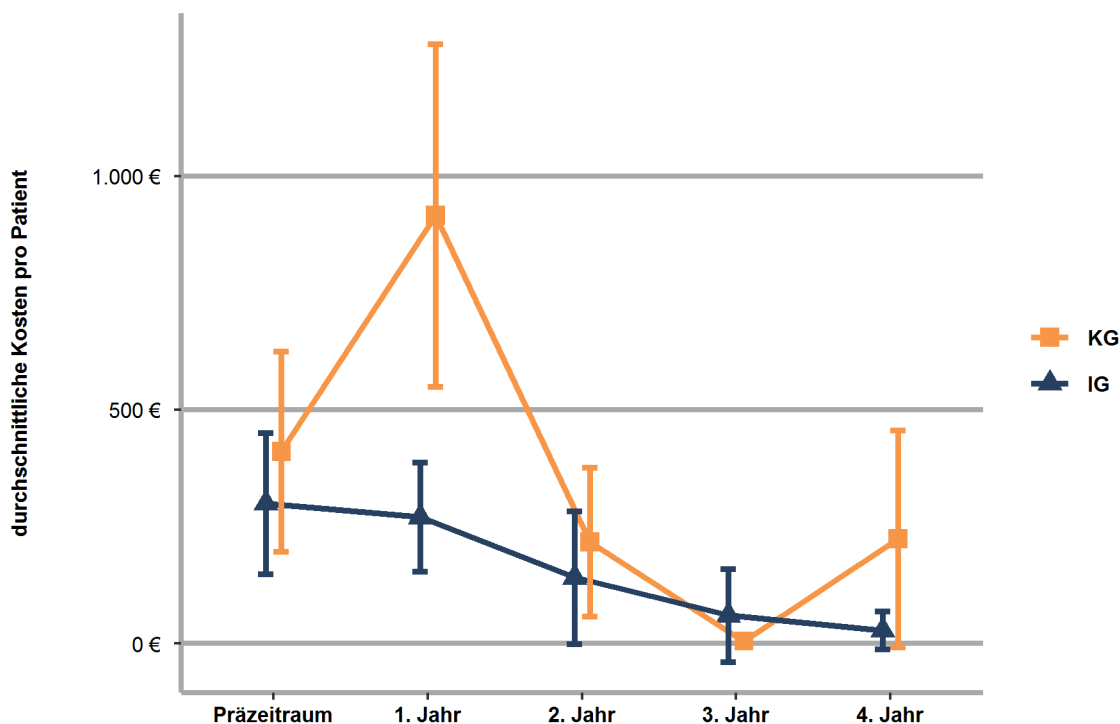


Tabelle 181: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	0,00 €		0,00 €		465,35 €	0,055
IG (vs. KG)	310,59 €	0,317	310,59 €	0,319	15,42 €	0,678
Post (vs. Prä)	416,67 €	0,004				
IG x Post (DiD)	-393,47 €	0,273				
1. Jahr (vs. Prä)			1.379,87 €	0,005	1.352,57 €	0,005
2. Jahr (vs. Prä)			279,18 €	0,216	251,87 €	0,263
3. Jahr (vs. Prä)			0,00 €		-27,30 €	0,574
4. Jahr (vs. Prä)			7,64 €	0,156	-19,66 €	0,682
IG x Jahr 1 (DiD)			-1.090,08 €	0,075	-775,80 €	0,140
IG x Jahr 2 (DiD)			-530,06 €	0,174	-213,50 €	0,360
IG x Jahr 3 (DiD)			181,25 €	0,670	497,81 €	0,083
IG x Jahr 4 (DiD)			-137,81 €	0,688	178,75 €	0,207
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-348,95 €	0,022
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-226,19 €	0,362
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-751,20 €	0,007
F 30-39 (Affektive Störungen)					83,45 €	0,750
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-191,88 €	0,478
F 45 (Somatoforme Störungen)					-314,18 €	0,078
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-641,32 €	0,017
F 50 (Essstörungen)					-282,81 €	0,011
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-240,75 €	0,302
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-622,21 €	0,004
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-232,54 €	0,256
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,42 €	0,948
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					29.902,56 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-208,71 €	0,311
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,29 €	0,638
R ²		0,003		0,032		0,217

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 182: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	411,14 €	0,002	411,14 €	0,002	71,65 €	0,677
IG (vs. KG)	-111,48 €	0,484	-111,48 €	0,484	-164,09 €	0,083
Post (vs. Prä)	-70,62 €	0,633				
IG x Post (DiD)	-103,83 €	0,558				
1. Jahr (vs. Prä)			504,31 €	0,049	661,49 €	0,010
2. Jahr (vs. Prä)			-193,47 €	0,239	-36,29 €	0,830
3. Jahr (vs. Prä)			-406,09 €	0,002	-248,91 €	0,072
4. Jahr (vs. Prä)			-187,21 €	0,333	-30,03 €	0,879
IG x Jahr 1 (DiD)			-533,46 €	0,058	-484,79 €	0,053
IG x Jahr 2 (DiD)			35,13 €	0,866	83,58 €	0,605
IG x Jahr 3 (DiD)			166,61 €	0,330	215,05 €	0,056
IG x Jahr 4 (DiD)			-84,39 €	0,696	-35,90 €	0,834
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					23,57 €	0,736
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-195,59 €	0,105
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-99,23 €	0,443
F 30-39 (Affektive Störungen)					-79,22 €	0,551
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					656,93 €	0,153
F 45 (Somatoforme Störungen)					154,13 €	0,170
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-98,57 €	0,187
F 50 (Essstörungen)					-122,59 €	0,235
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-196,61 €	0,006
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					573,33 €	0,037
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					176,36 €	0,098
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-562,19 €	0,002
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					6.662,99 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-200,19 €	0,186
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					86,96 €	0,036
R ²		0,004		0,018		0,156

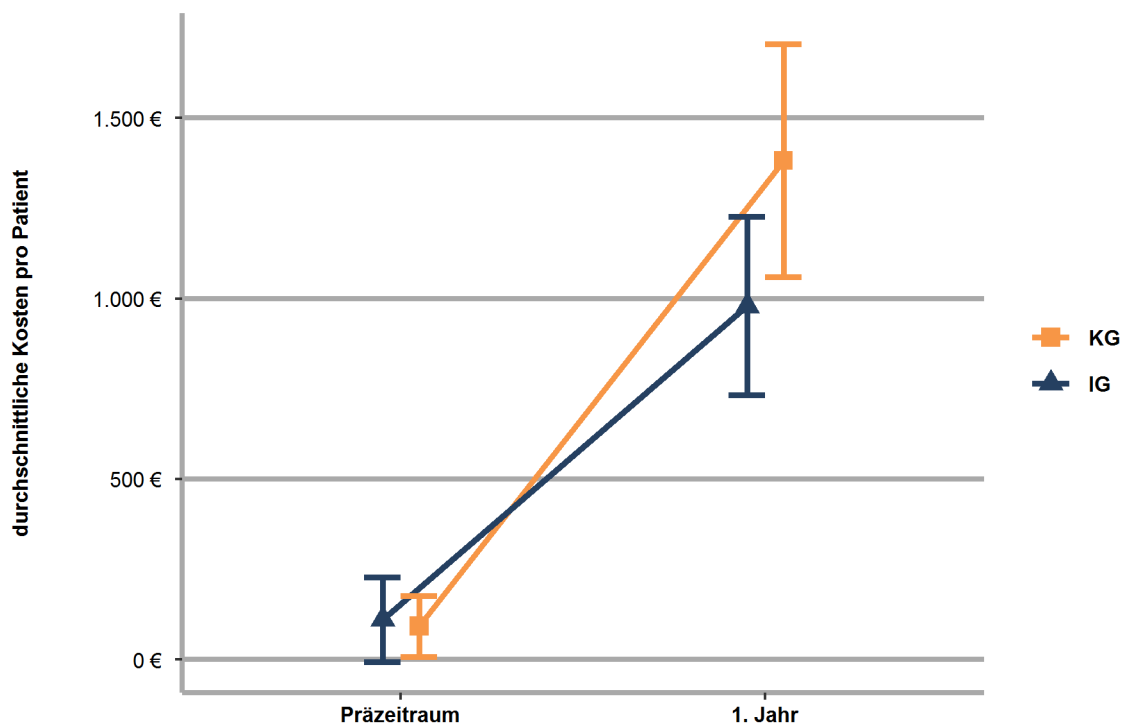
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 183: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	< 10	60	< 10	62
Mittelwert	110,76 €	979,57 €	92,53 €	1.382,24 €
Standardabweichung	1.775,63 €	3.759,68 €	1.281,85 €	4.898,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	32.175 €	33.919 €	22.482 €	31.808 €

Abbildung 105: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 184: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	< 10	43	< 10	< 10	46	< 10
Mittelwert	154,77 €	863,08 €	145,98 €	126,19 €	1.374,52 €	152,76 €
Standardabweichung	2.097,99 €	3.517,43 €	1.536,87 €	1.496,00 €	4.796,28 €	1.558,27 €
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	32.175 €	33.919 €	23.598 €	22.482 €	28.552 €	22.828 €

Abbildung 106: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

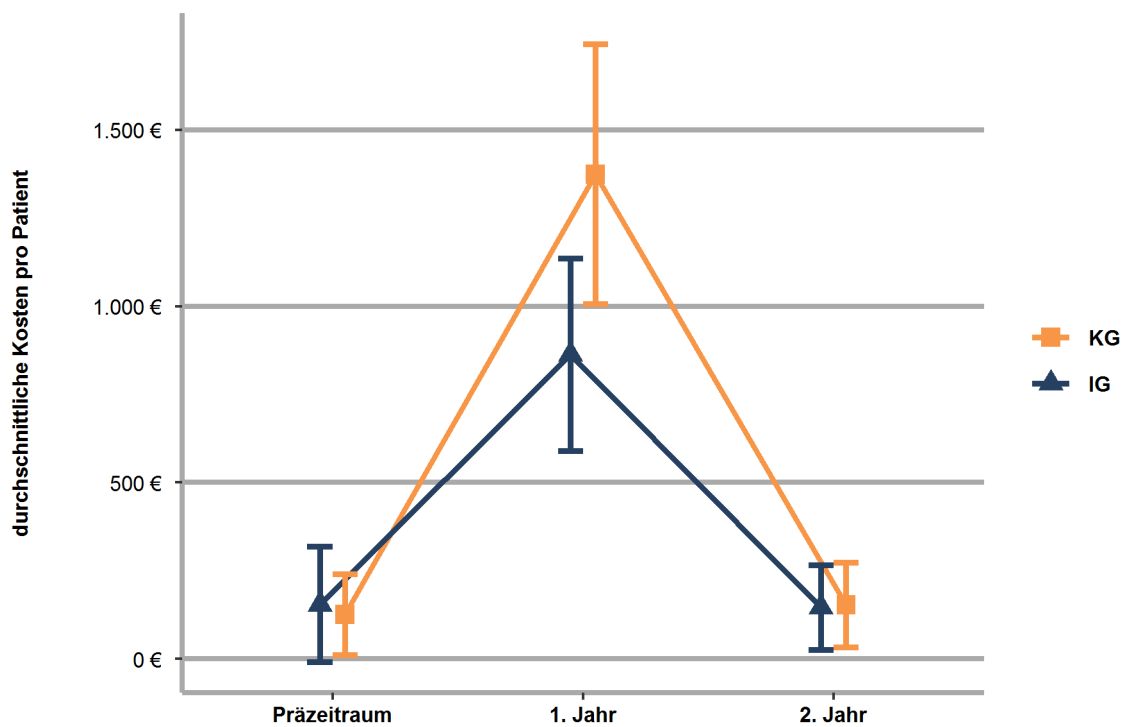


Tabelle 185: Inferenzstatistik, Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U3) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung KJP

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	126,19 €	0,071	126,19 €	0,071	-127,65 €	0,431
IG (vs. KG)	28,58 €	0,814	28,58 €	0,814	60,87 €	0,317
Post (vs. Prä)	637,45 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-287,29 €	0,145				
1. Jahr (vs. Prä)			1.248,33 €	<0,001	1.419,82 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			26,56 €	0,793	198,06 €	0,017
IG x Jahr 1 (DiD)			-540,02 €	0,078	-574,53 €	0,044
IG x Jahr 2 (DiD)			-35,36 €	0,825	-70,47 €	0,552
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-180,83 €	0,134
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-158,61 €	0,201
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-798,26 €	0,016
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-271,34 €	0,161
F 30-39 (Affektive Störungen)					129,06 €	0,432
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-129,65 €	0,345
F 45 (Somatoforme Störungen)					84,18 €	0,605
F 40-48 (ohne F43 und F45)					154,78 €	0,708
F 50 (Essstörungen)					72,56 €	0,827
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-181,73 €	0,305
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-143,52 €	0,510
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					233,21 €	0,150
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					220,12 €	0,225
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					18.077,32 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					301,08 €	0,489
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-15,61 €	0,502
R ²		0,008		0,029		0,138

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

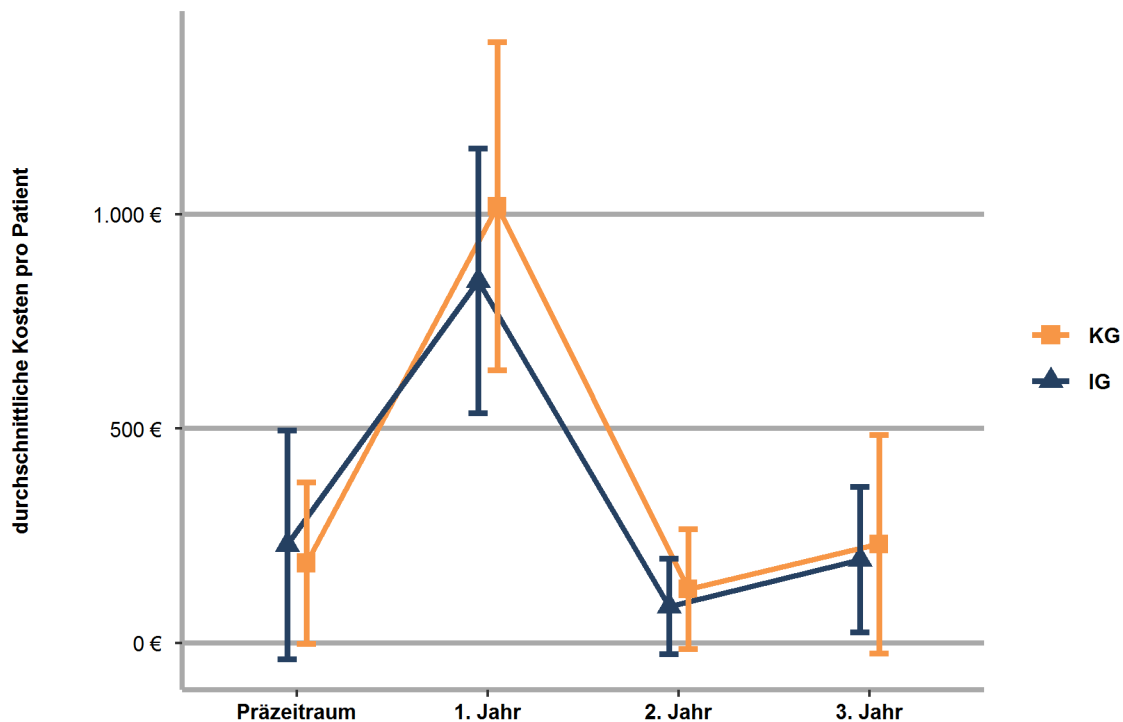
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 186: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	< 10	31	< 10	< 10	< 10	24	< 10	< 10
Mittelwert	229,60 €	844,90 €	85,35 €	194,34 €	186,72 €	1.018,53 €	125,68 €	230,74 €
Standardabweichung	2.664,67 €	3.083,47 €	1.108,09 €	1.689,64 €	1.892,83 €	3.843,59 €	1.399,87 €	2.558,96 €
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	32.175 €	18.707 €	17.288 €	18.967 €	22.482 €	26.362 €	21.254 €	38.950 €

Abbildung 107: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

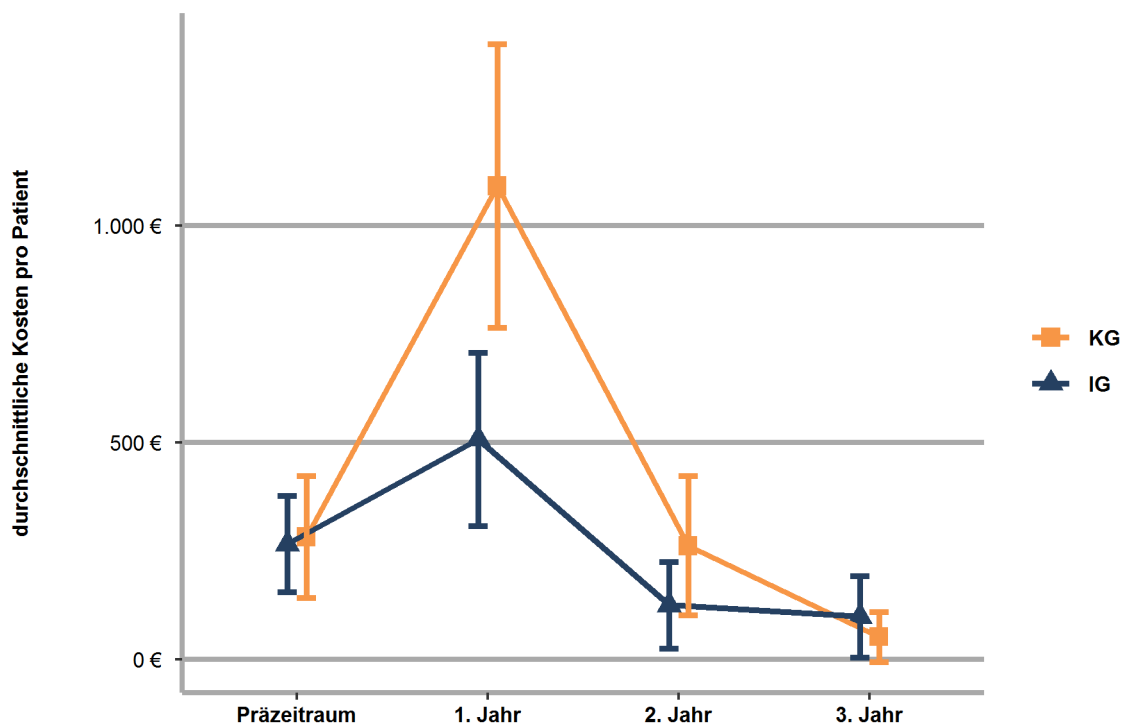


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 187: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	25	40	< 10	< 10	14	40	10	< 10
Mittelwert	265,59 €	507,34 €	124,85 €	98,00 €	282,31 €	1.091,31 €	261,66 €	51,68 €
Standardabweichung	1.437,50 €	2.591,39 €	1.296,04 €	1.222,78 €	1.806,20 €	4.197,13 €	2.063,75 €	741,28 €
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	15.036 €	28.465 €	19.636 €	17.933 €	16.957 €	29.139 €	28.398 €	14.936 €

Abbildung 108: Kosten teilstationär psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.5 Kosten für Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen

Die für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierten durchschnittlichen Kosten der Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanz umfassen die Kosten von PIA-Leistungen nach § 118 SGB V, exklusive Zuschläge für Ausgleichsleistungen und exklusive Zuschläge für Evaluationen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 188, Tabelle 190 und Abbildung 109) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,61 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 1,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 91,34 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 170,81 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 81,88 € nicht signifikant ($p=0,063$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 78,08 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 108,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 49,27 € nicht signifikant ($p=0,211$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 189, Tabelle 191 und Abbildung 110) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 538,69 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 549,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 755,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 682,64 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 83,18 € nicht signifikant ($p=0,097$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 604,22 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 541,79 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 92,28 € 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 192 und Abbildung 111) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,98 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 11,32 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 118,28 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 194,96 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 193, Tabelle 194 und Abbildung 112) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,41 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 14,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 107,48 €. In der KG erhöhten sich die Kosten

auf 192,18 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 72,77 € signifikant ($p=0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 87,32 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 130,28 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 52,44 € signifikant ($p=0,015$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 195 und Abbildung 113) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,36 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 19,70 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 103,95 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 197,68 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 78,77 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 102,87 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 196 Abbildung 114) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 629,14 € größere Kosten als die KG mit 495,15 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 800,95 €. In der KG stiegen die Kosten auf 637,49 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 696,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 542,59 €.

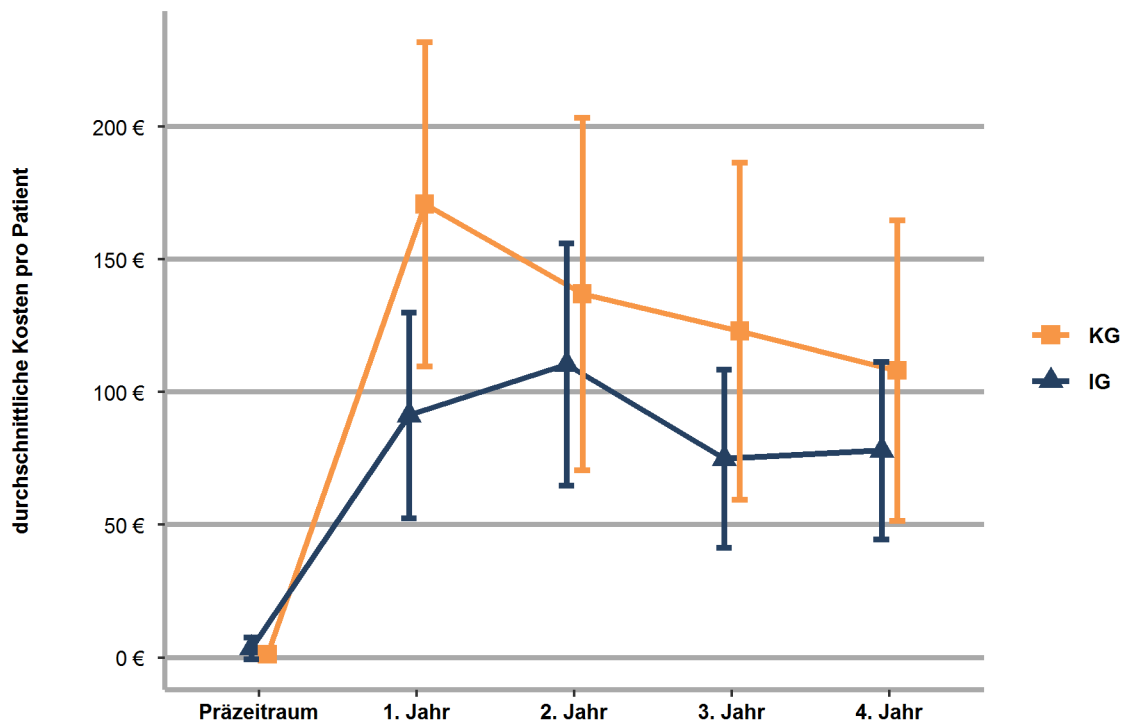
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 188: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall		< 10	32	32	21	20	< 10	52	27	23	19
Mittelwert		3,61 €	91,34 €	110,39 €	74,92 €	78,08 €	1,20 €	170,81 €	137,09 €	123,05 €	108,18 €
Standardabweichung		35,40 €	334,50 €	380,54 €	271,50 €	267,73 €	14,47 €	530,02 €	563,07 €	523,98 €	457,66 €
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		0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	50,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum		454,22 €	2.850,71 €	2.767,36 €	2.023,80 €	1.890,94 €	202,32 €	3.873,94 €	4.799,80 €	4.822,85 €	3.622,92 €

Abbildung 109: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 189: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	292	304	275	253	240	277	286	245	206	180
Mittelwert	538,69 €	755,04 €	734,61 €	688,55 €	604,22 €	549,46 €	682,64 €	627,55 €	600,01 €	541,79 €
Standardabweichung	289,88 €	745,91 €	976,50 €	879,69 €	645,70 €	643,86 €	876,96 €	995,74 €	984,44 €	965,61 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	403,70 €	363,10 €	251,18 €	7,63 €	0,00 €	166,10 €	195,62 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	605,55 €	624,87 €	560,16 €	556,04 €	549,00 €	451,53 €	510,18 €	456,72 €	378,08 €	261,14 €
75%-Perzentil	807,40 €	920,78 €	917,04 €	920,43 €	855,46 €	668,40 €	775,84 €	708,52 €	712,06 €	722,68 €
Maximum	987 €	7.038 €	13.316 €	10.657 €	5.504 €	4.889 €	7.643 €	10.371 €	9.673 €	7.246 €

Abbildung 110: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

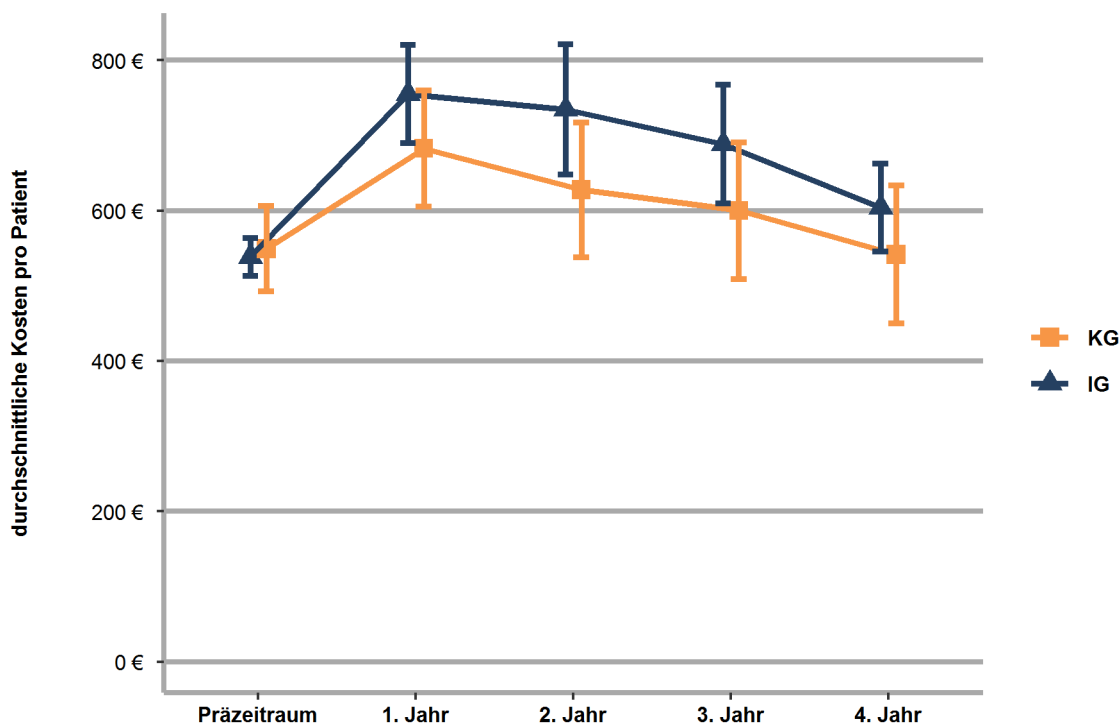


Tabelle 190: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	1,20 €	0,234	1,20 €	0,235	52,79 €	0,201
IG (vs. KG)	2,41 €	0,371	2,41 €	0,372	-4,85 €	0,615
Post (vs. Prä)	134,80 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-49,27 €	0,211				
1. Jahr (vs. Prä)			169,61 €	<0,001	150,20 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			135,88 €	<0,001	115,97 €	0,006
3. Jahr (vs. Prä)			121,85 €	0,002	101,50 €	0,011
4. Jahr (vs. Prä)			106,98 €	0,002	85,44 €	0,013
IG x Jahr 1 (DiD)			-81,88 €	0,063	-79,91 €	0,071
IG x Jahr 2 (DiD)			-29,11 €	0,553	-27,07 €	0,582
IG x Jahr 3 (DiD)			-50,54 €	0,248	-49,28 €	0,258
IG x Jahr 4 (DiD)			-32,51 €	0,418	-30,63 €	0,444
Alter (30-47 J. vs. U30)					-9,50 €	0,741
Alter (48-64 J. vs. U30)					14,04 €	0,685
Alter (Ü64 vs. U30)					27,59 €	0,702
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-97,86 €	0,013
F 00 (Demenz)					-49,90 €	0,266
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-8,04 €	0,956
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-31,45 €	0,588
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-76,68 €	0,076
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-61,91 €	0,033
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-73,71 €	0,115
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					253,85 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					89,02 €	0,144
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-8,71 €	0,845
F 45 (Somatoforme Störungen)					-30,57 €	0,375
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-75,32 €	0,122
F 50 (Essstörungen)					12,20 €	0,810
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-172,30 €	<0,001
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-29,70 €	0,488
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					73,07 €	0,141
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					3,03 €	0,863
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,85 €	0,833
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					210,99 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-26,19 €	0,076
R ²		0,017		0,018		0,069

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) klinikkbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	549,46 €	<0,001	549,46 €	<0,001	-175,46 €	0,146
IG (vs. KG)	-10,78 €	0,776	-10,78 €	0,776	-25,17 €	0,472
Post (vs. Prä)	66,31 €	0,083				
IG x Post (DiD)	92,28 €	0,091				
1. Jahr (vs. Prä)			133,17 €	<0,001	530,32 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			78,09 €	0,126	471,65 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			50,55 €	0,367	439,26 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-7,67 €	0,893	373,36 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			83,18 €	0,097	100,48 €	0,060
IG x Jahr 2 (DiD)			117,84 €	0,101	137,67 €	0,061
IG x Jahr 3 (DiD)			99,31 €	0,170	121,54 €	0,100
IG x Jahr 4 (DiD)			73,20 €	0,269	101,76 €	0,127
Alter (30-47 J. vs. U30)					66,36 €	0,555
Alter (48-64 J. vs. U30)					191,85 €	0,119
Alter (Ü64 vs. U30)					-72,94 €	0,538
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					80,02 €	0,085
F 00 (Demenz)					130,63 €	0,030
F 01 (Vaskuläre Demenz)					75,61 €	0,259
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-216,85 €	0,041
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					104,98 €	0,386
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					117,59 €	0,014
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-90,22 €	0,136
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					351,26 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					139,54 €	0,070
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					300,84 €	0,017
F 45 (Somatoforme Störungen)					5,34 €	0,947
F 40-48 (ohne F43 und F45)					187,73 €	0,333
F 50 (Essstörungen)					-213,61 €	0,183
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					672,90 €	0,079
F 70-79 (Intelligenzstörung)					70,01 €	0,267
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-39,71 €	0,613
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					23,74 €	0,788
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-83,33 €	0,016
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-32,64 €	0,766
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					513,96 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					11,10 €	0,832
R ²		0,005		0,008		0,118

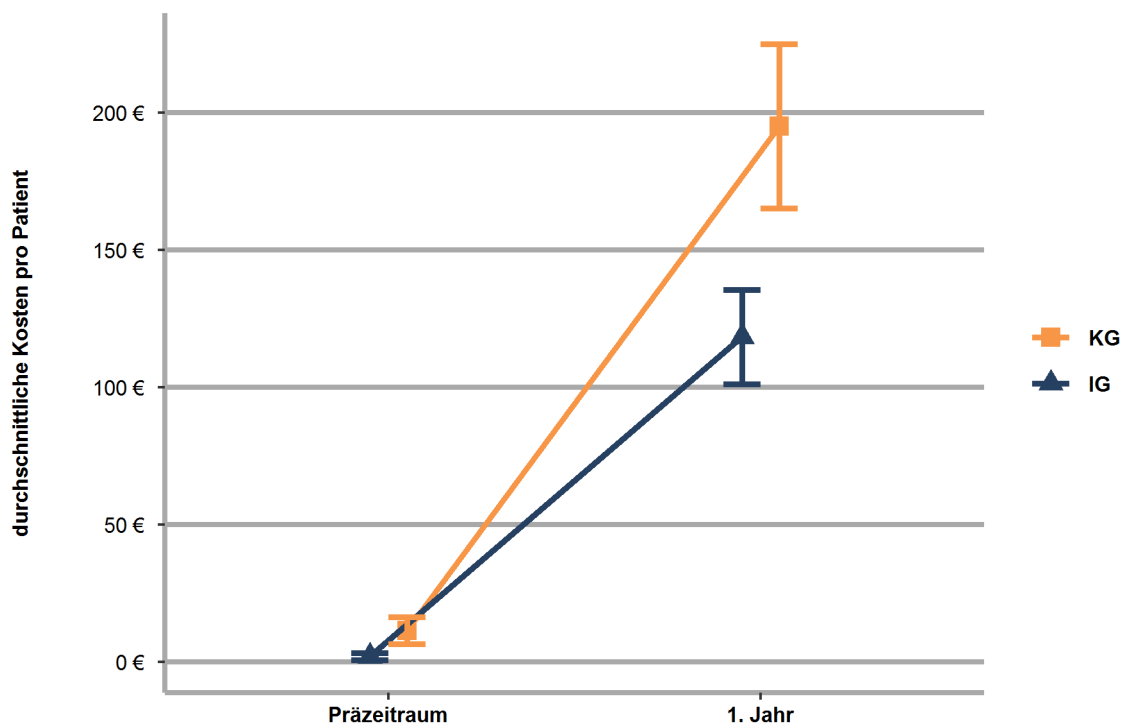
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 192: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	< 10	361	21	305
Mittelwert	1,98 €	118,28 €	11,32 €	194,96 €
Standardabweichung	25,32 €	332,64 €	95,25 €	578,23 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	98,15 €	0,00 €	92,77 €
Maximum	454,22 €	3.071,80 €	1.402,04 €	6.090,69 €

Abbildung 111: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 193: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	< 10	266	85	19	227	113
Mittelwert	2,41 €	107,48 €	87,32 €	14,34 €	192,18 €	130,28 €
Standardabweichung	28,56 €	306,89 €	408,50 €	108,35 €	554,24 €	518,71 €
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 €	95,34 €	0,00 €	0,00 €	91,85 €	0,00 €
Maximum	454,22 €	3.003,48 €	6.921,12 €	1.402,04 €	6.090,69 €	7.463,27 €

Abbildung 112: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

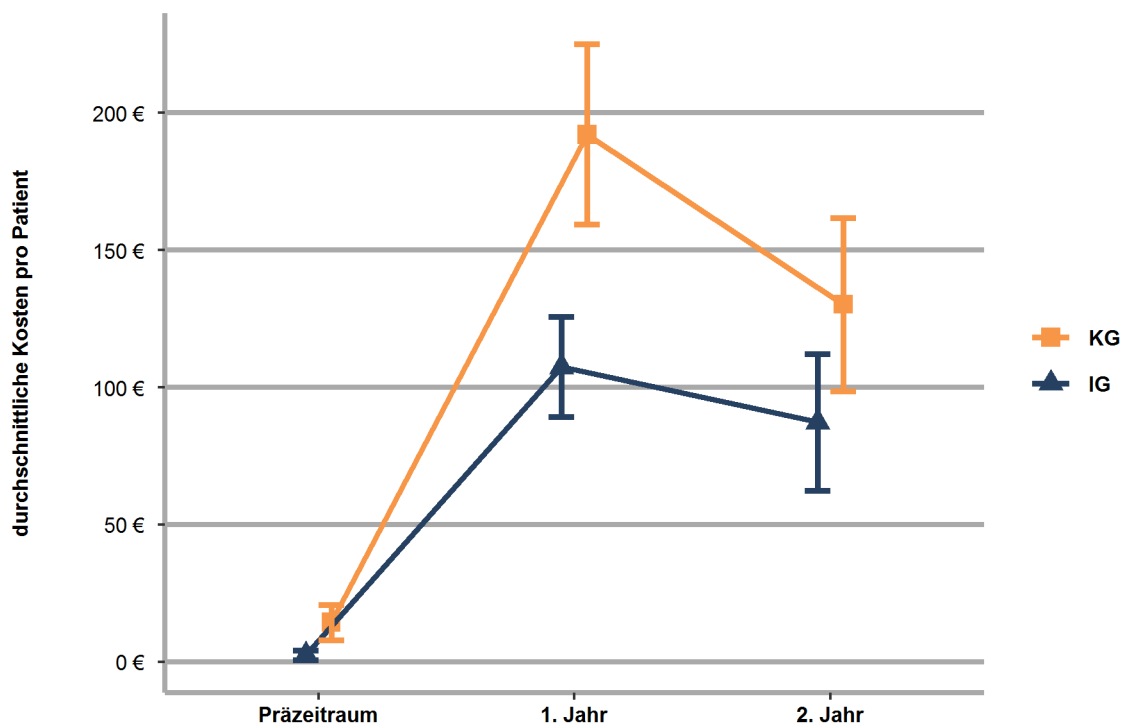


Tabelle 194: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	14,34 €	<0,001	14,34 €	<0,001	56,52 €	0,008
IG (vs. KG)	-11,93 €	0,003	-11,93 €	0,003	-3,16 €	0,430
Post (vs. Prä)	147,71 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-52,44 €	0,015				
1. Jahr (vs. Prä)			177,84 €	<0,001	167,26 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			115,94 €	<0,001	103,69 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-72,77 €	0,001	-77,88 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-31,03 €	0,202	-37,15 €	0,127
Alter (30-47 J. vs. U30)					-2,63 €	0,896
Alter (48-64 J. vs. U30)					2,54 €	0,910
Alter (Ü64 vs. U30)					-24,16 €	0,338
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-23,99 €	0,175
F 00 (Demenz)					-34,36 €	0,036
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-33,86 €	0,207
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					2,13 €	0,951
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-57,04 €	0,028
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-52,72 €	0,008
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-74,38 €	0,002
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					118,79 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					47,87 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-7,27 €	0,743
F 45 (Somatoforme Störungen)					-36,13 €	0,030
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-74,70 €	<0,001
F 50 (Essstörungen)					-58,20 €	0,112
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					220,35 €	0,009
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-34,02 €	0,194
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-19,99 €	0,504
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-7,35 €	0,552
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					26,57 €	0,670
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					415,07 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-23,89 €	0,002
R ²		0,028		0,030		0,069

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

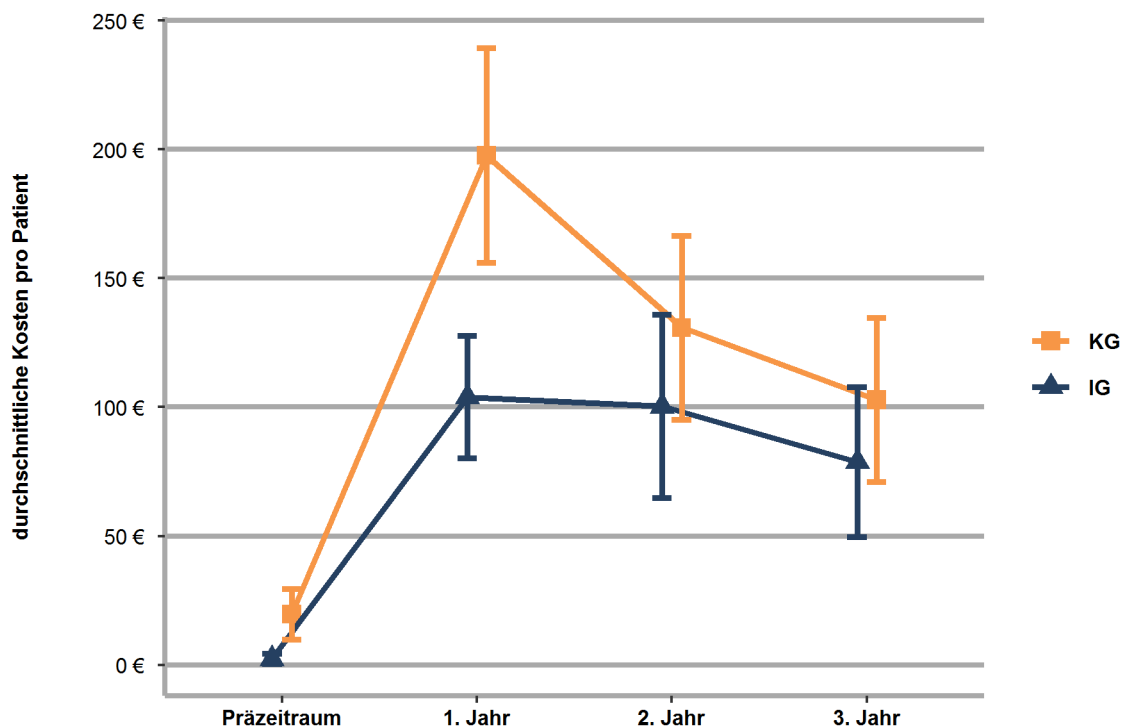
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 195: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	< 10	144	59	45	14	144	78	62
Mittelwert	2,36 €	103,95 €	100,34 €	78,77 €	19,70 €	197,68 €	130,87 €	102,87 €
Standardabweichung	26,97 €	315,93 €	457,47 €	365,45 €	131,95 €	558,88 €	468,01 €	407,93 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	95,34 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	95,12 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	454,22 €	3.003,48 €	6.921,12 €	5.762,20 €	1.402,04 €	6.090,69 €	4.799,80 €	4.822,85 €

Abbildung 113: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

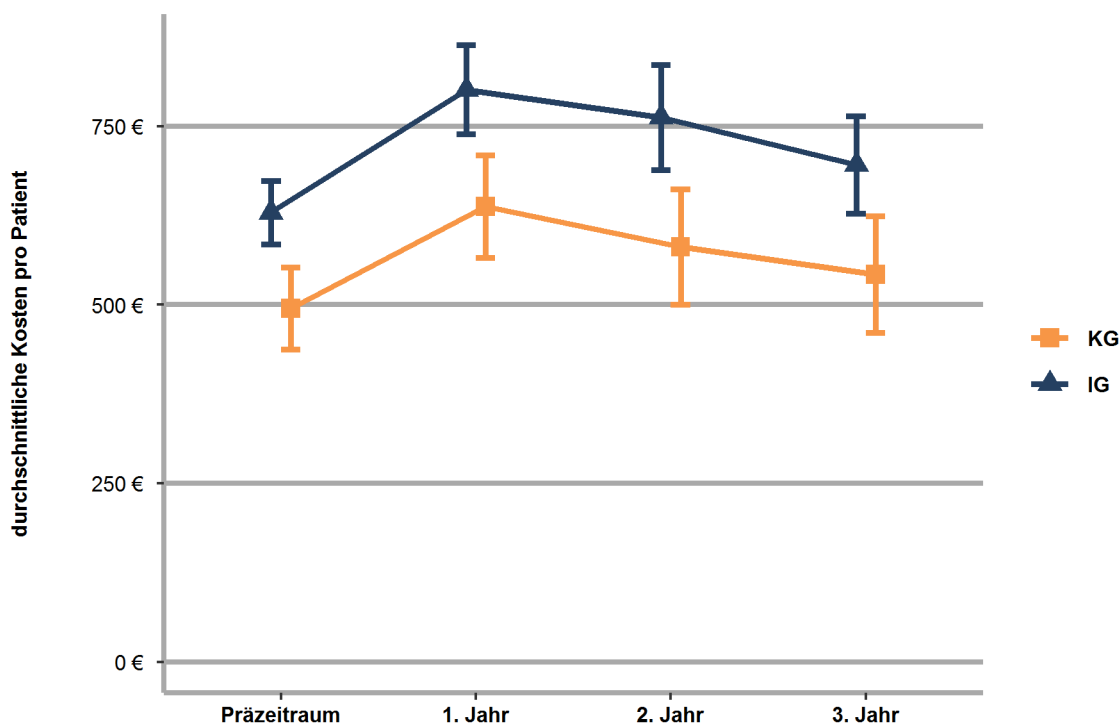


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 196: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	393	415	368	334	336	355	292	246
Mittelwert	629,14 €	800,95 €	762,74 €	696,11 €	495,15 €	637,49 €	581,15 €	542,59 €
Standardabweichung	598,01 €	835,22 €	966,74 €	883,77 €	770,96 €	958,25 €	1.055,61 €	1.038,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	355,60 €	310,58 €	191,68 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	605,55 €	632,63 €	583,17 €	562,13 €	335,02 €	445,63 €	326,31 €	207,36 €
75%-Perzentil	807,40 €	1.006,94 €	956,23 €	931,39 €	644,03 €	727,45 €	708,52 €	703,70 €
Maximum	5.096 €	7.038 €	13.316 €	10.657 €	8.273 €	8.062 €	10.371 €	9.673 €

Abbildung 114: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 197, Tabelle 199 und Abbildung 115) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 3,15 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 8,72 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 291,93 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 445,72 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 148,22 € signifikant ($p=0,009$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 52,82 €. In der KG sanken die Kosten auf 131,16 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 92,93 € signifikant ($p=0,006$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 198, Tabelle 200 und Abbildung 116) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 381,21 € weniger Kosten als die KG mit 577,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 321,10 €. In der KG stiegen die Kosten auf 796,75 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 279,78 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 113,24 €. In der KG sanken die Kosten auf 333,25 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 124,58 € 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 201 und Abbildung 117) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 15,41 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 15,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 269,83 €. In der KG stiegen die Kosten auf 444,06 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 202, Tabelle 203 und Abbildung 118) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,28 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 21,07 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 268,02 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 446,69 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 167,87 € signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 106,08 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 168,14 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 109,48 € 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 204 und Abbildung 119) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,56 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 24,41 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 274,51 €. In der KG stiegen die Kosten auf 469,77 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 88,59 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 138,55 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 205 und Abbildung 120) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 329,78 € geringere Kosten als die KG mit 515,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 323,06 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 694,32 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 137,33 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 338,31 €.

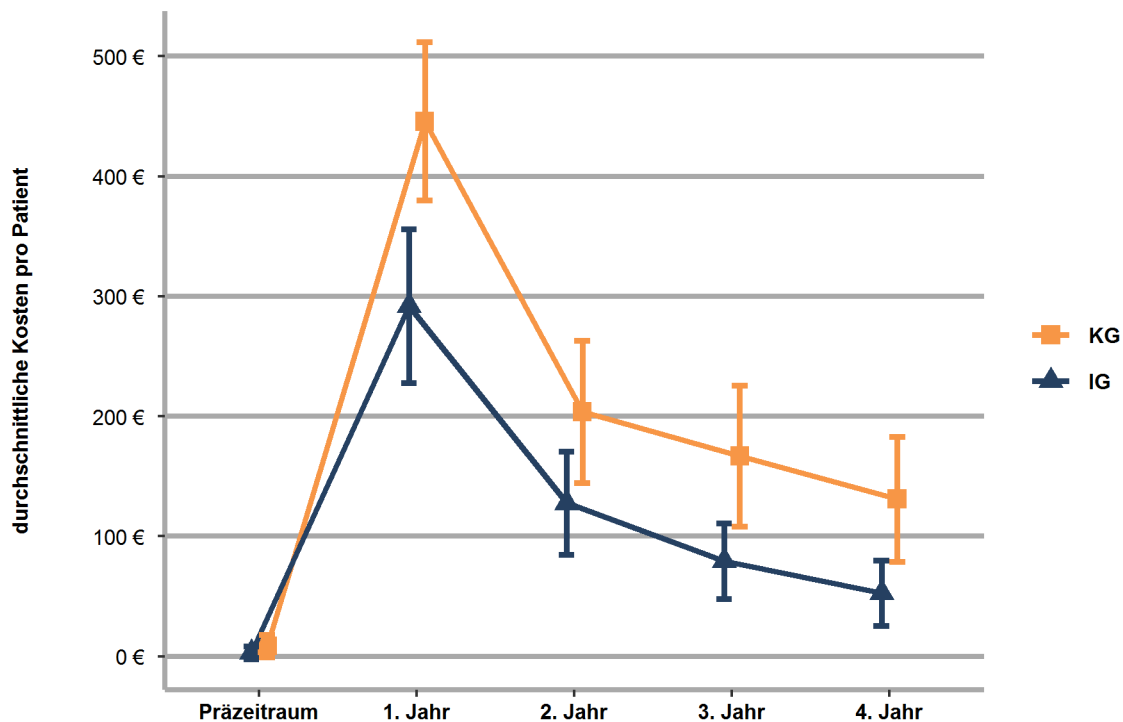
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 197: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	76	32	25	16	< 10	79	36	25	18
Mittelwert	3,15 €	291,93 €	127,81 €	79,51 €	52,82 €	8,72 €	445,72 €	203,87 €	166,92 €	131,16 €
Standardabweichung	30,87 €	382,04 €	255,18 €	186,30 €	161,92 €	55,67 €	396,63 €	355,84 €	353,43 €	313,33 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	68,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	181,03 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	165,49 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	364,16 €	176,10 €	35,97 €	0,00 €	0,00 €	604,96 €	302,48 €	132,85 €	0,00 €
Maximum	302,48 €	1.862,93 €	1.318,61 €	1.049,22 €	852,73 €	447,19 €	1.512,40 €	1.512,40 €	1.310,52 €	1.270,76 €

Abbildung 115: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 198: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	264	285	159	128	99	249	261	171	140	118
Mittelwert	381,21 €	321,10 €	184,40 €	137,11 €	113,24 €	577,09 €	796,75 €	505,79 €	402,57 €	333,25 €
Standardabweichung	253,80 €	342,96 €	281,56 €	244,68 €	223,04 €	419,82 €	514,68 €	531,64 €	501,29 €	507,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	201,85 €	131,39 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	285,36 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Median	403,70 €	238,58 €	67,44 €	0,00 €	0,00 €	570,72 €	907,44 €	302,48 €	83,49 €	0,00 €
75%-Perzentil	605,55 €	389,36 €	273,30 €	198,84 €	158,77 €	856,08 €	1.209,92 €	907,44 €	907,44 €	617,06 €
Maximum	1.092,76 €	2.972,05 €	1.983,17 €	1.922,70 €	1.285,75 €	3.843,36 €	3.263,38 €	2.793,04 €	2.342,99 €	3.306,88 €

Abbildung 116: Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

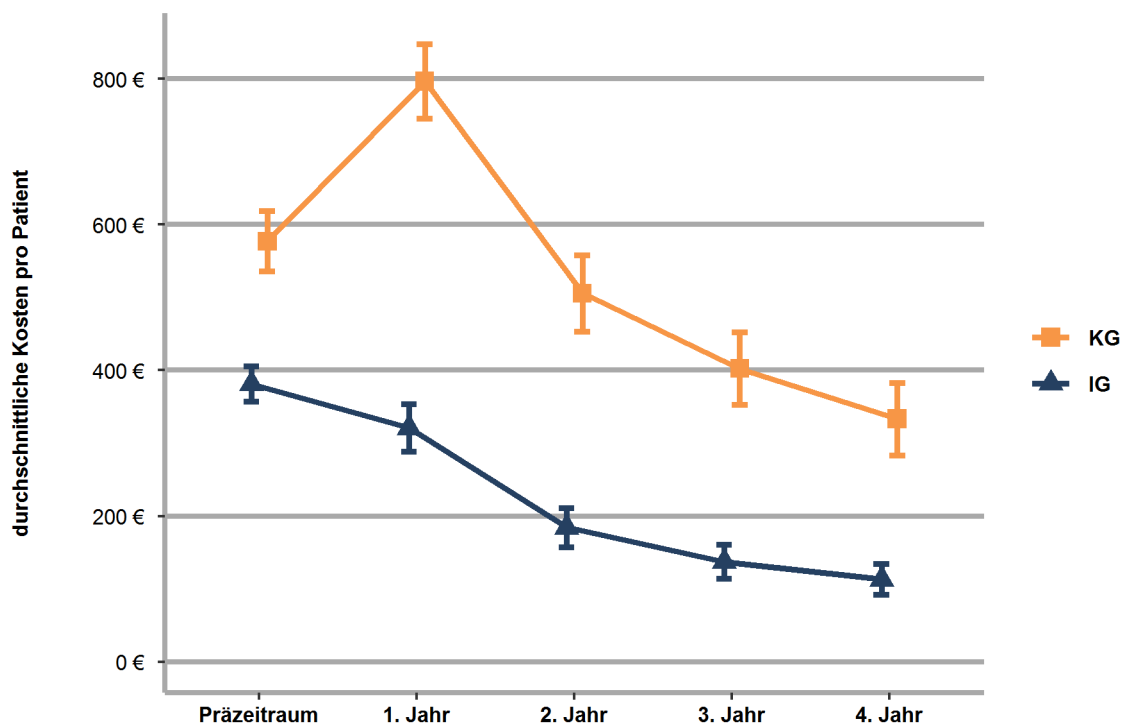


Tabelle 199: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinische Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	8,72 €	0,121	8,72 €	0,122	26,94 €	0,541
IG (vs. KG)	-5,57 €	0,388	-5,57 €	0,389	6,94 €	0,520
Post (vs. Prä)	228,20 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-92,93 €	0,006				
1. Jahr (vs. Prä)			437,00 €	<0,001	438,58 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			195,15 €	<0,001	196,73 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			158,21 €	<0,001	159,78 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			122,44 €	<0,001	124,02 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-148,22 €	0,009	-152,59 €	0,007
IG x Jahr 2 (DiD)			-70,50 €	0,118	-73,61 €	0,100
IG x Jahr 3 (DiD)			-81,84 €	0,045	-84,95 €	0,037
IG x Jahr 4 (DiD)			-72,77 €	0,048	-75,88 €	0,036
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-45,85 €	0,071
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-127,22 €	0,137
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-113,69 €	0,017
F 30-39 (Affektive Störungen)					-41,22 €	0,228
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-88,70 €	0,028
F 45 (Somatoforme Störungen)					-59,08 €	0,080
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-85,33 €	0,215
F 50 (Essstörungen)					-26,96 €	0,321
F 70-79 (Intelligenzstörung)					91,94 €	0,300
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					26,83 €	0,734
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					24,27 €	0,547
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					24,88 €	0,389
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					110,61 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					271,56 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,93 €	0,429
R ²		0,077		0,178		0,222

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 200: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	577,09 €	<0,001	577,09 €	<0,001	-41,53 €	0,480
IG (vs. KG)	-195,88 €	<0,001	-195,88 €	<0,001	-189,84 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-67,50 €	0,009				
IG x Post (DiD)	-124,58 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			219,66 €	<0,001	757,89 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-71,30 €	0,021	466,93 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-174,52 €	<0,001	363,71 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-243,84 €	<0,001	294,39 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-279,78 €	<0,001	-286,17 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-125,52 €	<0,001	-132,07 €	<0,001
IG x Jahr 3 (DiD)			-69,58 €	0,055	-76,13 €	0,027
IG x Jahr 4 (DiD)			-24,13 €	0,540	-30,75 €	0,408
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-30,09 €	0,254
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-361,88 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					133,73 €	0,606
F 30-39 (Affektive Störungen)					-30,05 €	0,673
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-50,59 €	0,572
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,37 €	0,838
F 40-48 (ohne F43 und F45)					103,13 €	0,449
F 50 (Essstörungen)					-10,53 €	0,904
F 70-79 (Intelligenzstörung)					83,04 €	0,054
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-13,95 €	0,837
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					93,81 €	0,031
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,45 €	0,416
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-70,03 €	0,065
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					511,63 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					95,18 €	0,016
R ²		0,128		0,203		0,242

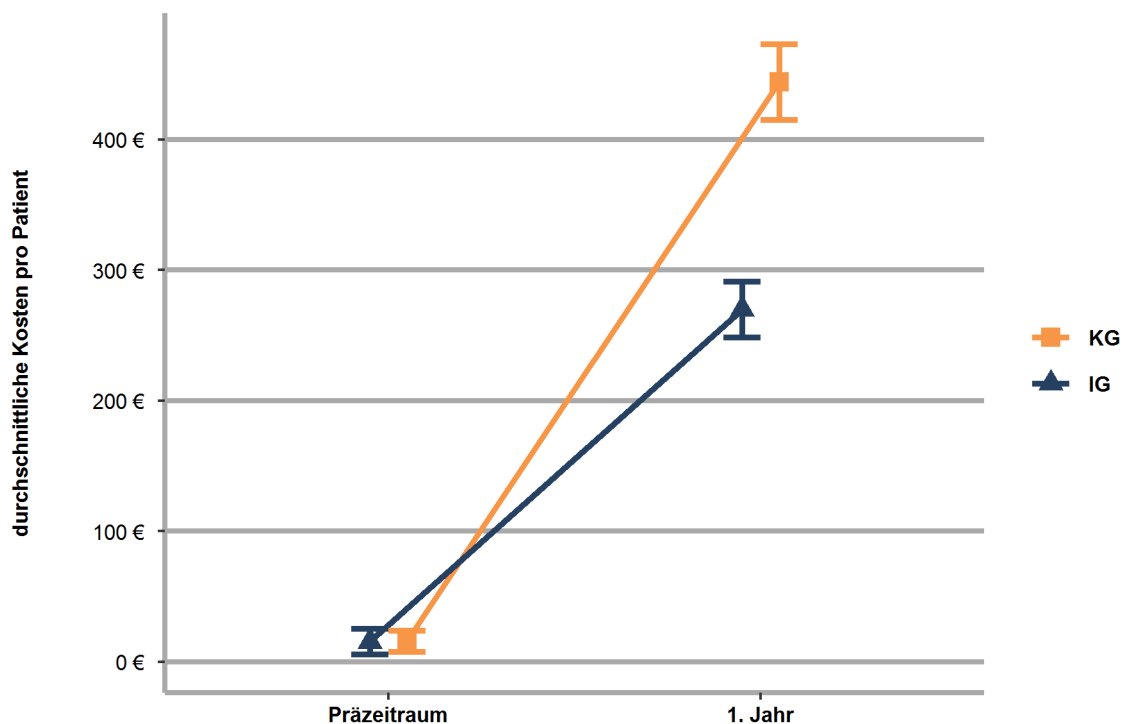
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 201: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	19	483	20	487
Mittelwert	15,41 €	269,83 €	15,79 €	444,06 €
Standardabweichung	148,30 €	326,44 €	122,90 €	437,57 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	37,52 €	0,00 €	85,80 €
Median	0,00 €	162,76 €	0,00 €	302,48 €
75%-Perzentil	0,00 €	370,86 €	0,00 €	626,22 €
Maximum	3.231,37 €	1.862,93 €	1.821,04 €	2.336,66 €

Abbildung 117: Kosten für PIA-Behandlungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 202: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	15	350	141	19	367	125
Mittelwert	10,28 €	268,02 €	106,08 €	21,07 €	446,69 €	168,14 €
Standardabweichung	65,82 €	322,35 €	221,55 €	142,87 €	426,24 €	336,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	41,46 €	0,00 €	0,00 €	111,96 €	0,00 €
Median	0,00 €	164,36 €	0,00 €	0,00 €	302,48 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	370,19 €	111,74 €	0,00 €	630,48 €	175,76 €
Maximum	718,99 €	1.862,93 €	1.606,81 €	1.821,04 €	1.880,04 €	1.743,33 €

Abbildung 118: Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

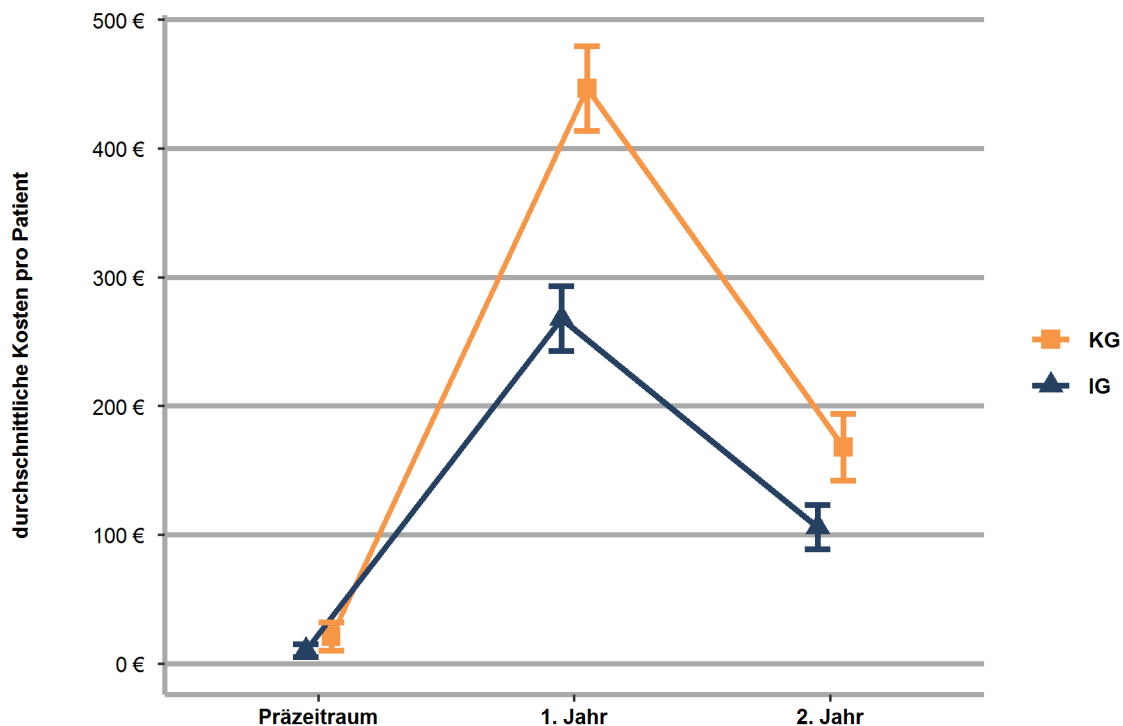


Tabelle 203: Inferenzstatistik, Kosten für PIA-Behandlungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	21,07 €	0,002	21,07 €	0,002	32,01 €	0,143
IG (vs. KG)	-10,79 €	0,143	-10,79 €	0,143	-7,33 €	0,195
Post (vs. Prä)	286,34 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-109,48 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			425,62 €	<0,001	435,88 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			147,07 €	<0,001	157,33 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-167,87 €	<0,001	-170,48 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			-51,26 €	0,009	-53,79 €	0,005
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-34,01 €	0,009
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-47,50 €	0,317
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-95,32 €	0,013
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-78,22 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					-47,05 €	0,026
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-20,26 €	0,468
F 45 (Somatoforme Störungen)					-42,99 €	0,018
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-2,22 €	0,948
F 50 (Essstörungen)					-22,72 €	0,549
F 70-79 (Intelligenzstörung)					13,31 €	0,677
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					5,89 €	0,902
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					15,26 €	0,423
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					33,86 €	0,117
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					62,46 €	0,613
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					402,46 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-11,09 €	0,144
R ²		0,141		0,227		0,263

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

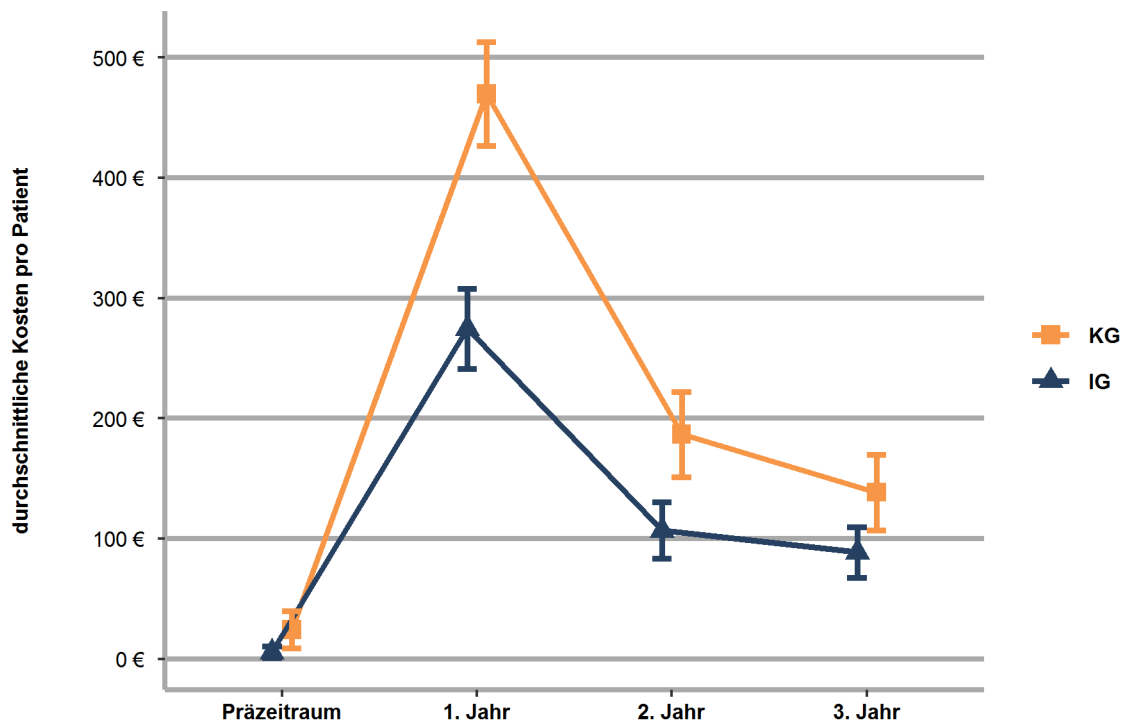
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 204: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	< 10	213	81	70	14	219	80	61
Mittelwert	5,56 €	274,51 €	106,84 €	88,59 €	24,41 €	469,77 €	186,70 €	138,55 €
Standardabweichung	47,91 €	330,73 €	235,50 €	208,92 €	154,02 €	431,26 €	356,27 €	315,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0,00 €	49,05 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	120,96 €	0,00 €	0,00 €
Median	0,00 €	166,41 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	0,00 €	385,47 €	100,77 €	62,86 €	0,00 €	743,03 €	302,48 €	0,00 €
Maximum	640,00 €	1.862,93 €	1.606,81 €	1.270,76 €	1.821,04 €	1.880,04 €	1.743,33 €	1.551,81 €

Abbildung 119: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

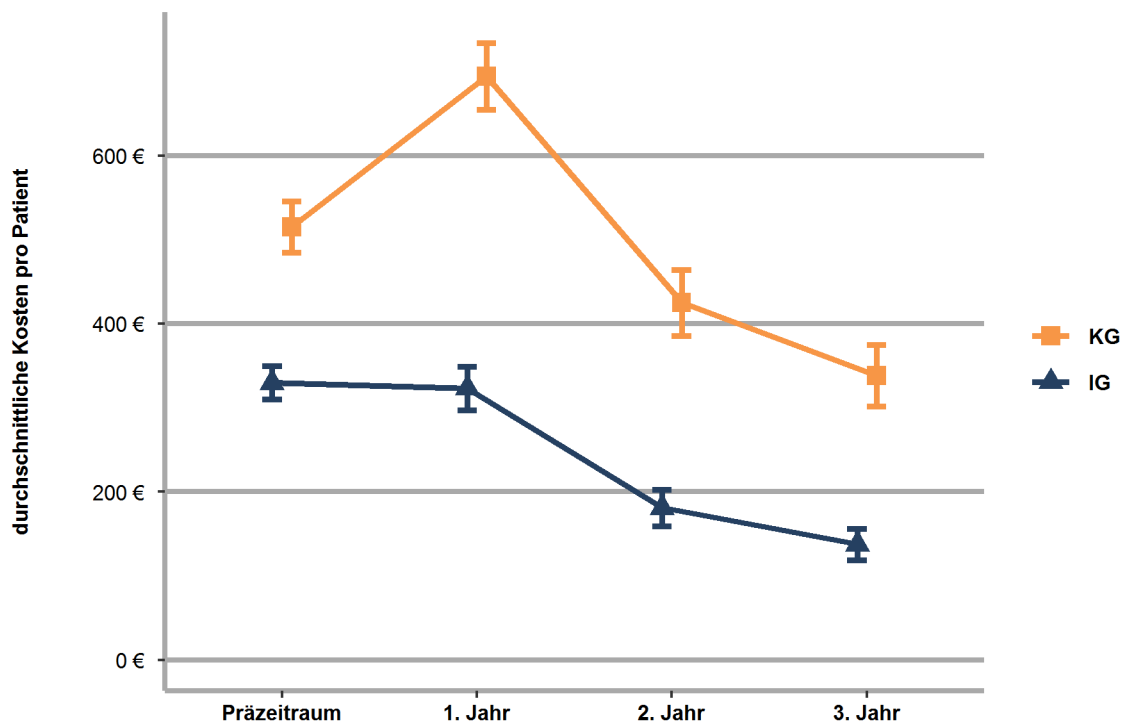


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 205: Kosten für PIA-Behandlungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	394	429	242	191	390	400	244	201
Mittelwert	329,78 €	323,06 €	181,06 €	137,33 €	515,23 €	694,32 €	424,96 €	338,31 €
Standardabweichung	258,60 €	336,56 €	282,49 €	246,00 €	393,91 €	505,03 €	502,86 €	468,35 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	132,60 €	120,24 €	0,00 €	0,00 €	285,36 €	302,48 €	0,00 €	0,00 €
Median	271,20 €	238,83 €	66,54 €	0,00 €	536,64 €	604,96 €	206,54 €	0,00 €
75%-Perzentil	514,79 €	400,84 €	265,55 €	200,83 €	856,08 €	1.209,92 €	907,44 €	611,01 €
Maximum	1.479,71 €	2.972,05 €	1.983,17 €	1.922,70 €	3.843,36 €	3.263,38 €	2.793,04 €	2.342,99 €

Abbildung 120: Kosten für PIA-Behandlungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.6 Kosten für sonstige ambulant im Krankenhaus erbrachten psychiatrischen Leistungen

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 206, Tabelle 208 und Abbildung 121) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 5,15 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 9,44 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1,75 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,04 € nicht signifikant ($p=0,486$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf 0 vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 4,77 € nicht signifikant ($p=0,585$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung wurden die Leistungen nicht in Anspruch genommen.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 210 und Abbildung 123) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,02 € weniger Kosten als die KG mit 4,37 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,35 €. In der KG sanken die Kosten auf 2,09 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 211, Tabelle 212 und Abbildung 124) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1,34 € niedrigere Kosten als die KG mit 4,49 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0,45 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 2,03 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 1,58 € nicht signifikant ($p=0,521$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG stiegen die Kosten auf

2,46 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 1,15 € nicht signifikant ($p=0,689$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 213 und

Abbildung 125) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 2,17 € geringere Kosten als die KG mit 3,94 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0,74 €. In der KG sanken die Kosten auf 0,19 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 2,02 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 214 und Abbildung 126) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 0 € geringere Kosten als die KG mit 0 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 0 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG und KG auf 0 €.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 206: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	5,15 €	1,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	9,44 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	54,42 €	24,75 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	113,35 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
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	693,18 €	350,87 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	1.584,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Abbildung 121: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 207: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 122: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Tabelle 208: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

Tabelle 209: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

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

Tabelle 210: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	1,02 €	0,35 €	4,37 €	2,09 €
Standardabweichung	24,24 €	11,01 €	76,41 €	39,13 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	693,18 €	350,87 €	1.584,00 €	1.009,59 €

Abbildung 123: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

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

Tabelle 211: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	1,34 €	0,45 €	0,00 €	4,49 €	2,03 €	2,46 €
Standardabweichung	27,81 €	12,63 €	0,00 €	80,31 €	40,03 €	47,40 €
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	693,18 €	350,87 €	0,00 €	1.584,00 €	1.009,59 €	1.113,43 €

Abbildung 124: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

Tabelle 212: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

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

Klinikneue Patienten

Tabelle 213: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	2,17 €	0,74 €	0,00 €	0,00 €	3,94 €	0,19 €	1,36 €	2,02 €
Standardabweichung	35,37 €	16,07 €	0,00 €	0,00 €	73,25 €	4,27 €	29,37 €	33,97 €
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	693,18 €	350,87 €	0,00 €	0,00 €	1.584,00 €	94,45 €	632,56 €	683,42 €

Abbildung 125: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 214: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Abbildung 126: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Entfällt, da Leistung nicht in Anspruch genommen wurde.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 215, Tabelle 217 und Abbildung 127) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 57,59 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 56,06 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 44,88 €. In der KG sanken die Kosten auf 52,72 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 9,36 € nicht signifikant ($p=0,726$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 16,08 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 34,78 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 18,66 € nicht signifikant ($p=0,453$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 216, Tabelle 218 und Abbildung 128) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 8,04 € niedrigere Kosten als die KG mit 35,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 4,72 €. In der KG sanken die Kosten auf 17,89 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 13,99 € nicht signifikant ($p=0,184$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 9,26 €. In der KG stiegen die Kosten auf 22,00 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 19,17 € nicht signifikant ($p=0,079$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 219 und Abbildung 129) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 52,52 € niedrigere Kosten als die KG mit 73,29 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 37,25 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 44,66 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 220, Tabelle 221 und Abbildung 130) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 49,83 € geringere Kosten als die KG mit 69,76 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 33,26 €. In der KG sanken die Kosten auf 53,44 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,24 € nicht signifikant ($p=0,987$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 40,33 €. In der KG sanken die Kosten auf 35,26 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 12,37 € nicht signifikant ($p=0,374$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 222 und Abbildung 131) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 57,69 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 50,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 39,67 €. In der KG sanken die Kosten auf 36,33 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 34,64 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 35,19 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 223 und Abbildung 132) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,74 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 26,35 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 11,63 €. In der KG sanken die Kosten auf 11,97 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 15,53 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 13,83 €.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 215: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall		< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert		57,59 €	44,88 €	30,52 €	11,70 €	16,08 €	56,06 €	52,72 €	28,72 €	55,70 €	34,78 €
Standardabweichung		221,67 €	187,77 €	180,53 €	84,60 €	156,77 €	219,27 €	266,75 €	180,24 €	264,60 €	166,71 €
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		1.377,80 €	1.412,36 €	1.449,61 €	740,72 €	1.527,97 €	1.129,52 €	1.685,20 €	1.423,00 €	1.752,20 €	1.138,10 €

Abbildung 127: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

[kf]

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 216: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	12	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	8,04 €	4,72 €	10,94 €	10,00 €	9,26 €	35,19 €	17,89 €	14,31 €	12,66 €	22,00 €
Standardabweichung	59,28 €	49,98 €	85,98 €	67,56 €	74,63 €	180,25 €	119,98 €	114,22 €	83,72 €	165,57 €
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	693,18 €	710,62 €	740,72 €	740,72 €	768,73 €	1.387,90 €	1.417,72 €	1.192,32 €	820,49 €	1.907,59 €

Abbildung 128: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

[kf]

Tabelle 217: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

[kf]

Tabelle 218: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

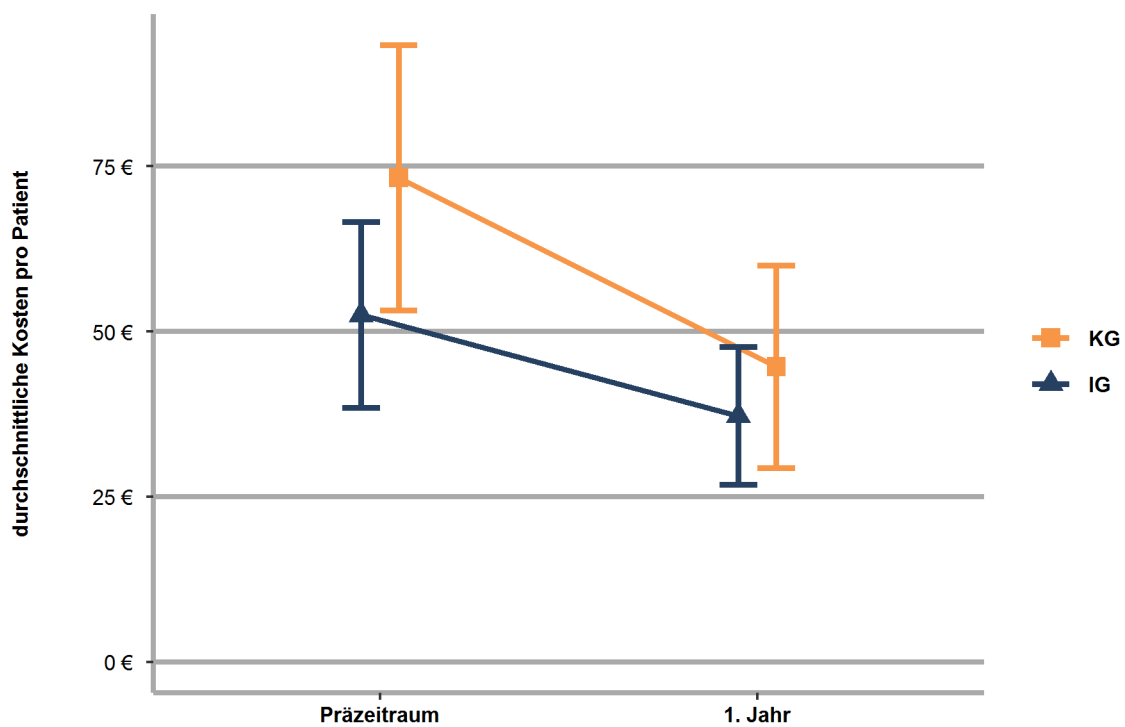
[kf]

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

Tabelle 219: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	43	41	47	30
Mittelwert	52,52 €	37,25 €	73,29 €	44,66 €
Standardabweichung	214,16 €	158,75 €	304,83 €	233,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.412,36 €	1.412,36 €	2.833,65 €	2.628,48 €

Abbildung 129: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 220: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	30	26	24	34	25	17
Mittelwert	49,83 €	33,26 €	40,33 €	69,76 €	53,44 €	35,26 €
Standardabweichung	206,84 €	152,06 €	193,41 €	284,14 €	259,74 €	205,69 €
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	1.412,36 €	1.412,36 €	1.535,64 €	2.164,12 €	2.628,48 €	1.521,15 €

Abbildung 130: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

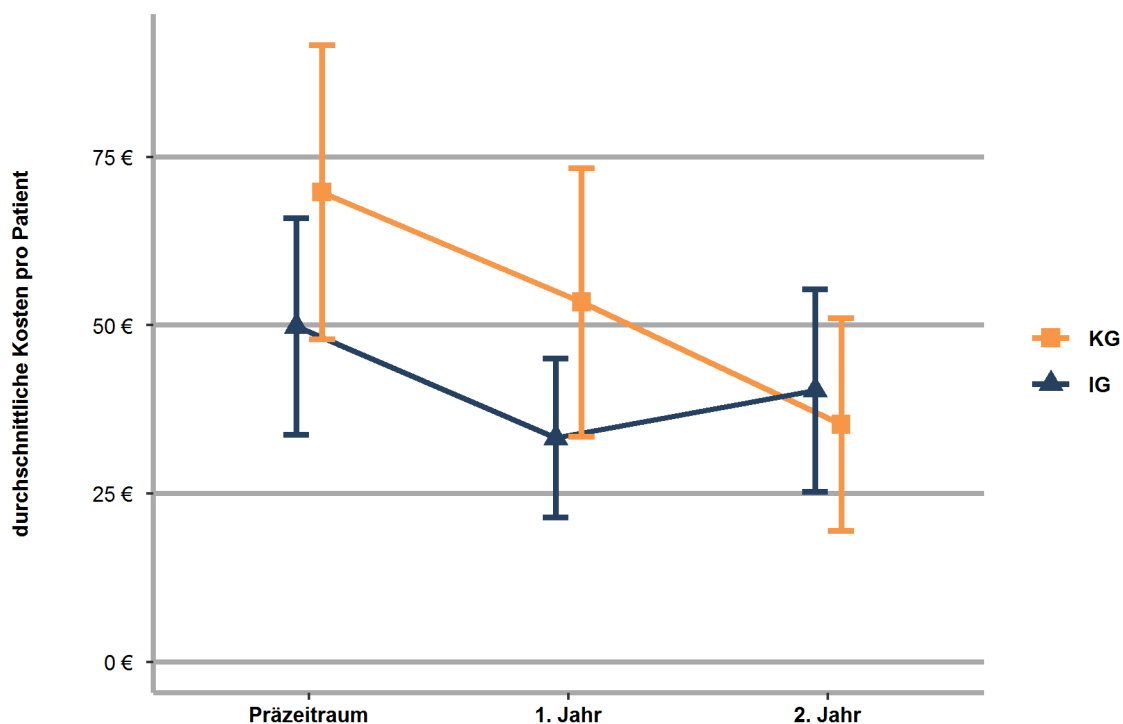


Tabelle 221: Inferenzstatistik, Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	69,76 €	<0,001	69,76 €	<0,001	2,89 €	0,874
IG (vs. KG)	-19,93 €	0,226	-19,93 €	0,227	-18,17 €	0,259
Post (vs. Prä)	-25,41 €	0,017				
IG x Post (DiD)	12,37 €	0,374				
1. Jahr (vs. Prä)			-16,33 €	0,183	31,45 €	0,007
2. Jahr (vs. Prä)			-34,50 €	0,002	13,28 €	0,164
IG x Jahr 1 (DiD)			-0,24 €	0,987	-1,08 €	0,943
IG x Jahr 2 (DiD)			24,99 €	0,099	24,33 €	0,106
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-30,39 €	0,004
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					9,66 €	0,849
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-42,07 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-5,14 €	0,818
F 30-39 (Affektive Störungen)					-4,97 €	0,670
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,87 €	0,894
F 45 (Somatoforme Störungen)					7,01 €	0,653
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-5,82 €	0,792
F 50 (Essstörungen)					25,18 €	0,365
F 70-79 (Intelligenzstörung)					95,35 €	0,085
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					156,90 €	0,151
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					32,99 €	0,087
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-18,66 €	0,452
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					210,55 €	0,239
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-25,51 €	0,584
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					58,39 €	<0,001
R ²		0,003		0,003		0,041

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

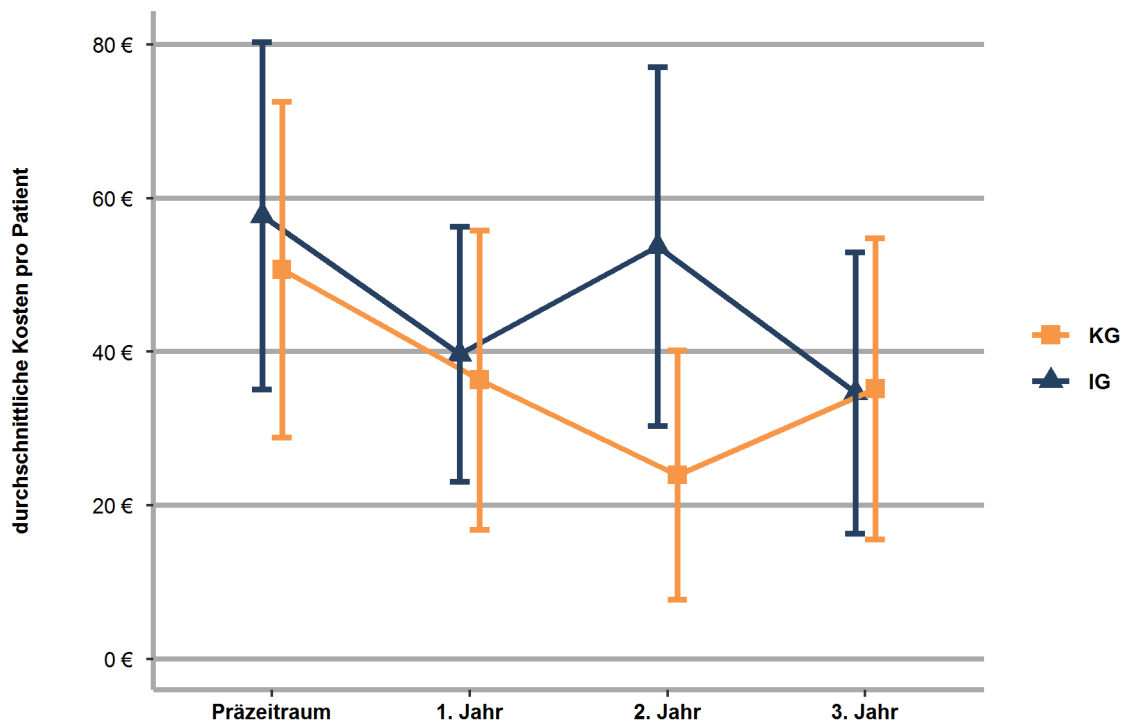
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 222: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	20	19	17	12	18	12	< 10	11
Mittelwert	57,69 €	39,67 €	53,68 €	34,64 €	50,71 €	36,33 €	23,95 €	35,19 €
Standardabweichung	225,76 €	166,10 €	232,99 €	182,70 €	219,51 €	195,76 €	162,98 €	197,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.412,36 €	1.412,36 €	1.535,64 €	1.556,44 €	1.745,45 €	1.685,20 €	1.488,00 €	1.752,20 €

Abbildung 131: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

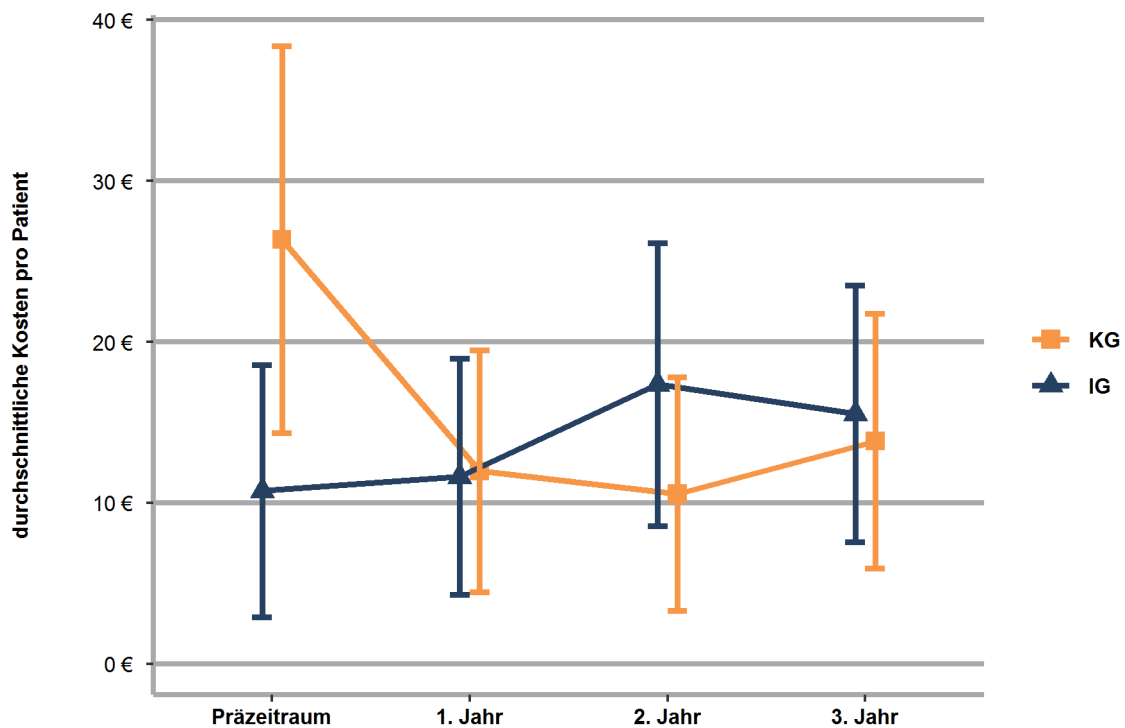


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 223: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	< 10	< 10	12	13	15	< 10	< 10	< 10	10
Mittelwert	10,74 €	11,63 €	17,36 €	15,53 €	26,35 €	11,97 €	10,55 €	13,83 €	13,83 €
Standardabweichung	101,74 €	95,11 €	114,05 €	103,19 €	154,39 €	96,53 €	93,45 €	101,72 €	101,72 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.789,87 €	1.481,44 €	1.138,86 €	1.209,16 €	1.387,90 €	1.417,72 €	1.192,32 €	1.144,80 €	1.144,80 €

Abbildung 132: Kosten sonstiger im KH erbrachter psychiatrischer Leistungen (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.7 Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung

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

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 224, Tabelle 226 und Abbildung 133) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 150,86 € geringere Kosten als die KG mit 214,02 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 261,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 274,41 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 50,72 € nicht signifikant ($p=0,258$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 94,11 €. In der KG sanken die Kosten auf 73,13 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 77,86 € nicht signifikant ($p=0,063$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 225, Tabelle 227 Abbildung 134) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 100,60 € niedrigere Kosten als die KG mit 120,19 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 124,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 137,46 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,74 € nicht signifikant ($p=0,710$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 110,09 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 124,65 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 15,11 € nicht signifikant ($p=0,394$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 228 und Abbildung 135) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 198,10 € niedrigere Kosten als die KG mit 238,21 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 294,97 €. In der KG stiegen die Kosten auf 288,82 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 229, Tabelle 230 und Abbildung 136) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 191,95 € niedrigere Kosten als die KG mit 238,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 344,28 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 336,72 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 54,48 € signifikant ($p=0,037$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 255,37 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 276,59 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 40,54 € nicht signifikant ($p=0,110$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 231 und Abbildung 137) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 164,28 € geringere Kosten als die KG mit 214,27 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 321,32 €. In der KG stiegen die Kosten auf 308,11 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 176,22 €. In der KG sanken die Kosten auf 163,38 €.

Bei den linikbekanntnen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 232 und Abbildung 138) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 108,28 € weniger Kosten als die KG mit 155,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 132,42 €. In der KG stiegen die Kosten auf 170,59 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 143,01 €. In der KG sanken die Kosten auf 166,55 €.

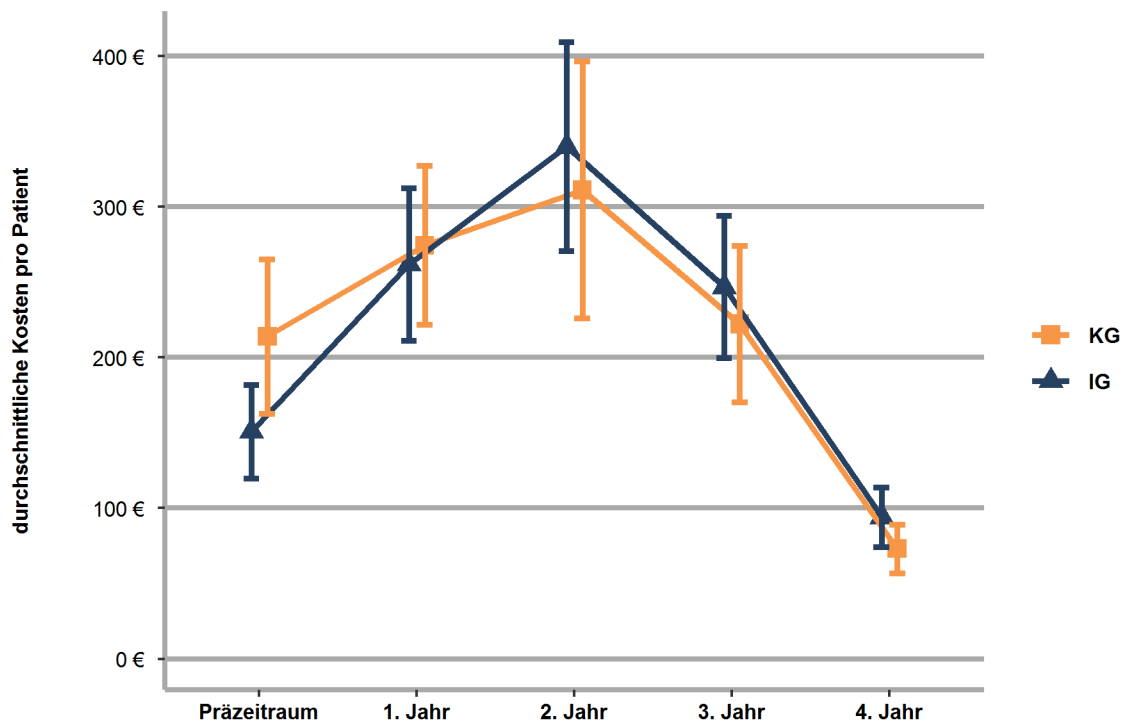
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 224: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	160	182	159	147	130	167	178	158	150	119
Mittelwert	150,86 €	261,97 €	340,07 €	246,90 €	94,11 €	214,02 €	274,41 €	311,19 €	222,25 €	73,13 €
Standardabweichung	266,49 €	435,82 €	576,25 €	380,88 €	157,31 €	444,40 €	457,46 €	721,86 €	427,69 €	131,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	5,10 €	30,11 €	19,95 €	16,98 €	0,39 €	9,39 €	23,12 €	10,96 €	16,49 €	0,00 €
Median	34,73 €	105,63 €	79,48 €	72,02 €	31,38 €	45,27 €	83,70 €	65,73 €	57,35 €	14,23 €
75%-Perzentil	218,05 €	316,69 €	390,64 €	341,84 €	119,41 €	247,49 €	357,49 €	298,13 €	238,59 €	81,86 €
Maximum	2.193,78 €	2.690,37 €	2.847,94 €	2.103,88 €	1.216,87 €	4.243,26 €	3.354,30 €	6.206,97 €	2.693,84 €	761,74 €

Abbildung 133: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 225: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	330	330	326	318	294	336	328	315	296	276
Mittelwert	100,60 €	124,61 €	155,51 €	154,86 €	110,09 €	120,19 €	137,46 €	143,94 €	156,95 €	124,65 €
Standardabweichung	241,18 €	300,09 €	349,39 €	333,06 €	201,97 €	271,07 €	315,23 €	303,86 €	313,73 €	222,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,27 €	18,90 €	27,23 €	28,66 €	19,61 €	13,86 €	22,32 €	26,04 €	25,48 €	19,57 €
Median	28,30 €	40,88 €	56,45 €	56,99 €	43,20 €	30,11 €	46,37 €	56,72 €	57,61 €	45,96 €
75%-Perzentil	60,22 €	88,68 €	113,95 €	118,22 €	96,33 €	92,25 €	111,25 €	118,12 €	135,53 €	116,31 €
Maximum	2.197,27 €	2.399,65 €	2.973,69 €	3.673,71 €	1.600,72 €	1.947,38 €	3.482,51 €	3.174,47 €	3.079,96 €	2.091,66 €

Abbildung 134: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

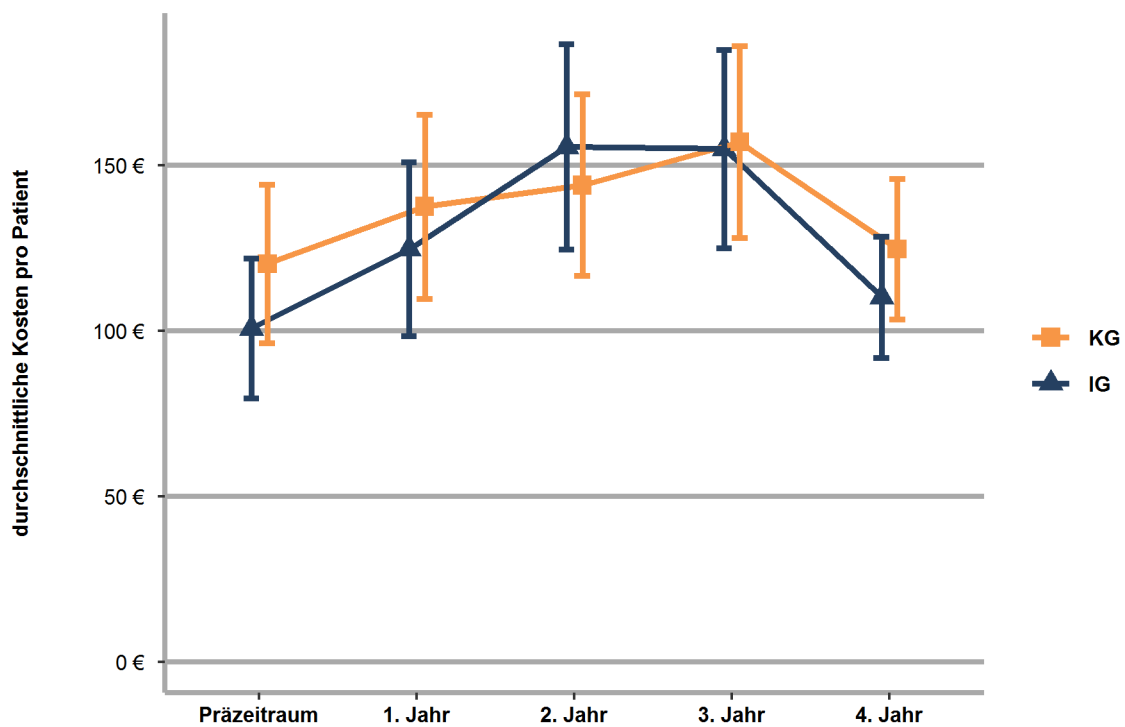


Tabelle 226: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	214,02 €	<0,001	214,02 €	<0,001	98,41 €	0,301
IG (vs. KG)	-63,16 €	0,082	-63,16 €	0,083	-61,70 €	0,077
Post (vs. Prä)	10,21 €	0,766				
IG x Post (DiD)	77,86 €	0,063				
1. Jahr (vs. Prä)			60,39 €	0,085	178,01 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			97,17 €	0,072	208,74 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			8,23 €	0,828	116,29 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-140,89 €	<0,001	-37,49 €	0,140
IG x Jahr 1 (DiD)			50,72 €	0,258	48,23 €	0,295
IG x Jahr 2 (DiD)			92,04 €	0,171	85,65 €	0,208
IG x Jahr 3 (DiD)			87,81 €	0,060	77,09 €	0,103
IG x Jahr 4 (DiD)			84,13 €	0,021	77,87 €	0,039
Alter (30-47 J. vs. U30)					-44,98 €	0,571
Alter (48-64 J. vs. U30)					-30,68 €	0,692
Alter (Ü64 vs. U30)					-219,04 €	0,006
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					129,44 €	0,001
F 00 (Demenz)					24,18 €	0,614
F 01 (Vaskuläre Demenz)					32,07 €	0,447
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					3,07 €	0,978
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					152,01 €	0,145
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					68,68 €	0,381
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-100,17 €	0,055
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					61,60 €	0,393
F 30-39 (Affektive Störungen)					130,45 €	0,003
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					142,02 €	0,036
F 45 (Somatoforme Störungen)					-38,24 €	0,467
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-79,70 €	0,504
F 50 (Essstörungen)					-290,62 €	<0,001
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-146,25 €	0,148
F 70-79 (Intelligenzstörung)					12,17 €	0,880
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-154,52 €	0,108
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					149,48 €	0,268
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					125,53 €	0,338
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-41,52 €	0,725
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					129,54 €	<0,001
R ²		0,003		0,034		0,158

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 227: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	120,19 €	<0,001	120,19 €	<0,001	283,49 €	<0,001
IG (vs. KG)	-19,58 €	0,312	-19,58 €	0,313	-11,78 €	0,511
Post (vs. Prä)	20,73 €	0,124				
IG x Post (DiD)	15,11 €	0,394				
1. Jahr (vs. Prä)			17,27 €	0,180	-37,44 €	0,308
2. Jahr (vs. Prä)			23,75 €	0,111	-34,19 €	0,360
3. Jahr (vs. Prä)			36,76 €	0,042	-23,74 €	0,532
4. Jahr (vs. Prä)			4,46 €	0,798	-58,33 €	0,115
IG x Jahr 1 (DiD)			6,74 €	0,710	-3,50 €	0,859
IG x Jahr 2 (DiD)			31,15 €	0,136	23,91 €	0,297
IG x Jahr 3 (DiD)			17,50 €	0,457	11,27 €	0,661
IG x Jahr 4 (DiD)			5,02 €	0,816	-0,27 €	0,990
Alter (30-47 J. vs. U30)					-46,53 €	0,292
Alter (48-64 J. vs. U30)					-124,34 €	0,005
Alter (Ü64 vs. U30)					-172,44 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					45,73 €	0,018
F 00 (Demenz)					-23,37 €	0,161
F 01 (Vaskuläre Demenz)					-13,10 €	0,480
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					89,88 €	0,134
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					104,00 €	0,003
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-14,32 €	0,344
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-23,98 €	0,236
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-22,71 €	0,307
F 30-39 (Affektive Störungen)					20,89 €	0,386
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					30,70 €	0,476
F 45 (Somatoforme Störungen)					16,67 €	0,697
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-23,11 €	0,732
F 50 (Essstörungen)					-128,15 €	0,043
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-4,97 €	0,945
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-59,74 €	0,015
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-7,16 €	0,868
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-62,82 €	0,078
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					19,07 €	0,510
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					151,78 €	0,088
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-203,49 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					98,41 €	<0,001
R ²		0,002		0,004		0,082

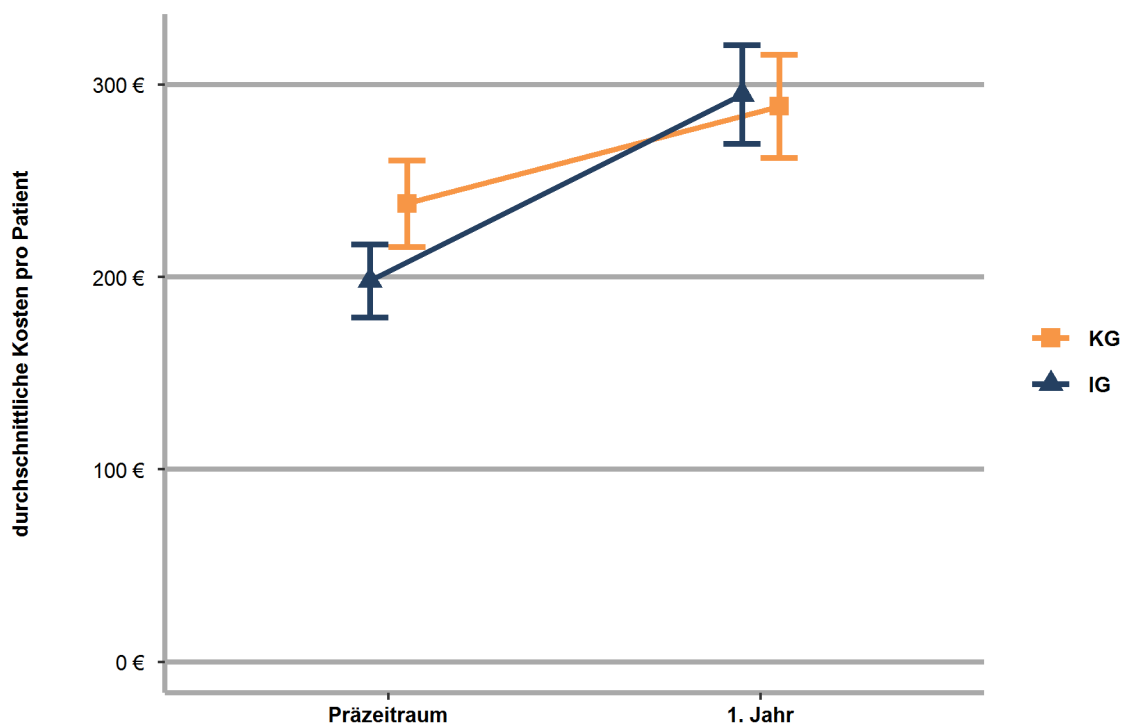
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 228: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	813	886	873	893
Mittelwert	198,10 €	294,97 €	238,21 €	288,82 €
Standardabweichung	366,04 €	494,66 €	433,46 €	520,60 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,82 €	18,71 €	15,52 €	22,62 €
Median	50,80 €	111,92 €	61,24 €	83,75 €
75%-Perzentil	256,08 €	370,35 €	283,96 €	335,74 €
Maximum	3.388,57 €	5.907,75 €	4.243,26 €	5.740,87 €

Abbildung 135: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 229: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	616	703	590	664	697	577
Mittelwert	191,95 €	344,28 €	255,37 €	238,88 €	336,72 €	276,59 €
Standardabweichung	355,15 €	535,87 €	453,48 €	442,88 €	566,57 €	614,48 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	7,18 €	34,81 €	12,18 €	15,56 €	31,66 €	8,19 €
Median	48,93 €	159,05 €	66,53 €	62,97 €	106,88 €	49,72 €
75%-Perzentil	255,88 €	432,24 €	304,92 €	284,02 €	429,85 €	251,08 €
Maximum	3.388,57 €	5.907,75 €	3.776,38 €	4.243,26 €	5.740,87 €	6.206,97 €

Abbildung 136: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

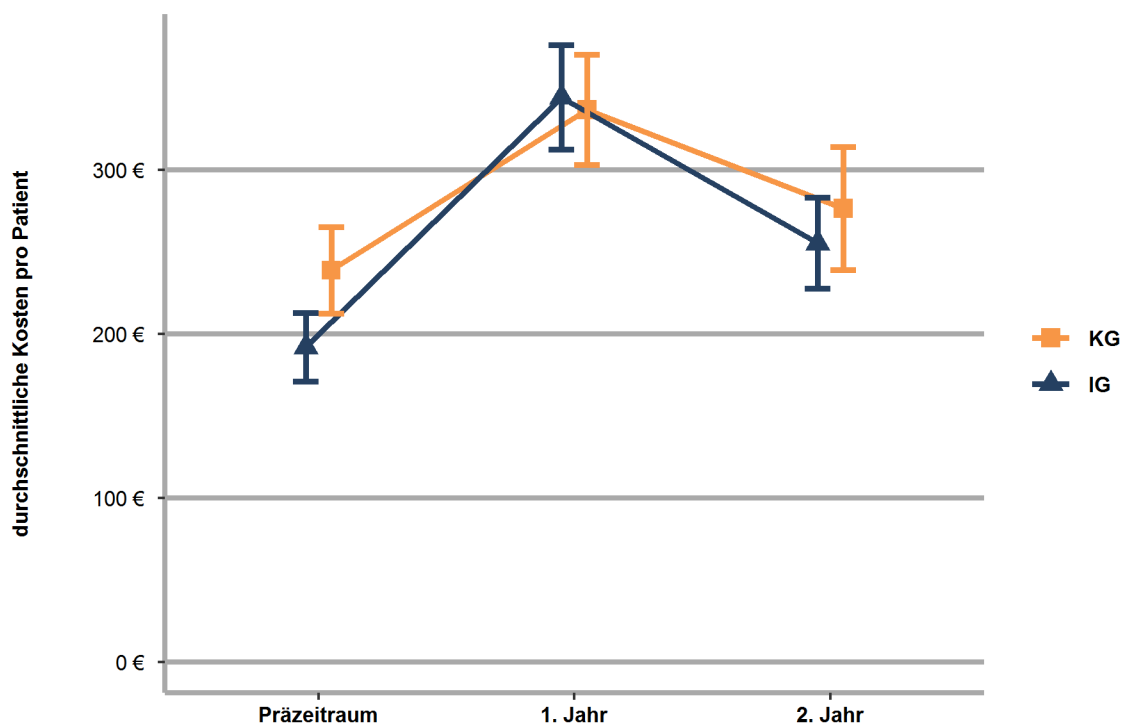


Tabelle 230: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikeue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	238,88 €	<0,001	238,88 €	<0,001	-16,48 €	0,673
IG (vs. KG)	-46,93 €	0,022	-46,93 €	0,022	-32,79 €	0,089
Post (vs. Prä)	68,58 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	40,54 €	0,110				
1. Jahr (vs. Prä)			97,84 €	<0,001	244,70 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			37,71 €	0,120	178,02 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			54,48 €	0,037	43,49 €	0,099
IG x Jahr 2 (DiD)			25,71 €	0,394	14,48 €	0,632
Alter (30-47 J. vs. U30)					58,55 €	0,120
Alter (48-64 J. vs. U30)					60,09 €	0,093
Alter (Ü64 vs. U30)					-124,54 €	<0,001
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					72,36 €	<0,001
F 00 (Demenz)					81,30 €	0,010
F 01 (Vaskuläre Demenz)					42,41 €	0,075
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-10,03 €	0,752
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					157,53 €	0,022
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					58,74 €	0,239
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-121,20 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					102,17 €	0,020
F 30-39 (Affektive Störungen)					156,09 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					155,70 €	<0,001
F 45 (Somatoforme Störungen)					13,95 €	0,622
F 40-48 (ohne F43 und F45)					201,36 €	0,015
F 50 (Essstörungen)					208,62 €	0,214
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					-16,74 €	0,843
F 70-79 (Intelligenzstörung)					15,51 €	0,757
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-48,08 €	0,555
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					36,17 €	0,484
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					266,48 €	0,123
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-99,25 €	0,120
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					167,72 €	<0,001
R ²		0,008		0,011		0,126

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

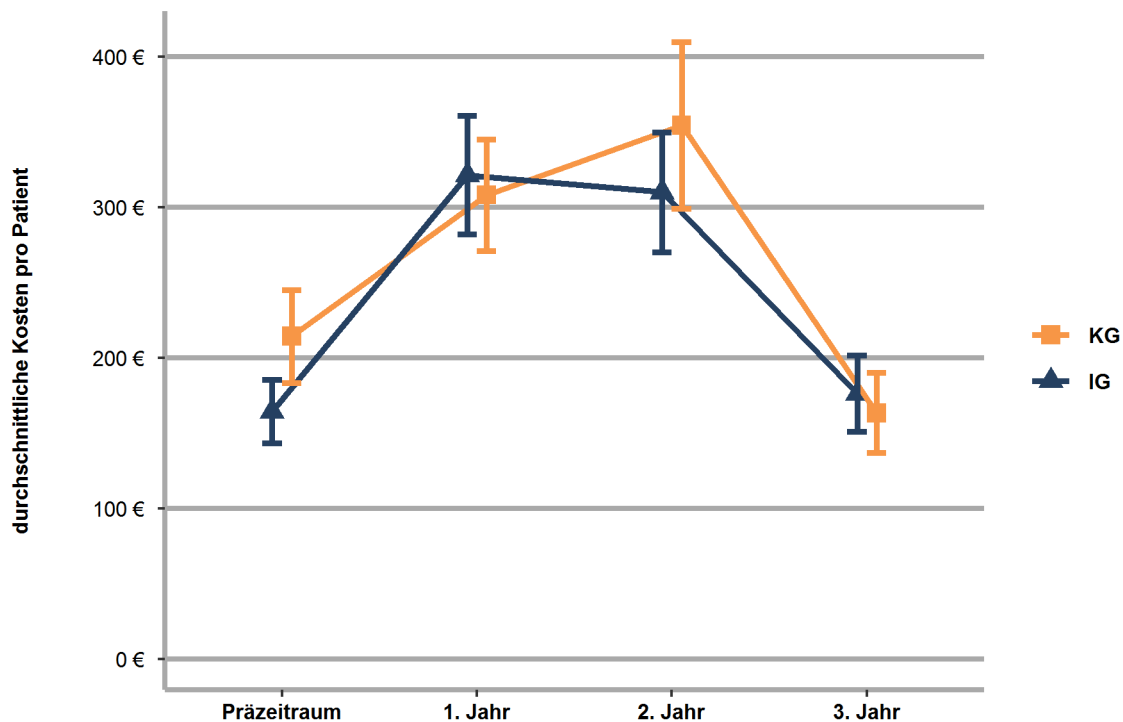
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 231: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	379	436	377	328	418	433	383	339
Mittelwert	164,28 €	321,32 €	309,94 €	176,22 €	214,27 €	308,11 €	354,34 €	163,38 €
Standardabweichung	280,71 €	523,08 €	511,16 €	316,26 €	414,53 €	497,38 €	722,04 €	342,12 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	6,30 €	31,61 €	18,51 €	3,38 €	12,64 €	28,86 €	15,09 €	4,42 €
Median	41,19 €	126,09 €	86,95 €	42,87 €	54,03 €	87,39 €	62,36 €	37,88 €
75%-Perzentil	230,50 €	376,09 €	373,39 €	216,18 €	237,75 €	384,75 €	349,21 €	148,71 €
Maximum	2.608,37 €	3.310,34 €	3.776,38 €	2.210,95 €	4.243,26 €	3.354,30 €	6.206,97 €	2.693,84 €

Abbildung 137: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

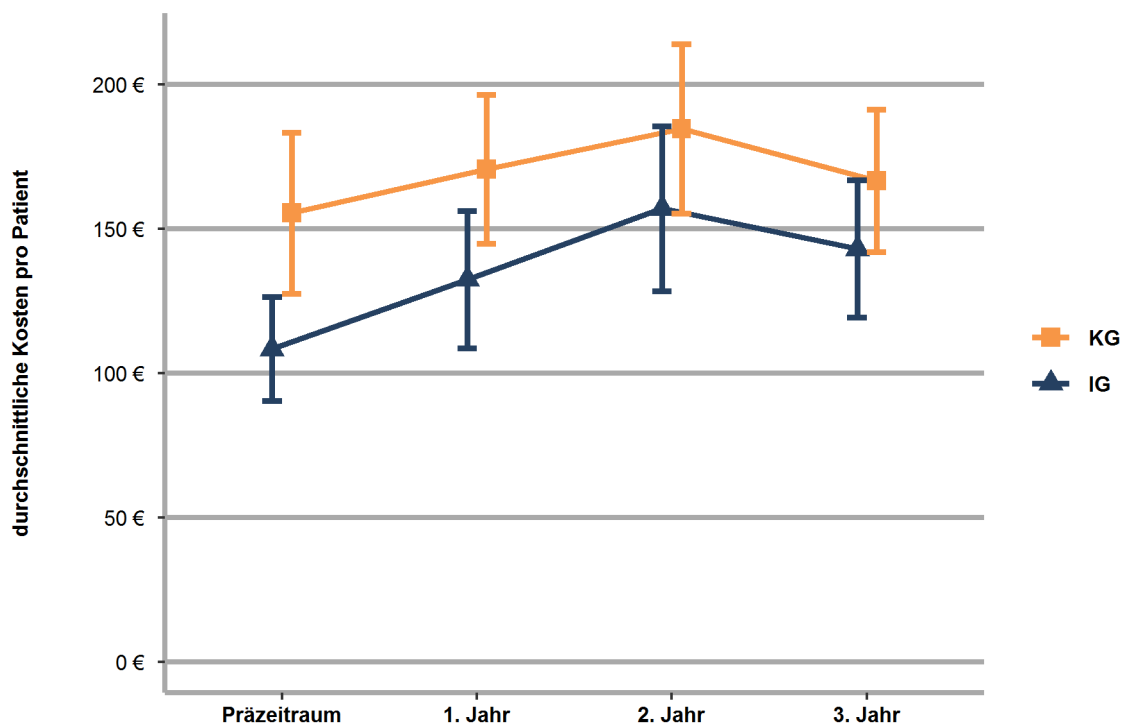


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 232: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	452	454	440	420	463	452	426	404
Mittelwert	108,28 €	132,42 €	156,95 €	143,01 €	155,46 €	170,59 €	184,56 €	166,55 €
Standardabweichung	241,25 €	318,44 €	376,43 €	306,37 €	372,83 €	344,51 €	382,20 €	314,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,67 €	19,38 €	27,64 €	24,86 €	15,32 €	24,10 €	26,48 €	22,74 €
Median	33,65 €	44,27 €	54,90 €	54,19 €	38,72 €	54,57 €	63,55 €	57,84 €
75%-Perzentil	84,75 €	94,51 €	116,15 €	115,44 €	126,86 €	137,22 €	136,60 €	146,28 €
Maximum	2.295,83 €	3.617,71 €	4.590,34 €	3.673,71 €	5.337,38 €	3.482,51 €	3.318,33 €	3.079,96 €

Abbildung 138: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 233, Tabelle 235 und Abbildung 139) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 100,20 € niedrigere Kosten als die KG mit 164,34 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 191,52 €. In der KG stiegen die Kosten auf 365,21 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 109,55 € nicht signifikant ($p=0,156$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 93,35 €. In der KG sanken die Kosten auf 88,32 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 25,21 € nicht signifikant ($p=0,678$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 234, Tabelle 236 und Abbildung 140) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 70,42 € weniger Kosten als die KG mit 117,40 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 109,36 €. In der KG stiegen die Kosten auf 184,20 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 27,85 € nicht signifikant ($p=0,313$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 86,85 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 128,03 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 51,03 € signifikant ($p=0,018$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 237 und Abbildung 141) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 182,89 € weniger Kosten als die KG mit 272,39 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 232,48 €. In der KG stiegen die Kosten auf 393,88 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 238, Tabelle 239 und Abbildung 142) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 188,70 € niedrigere Kosten als die KG mit 287,62 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 274,52 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 460,69 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 87,25 € nicht signifikant ($p=0,070$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 210,42 €. In der KG sanken die Kosten auf 287,99 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 32,91 € nicht signifikant ($p=0,458$) schwächer als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 240 und Abbildung 143) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 139,37 € geringere Kosten als die KG mit 218,80 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 246,70 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 429,79 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 114,30 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 145,67 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 241 und Abbildung 144) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 100,49 € weniger Kosten als die KG mit 164,08 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 155,88 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 238,09 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 109,85 €. In der KG sanken die Kosten auf 215,65 €.

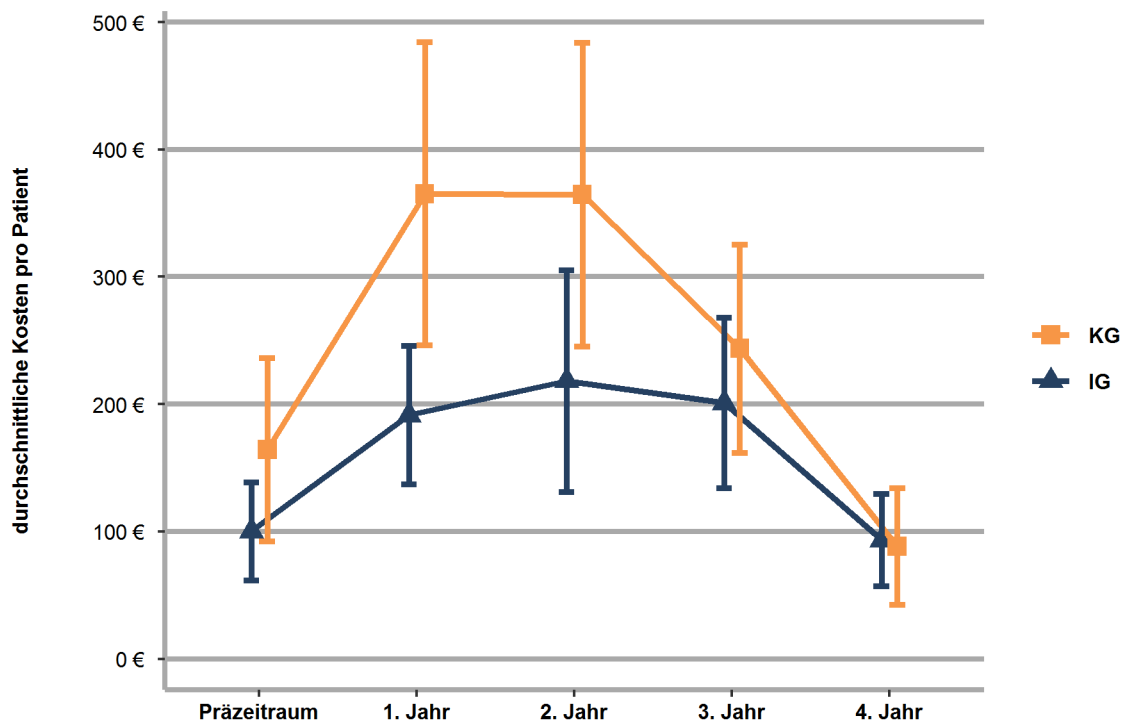
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 233: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	83	87	79	83	59	79	89	81	80	55
Mittelwert	100,20 €	191,52 €	218,42 €	200,98 €	93,35 €	164,34 €	365,21 €	364,55 €	243,73 €	88,32 €
Standardabweichung	229,85 €	324,14 €	516,04 €	396,42 €	214,27 €	433,39 €	716,15 €	717,56 €	491,74 €	275,55 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,89 €	31,37 €	22,82 €	24,23 €	0,00 €	10,70 €	28,78 €	11,66 €	12,71 €	0,00 €
Median	48,65 €	83,72 €	55,57 €	49,90 €	19,38 €	35,80 €	73,19 €	56,39 €	69,35 €	11,34 €
75%-Perzentil	96,66 €	203,46 €	147,78 €	210,57 €	61,39 €	101,09 €	259,00 €	189,45 €	178,39 €	49,93 €
Maximum	2.108,73 €	2.049,98 €	3.472,31 €	2.695,30 €	1.541,66 €	2.908,87 €	3.969,71 €	3.054,83 €	2.464,09 €	2.184,37 €

Abbildung 139: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 234: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	279	280	255	238	220	256	249	238	226	205
Mittelwert	70,42 €	109,36 €	104,91 €	109,60 €	86,85 €	117,40 €	184,20 €	234,63 €	256,01 €	128,03 €
Standardabweichung	67,85 €	256,12 €	137,54 €	153,33 €	140,19 €	240,27 €	418,37 €	526,89 €	619,60 €	262,71 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	23,00 €	30,80 €	21,62 €	18,24 €	0,00 €	30,54 €	36,13 €	31,93 €	15,86 €	0,00 €
Median	50,16 €	60,88 €	61,60 €	48,27 €	34,28 €	62,06 €	77,24 €	89,58 €	73,85 €	39,93 €
75%-Perzentil	96,93 €	102,69 €	125,44 €	139,11 €	85,82 €	121,27 €	137,74 €	171,95 €	178,13 €	118,25 €
Maximum	483,81 €	3.369,87 €	833,99 €	803,70 €	821,93 €	2.188,51 €	3.148,12 €	4.887,58 €	4.707,39 €	2.656,61 €

Abbildung 140: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

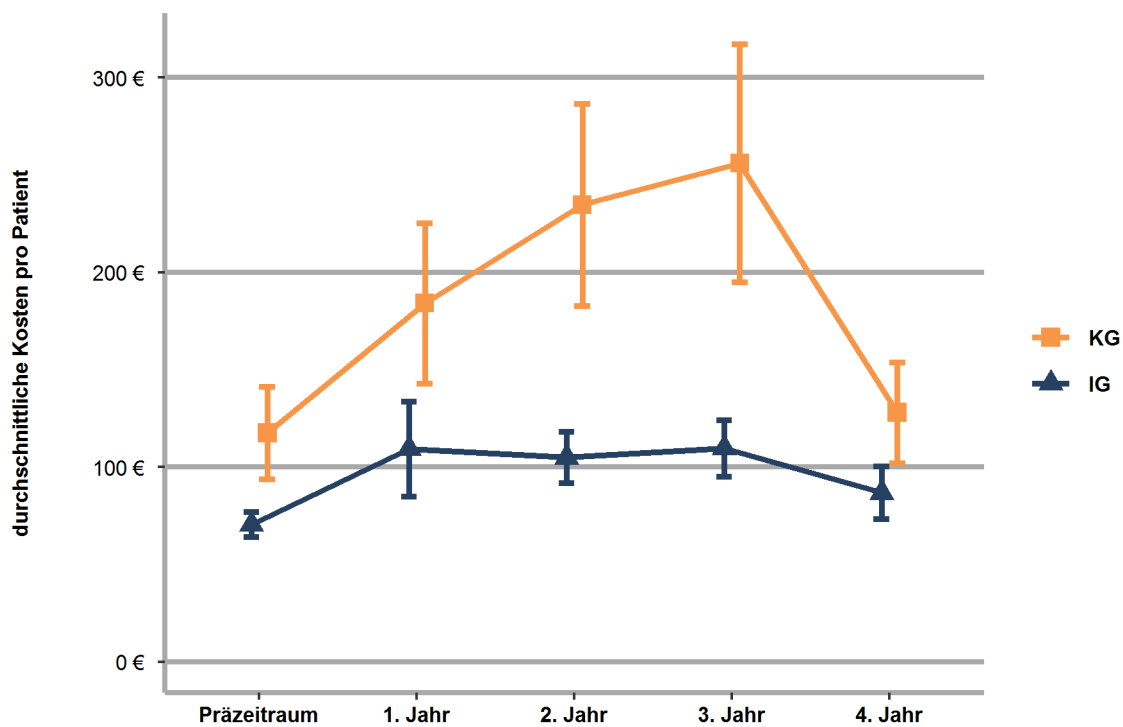


Tabelle 235: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	164,34 €	<0,001	164,34 €	<0,001	-69,86 €	0,505
IG (vs. KG)	-64,14 €	0,196	-64,14 €	0,198	-83,87 €	0,093
Post (vs. Prä)	101,12 €	0,051				
IG x Post (DiD)	-25,21 €	0,678				
1. Jahr (vs. Prä)			200,87 €	0,005	332,16 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			200,21 €	0,008	331,50 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			79,39 €	0,218	210,68 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-76,01 €	0,145	55,27 €	0,261
IG x Jahr 1 (DiD)			-109,55 €	0,156	-98,84 €	0,198
IG x Jahr 2 (DiD)			-81,99 €	0,375	-72,21 €	0,435
IG x Jahr 3 (DiD)			21,38 €	0,788	31,17 €	0,694
IG x Jahr 4 (DiD)			69,17 €	0,262	78,95 €	0,203
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					1,92 €	0,964
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-350,00 €	0,015
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					93,01 €	0,517
F 30-39 (Affektive Störungen)					299,73 €	0,010
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					292,43 €	0,063
F 45 (Somatoforme Störungen)					128,48 €	0,161
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-54,27 €	0,596
F 50 (Essstörungen)					-46,19 €	0,683
F 70-79 (Intelligenzstörung)					23,27 €	0,796
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					8,64 €	0,920
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					50,80 €	0,573
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,86 €	0,949
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					20,11 €	0,881
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-39,21 €	0,706
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					163,98 €	<0,001
R ²		0,014		0,041		0,106

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 236: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	117,40 €	<0,001	117,40 €	<0,001	12,37 €	0,696
IG (vs. KG)	-46,99 €	0,002	-46,99 €	0,002	-54,19 €	<0,001
Post (vs. Prä)	83,31 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	-51,03 €	0,018				
1. Jahr (vs. Prä)			66,79 €	0,005	161,01 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			117,23 €	<0,001	211,45 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			138,61 €	<0,001	232,82 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			10,62 €	0,590	104,84 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-27,85 €	0,313	-22,81 €	0,419
IG x Jahr 2 (DiD)			-82,74 €	0,014	-77,41 €	0,024
IG x Jahr 3 (DiD)			-99,43 €	0,011	-94,10 €	0,018
IG x Jahr 4 (DiD)			5,81 €	0,789	11,19 €	0,615
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					24,02 €	0,232
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-118,19 €	0,047
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					78,84 €	0,285
F 30-39 (Affektive Störungen)					74,07 €	0,317
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					96,18 €	0,358
F 45 (Somatoforme Störungen)					8,59 €	0,783
F 40-48 (ohne F43 und F45)					143,51 €	0,165
F 50 (Essstörungen)					-24,42 €	0,677
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-23,30 €	0,283
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-10,97 €	0,861
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3,10 €	0,917
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					44,84 €	0,145
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-9,36 €	0,583
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-0,96 €	0,964
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					99,36 €	<0,001
R ²		0,023		0,032		0,039

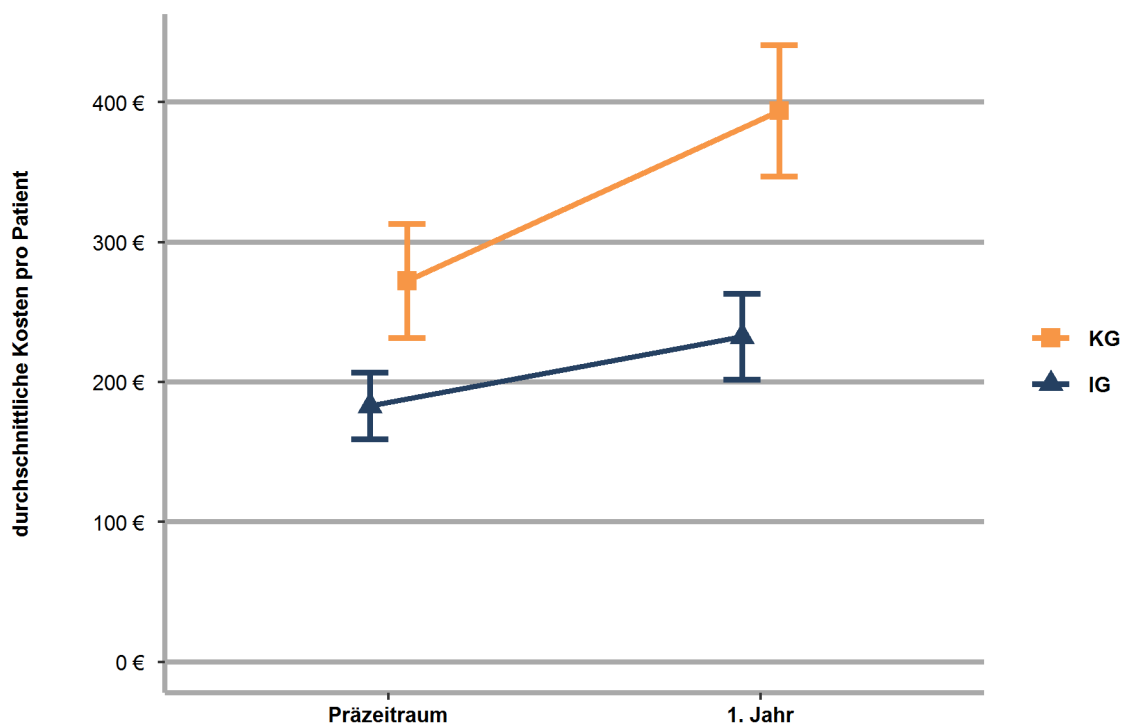
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 237: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	512	527	514	534
Mittelwert	182,89 €	232,48 €	272,39 €	393,88 €
Standardabweichung	361,90 €	468,40 €	622,46 €	711,79 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,89 €	22,58 €	14,50 €	26,11 €
Median	60,26 €	74,16 €	54,85 €	92,91 €
75%-Perzentil	181,86 €	220,80 €	209,15 €	368,77 €
Maximum	3.148,45 €	3.819,53 €	4.542,04 €	4.067,81 €

Abbildung 141: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 238: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	368	395	322	379	410	346
Mittelwert	188,70 €	274,52 €	210,42 €	287,62 €	460,69 €	287,99 €
Standardabweichung	387,34 €	517,17 €	504,95 €	671,79 €	780,00 €	627,28 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	15,23 €	34,15 €	0,00 €	14,02 €	38,03 €	1,65 €
Median	60,45 €	96,72 €	41,49 €	51,41 €	105,09 €	51,95 €
75%-Perzentil	184,34 €	268,99 €	148,65 €	206,69 €	452,59 €	197,65 €
Maximum	3.148,45 €	3.819,53 €	3.472,31 €	4.542,04 €	4.067,81 €	3.542,00 €

Abbildung 142: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

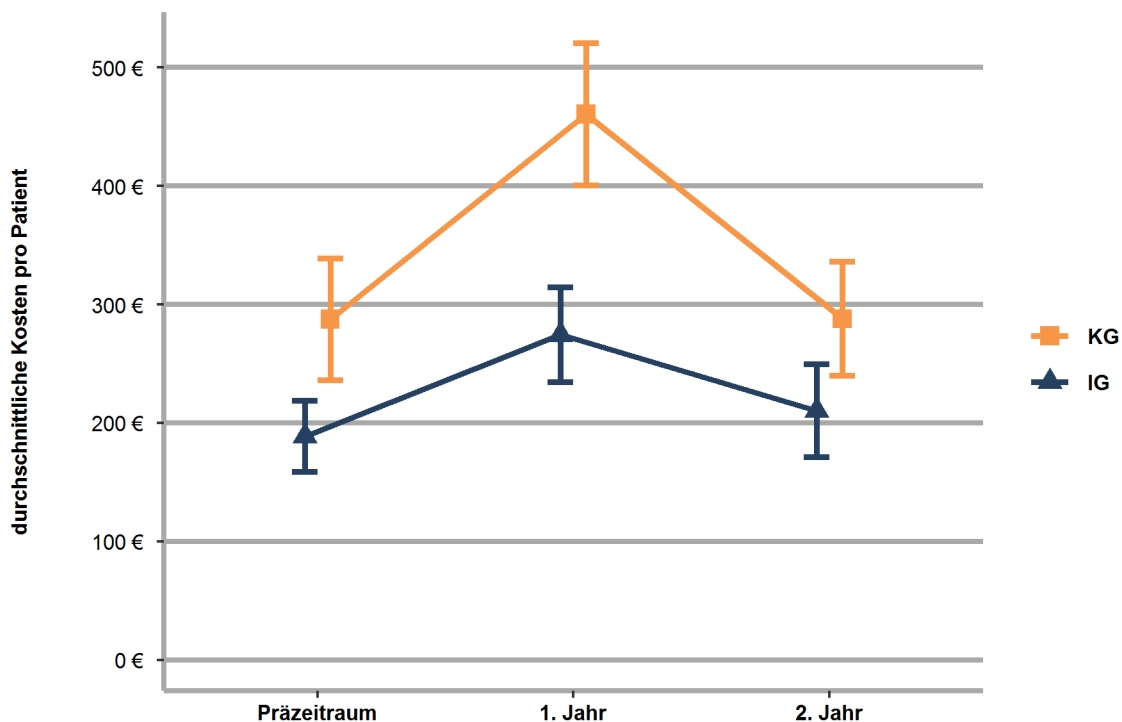


Tabelle 239: Inferenzstatistik, Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	287,62 €	<0,001	287,62 €	<0,001	-33,73 €	0,529
IG (vs. KG)	-98,92 €	0,006	-98,92 €	0,007	-98,00 €	0,005
Post (vs. Prä)	86,72 €	0,019				
IG x Post (DiD)	-32,91 €	0,458				
1. Jahr (vs. Prä)			173,07 €	<0,001	414,59 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			0,37 €	0,993	241,88 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-87,25 €	0,070	-89,24 €	0,062
IG x Jahr 2 (DiD)			21,36 €	0,667	19,20 €	0,694
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					16,99 €	0,560
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-13,57 €	0,765
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-29,05 €	0,818
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					9,36 €	0,921
F 30-39 (Affektive Störungen)					250,22 €	<0,001
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					143,45 €	0,043
F 45 (Somatoforme Störungen)					42,10 €	0,349
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-50,69 €	0,483
F 50 (Essstörungen)					158,46 €	0,197
F 70-79 (Intelligenzstörung)					5,56 €	0,914
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-111,61 €	0,042
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					37,44 €	0,413
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,98 €	0,989
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					271,37 €	0,165
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					28,05 €	0,841
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					288,15 €	<0,001
R ²		0,013		0,021		0,058

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

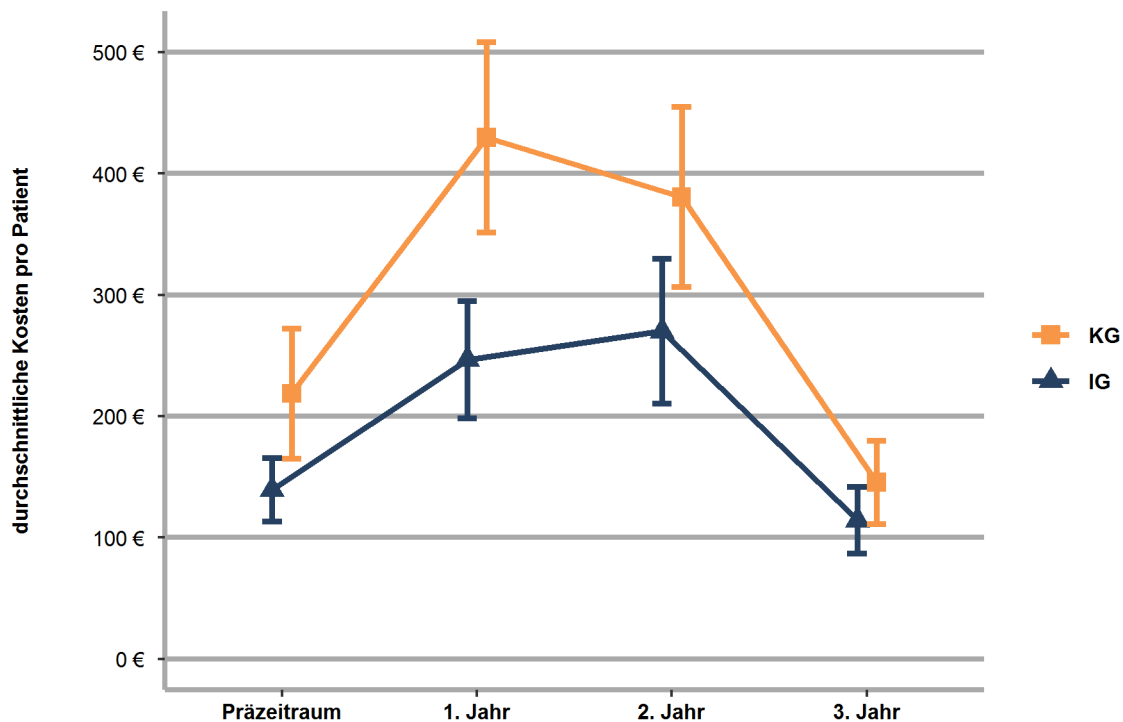
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 240: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	224	238	211	184	223	243	220	174
Mittelwert	139,37 €	246,70 €	270,21 €	114,30 €	218,80 €	429,79 €	380,74 €	145,67 €
Standardabweichung	260,73 €	484,88 €	594,16 €	273,91 €	539,45 €	787,57 €	744,78 €	345,15 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	10,56 €	34,35 €	16,01 €	0,00 €	13,30 €	31,23 €	10,58 €	0,00 €
Median	51,98 €	86,06 €	60,85 €	31,16 €	45,63 €	95,48 €	68,73 €	28,75 €
75%-Perzentil	130,88 €	246,69 €	179,72 €	92,90 €	139,28 €	316,14 €	268,90 €	119,20 €
Maximum	2.108,73 €	3.819,53 €	3.472,31 €	2.695,30 €	3.728,91 €	3.969,71 €	3.542,00 €	2.464,09 €

Abbildung 143: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

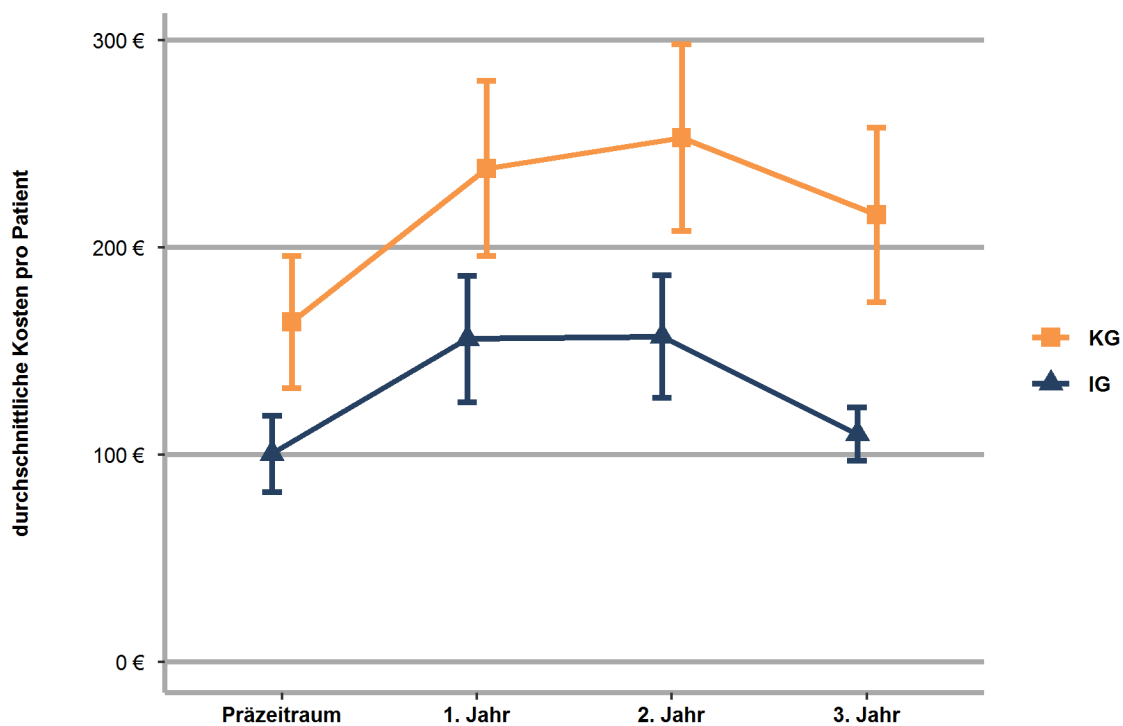


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 241: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	422	427	386	352	417	408	375	348
Mittelwert	100,49 €	155,88 €	156,98 €	109,85 €	164,08 €	238,09 €	252,92 €	215,65 €
Standardabweichung	239,09 €	396,52 €	384,42 €	167,04 €	409,46 €	542,28 €	578,67 €	540,98 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	28,74 €	32,82 €	24,74 €	10,62 €	31,62 €	37,84 €	27,40 €	8,42 €
Median	60,16 €	67,10 €	67,82 €	45,29 €	72,58 €	81,11 €	82,64 €	58,54 €
75%-Perzentil	116,24 €	126,24 €	148,67 €	135,52 €	139,01 €	157,23 €	180,81 €	150,57 €
Maximum	3.525,85 €	3.927,33 €	4.440,92 €	1.222,79 €	3.950,15 €	3.526,39 €	4.887,58 €	4.707,39 €

Abbildung 144: Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.8 Kosten der Psychopharmakaversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Psychopharmakaversorgung werden die Bruttopreise der über den ATC-Code als Psychopharmakon klassifizierten, im jeweiligen Beobachtungszeitraum verordneten Arzneimittel erfasst.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 242, Tabelle 244 und Abbildung 145) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 269,32 € höhere Kosten als die KG mit 219,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 558,53 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 333,45 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 175,43 € signifikant ($p=0,029$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 480,26 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 266,07 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 207,17 € signifikant ($p=0,023$) stärker als in der KG. Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 243, Tabelle 245 und Abbildung 146) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.784,51 € größere Kosten als die KG mit 953,66 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 1.863,79 €. In der KG sanken die Kosten auf 930,78 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 102,16 € nicht signifikant ($p=0,245$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 1.471,89 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 691,58 €. Vom Prä- zum Postzeitraum sanken die Kosten in der IG um 62,45 € nicht signifikant ($p=0,552$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 246 und Abbildung 147) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 281,37 € etwas höhere Kosten als die KG mit 248,88 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 494,66 €. In der KG stiegen die Kosten auf 345,76 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 247, Tabelle 248 und Abbildung 148) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 290,11 € gleich hohe Kosten wie die KG mit 289,82 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 548,96 €. In der KG stiegen die Kosten auf 378,33 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 170,33 € signifikant ($p<0,001$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten

Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 524,94 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 340,69 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 176,98 € signifikant ($p < 0,001$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 249 und Abbildung 149) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 287,26 € geringere Kosten als die KG mit 337,92 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 544,68 €. In der KG stiegen die Kosten auf 431,74 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 518,05 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 370,30 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 250 und Abbildung 150) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 1.632,53 € mehr Kosten als die KG mit 875,71 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 1.688,81 €. In der KG sanken die Kosten auf 859,23 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 1.406,27 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 689,11 €.

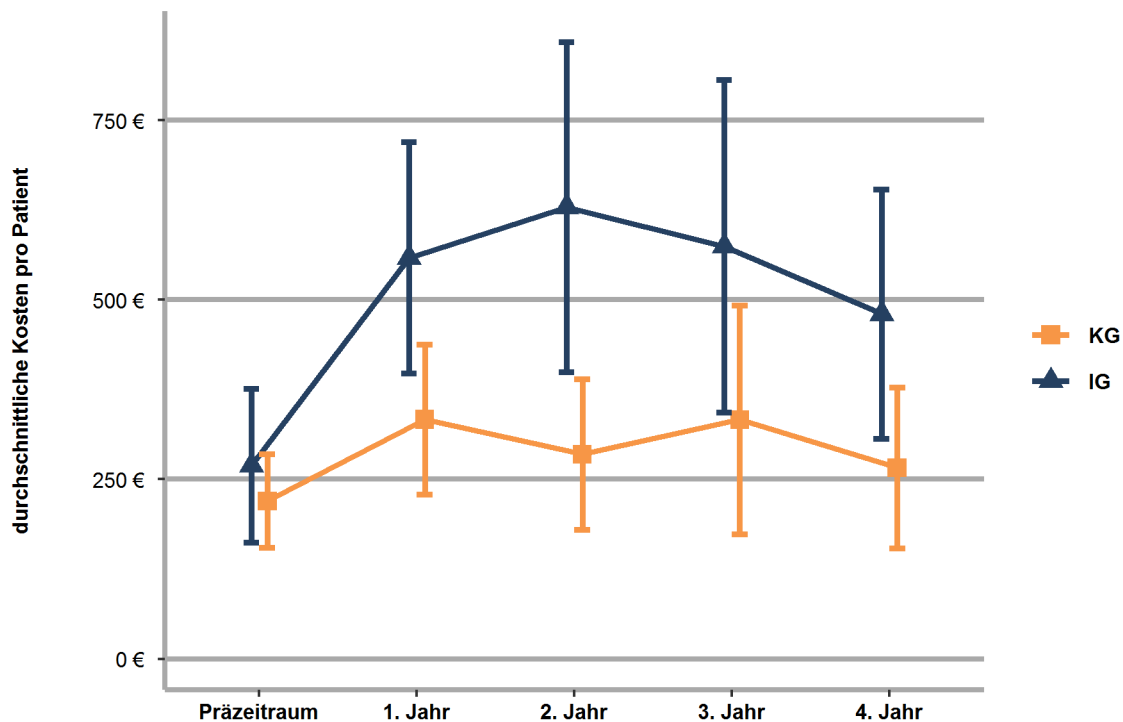
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 242: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	111	138	114	110	101	106	134	108	93	87
Mittelwert	269,32 €	558,53 €	629,16 €	574,52 €	480,26 €	219,66 €	333,45 €	284,79 €	332,99 €	266,07 €
Standardabweichung	922,81 €	1.388,93 €	1.912,08 €	1.874,53 €	1.388,51 €	566,19 €	905,28 €	886,50 €	1.310,71 €	903,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	17,22 €	166,44 €	123,56 €	85,58 €	63,34 €	13,37 €	110,90 €	37,00 €	15,54 €	0,00 €
75%-Perzentil	169,14 €	532,76 €	532,90 €	385,03 €	360,53 €	178,68 €	327,72 €	318,60 €	281,36 €	273,46 €
Maximum	10.298 €	14.200 €	19.152 €	15.574 €	9.708 €	5.923 €	11.486 €	11.387 €	16.682 €	11.094 €

Abbildung 145: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 243: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	315	317	300	292	275	298	305	285	258	241
Mittelwert	1.784,51 €	1.863,79 €	1.684,28 €	1.591,23 €	1.471,89 €	953,66 €	930,78 €	701,84 €	713,40 €	691,58 €
Standardabweichung	2.846,75 €	3.052,78 €	2.850,21 €	2.916,19 €	2.915,09 €	1.375,80 €	1.341,29 €	1.052,25 €	1.304,73 €	1.293,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	163,37 €	204,01 €	188,23 €	149,49 €	119,30 €	118,24 €	129,12 €	72,67 €	54,30 €	60,68 €
Median	617,04 €	679,39 €	608,05 €	517,79 €	478,93 €	438,36 €	427,16 €	330,50 €	291,69 €	317,45 €
75%-Perzentil	1.792,91 €	1.889,62 €	1.654,62 €	1.339,52 €	1.167,52 €	1.163,62 €	1.091,93 €	838,34 €	860,12 €	787,52 €
Maximum	17.858 €	18.248 €	17.812 €	16.541 €	15.823 €	8.928 €	9.821 €	7.557 €	12.205 €	12.156 €

Abbildung 146: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

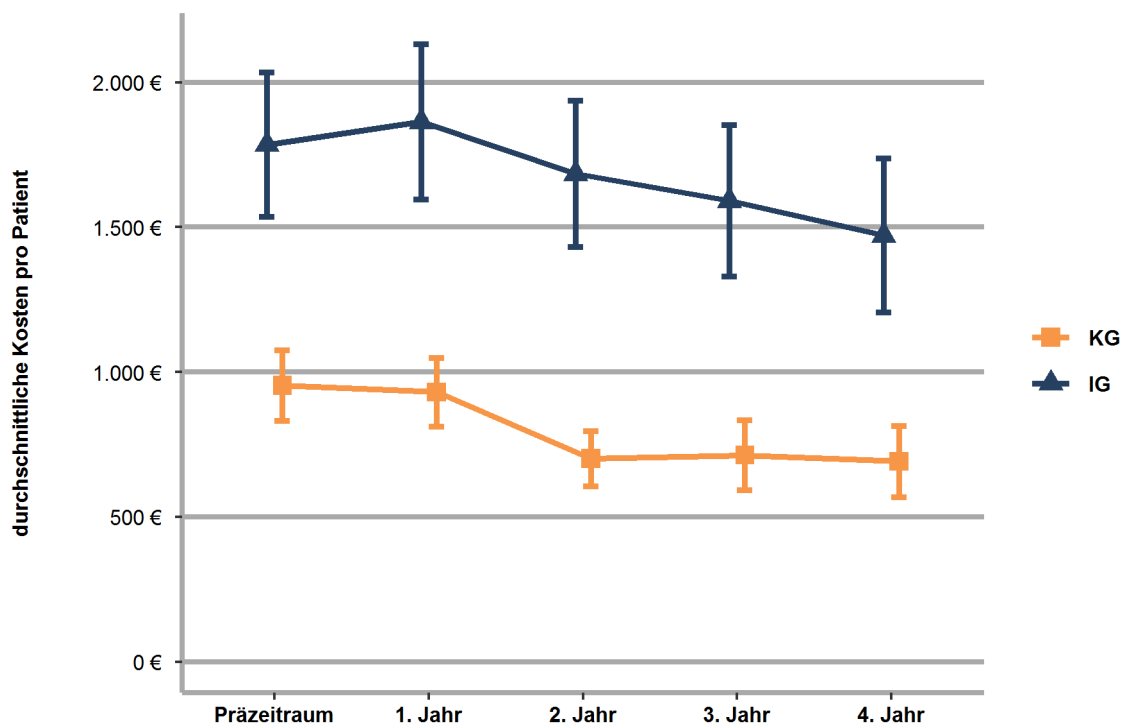


Tabelle 244: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	219,66 €	<0,001	219,66 €	<0,001	-498,94 €	0,255
IG (vs. KG)	49,65 €	0,515	49,65 €	0,515	14,04 €	0,859
Post (vs. Prä)	85,53 €	0,059				
IG x Post (DiD)	207,17 €	0,023				
1. Jahr (vs. Prä)			113,79 €	0,005	267,31 €	0,001
2. Jahr (vs. Prä)			65,13 €	0,099	214,98 €	0,006
3. Jahr (vs. Prä)			113,33 €	0,104	271,06 €	0,006
4. Jahr (vs. Prä)			46,41 €	0,301	198,73 €	0,012
IG x Jahr 1 (DiD)			175,43 €	0,029	173,85 €	0,029
IG x Jahr 2 (DiD)			294,72 €	0,007	290,89 €	0,006
IG x Jahr 3 (DiD)			191,88 €	0,152	170,58 €	0,184
IG x Jahr 4 (DiD)			164,54 €	0,073	145,69 €	0,101
Alter (30-47 J. vs. U30)					323,61 €	0,034
Alter (48-64 J. vs. U30)					165,06 €	0,167
Alter (Ü64 vs. U30)					327,51 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-49,90 €	0,765
F 00 (Demenz)					325,67 €	0,097
F 01 (Vaskuläre Demenz)					214,82 €	0,507
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-149,48 €	0,223
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					35,00 €	0,879
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					249,24 €	0,422
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					115,36 €	0,782
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)					2.208,55 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					218,47 €	0,359
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					622,81 €	0,154
F 45 (Somatoforme Störungen)					80,76 €	0,718
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-266,78 €	0,098
F 50 (Essstörungen)					93,68 €	0,730
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					314,72 €	0,463
F 70-79 (Intelligenzstörung)					283,43 €	0,317
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					69,10 €	0,846
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					44,42 €	0,687
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-142,09 €	0,353
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-193,99 €	0,687
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					189,80 €	0,017
R ²		0,012		0,013		0,210

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

Tabelle 245: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	953,66 €	<0,001	953,66 €	<0,001	-805,44 €	0,081
IG (vs. KG)	830,85 €	<0,001	830,85 €	<0,001	877,19 €	<0,001
Post (vs. Prä)	-189,99 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	62,45 €	0,552				
1. Jahr (vs. Prä)			-22,88 €	0,638	1.110,49 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			-251,82 €	<0,001	884,67 €	0,001
3. Jahr (vs. Prä)			-240,26 €	0,002	883,25 €	0,001
4. Jahr (vs. Prä)			-262,08 €	0,001	845,13 €	0,002
IG x Jahr 1 (DiD)			102,16 €	0,245	89,11 €	0,331
IG x Jahr 2 (DiD)			151,60 €	0,162	137,59 €	0,213
IG x Jahr 3 (DiD)			46,98 €	0,737	35,04 €	0,804
IG x Jahr 4 (DiD)			-50,54 €	0,740	-54,21 €	0,724
Alter (30-47 J. vs. U30)					312,30 €	0,347
Alter (48-64 J. vs. U30)					-38,64 €	0,897
Alter (Ü64 vs. U30)					-319,94 €	0,304
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-10,25 €	0,950
F 00 (Demenz)					359,15 €	0,036
F 01 (Vaskuläre Demenz)					77,50 €	0,600
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-201,29 €	0,559
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					1.577,12 €	0,072
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					328,82 €	0,075
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-38,94 €	0,851
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					2.061,62 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					209,97 €	0,175
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-88,81 €	0,606
F 45 (Somatoforme Störungen)					172,34 €	0,463
F 40-48 (ohne F43 und F45)					97,70 €	0,630
F 50 (Essstörungen)					-1.415,05 €	0,035
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					511,92 €	0,125
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-49,94 €	0,794
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					618,93 €	0,615
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					699,98 €	0,308
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					245,79 €	0,218
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					525,34 €	0,216
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					466,78 €	0,005
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					698,08 €	0,002
R ²		0,037		0,039		0,176

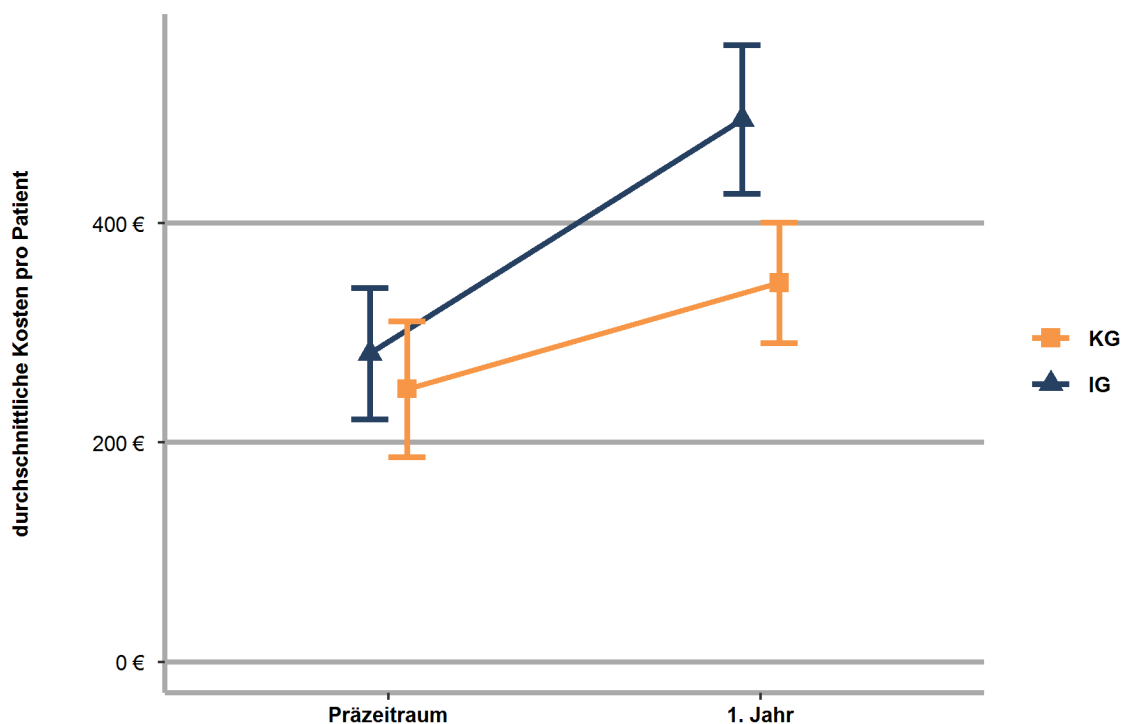
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 246: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	530	697	541	712
Mittelwert	281,37 €	494,66 €	248,88 €	345,76 €
Standardabweichung	1.161,59 €	1.309,50 €	1.200,62 €	1.068,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	13,44 €	131,50 €	14,94 €	119,22 €
75%-Perzentil	152,96 €	477,98 €	157,74 €	339,56 €
Maximum	19.107 €	17.382 €	31.126 €	23.514 €

Abbildung 147: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 247: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	417	556	465	415	544	440
Mittelwert	290,11 €	548,96 €	524,94 €	289,82 €	378,33 €	340,69 €
Standardabweichung	1.132,05 €	1.357,89 €	1.606,09 €	1.361,68 €	1.181,69 €	1.129,50 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	16,16 €	176,12 €	119,23 €	15,32 €	132,63 €	67,77 €
75%-Perzentil	175,37 €	562,68 €	514,72 €	170,20 €	385,13 €	357,78 €
Maximum	19.107 €	17.382 €	19.152 €	31.126 €	23.514 €	21.286 €

Abbildung 148: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

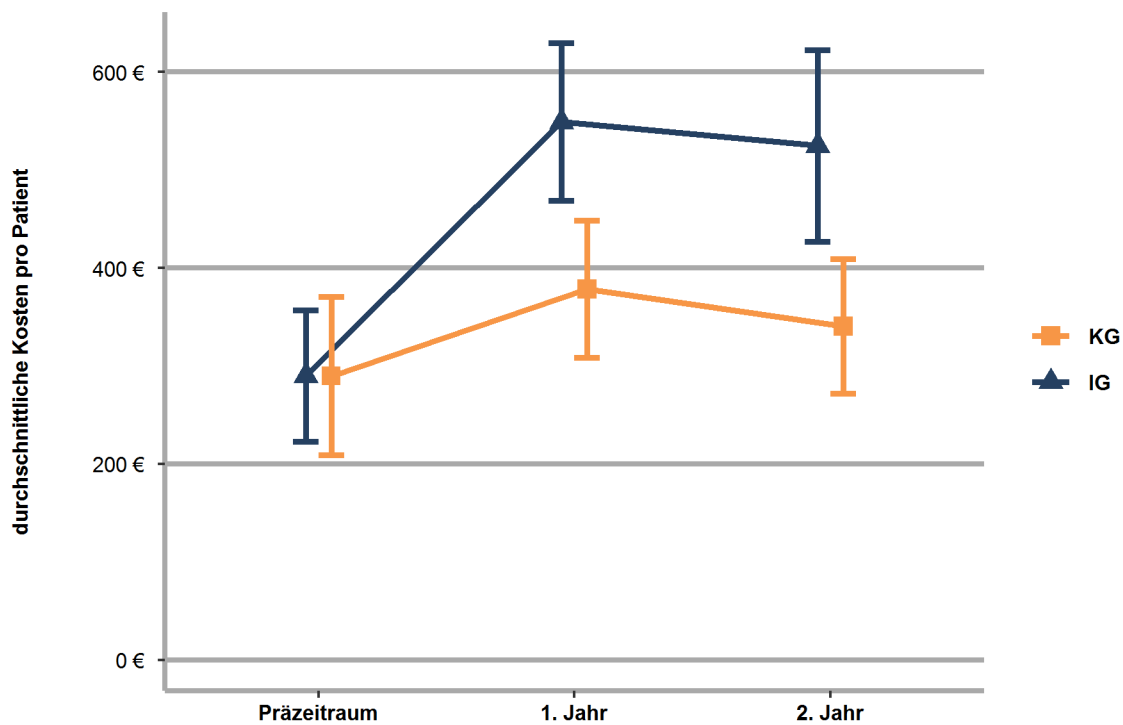


Tabelle 248: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	289,82 €	<0,001	289,82 €	<0,001	-363,05 €	0,014
IG (vs. KG)	0,29 €	0,996	0,29 €	0,996	16,68 €	0,786
Post (vs. Prä)	70,19 €	0,002				
IG x Post (DiD)	176,98 €	<0,001				
1. Jahr (vs. Prä)			88,52 €	<0,001	367,36 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			50,87 €	0,036	332,14 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			170,33 €	<0,001	141,77 €	<0,001
IG x Jahr 2 (DiD)			183,97 €	<0,001	147,73 €	0,004
Alter (30-47 J. vs. U30)					313,65 €	<0,001
Alter (48-64 J. vs. U30)					182,85 €	0,002
Alter (Ü64 vs. U30)					176,81 €	0,003
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-34,37 €	0,617
F 00 (Demenz)					83,19 €	0,355
F 01 (Vaskuläre Demenz)					136,07 €	0,128
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					2,12 €	0,987
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-95,89 €	0,650
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					381,96 €	0,098
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-52,11 €	0,644
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.811,33 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					119,51 €	0,101
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					107,72 €	0,331
F 45 (Somatoforme Störungen)					82,62 €	0,357
F 40-48 (ohne F43 und F45)					65,37 €	0,337
F 50 (Essstörungen)					-195,79 €	0,009
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					251,43 €	0,291
F 70-79 (Intelligenzstörung)					7,60 €	0,965
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-42,58 €	0,777
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					142,68 €	0,314
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					636,65 €	0,460
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					339,30 €	0,333
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					296,63 €	<0,001
R ²		0,006		0,006		0,146

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

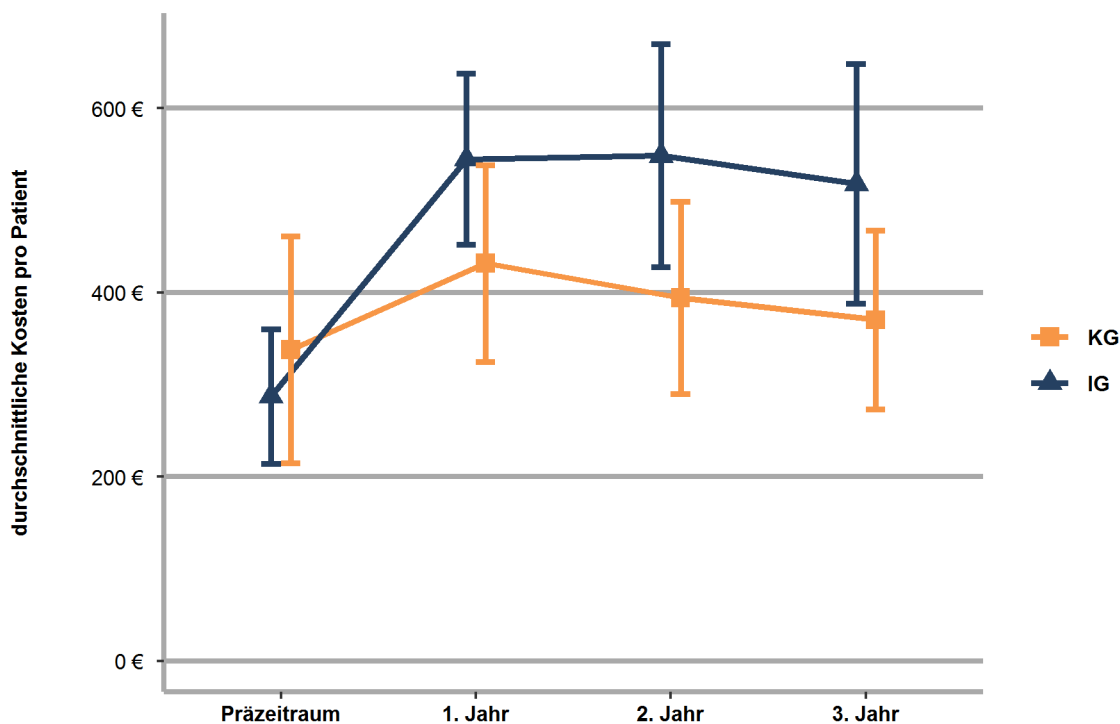
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 249: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	257	336	277	264	266	340	283	251
Mittelwert	287,26 €	544,68 €	548,60 €	518,05 €	337,92 €	431,74 €	394,46 €	370,30 €
Standardabweichung	972,49 €	1.233,15 €	1.557,01 €	1.632,18 €	1.654,46 €	1.437,82 €	1.369,03 €	1.245,77 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	15,41 €	174,79 €	116,31 €	86,42 €	15,46 €	137,04 €	77,42 €	71,12 €
75%-Perzentil	167,37 €	581,40 €	552,58 €	388,34 €	194,43 €	383,58 €	369,43 €	306,81 €
Maximum	12.551 €	14.200 €	19.152 €	16.246 €	31.126 €	23.514 €	21.286 €	16.682 €

Abbildung 149: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

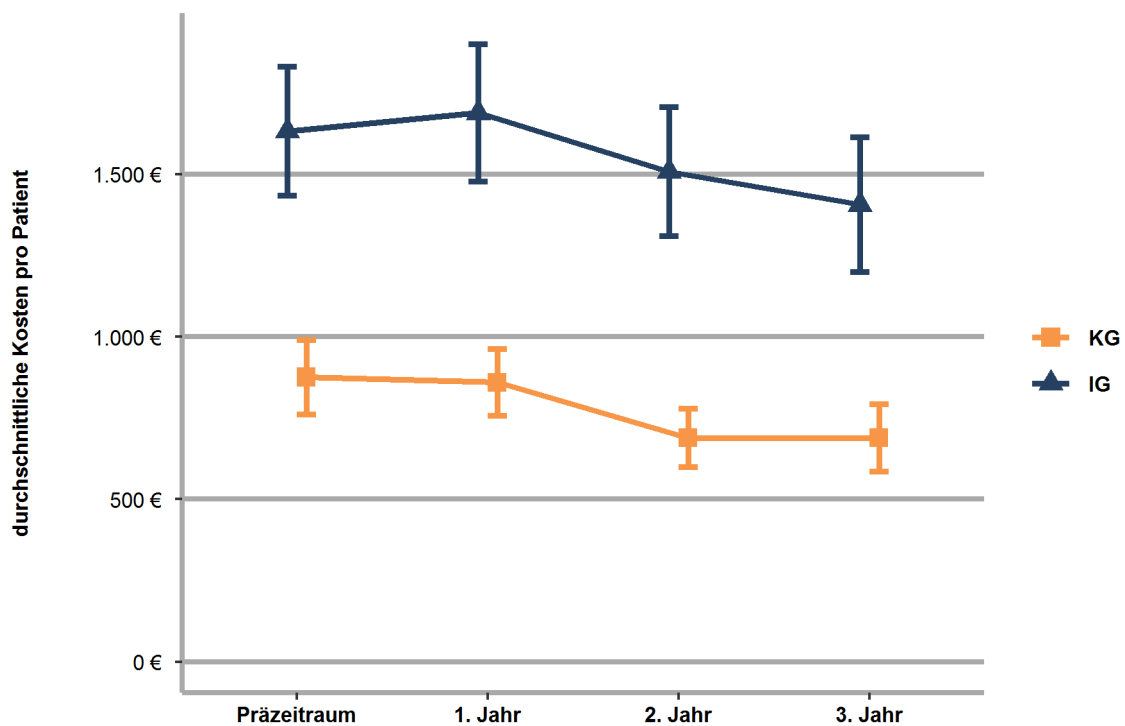


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 250: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	433	433	404	389	397	413	382	351
Mittelwert	1.632,53 €	1.688,81 €	1.507,42 €	1.406,27 €	875,71 €	859,23 €	689,05 €	689,11 €
Standardabweichung	2.660,11 €	2.817,82 €	2.607,27 €	2.681,63 €	1.518,96 €	1.373,54 €	1.174,97 €	1.321,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	156,20 €	183,24 €	149,29 €	117,45 €	83,76 €	102,41 €	60,08 €	46,18 €
Median	585,03 €	589,75 €	567,12 €	480,24 €	328,56 €	332,88 €	296,93 €	258,73 €
75%-Perzentil	1.732,44 €	1.856,74 €	1.532,22 €	1.217,82 €	1.042,24 €	963,02 €	783,38 €	764,54 €
Maximum	17.858 €	18.248 €	17.812 €	16.541 €	16.596 €	9.821 €	8.913 €	12.205 €

Abbildung 150: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 251, Tabelle 253 und Abbildung 151) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 33,96 € in etwa gleich geringe Kosten wie die KG mit 40,54 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 91,85 €. In der KG stiegen die Kosten auf 76,97 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 21,46 € nicht signifikant ($p=0,399$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 115,24 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 110,37 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 17,39 € nicht signifikant ($p=0,580$) stärker als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 252, Tabelle 254 und Abbildung 152) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 159,53 € geringere Kosten als die KG mit 192,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 226,53 €. In der KG stiegen die Kosten auf 240,08 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 19,30 € nicht signifikant ($p=0,415$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 209,70 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 222,90 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 7,70 € nicht signifikant ($p=0,799$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 255 und Abbildung 153) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 50,89 € weniger Kosten als die KG mit 75,32 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 117,14 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 112,21 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 256, Tabelle 257 und Abbildung 154) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 54,47 € niedrigere Kosten als die KG mit 79,20 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 104,55 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 109,16 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 20,12 € nicht signifikant ($p=0,117$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 133,30 €. In der KG stiegen die Kosten auf 140,18 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 18,97 € nicht signifikant ($p=0,205$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 258 und

Abbildung 155) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 54,00 € gleich hohe Kosten wie die KG 52,50 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 94,90 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 83,67 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 111,66 €. In der KG stiegen die Kosten auf 99,86 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 259 und Abbildung 156) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 166,16 € etwas größere Kosten als die KG mit 140,23 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 227,61 €. In der KG stiegen die Kosten auf 184,60 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 216,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 190,77 €.

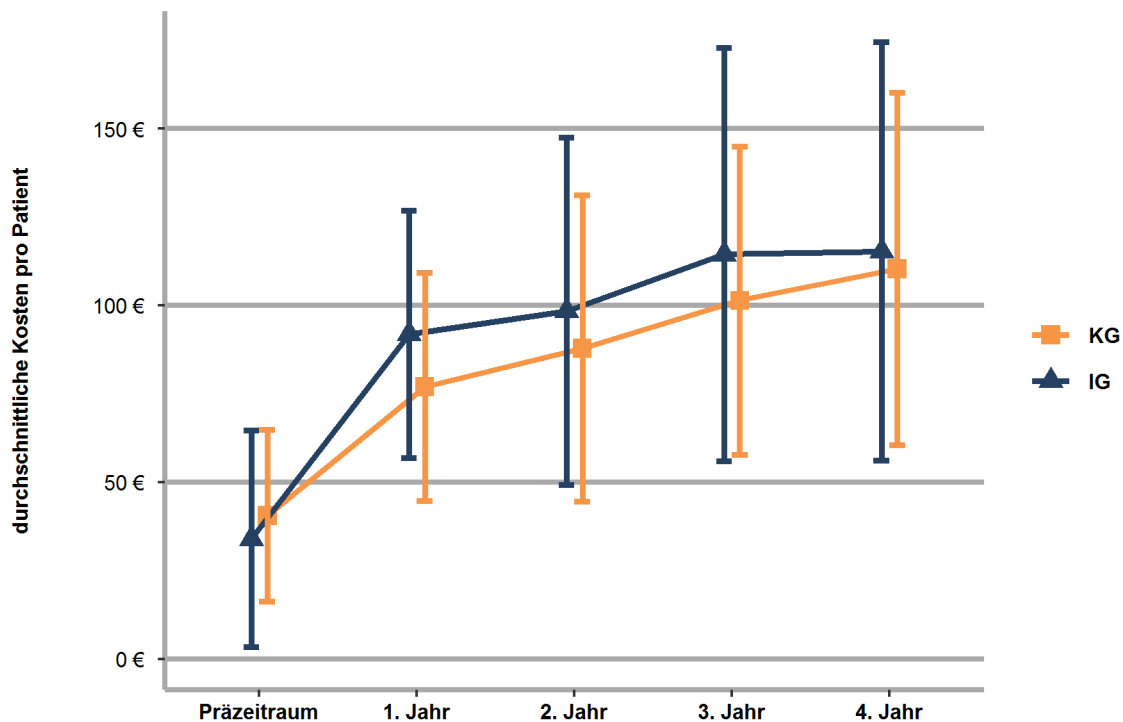
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 251: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	12	29	24	21	26	14	25	22	24	24
Mittelwert	33,96 €	91,85 €	98,38 €	114,49 €	115,24 €	40,54 €	76,97 €	87,85 €	101,38 €	110,37 €
Standardabweichung	182,64 €	208,22 €	290,93 €	346,40 €	350,72 €	145,74 €	194,68 €	261,14 €	262,38 €	300,15 €
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 €	66,10 €	6,82 €	0,00 €	21,46 €	0,00 €	14,47 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	1.550,27 €	996,55 €	1.898,51 €	2.027,87 €	1.810,88 €	976,51 €	964,10 €	1.584,01 €	1.354,76 €	1.752,91 €

Abbildung 151: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 252: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	133	165	135	117	102	112	132	118	112	105
Mittelwert	159,53 €	226,53 €	184,28 €	205,82 €	209,70 €	192,38 €	240,08 €	232,97 €	231,03 €	222,90 €
Standardabweichung	337,14 €	396,71 €	351,02 €	435,52 €	516,93 €	415,88 €	435,01 €	454,29 €	470,24 €	497,70 €
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 €	34,91 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	151,38 €	331,57 €	217,78 €	201,17 €	142,12 €	237,46 €	337,54 €	304,42 €	264,74 €	170,02 €
Maximum	2.990,25 €	3.113,84 €	2.197,50 €	2.598,00 €	4.108,77 €	3.492,51 €	3.553,62 €	3.134,05 €	2.933,44 €	3.946,67 €

Abbildung 152: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

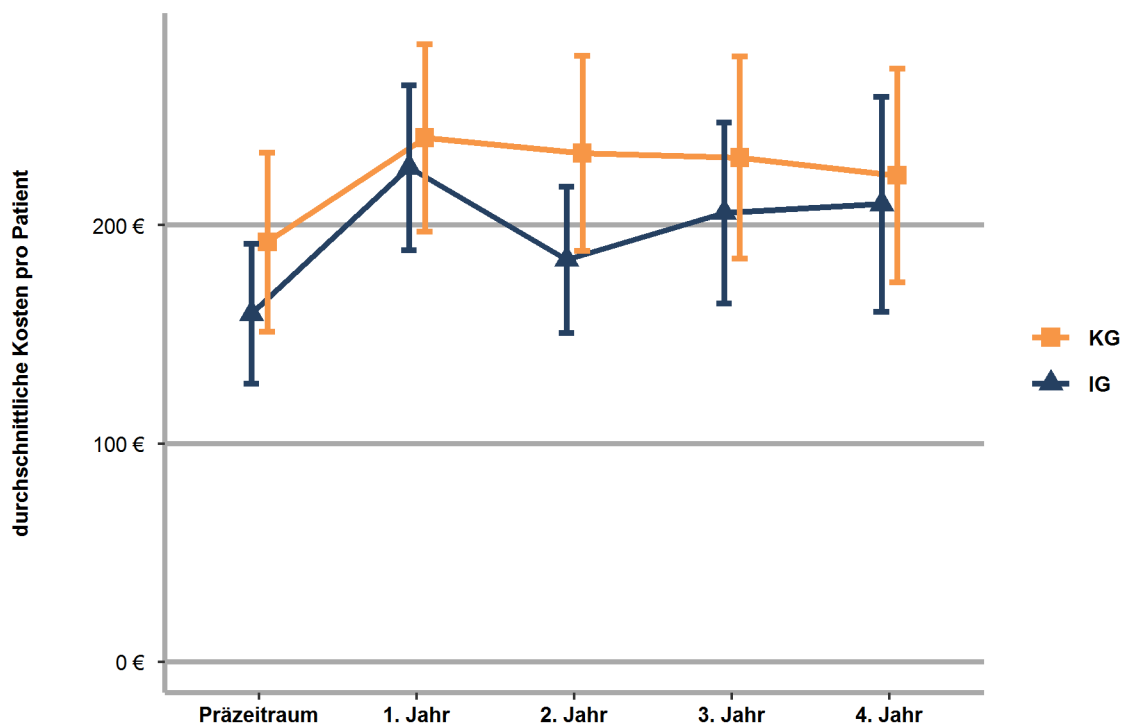


Tabelle 253: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	40,54 €	0,006	40,54 €	0,006	-65,01 €	0,220
IG (vs. KG)	-6,58 €	0,781	-6,58 €	0,782	-2,13 €	0,925
Post (vs. Prä)	53,60 €	0,006				
IG x Post (DiD)	17,39 €	0,580				
1. Jahr (vs. Prä)			36,43 €	0,018	66,54 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			47,31 €	0,037	77,42 €	0,002
3. Jahr (vs. Prä)			60,84 €	0,009	90,95 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			69,83 €	0,021	99,93 €	0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			21,46 €	0,399	26,35 €	0,302
IG x Jahr 2 (DiD)			17,11 €	0,660	22,58 €	0,566
IG x Jahr 3 (DiD)			19,69 €	0,629	25,16 €	0,542
IG x Jahr 4 (DiD)			11,45 €	0,806	16,93 €	0,720
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-47,02 €	0,087
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-120,80 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					205,39 €	<0,001
F 30-39 (Affektive Störungen)					20,70 €	0,576
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					2,38 €	0,960
F 45 (Somatoforme Störungen)					27,29 €	0,415
F 40-48 (ohne F43 und F45)					3,71 €	0,943
F 50 (Essstörungen)					-18,85 €	0,663
F 70-79 (Intelligenzstörung)					121,40 €	0,183
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					266,55 €	0,071
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					97,81 €	0,051
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					55,41 €	0,413
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					104,26 €	<0,001
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					-27,39 €	0,175
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					34,88 €	0,013
R ²		0,009		0,011		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 254: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	192,38 €	<0,001	192,38 €	<0,001	-51,60 €	0,298
IG (vs. KG)	-32,85 €	0,299	-32,85 €	0,299	-31,78 €	0,258
Post (vs. Prä)	39,37 €	0,081				
IG x Post (DiD)	7,70 €	0,799				
1. Jahr (vs. Prä)			47,70 €	0,001	265,62 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			40,59 €	0,074	258,51 €	<0,001
3. Jahr (vs. Prä)			38,65 €	0,212	256,57 €	<0,001
4. Jahr (vs. Prä)			30,53 €	0,346	248,45 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			19,30 €	0,415	23,62 €	0,322
IG x Jahr 2 (DiD)			-15,84 €	0,618	-11,83 €	0,706
IG x Jahr 3 (DiD)			7,64 €	0,850	11,65 €	0,770
IG x Jahr 4 (DiD)			19,65 €	0,653	23,39 €	0,590
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-126,67 €	<0,001
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-184,57 €	0,102
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					1.344,78 €	0,005
F 30-39 (Affektive Störungen)					-10,71 €	0,850
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-98,43 €	0,030
F 45 (Somatoforme Störungen)					-16,18 €	0,679
F 40-48 (ohne F43 und F45)					234,63 €	0,228
F 50 (Essstörungen)					43,65 €	0,691
F 70-79 (Intelligenzstörung)					-21,52 €	0,523
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					-47,33 €	0,510
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					65,79 €	0,111
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					51,08 €	0,328
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-53,70 €	0,232
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					109,89 €	<0,001
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					127,96 €	<0,001
R ²		0,003		0,003		0,082

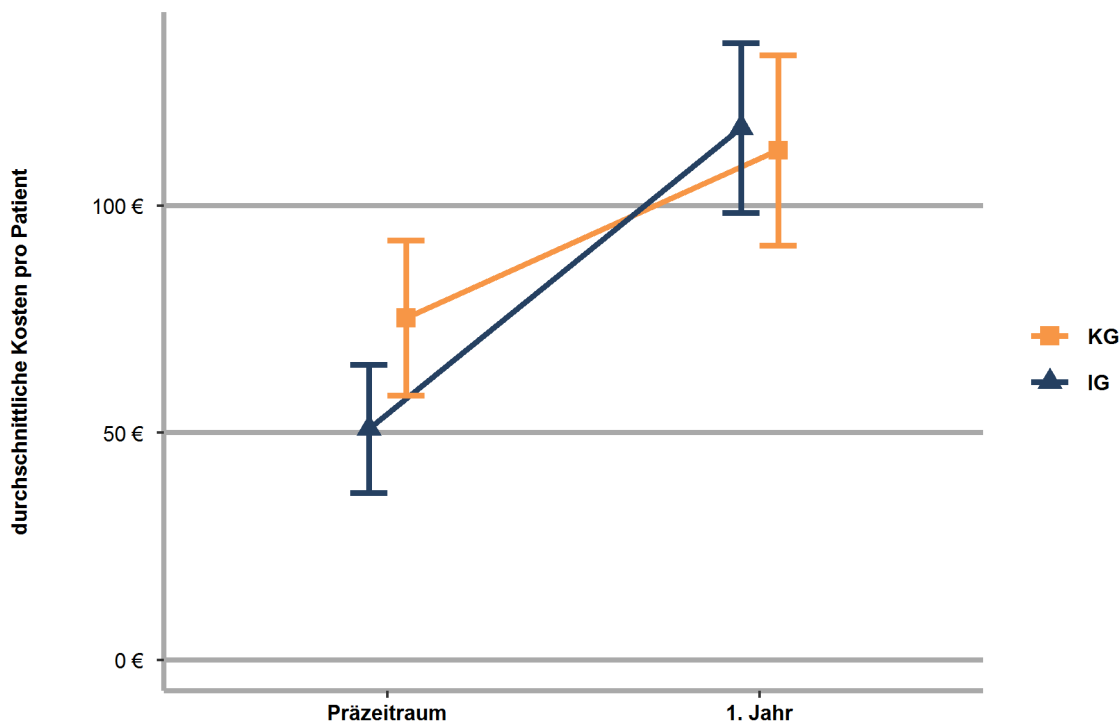
Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

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

Tabelle 255: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	95	230	115	184
Mittelwert	50,89 €	117,14 €	75,32 €	112,21 €
Standardabweichung	215,05 €	283,42 €	260,51 €	318,85 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0,00 €	72,78 €	0,00 €	43,75 €
Maximum	1.935,90 €	2.409,80 €	3.050,83 €	3.265,34 €

Abbildung 153: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 256: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	71	156	133	88	136	132
Mittelwert	54,47 €	104,55 €	133,30 €	79,20 €	109,16 €	140,18 €
Standardabweichung	230,46 €	256,34 €	345,80 €	275,35 €	296,63 €	375,17 €
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 €	67,89 €	56,79 €	0,00 €	40,92 €	28,98 €
Maximum	1.935,90 €	1.774,80 €	2.210,02 €	3.050,83 €	3.265,34 €	2.319,68 €

Abbildung 154: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

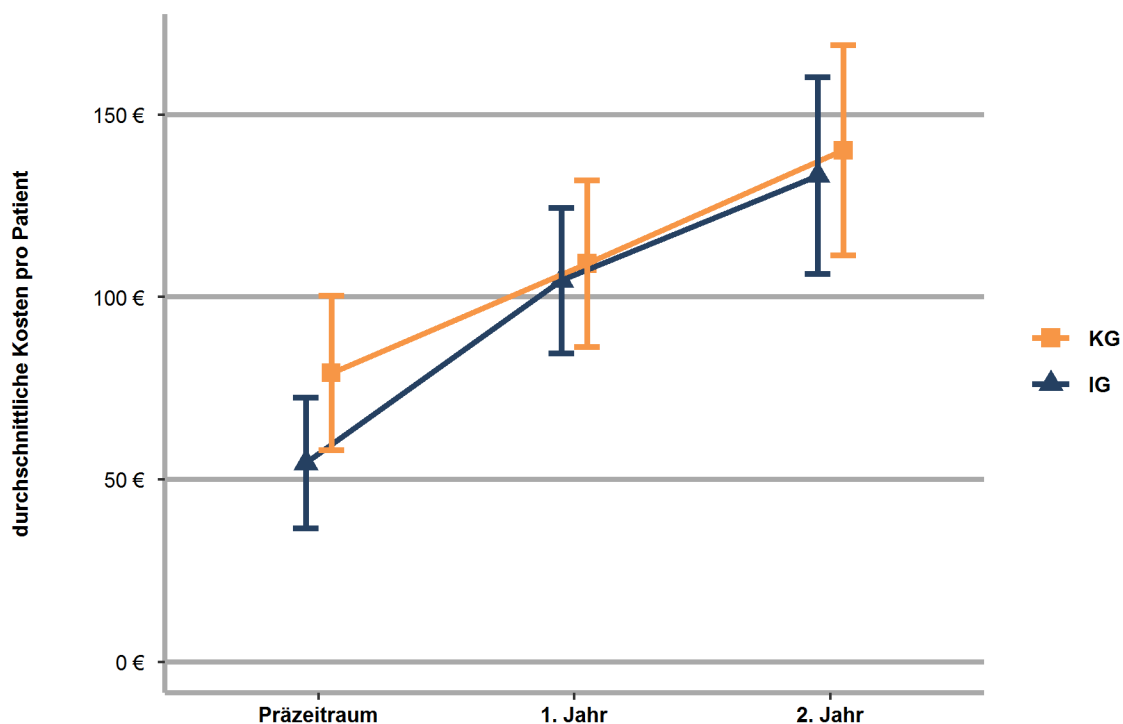


Tabelle 257: Inferenzstatistik, Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	79,20 €	<0,001	79,20 €	<0,001	-32,82 €	0,155
IG (vs. KG)	-24,73 €	0,142	-24,73 €	0,142	-26,32 €	0,107
Post (vs. Prä)	45,47 €	<0,001				
IG x Post (DiD)	18,97 €	0,205				
1. Jahr (vs. Prä)			29,96 €	<0,001	86,16 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			60,98 €	<0,001	117,18 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			20,12 €	0,117	19,85 €	0,130
IG x Jahr 2 (DiD)			17,84 €	0,366	17,69 €	0,379
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-80,51 €	<0,001
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					-27,50 €	0,546
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-88,42 €	<0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					245,37 €	0,002
F 30-39 (Affektive Störungen)					16,67 €	0,335
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					54,09 €	0,184
F 45 (Somatoforme Störungen)					16,74 €	0,360
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-7,73 €	0,778
F 50 (Essstörungen)					46,46 €	0,072
F 70-79 (Intelligenzstörung)					109,97 €	0,037
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					148,43 €	0,118
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					108,36 €	<0,001
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					49,95 €	0,078
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					49,92 €	0,588
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					112,84 €	0,075
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					57,93 €	<0,001
R ²		0,008		0,010		0,071

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

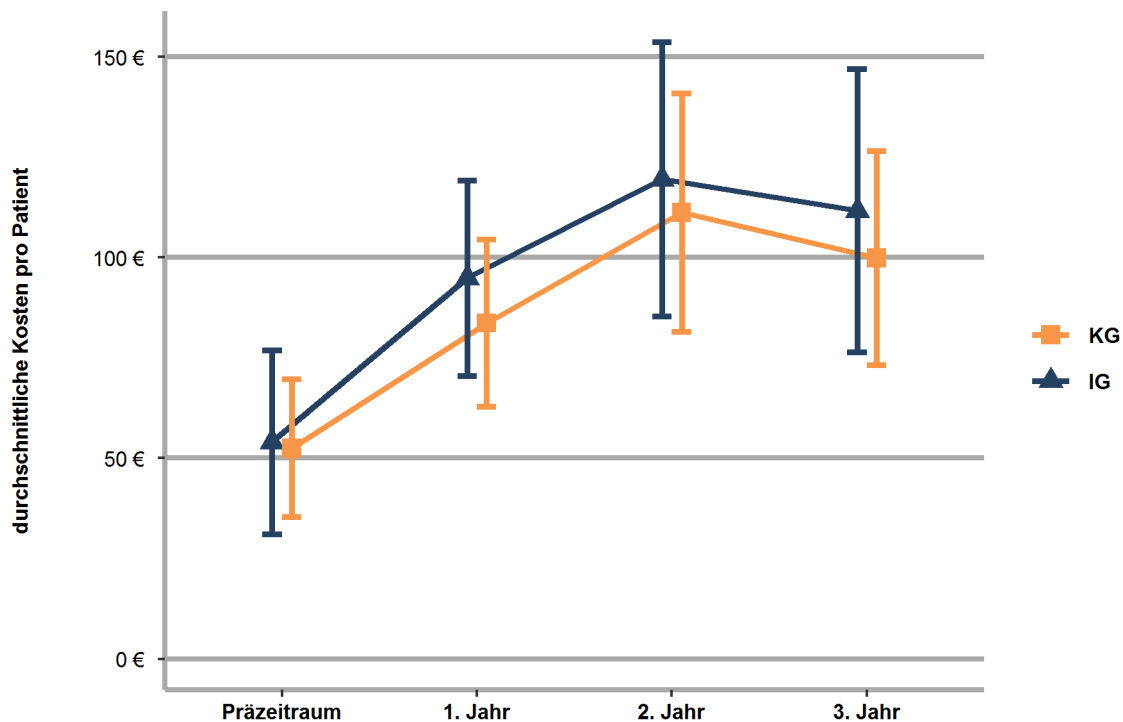
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 258: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	41	84	73	65	47	72	69	64
Mittelwert	54,00 €	94,90 €	119,51 €	111,66 €	52,50 €	83,67 €	111,25 €	99,86 €
Standardabweichung	228,33 €	243,12 €	340,06 €	351,99 €	172,44 €	209,79 €	298,17 €	268,13 €
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 €	53,81 €	26,62 €	0,00 €	0,00 €	17,29 €	13,16 €	0,00 €
Maximum	1.935,90 €	1.573,82 €	2.210,02 €	3.144,81 €	1.421,16 €	1.175,69 €	2.210,10 €	1.712,47 €

Abbildung 155: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

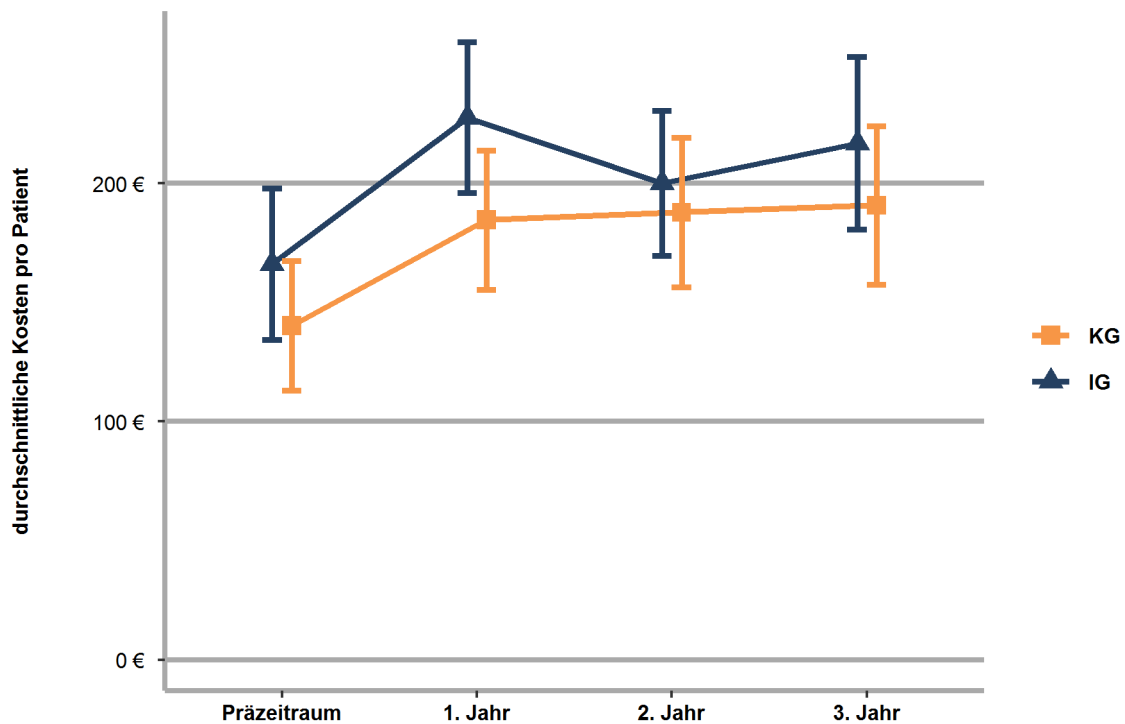


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 259: Kosten der Psychopharmakaversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	192	253	210	180	145	179	161	152
Mittelwert	166,16 €	227,61 €	200,09 €	216,79 €	140,23 €	184,60 €	187,77 €	190,77 €
Standardabweichung	412,05 €	409,66 €	394,44 €	469,32 €	348,54 €	375,36 €	403,81 €	426,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0,00 €	36,06 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
75%-Perzentil	152,39 €	334,92 €	257,74 €	218,67 €	104,76 €	217,28 €	192,58 €	162,95 €
Maximum	5.434,80 €	3.658,23 €	3.127,28 €	4.278,63 €	3.492,51 €	3.553,62 €	3.134,05 €	2.933,44 €

Abbildung 156: Kosten der Psychopharmakaversorgung (U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



10.9 Kosten der Heilmittelversorgung

Als für den jeweiligen Beobachtungszeitraum kumulierte durchschnittliche Kosten der Heilmittel werden die Kosten für Heilmittel mit psychiatrischer Indikation erfasst. Die Zuordnung zur psychiatrischen Versorgung erfolgt dabei über die Abrechnungspositionsnummer (APN). Die Preise werden den regional differenzierten Preislisten des vdek entnommen.

Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Erwachsene

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 260, Tabelle 262 und Abbildung 157) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 10,59 € gleich geringe Kosten wie die KG mit 23,09 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr blieben die Kosten in der IG konstant bei 9,05 €. In der KG stiegen die Kosten auf 38,95 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 17,40 € nicht signifikant ($p=0,274$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 28,57 €. In der KG stiegen die Kosten auf 54,91 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 8,03 € nicht signifikant ($p=0,633$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 261, Tabelle 263 und Abbildung 158) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 24,41 € weniger Kosten als die KG mit 61,53 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG leicht auf 29,27 €. In der KG stiegen die Kosten auf 93,20 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 26,81 € nicht signifikant ($p=0,060$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 64,15 €. In der KG stiegen die Kosten auf 203,80 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 41,37 € nicht signifikant ($p=0,165$) schwächer als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 264 und Abbildung 159) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 12,17 € niedrigere Kosten als die KG mit 23,84 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 43,85 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 30,22 €.

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 13,31 € weniger Kosten als die KG mit 19,77 €. Im ersten

Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 39,75 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 29,95 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 16,27 € nicht signifikant ($p=0,169$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 38,92 €. In der KG stiegen die Kosten auf 49,15 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 6,52 € nicht signifikant ($p=0,632$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 267 und Abbildung 161) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 9,24 € weniger Kosten als die KG mit 17,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 15,36 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 33,31 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 25,89 €. In der KG stiegen die Kosten auf 46,97 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 268 und Abbildung 162) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 17,96 € niedrigere Kosten als die KG mit 54,31 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 21,99 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 78,05 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 28,46 €. In der KG stiegen die Kosten auf 95,34 €.

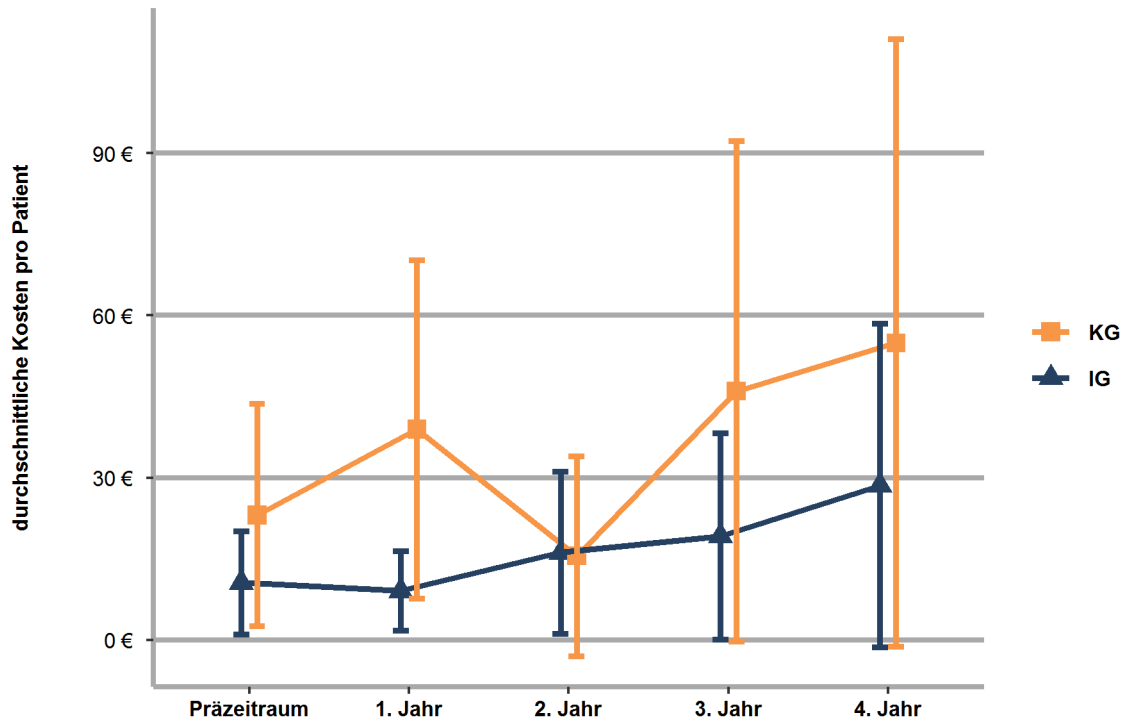
U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 260: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	10,59 €	9,05 €	16,18 €	19,20 €	28,57 €	23,09 €	38,95 €	15,54 €	45,98 €	54,91 €
Standardabweichung	82,15 €	63,20 €	124,84 €	154,33 €	239,25 €	178,42 €	271,74 €	156,52 €	381,76 €	454,14 €
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	1.015,07 €	715,28 €	1.248,38 €	1.791,68 €	2.518,00 €	2.350,79 €	2.724,54 €	1.846,39 €	4.549,33 €	5.270,37 €

Abbildung 157: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten

Tabelle 261: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	11	12	< 10	< 10	< 10	< 10	12	10	13	15
Mittelwert	24,41 €	29,27 €	39,80 €	34,95 €	64,15 €	61,53 €	93,20 €	96,60 €	95,47 €	203,80 €
Standardabweichung	175,06 €	233,85 €	305,63 €	358,85 €	679,35 €	520,20 €	713,11 €	899,92 €	732,20 €	1.247,56 €
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	2.407 €	3.190 €	4.348 €	5.526 €	10.451 €	7.015 €	10.408 €	14.617 €	10.600 €	13.239 €

Abbildung 158: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

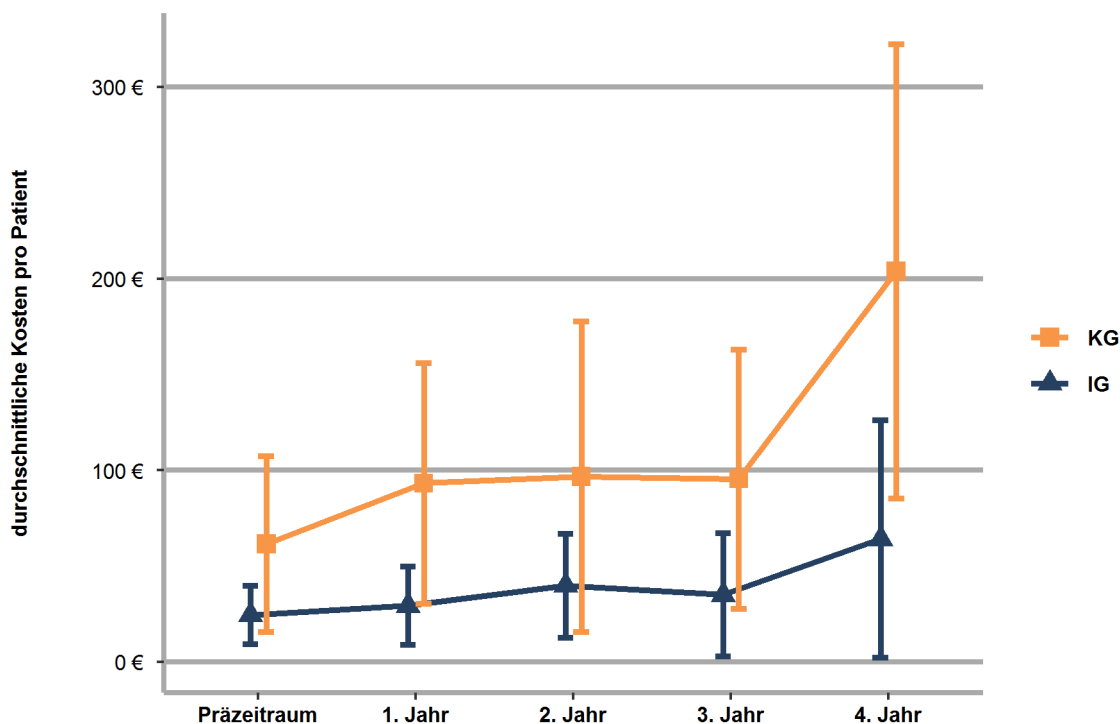


Tabelle 262: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

[kf]

Tabelle 263: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

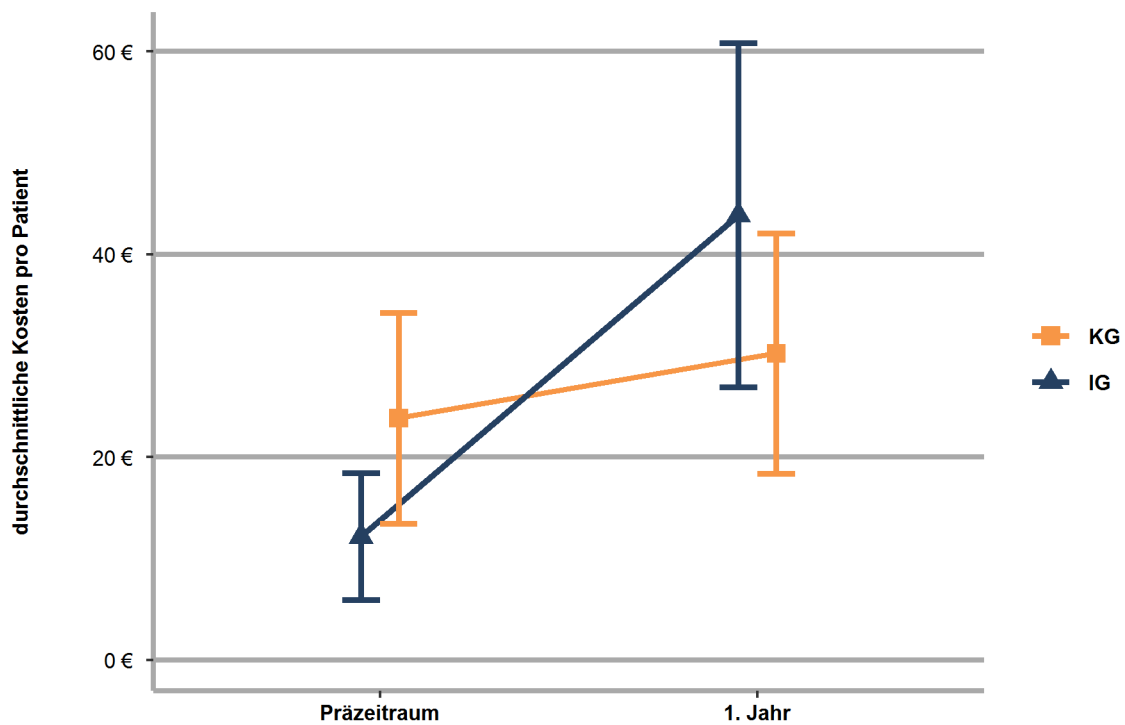
[kf]

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

Tabelle 264: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	28	52	30	25
Mittelwert	12,17 €	43,85 €	23,84 €	30,22 €
Standardabweichung	121,54 €	328,64 €	201,28 €	229,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.633,40 €	5.479,52 €	4.015,20 €	3.725,64 €

Abbildung 159: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



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

Tabelle 265: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	23	39	23	23	18	18
Mittelwert	13,31 €	39,75 €	38,92 €	19,77 €	29,95 €	49,15 €
Standardabweichung	129,53 €	298,27 €	333,21 €	155,69 €	236,83 €	431,08 €
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	2.633,40 €	5.479,52 €	6.189,20 €	2.350,79 €	3.725,64 €	7.714,24 €

Abbildung 160: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

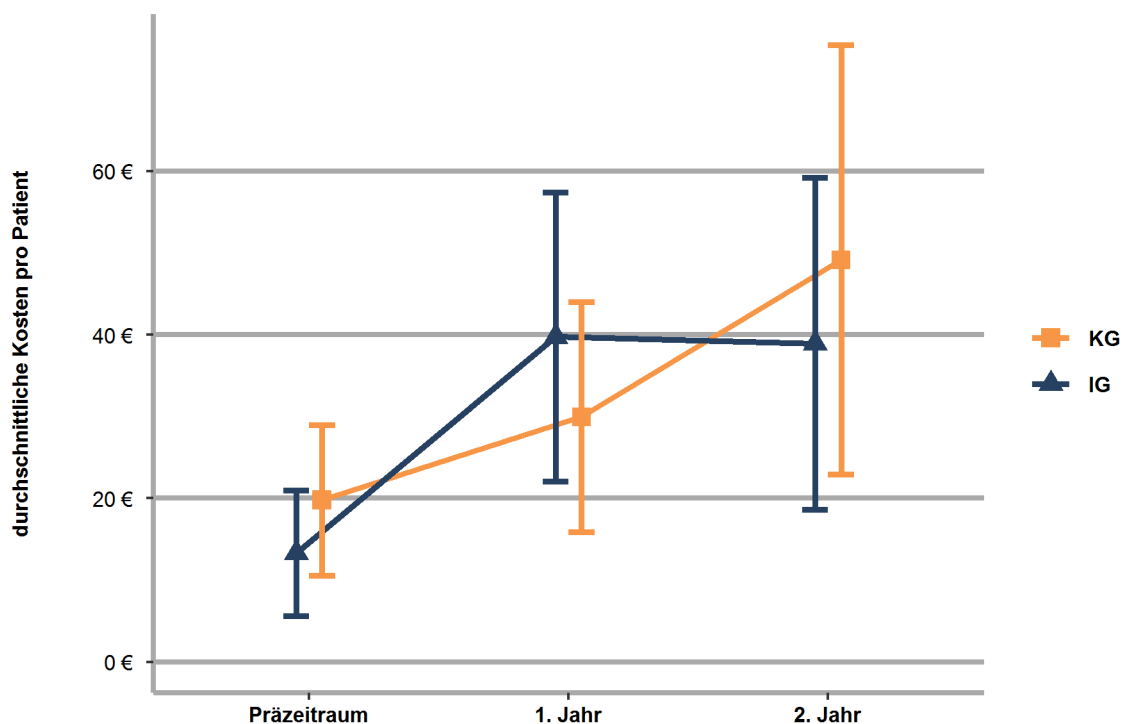


Tabelle 266: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	19,77 €	<0,001	19,77 €	<0,001	-15,45 €	0,292
IG (vs. KG)	-6,46 €	0,376	-6,46 €	0,376	-4,83 €	0,467
Post (vs. Prä)	19,52 €	0,056				
IG x Post (DiD)	6,52 €	0,632				
1. Jahr (vs. Prä)			10,18 €	0,209	14,23 €	0,080
2. Jahr (vs. Prä)			29,38 €	0,067	34,01 €	0,026
IG x Jahr 1 (DiD)			16,27 €	0,169	15,63 €	0,190
IG x Jahr 2 (DiD)			-3,77 €	0,844	-4,29 €	0,824
Alter (30-47 J. vs. U30)					16,21 €	0,218
Alter (48-64 J. vs. U30)					29,61 €	0,032
Alter (Ü64 vs. U30)					25,56 €	0,348
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					13,82 €	0,321
F 00 (Demenz)					-8,22 €	0,813
F 01 (Vaskuläre Demenz)					34,04 €	0,586
F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)					-27,95 €	0,333
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)					-34,24 €	0,146
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					68,13 €	0,410
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-24,05 €	0,036
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-21,89 €	0,084
F 30-39 (Affektive Störungen)					16,97 €	0,406
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					-12,60 €	0,440
F 45 (Somatoforme Störungen)					4,67 €	0,758
F 40-48 (ohne F43 und F45)					42,88 €	0,286
F 50 (Essstörungen)					-50,21 €	0,003
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)					127,72 €	0,147
F 70-79 (Intelligenzstörung)					2,87 €	0,901
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					-25,72 €	0,071
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-14,62 €	0,063
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					-33,28 €	0,144
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					33,74 €	0,442
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					5,14 €	0,304
R ²		0,002		0,002		0,016

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

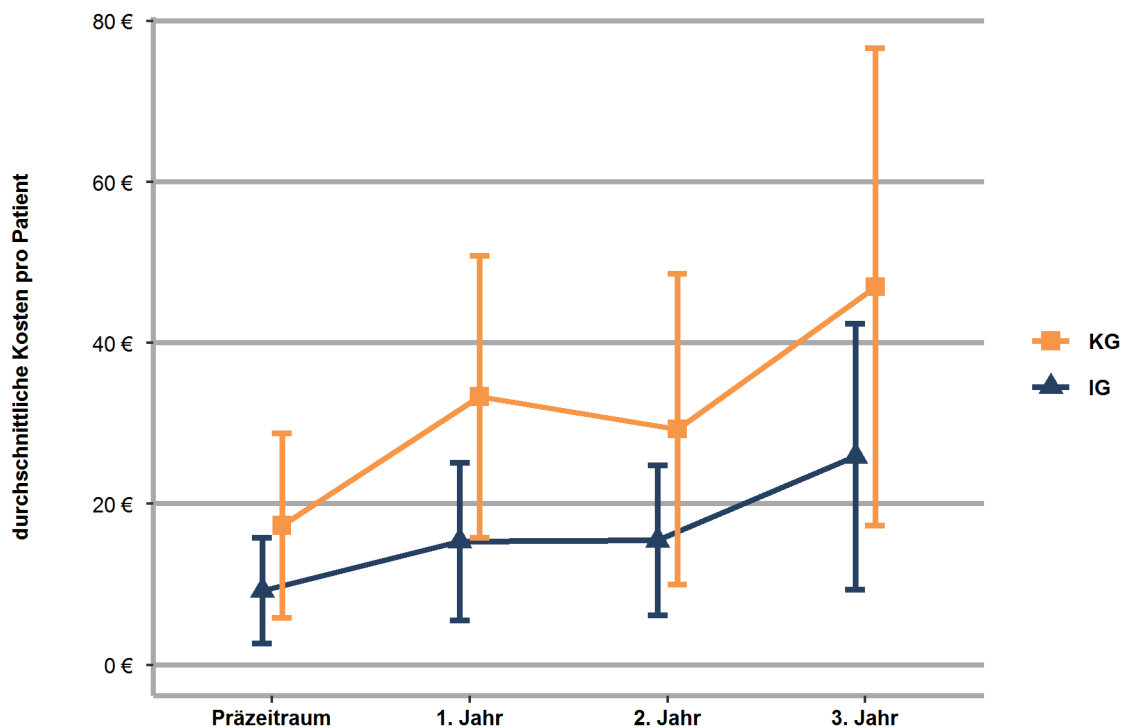
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Klinikneue Patienten

Tabelle 267: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

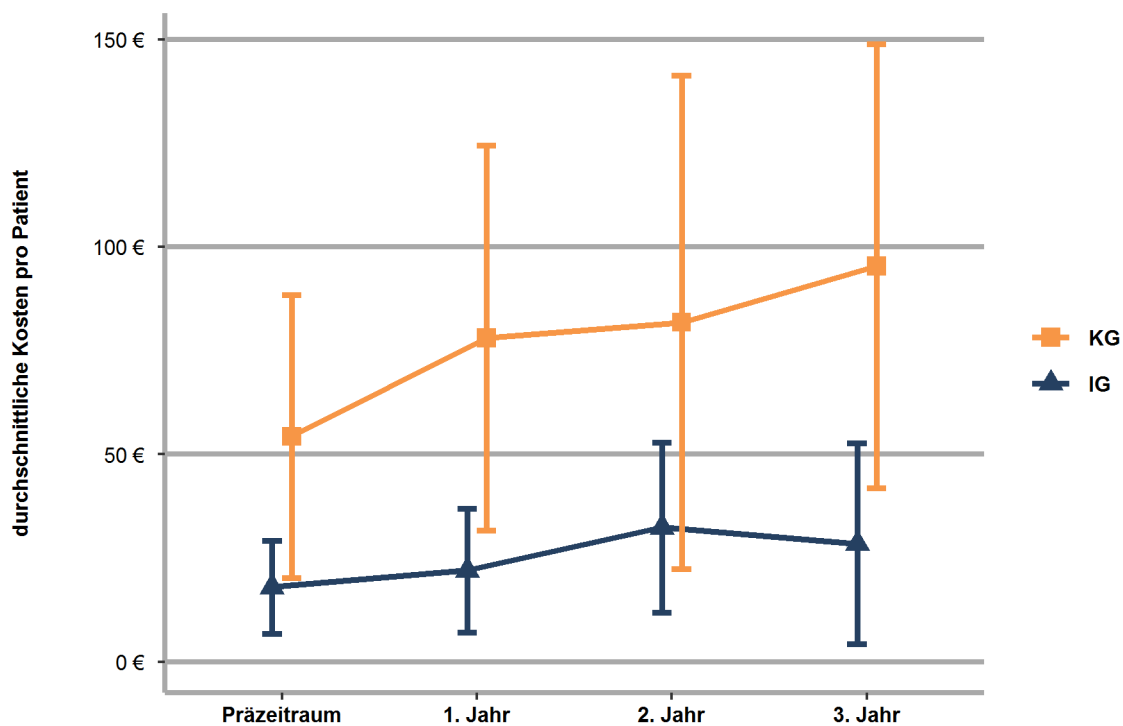
Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	12	20	13	11	13	12	11	12
Mittelwert	9,24 €	15,36 €	15,48 €	25,89 €	17,31 €	33,31 €	29,31 €	46,97 €
Standardabweichung	87,57 €	130,01 €	119,86 €	207,03 €	153,91 €	235,64 €	252,36 €	380,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.458,66 €	1.916,65 €	1.576,72 €	2.608,40 €	2.350,79 €	2.724,54 €	4.036,80 €	5.225,40 €

Abbildung 161: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene



Klinikbekannte Patienten
Tabelle 268: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	13	14	11	< 10	14	15	14	17
Mittelwert	17,96 €	21,99 €	32,35 €	28,46 €	54,31 €	78,05 €	81,79 €	95,34 €
Standardabweichung	149,70 €	200,11 €	268,48 €	313,26 €	456,62 €	620,86 €	776,52 €	682,46 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.407 €	3.190 €	4.348 €	5.526 €	7.015 €	10.408 €	14.617 €	10.600 €

Abbildung 162: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene


Beschreibung Ergebnisse (U1-U4), Kinder und Jugendliche

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 269, Tabelle 271 und Abbildung 163) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 4,33 € niedrigere Kosten als die KG mit 25,55 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 8,38 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 59,71 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 30,10 € nicht signifikant ($p=0,295$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 0 €. In der KG sanken die Kosten auf 57,57 €. Vom Prä- zum Postzeitraum stiegen die Kosten in der IG um 33,02 € nicht signifikant ($p=0,318$) schwächer als in der KG.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 270, Tabelle 272 und Abbildung 164) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 19,10 € niedrigere Kosten als die KG mit 102,46 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 10,58 €. In der KG sanken die Kosten auf 94,07 €. Der Rückgang der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 0,13 € nicht signifikant ($p=0,995$) stärker aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 54,79 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 114,94 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 17,91 € nicht signifikant ($p=0,454$) stärker als in der KG.

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 273 und Abbildung 165) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 33,70 € gleich niedrige Kosten wie die KG mit 29,30 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 43,37 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 45,89 €.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 274, Tabelle 275 und Abbildung 166) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 34,51 € größere Kosten als die KG mit 14,38 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 42,84 €. In der KG stiegen die Kosten auf 29,02 €. Der Anstieg der Kosten vom Präzeitraum zum ersten Nachbeobachtungsjahr fiel in der IG um 6,32 € nicht signifikant ($p=0,656$) schwächer aus als in der KG. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 74,51 €. In der KG erhöhten sich die Kosten auf 44,85 €. Vom Prä- zum Postzeitraum erhöhten sich die Kosten in der IG um 1,59 € nicht signifikant ($p=0,919$) stärker als in der KG.

U4: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 276 und Abbildung 167) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 44,82 € höhere Kosten als die KG mit 17,79 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr sanken die Kosten in der IG auf 16,87 €. In der KG stiegen die Kosten auf 45,02 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr stiegen die Kosten in der IG auf 49,04 €. In der KG stiegen die Kosten auf 85,47 €.

Bei den linikbekannten Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung (vgl. Tabelle 277 und Abbildung 168) hatte die IG im Präzeitraum mit durchschnittlichen Kosten von 30,66 € geringere Kosten als die KG mit 82,61 €. Im ersten Nachbeobachtungsjahr erhöhten sich die Kosten in der IG auf 31,56 €. In der KG sanken die Kosten auf 80,38 €. Vom ersten bis zum letzten Nachbeobachtungsjahr verringerten sich die Kosten in der IG auf 19,32 €. In der KG verringerten sich die Kosten auf 75,49 €.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 269: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	4,33 €	8,38 €	7,47 €	9,16 €	0,00 €	0,00 €	25,55 €	59,71 €	32,04 €	92,67 €	57,57 €
Standardabweichung	42,39 €	82,14 €	72,82 €	89,25 €	0,00 €	0,00 €	213,23 €	220,46 €	146,41 €	456,37 €	320,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	415,36 €	804,83 €	709,80 €	869,92 €	0,00 €	0,00 €	2.070,35 €	1.205,39 €	877,80 €	2.720,20 €	1.865,40 €

Abbildung 163: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

[kf]

Klinikbekannte Patienten

Tabelle 270: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	31	32	17	17	16
Mittelwert	19,10 €	10,58 €	9,90 €	16,31 €	54,79 €	102,46 €	94,07 €	65,07 €	79,15 €	114,94 €
Standardabweichung	154,03 €	100,61 €	83,77 €	134,53 €	457,73 €	334,79 €	308,02 €	297,66 €	357,63 €	535,19 €
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	1.981,35 €	1.570,02 €	995,94 €	1.425,20 €	6.489,24 €	2.353,12 €	2.089,96 €	2.351,29 €	2.430,82 €	4.435,56 €

Abbildung 164: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

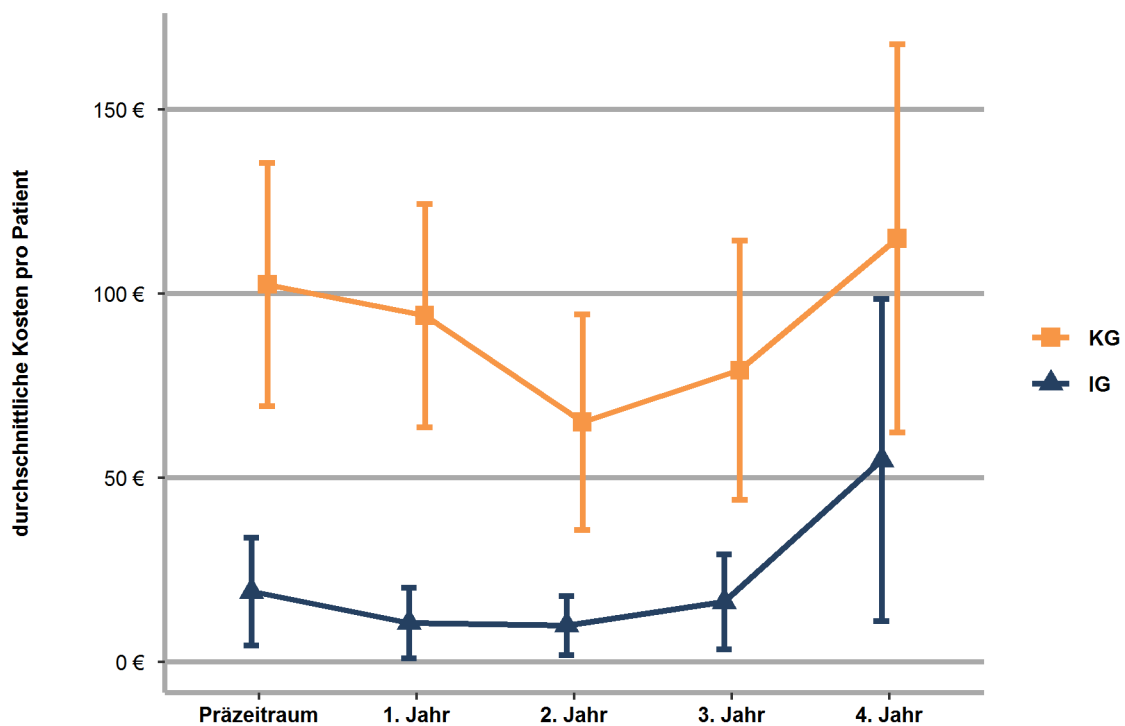


Tabelle 271: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

[kf]

Tabelle 272: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

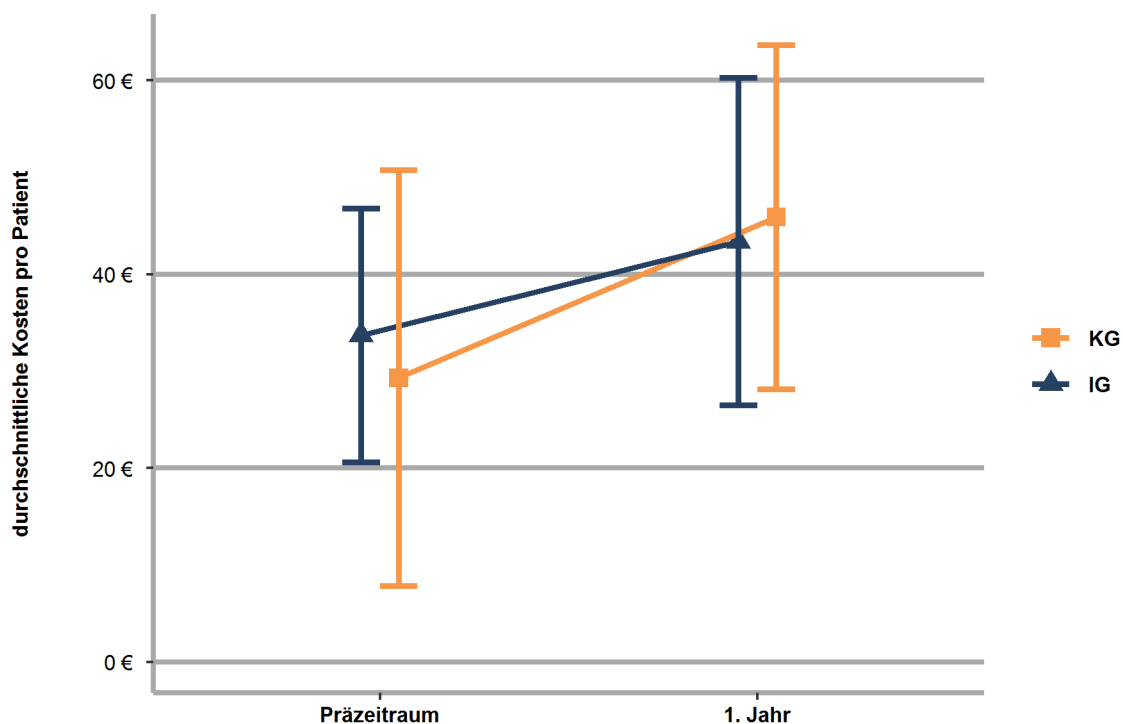
[kf]

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

Tabelle 273: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	24	25	15	27
Mittelwert	33,70 €	43,37 €	29,30 €	45,89 €
Standardabweichung	198,76 €	256,97 €	326,55 €	269,67 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.376,84 €	2.850,44 €	7.122,30 €	2.813,64 €

Abbildung 165: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



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

Tabelle 274: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	19	20	20	< 10	19	16
Mittelwert	34,51 €	42,84 €	74,51 €	14,38 €	29,02 €	44,85 €
Standardabweichung	182,75 €	236,54 €	387,95 €	146,90 €	163,46 €	289,38 €
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	1.517,10 €	2.193,60 €	3.301,50 €	2.167,37 €	1.463,72 €	3.796,33 €

Abbildung 166: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

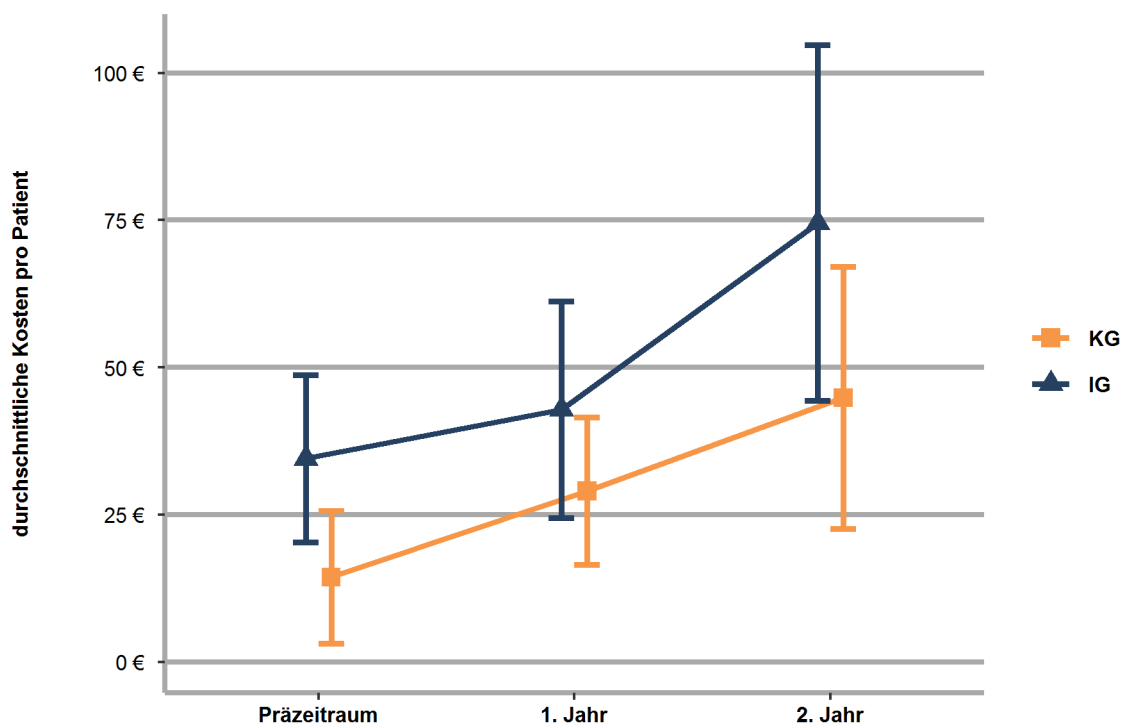


Tabelle 275: Inferenzstatistik, Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Variable	Schätzer (A)	P-Wert (A)	Schätzer (B)	P-Wert (B)	Schätzer (C)	P-Wert (C)
Intercept	14,38 €	0,036	14,38 €	0,036	12,39 €	0,530
IG (vs. KG)	20,13 €	0,068	20,13 €	0,068	18,83 €	0,080
Post (vs. Prä)	22,55 €	0,016				
IG x Post (DiD)	1,59 €	0,919				
1. Jahr (vs. Prä)			14,64 €	0,070	32,31 €	<0,001
2. Jahr (vs. Prä)			30,47 €	0,024	48,14 €	<0,001
IG x Jahr 1 (DiD)			-6,32 €	0,656	-6,57 €	0,644
IG x Jahr 2 (DiD)			9,53 €	0,661	9,35 €	0,671
Geschlecht weiblich (vs. männl.)					-31,02 €	0,002
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. des Gehirns)					161,36 €	0,459
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)					-47,71 €	0,001
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)					-46,25 €	0,022
F 30-39 (Affektive Störungen)					-21,24 €	0,032
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)					0,37 €	0,990
F 45 (Somatoforme Störungen)					-13,77 €	0,222
F 40-48 (ohne F43 und F45)					-40,46 €	0,003
F 50 (Essstörungen)					-7,77 €	0,668
F 70-79 (Intelligenzstörung)					17,23 €	0,756
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)					85,14 €	0,203
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)					3,00 €	0,865
Vollstat. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					21,29 €	0,482
TK psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					290,25 €	0,291
PIA Fall im Präzeitraum (Dummy)					0,87 €	0,980
Vertragsärztl. psych. Fall im Präzeitraum (Dummy)					16,61 €	0,013
R ²		0,004		0,005		0,026

Modell A, B und C beziehen sich auf dasselbe Outcome. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der in die lineare Regression einbezogenen unabhängigen Variablen.

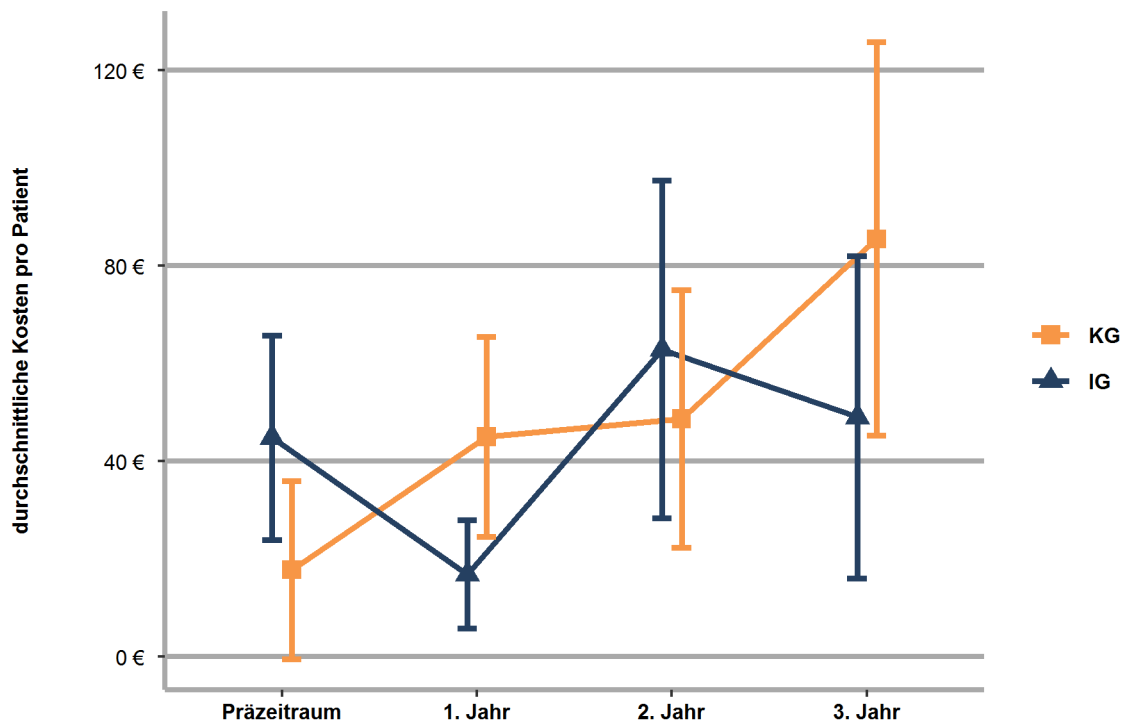
U4 Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Klinikneue Patienten

Tabelle 276: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273
N mit Fall	14	< 10	10	< 10	< 10	16	12	13
Mittelwert	44,82 €	16,87 €	62,89 €	49,04 €	17,79 €	45,02 €	48,67 €	85,47 €
Standardabweichung	208,48 €	110,22 €	345,02 €	329,12 €	183,11 €	205,76 €	265,25 €	404,31 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.367,36 €	856,20 €	2.541,92 €	3.686,20 €	2.167,37 €	1.463,72 €	2.411,30 €	2.720,20 €

Abbildung 167: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

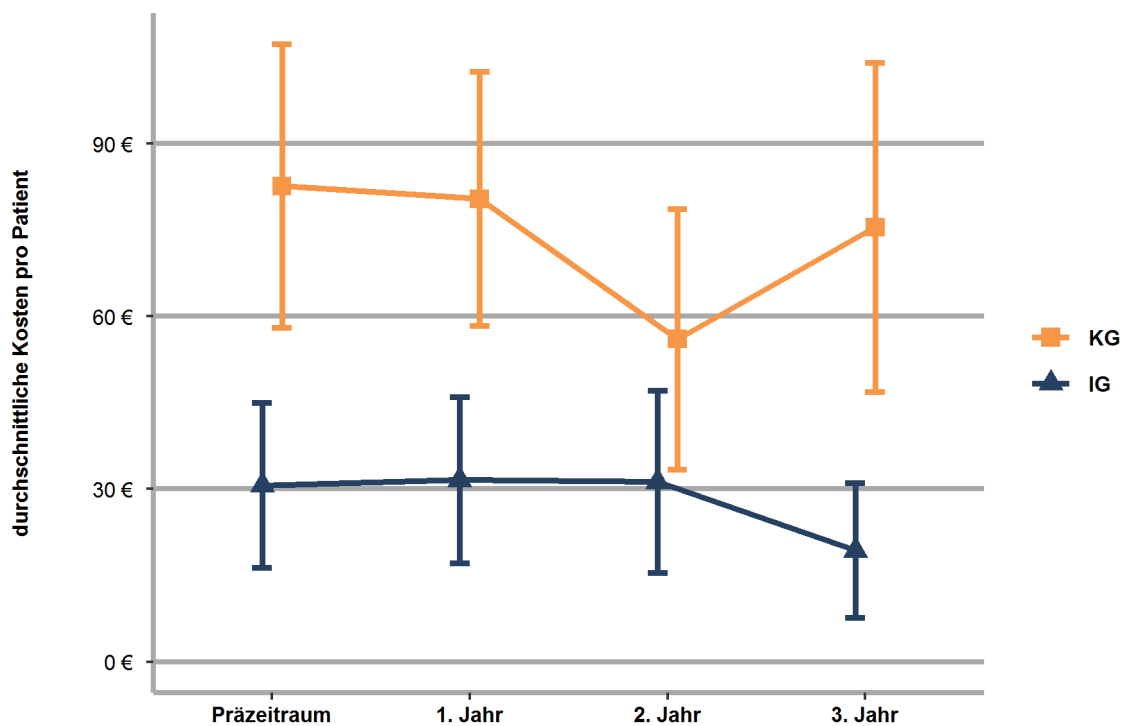


Klinikbekannte Patienten

Tabelle 277: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447
N mit Fall	17	18	16	< 10	39	45	21	24
Mittelwert	30,66 €	31,56 €	31,25 €	19,32 €	82,61 €	80,38 €	56,07 €	75,49 €
Standardabweichung	185,50 €	187,20 €	205,38 €	151,69 €	316,57 €	283,66 €	290,90 €	367,02 €
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	1.981,35 €	1.734,00 €	2.761,04 €	1.845,20 €	3.016,46 €	2.089,96 €	2.351,79 €	2.999,44 €

Abbildung 168: Kosten der Psychiatrischen Heilmittelversorgung(U4), klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche



11. Ergebnisse: Effizienz

Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Erwachsene

Für die Bewertung der Effizienz wird das inkrementelle Kosteneffektivitätsverhältnis mit den vollstationären bzw. AU-Tagen als Outcome-Parameter und den gesamten direkten psychiatrischen Versorgungskosten als Verhältnis gebildet. Die Population wird für die Analyse der AU-Tage auf Versicherte mit Versichertenstatus „1“ („Mitglied“) eingeschränkt. Dargestellt ist die Effizienz für die klinikneuen Patienten von U2 und die klinikbekannten Patienten von U4.

U2 – Variante A (vgl. Tabelle 278 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten für klinikneue Patienten fiel in der IG um 804,85 € nicht signifikant ($p=0,087$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 3,1 Tage signifikant ($p=0,048$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -261,09 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 261,09 € zusätzlich ausgegeben.

U2 – Variante B (vgl. Tabelle 279 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten für klinikneue Patienten fiel in der IG um 359,21 € nicht signifikant ($p=0,520$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 4,4 Tage nicht signifikant ($p=0,538$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 82,02 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 82,02 € eingespart. Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 171 im Anhang.

U4 – Variante A (vgl. Tabelle 280 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten für klinikbekannte Patienten fiel in der IG um 1.093,63 € nicht signifikant ($p=0,184$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 8,8 Tage signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 124,29 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 124,29 € eingespart.

U4 – Variante B (vgl. Tabelle 281 und Abbildung 169): Der Anstieg der Kosten für klinikbekannte Patienten fiel in der IG um 582,22 € nicht signifikant ($p=0,693$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der AU-Tage fiel in der IG um 10,0 Tage nicht signifikant ($p=0,230$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von -58,29 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen AU-Tag wurden Kosten i.H.v. 58,29 € zusätzlich ausgegeben.

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

Tabelle 278: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	854,14 €		1016	9.153,47 €		1016	8.299,33 €	
	KG	843,69 €		1016	8.338,16 €		1016	7.494,48 €	
	Diff (IG - KG)	10,45 €	0,928		815,31 €	0,073		804,85 €	0,086
KH-Tage	IG	1,16		1016	22,06		1016	20,90	
	KG	0,97		1016	24,95		1016	23,98	
	Diff (IG - KG)	0,19	0,617		-2,89 €	0,056		-3,08	0,048
ICER	-261,09 €/d								

Tabelle 279: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	672,82 €		525	7.543,64 €		525	6.870,82 €	
	KG	711,90 €		553	7.941,94 €		553	7.230,03 €	
	Diff (IG - KG)	-39,08	0,768		-398,29 €	0,463		-359,21 €	0,519
AU-Tage	IG	19,72		525	70,76		525	51,04	
	KG	27,18		553	82,60		553	55,42	
	Diff (IG - KG)	-7,46	0,047		-11,84	0,049		-4,38	0,537
ICER	82,02 €/d								

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

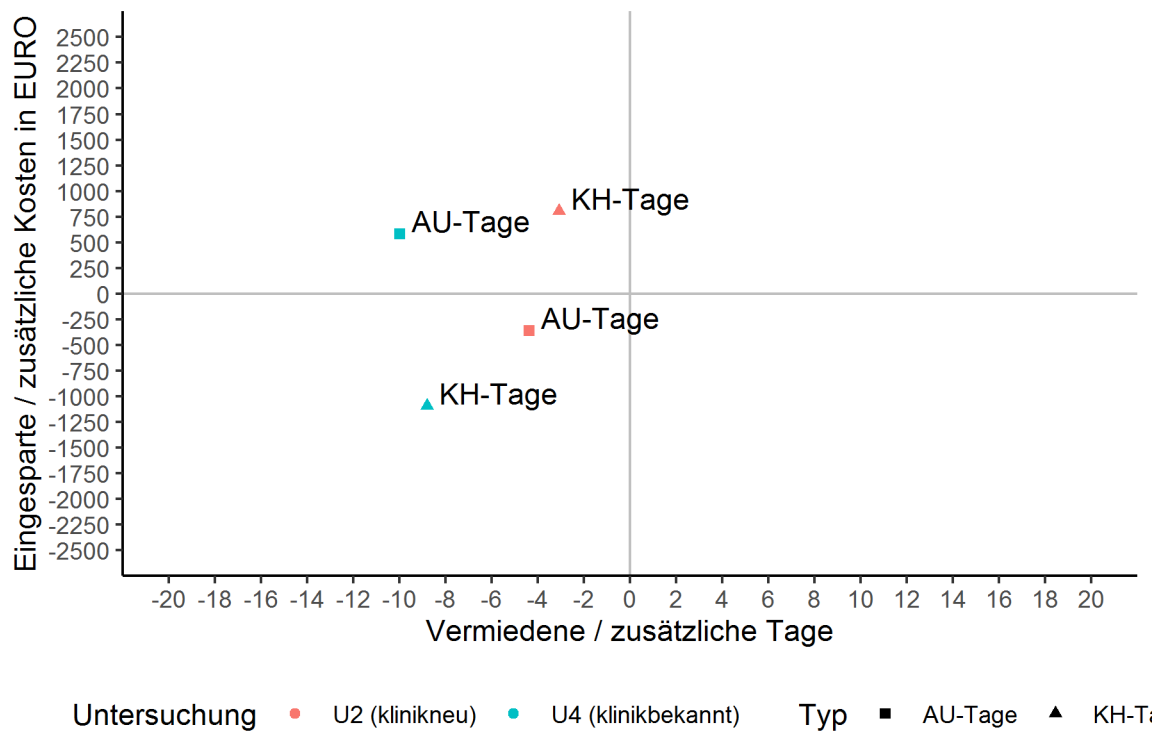
Tabelle 280: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	5.507,79 €		497	6.788,61 €		497	1.280,82 €	
	KG	4.133,95 €		497	6.508,40 €		497	2.374,45 €	
	Diff (IG - KG)	1.373,84 €	0,005		280,20 €	0,671		-1.093,63 €	0,184
KH-Tage	IG	8,02		497	9,75		497	1,73	
	KG	7,23		497	17,75		497	10,53	
	Diff (IG - KG)	0,79	0,581		-8,00	<0,001		-8,80	<0,001
ICER	124,29 €/d								

Tabelle 281: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome AU-Tage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	4.983,05 €		173	7.528,74 €		173	2.545,70 €	
	KG	4.845,25 €		158	6.808,72 €		158	1.963,47 €	
	Diff (IG - KG)	137,80 €	0,867		720,02 €	0,550		582,22 €	0,692
AU-Tage	IG	14,77		173	24,71		173	9,94	
	KG	19,88		158	39,80		158	19,92	
	Diff (IG - KG)	-5,11	0,268		-15,10	0,033		-9,99	0,230
ICER	-58,29 €/d								

Abbildung 169: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, U2 und U4, Erwachsene



Beschreibung Ergebnisse (U2 & U4), Kinder und Jugendliche

U2- Variante A (vgl. Tabelle 282 und Abbildung 170): Der Anstieg der Kosten klinikneuer Patienten fiel in der IG um 1.861,09 € signifikant ($p=0,045$) stärker aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 2,7 Tage nicht signifikant ($p=0,296$) stärker aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 700,99 € je Tag. D.h. für jeden zusätzlichen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 700,99 € zusätzlich ausgegeben. Eine Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 findet sich in Abbildung 172 im Anhang.

U4 – Variante A (vgl. Tabelle 283 und Abbildung 170): Der Anstieg der Kosten klinikbekannter Patienten fiel in der IG um 3.045,35 € signifikant ($p<0,001$) schwächer aus als in der KG. Der Anstieg der vollstationären psych. Tage fiel in der IG um 6,5 Tage signifikant ($p=0,007$) schwächer aus als in der KG. Entsprechend ergab sich ein inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis von 466,45 € je Tag. D.h. für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag wurden Kosten i.H.v. 466,45 € eingespart.

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

Tabelle 282: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

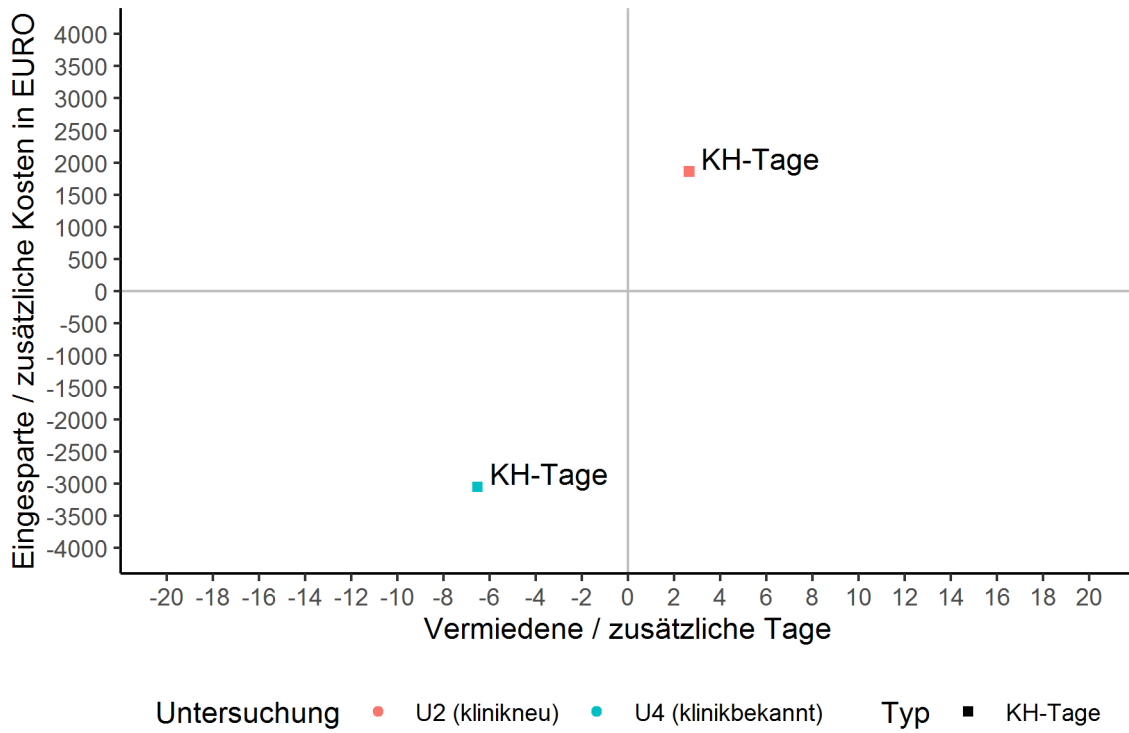
Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	1.211,23 €		626	12.644,91 €		626	11.433,67 €	
	KG	1.246,31 €		626	10.818,90 €		626	9.572,58 €	
	Diff (IG - KG)	-35,08 €	0,918		1.826,01 €	0,034		1.861,09 €	0,045
KH-Tage	IG	2,27		626	28,64		626	26,37	
	KG	1,60		626	25,32		626	23,72	
	Diff (IG - KG)	0,66	0,478		3,32	0,160		2,65	0,296
ICER	700,99 €/d								

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

Tabelle 283: Inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis je Nachbeobachtungsjahr für Outcome vollstationäre Behandlungstage, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Art	Gruppe	Präzeitraum			1. Jahr			Differenz	
		Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert	N	Mittelwert	p-Wert
Kosten	IG	3.931,46 €		486	4.830,72 €		486	899,25 €	
	KG	2.889,00 €		486	6.833,60 €		486	3.944,60 €	
	Diff (IG - KG)	1.042,46 €	0,060		-2.002,88 €	0,001		-3.045,35 €	<0,001
KH-Tage	IG	7,83		486	10,15		486	2,33	
	KG	5,61		486	14,47		486	8,86	
	Diff (IG - KG)	2,21	0,161		-4,32	0,020		-6,53	0,007
ICER	466,45 €/d								

Abbildung 170: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, U2 und U4, Kinder und Jugendliche



12. Diskussion

12.1 Hauptergebnisse

Dieser Abschlussbericht zeigt die Ergebnisse der Evaluation zur Modellklinik Südharz Klinikum Nordhausen 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 passen¹ und anschließend aus diesen Kliniken die Kontrollpatienten, welche individuell vergleichbare Charakteristika zu den betrachteten Modellpatienten aufwiesen². 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. Lediglich der Aufnahmeort des Referenzfalls (PIA vs. Krankenhaus) war in der Erwachsenenpsychiatrie zwischen IG und KG verschieden (siehe Tabelle 8), da hier vermutlich bereits Modellstrukturen wirkten.

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

¹ In das Klinikmatching gingen strukturelle Charakteristika wie Vorhandensein einer Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA), Größe und Leistungsdaten der Kliniken, Patienten Klientel der Fachabteilung sowie soziodemographische und sozioökonomische Faktoren der Region ein.

² Berücksichtigt wurden im individuellen Patientenmatching insbesondere Variablen, die den Patienten selbst charakterisieren, aber auch die Erkrankung zum Zeitpunkt des Studieneintritts sowie die Intensität vorangegangener psychiatrischer Behandlungen berücksichtigen. So wurde für Alter, Geschlecht, Diagnosen / Diagnosekombinationen, Kalenderjahr, klinikneue / klinikbekannte Patienten, Behandlung im Präzeitraum jedem Patienten der Modellklinik ein möglichst ähnlicher Matching-Partner einer der zehn Kontrollkliniken zugeordnet.

von IG und KG (sowohl für die Kliniken als auch für die Patienten). Insofern sind die hier vorliegenden Ergebnisse als aussagekräftig bezüglich der Erfüllung von Versorgungs- bzw. Modellzielen zu werten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Kapitel 8 bis 11 nach den gestellten Hypothesen (siehe Kapitel 4) diskutiert und am Ende im Fazit zusammengefasst.

Hypothese a) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

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

Der Anstieg des **Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Krankenhausaufenthalt** aufgrund von Indexdiagnose war in der Modellklinik bei den linikneuen erwachsenen Patienten in U2, U3 und U4 zwar geringer als in der Regelversorgung, statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch in U3 (in der von allen dreien statistisch getestet wurde) nicht. In U1 war der Anstieg zum ersten Jahr nach Referenzfall zwischen IG und KG vergleichbar. Hier sanken jedoch die Anteile in der Modellklinik über den weiteren patientenindividuellen Verlauf stärker als in der Regelversorgung. In U4 wies die IG zudem stets numerisch geringere Anteile im Vergleich zur KG auf. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten sanken die Anteile vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der Modellklinik stärker als in der Regelversorgung und waren in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer im Vergleich (U1 & U4). 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, jedoch erreichte diese Veränderung keine statistische Signifikanz. Dies trifft sowohl auf klinikneue als auch klinikbekannte Patienten zu.

Bei den Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)) war bei den linikneuen jungen Patienten im ersten Jahr nach Referenzfall in allen Untersuchungen stets ein größerer Anstieg des Anteils an Patienten mit mindestens einem vollstationären Aufenthalt ersichtlich. Statistisch signifikante Unterschiede zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch in U1 und U3 nicht. Auch waren die absoluten Werten in allen Untersuchungen in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung, außer in U3 im 2. Jahr nach Referenzfall und in U4 im 3. Jahr nach Referenzfall. Bei den linikbekannt jungen Patienten war hier ein, in U1 im ersten bis dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant, stärkeres Absinken des Anteils in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Dieses stärkere Absinken wurde hauptsächlich zu dem wesentlich größeren Anteil im Jahr vor Referenzfall in der Modellklinik im Vergleich zur Regelversorgung bewirkt. Im Präzeitraum wies in U1 die IG 17,1 % und die KG 9,3 % sowie in U4 die IG 14,5 % und die KG 7,2 % auf. Ein Absinken der Anteile

vollstationärer Behandlungen ist in der KJP somit bei den klinikneuen Patienten nicht, jedoch bei den klinikbekannten Patienten zu erkennen.

Der **Anteil an Patienten mit mindestens einem teilstationären Krankenhausaufenthalt** stieg bei den klinikneuen erwachsenen Patienten zum ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik stets stärker im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U1 und U3 (hier wurde inferenzstatistisch getestet) statistisch signifikant. Bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten waren zwischen IG und KG vergleichbare Verläufe erkennbar. Im ersten Jahr nach Referenzfall war in U1 und U4 stets ein kleiner Peak, welcher in der Modellklinik etwas höher ausfiel, zu erkennen. Eine Stärkung der Häufigkeit einer teilstationären Behandlung im Modellvorhaben ist somit 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 war sowohl bei den klinikneuen und den klinikbekannten Patienten ein etwas stärkerer Anstieg der Anteile im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Der weitere Verlauf war jedoch auch in U4 vergleichbar. Für inferenzstatistische Aussagen waren die Fallzahlen jedoch stets zu gering.

Die **Anzahl der vollstationären Tage** klinikneuer erwachsener Patienten war in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets geringer als in der Regelversorgung, ausgenommen in U1 das zweite Jahr nach Referenzfall. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen IG und KG im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall gab es jedoch nicht, auch wenn in U1 und U3 die Modellklinik sogar mehr vollstationäre Behandlungstage im Jahr vor Referenzfall aufwies. Auch bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik stets weniger vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung auf. In U1 war dieser Unterschied erneut nicht statistisch signifikant. Im ersten Jahr nach Referenzfall war der Unterschied zwischen beiden Gruppen am größten. Der bereits im Jahr vor Referenzfall bestehende Niveau-Unterschied in U1 (-1,3 vollstationäre Tage) könnte auf den in der Modellklinik bereits vorhandenen Vorläufervertrag zurückzuführen sein, d.h. hier könnten bereits Strukturen in der Modellklinik etabliert worden sein, die auf eine bereits vor Einführung des Modellvorhabens nach § 64 b SGB V geringere vollstationäre Versorgung hinweist. Jedoch war dieser Unterschied zum einen numerisch gering und vergrößerte sich im ersten Jahr nach Referenzfall weiter und zum anderen war dieser Unterschied in U4 nicht ersichtlich. Vollstationäre Behandlungstage wurden somit zwar im Modellvorhaben insgesamt verringert, konnte jedoch keine statistische Signifikanz erreichen. 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 stationsersetzende ambulante Akut-Teams abgelöst werden (6). Zudem sank die stationäre Zeit von Patienten im Modellvorhaben an der Psychiatrie der Charité am St. Hedwig Krankenhaus in Berlin im Vergleich zu zwei Jahren vor Modellstart (7).

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) waren bei den linikneuen jungen Patienten in der Modellklinik in U1 (Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr) die vollstationären Behandlungstage mit denen der Regelversorgung vergleichbar. In den weiteren Untersuchungen (U2 bis U4), bei denen auch Patienten mit Referenzfall aus weiteren Modelljahren eingeschlossen wurden, stieg die Anzahl vollstationärer Behandlungstage im jeweils ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas stärker als in der Regelversorgung. In U3, in der inferenzstatistisch getestet wurde, war dieser Unterschied nicht statistisch signifikant. Der Verlauf und das Niveau der weiteren Jahre waren zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Bei den linikbekannten jungen Patienten war zwischen IG und KG ein vergleichbarer Verlauf erkennbar. Lediglich in U4 war der Anstieg zum Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung. Der weitere Verlauf war jedoch auch hier vergleichbar. Somit wurden in der KJP der Modellklinik vollstationäre Behandlungstage im Vergleich zur Regelversorgung nicht verringert. Bei den klinikneuen Patienten war eher ein leichter Anstieg im ersten Jahr nach Referenzfall erkennbar. Bei den klinikbekannten Patienten war ein vergleichbarer Verlauf, mit Ausnahme von U4 im 1. Jahr nach Referenzfall, erkennbar.

Bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik verlief die Anzahl an **teilstationären Tagen** stets vergleichbar mit den der Regelversorgung. Lediglich in U1 war der Peak im ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik etwas größer. Dieser Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannten erwachsenen Patienten war sowohl in U1 als auch U4 der Verlauf zwischen beiden Gruppen vergleichbar. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit im Modellvorhaben nicht verstärkt in Anspruch genommen. In anderen Modellvorhaben wurden hingegen teilweise 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 stets etwas weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Aufgrund zu geringer Fallzahlen konnten jedoch keine inferenzstatistischen Tests durchgeführt werden. Bei den linikbekannten jungen Patienten stiegen die teilstationären Tage zum ersten Jahr nach Referenzfall erneut weniger stark an als bei den jungen Patienten der Regelversorgung. Auch hier waren die Fallzahlen für inferenzstatistische Tests zu gering. Teilstationäre Behandlungstage wurden somit auch in der KJP des Modellvorhabens nicht verstärkt in Anspruch genommen verglichen mit der Regelversorgung.

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 etwas geringer ausfiel als in der Regelversorgung. Dieser Unterschied war in U3 statistisch signifikant. Bei den linikbekannt erwachsenen Patienten war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der Modellklinik stets größer. Dieser Unterschied bestand bereits im Jahr vor Referenzfall. Hier lässt sich vermuten, dass die Modellklinik innerhalb ihres Vorläufervertrags bereits Strukturen eingerichtet hatte, um Patienten in der PIA vermehrt zu versorgen. Diese erhöhte PIA-Inanspruchnahme von vier bis fünf (U1) bzw. sechs bis sieben durchschnittlichen PIA-Kontakten mehr war über den gesamten patientenindividuellen Verlauf klinikbekannter Patienten erkennbar. Statistisch signifikante Unterschied zum Jahr vor Referenzfall gab es nicht. Somit ist bei den klinikneuen erwachsenen Patienten keine erhöhte PIA-Inanspruchnahme und bei den klinikbekannten erwachsenen Patienten eine durchgehend erhöhte (einschließlich Präzeitraum) PIA-Inanspruchnahme erkennbar.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannt jungen Patienten stets (U1 bis U4) ein vergleichbarer Verlauf der PIA-Inanspruchnahme im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung erkennbar. Bei den klinikbekannten jungen Patienten in U1 war die Anzahl der durchschnittlichen PIA-Kontakte in der Modellklinik stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede waren jedoch in keiner Kohorte zu beobachten. Eine nach Modellstart größere Inanspruchnahme der PIA in der KJP ist somit nicht ersichtlich.

Die Inanspruchnahme bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten, war im Modellvorhaben sowohl bei den linikneuen als auch bei den

klimbekanntem erwachsenen Patienten stets zwischen Modellklinik und Regelversorgung vergleichbar. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung erwachsener Patienten außerhalb des Krankenhauses kann somit nicht beobachtet werden.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war sowohl bei den klimbekanntem als auch bei den klimbekanntem jungen Patienten die Anzahl der Kontakte bei einem Vertragsarzt für Psychiatrie, bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie oder einem Psychotherapeuten in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Auch war bei den klimbekanntem jungen Patienten stets ein etwas geringerer Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach erkennbar. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. Bei den klimbekanntem Patienten war auch die Anzahl der Kontakte geringer; zudem sank diese in U1 im dritten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant stärker als in der Regelversorgung und im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall. Eine erhöhte Inanspruchnahme einer ambulanten psychiatrischen Versorgung außerhalb des Krankenhauses kann somit auch in der KJP nicht beobachtet werden.

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 Südharz Klinik Nordhausen 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 (noch) keine statistische Signifikanz. Eine Erhöhung der teilstationären Anteile war hingegen im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte nur bei den klimbekanntem Patienten erkennbar. Die Anteile teilstationärer Aufenthalte veränderten sich jedoch nicht. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben ab im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied erreicht jedoch (noch) keine statistische Signifikanz. In der KJP konnten die vollstationären Behandlungstage im Modellvorhaben nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP verstärkt in Anspruch genommen. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP keine Veränderung der PIA-Inanspruchnahme in der Modellklinik gegenüber der Regelversorgung. Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses wurde durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst.

Hypothese b) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] schaffen eine **erhöhte Behandlungskontinuität** bei Patienten der IG verglichen mit Patienten der KG.“*

Beim Outcome **Behandlungskontinuität** wurde untersucht, ob nach einem stationären Aufenthalt innerhalb von 7, 30 bzw. 90 Tagen ein ambulanter Kontakt erfolgt ist und wo dieser stattgefunden hat. Die Gruppe PIA, Arzt für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeuten wurde als „Kontakt zum psychiatrischen Sektor“ zusammengefasst. Hier war die Kontinuität für alle erwachsenen Patienten in der Modellklinik fast stets größer verglichen mit der Regelversorgung. Es gab einzelne statistisch signifikante Unterschiede sowohl bei den linikneuen als auch den linikbekannten erwachsenen Patienten. Eine erhöhte Behandlungskontinuität in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben konnte somit festgestellt werden.

In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war kein einheitliches Bild ersichtlich. Für linikneue junge Patienten der U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) war kein wesentlicher Unterschied zwischen IG und KG erkennbar. Hier erschwerten teils sehr kleine Fallzahlen die Bewertung. In U2 bis U4 wies meist die Modellklinik eine geringere Behandlungskontinuität im Vergleich zur Regelversorgung auf. Bei der Betrachtung von 30 Tagen Nachbeobachtung war dieser Unterschied in U3 im ersten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant. Auf der anderen Seite war die Behandlungskontinuität im zweiten Jahr nach Referenzfall für die gleiche Nachbeobachtungszeit in U3 im Modellvorhaben statistisch signifikant größer verglichen mit der Regelversorgung. Die Tendenz zu einer geringeren Behandlungskontinuität bei den linikneuen Patienten der Modellklinik ist somit nicht durchgängig zu beobachten. Bei den linikbekannten jungen Patienten war in U1 ein vergleichbarer Verlauf erkennbar. In U4 war die Tendenz erneut widersprüchlich mit im zweiten Jahr nach Referenzfall höherer und im dritten Jahr nach Referenzfall niedrigerer Behandlungskontinuität im Modellvorhaben. Eindeutige Unterschiede in der Behandlungskontinuität sind somit bei den linikbekannten Patienten 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 180 Tagen statistisch signifikant. Auch war die Dauer der Kontaktabbrüche in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung. Dieser Unterschiede erreichten jedoch keine statistische Signifikanz. Auch in dieser Analyse wurden Fälle ohne Kontaktabbruch (analog zur stationären Behandlungsdauer) mitgezählt, um einen möglichen Modelleffekt zu messen. Deshalb sind auch hier

die absoluten Zahlen bei der Anzahl und der Dauer von Kontaktabbrüchen niedriger im Vergleich zu anderen Untersuchungen.

Die Outcomes Abbrüche des Kontaktes zum psychiatrischen Versorgungssystem sowie die Behandlungskontinuität zeigen eine eindeutige Tendenz in der Erwachsenenpsychiatrie für eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung. In der KJP ist hier keine klare Tendenz 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, Pflegeern und Ärzten, eine wichtige Säule. An die Stelle von einzelnen Leistungserbringern rückt ein multi-professionelles Team von Leistungserbringern (11). Durch ein einheitliches Budget im Krankenhaus und der daraus resultierenden Umstrukturierung der Klinik mit u.a. der Bereitstellung sektorenübergreifender Behandlungsteams kann eine bessere kontinuierliche Betreuung der Patienten sichergestellt werden. Die kontinuierliche Betreuung innerhalb des Krankenhauses kann jedoch mit den hier verfügbaren GKV-Daten nicht abgebildet werden. Die Kontinuität der Behandlung wurde in dieser Evaluation daran gemessen, wie der Übergang vom stationären Fall zum ambulanten Setting gelang, ob stationäre oder ambulante Kontakte wahrgenommen wurden und ob Patienten das Krankenhaus bzw. den ambulanten Leistungserbringer häufig wechselten. Weder bei der Untersuchung der Behandlungskontinuität noch bei dem Kontaktabbruch konnten eindeutige Modelleffekte einer kontinuierlicheren Behandlung im Modellvorhaben nachgewiesen werden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie nachgewiesen werden kann. In der KJP zeigen sich uneinheitliche Effekte.

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 in U1 (Referenzfall im ersten Modelljahr) ab dem ersten Jahr nach Referenzfall in der Modellklinik größer als in der Regelversorgung, obwohl im Jahr vor Referenzfall die Anzahl an AU-Tagen in der Modellklinik geringer waren. Dieser stärkere Anstieg in der IG war jedoch statistisch nicht signifikant. Ein Grund könnte in der geringen Fallzahl in U1 bei der Betrachtung der AU liegen ($n < 100$). In den weiteren Untersuchungen (U2 bis U4) wies die Modellklinik aber stets eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung auf. Statistisch signifikante Unterschiede gab es hier nicht, da diese Unterschiede bereits im Jahr vor Referenzfall bestanden. In allen betrachteten Untersuchungen wies die IG eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG bereits im Jahr vor Referenzfall auf. Bei den linikbekannten erwachsenen Patienten wies die Modellklinik eine stets geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur Regelversorgung auf (Ausnahme: U4, zweites Jahr nach Referenzfall). Statistische signifikante Unterschiede gab es auch hier nicht. Weiterhin wies auch hier die IG in allen betrachteten Untersuchungen eine geringere Anzahl an AU-Tagen im Vergleich zur KG im Jahr vor Referenzfall auf.

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). Während der Anteil klinikneuer erwachsener Patienten mit vollstationärer Wiederaufnahme im ersten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben etwas unter dem der Regelversorgung lag, war die Dauer zwischen Entlassung aus dem Krankenhaus und einer erneuten vollstationären Behandlung im Modellvorhaben etwas größer als bei Patienten der Regelversorgung. Statistisch signifikante Unterschiede gab es jedoch nicht. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren bei den klinikneuen jungen Patienten hingegen im Modellvorhaben etwas größere Anteile und eine etwas geringere Dauer zwischen Entlassung und einer erneuten vollstationären Behandlung ersichtlich. Auch hier waren jedoch diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Eine schnellere Wiederaufnahme muss dennoch per se nicht negativ für die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Patienten sein. So kann ein regelmäßiger Kontakt mit geeigneten Ansprechpartnern in der Klinik zur Genesung oder Stabilisierung des Patienten beitragen, ohne dass lange vollstationäre Verweildauern resultieren müssen.

Eine Betrachtung der stationären Wiederaufnahme, besonders unter Berücksichtigung der Verkürzung der (vollstationären) Behandlungsdauern, ist wichtig, da bereits in den letzten Jahren ein allgemeiner Anstieg von Wiederaufnahmen in einem engen Zusammenhang mit der De-Institutionalisierung in der psychiatrischen Versorgung gesehen wurde (17). Die Gründe für die Veränderung der stationären Wiederaufnahmen und psychiatrischen Behandlungsdauern sind vielschichtig (18). Durch die Herstellung der Vergleichbarkeit von Modellklinik mit Kontrollkliniken und Patient der Modellklinik mit Patient der Kontrollkliniken (doppeltes Matching) sowie über die Beobachtung von IG und KG über die Zeit ist gewährleistet, dass Veränderungen in der Regelversorgung in dem Vergleich mit der KG berücksichtigt sind. Allgemeine Veränderungen von Fachkräftemangel in der Psychiatrie oder Pflege bis zu veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sowohl in der IG als auch in der KG statt. Über den Vergleich zwischen IG und KG und über die Zeit werden diese Einflüsse abgefangen. Genaue Gründe der Wiederaufnahme sind hier nicht näher beleuchtet. Das mögliche Fehlen komplementärer ambulanter Weiterversorgung stellt ein erhöhtes Risiko für eine stationäre Wiederaufnahme dar (18). In der vorliegenden Evaluation kann das Vorhandensein krankenhauses-externer ambulanter psychiatrischer Versorgung (d.h. nicht PIA) nur indirekt durch die ambulante Inanspruchnahme eruiert

werden. Da sich hier (siehe oben) kaum Unterschiede ergaben, kann davon ausgegangen werden, dass das Modellvorhaben vergleichbare ambulante Strukturen im Vergleich zur Kontrollgruppe aufwies. Weitere ambulante Angebote im gemeinde-psychiatrischen Bereich oder in Bereichen außerhalb von SGB V (z.B. Rentenversicherung) können mit den vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.

Die Verläufe bei der **Komorbidität** zeigten zwischen beiden Gruppen in der Erwachsenenpsychiatrie keine statistisch signifikanten Unterschiede. Dabei war der mittlere Elixhauser-Score bei den linikneuen erwachsenen Patienten in der Modellklinik ab dem ersten Jahr nach Referenzfall stets etwas geringer als in der Regelversorgung. Auch war hier der Anstieg vom Jahr vor Referenzfall zum Jahr danach in der IG etwas kleiner. Diese Unterschiede waren jedoch sehr gering und in U1 und U3, in denen inferenzstatistisch getestet wurde, statistisch nicht signifikant. Auch bei den linikbekannt erwachsenen Patienten wies die IG stets einen etwas geringeren Elixhauser Score auf im Vergleich zur KG auf. Auch hier waren erneute keine statistisch signifikanten Unterschiede im Vergleich zum Jahr vor Referenzfall ersichtlich. 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 linikbekannt Patienten wiesen jedoch die Patienten der Modellversorgung stets eine geringere Mortalität im Vergleich zur Vergleichsgruppe auf (4-Jahres-Mortalität = -5,6 %-Punkte; 2-Jahres-Mortalität = -2,9 %-Punkte). Dabei war der Unterschied in der 4-Jahres-Mortalität (U1) statistisch signifikant. Eine mögliche Erklärung für die geringere Mortalität in der Modellklinik könnte in dem unter 8.1 und 14.1 dargestellten etwas geringeren Alter der Patienten der Modellklinik liegen. Die Todesursachen liegen den Evaluatoren jedoch nicht vor. In der Kinder- und

Jugendpsychiatrie waren keine signifikanten Unterschiede zwischen IG und KG zu beobachten. Hier verstarben generell sehr wenige Patienten. Somit weisen diese Ergebnisse darauf hin, dass in der Erwachsenenpsychiatrie eine etwas geringere Mortalität und in der KJP keinen Unterschied in 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 Modellkrankenhäusern 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 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 in U1 und U2 geringer und in U3 und U4 größer im Vergleich zur Regelversorgung. Diese Unterschiede waren jeweils statistisch nicht signifikant. Bei den linikbekannten Patienten waren diese Anteile in der Modellklinik stets geringer; auch hier erreichte dieser Unterschied keine statistische Signifikanz. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war in der IG bei den linikneuen Patienten in allen Untersuchungen stets geringer. Der Unterschied war jedoch gering und erreichte keine statistische Signifikanz. Bei den linikbekannten Patienten waren die Ergebnisse nicht konsistent, d.h. einmal geringer und einmal größer, jedoch alle nicht statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für linikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr (U1) zwischen IG und KG zunächst vergleichbar; im Verlauf des Modellvorhabens jedoch höher (U2, U3 und U4). Diese Unterschiede erreichten jedoch in U3 keine statistische Signifikanz. Bei den linikbekannten Patienten war das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung in der Modellklinik stets geringer als in der Regelversorgung; jedoch war dieser Unterschied in U1 statistisch nicht signifikant. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Erwachsenenpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben weder negativ noch positiv auf die untersuchten Erkrankungsprogressionen ausgewirkt zu haben.

Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) war das Risiko der Entwicklung einer schweren depressiven Episode (A) bei den linikneuen Patienten der IG in U1, U3 und U4 etwas größer als in der KG und in U2 mit der KG vergleichbar. Bei den linikbekannten Patienten war dieser Anteil in der IG stets etwas größer als in der KG. Kleine Fallzahl erschweren besonders in U1 die Bewertung. Statistisch signifikante

Unterschiede gab es nicht. Das Risiko der Entwicklung einer rezidivierenden depressiven Störung (B) war sowohl bei den klinikneuen als auch bei den klimbekannt Patienten in der IG stets größer als in der KG. In U1 waren die Fallzahlen für eine valide Bewertung noch zu gering. In U3 war dieser Unterschied jedoch statistisch signifikant. Das Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung (C) war für klimbekannt und klimbekannt Patienten im Wesentlichen zwischen IG und KG vergleichbar. In U1 waren die Fallzahlen für eine valide Bewertung erneut zu gering, in U3 war der Unterschied nicht statistisch signifikant und in U2 und U4 waren die Anteile vergleichbar. Bezüglich Erkrankungsprogression in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schien sich also das Modellvorhaben eher negativ auf die Verhinderung einer rezidivierenden depressiven Störung ausgewirkt zu haben.

Die ausgewählten Untersuchungen der Progression waren die einzigen, die mit den vorliegenden GKV-Daten, also mit einer ICD-10 Kodierung, abbildbar waren. Die Validität der Aussagen hängt an der Qualität der Kodierung im ambulanten und stationären Bereich. Die GKV-Daten werden zu Abrechnungszwecken generiert und folgen damit der Logik der Leistungsbegründung und der Honorierung (30). Hier sei jedoch genannt, dass alle erwähnten Einschränkungen sowohl auf die IG als auch auf die KG zutreffen und somit keinen Unterschied zwischen IG und KG bewirken würden.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass das Risiko für Arbeitsunfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeitstage mit Einführung des Modellvorhabens nicht verändern konnte. Im Modellvorhaben an der Südharz Klinik Nordhausen gGmbH wurden die Patienten der Erwachsenen- und der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wieder aufgenommen im Vergleich zur Regelversorgung. Die mittlere Anzahl an Komorbiditäten war im Modellvorhaben numerisch geringer als in der Regelversorgung, statistisch signifikante Unterschiede ergaben sich hier jedoch nicht. Die Mortalität in der IG erhöhte sich nicht im Vergleich zur KG. In der Modellklinik war diese in der Erwachsenenpsychiatrie bei den klimbekannt Patienten sogar geringer. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde im Modellvorhaben im Verlauf das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung eher erhöht. Weitere wesentliche Unterschiede bezüglich Erkrankungsprogression waren weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP ersichtlich.

Hypothese d) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] erhöhen die **Leitlinienadhärenz** insbesondere in Bezug auf den Einsatz der darin empfohlenen ambulanten Behandlungskonzepte (siehe: Akutbehandlung im häuslichen Umfeld (Home-Treatment)).“*

Da eine Betrachtung der **Leitlinienadhärenz** über Zeitreihen hinweg nicht zweckmäßig ist, liegt hier lediglich eine Betrachtung der untersuchten Qualitätsindikatoren für Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung vor. Auch sind die definierten Betrachtungen für die KJP nichtzutreffend und wurden hier nicht untersucht. In der Erwachsenenpsychiatrie konnten keine statistisch signifikanten Veränderungen in den untersuchten Parametern zur Leitlinienadhärenz zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung festgestellt

werden. Eine Abbildung von Leitlinienadhärenz mit Sekundärdaten unterliegt einer Reihe an Limitationen. Zum einen können nur abgerechnete Leistungen in die Betrachtung von Indikatoren für Leitlinienadhärenz einbezogen werden. Ob Medikamente vom Patienten z. B. nicht eingenommen oder Therapie nicht in Anspruch genommen werden (Non-Compliance), können Daten der GKV nicht darstellen. Zum anderen können berechtigte Gründe vorliegen, im Einzelfall von standardisierten Empfehlungen abzuweichen. Einzelne Beweggründe oder Hintergründe für abweichende Empfehlungen können mit den vorliegenden Daten nicht untersucht werden. Weiterhin unterliegen Angaben zu Leitlinienadhärenz der Qualität und Validität der Kodierungen. Diese können, besonders im ambulanten Bereich, nicht verifiziert werden. Mit den hier untersuchten Indikatoren zur Abbildung einer leitlinien-nahen Versorgung wurde versucht, diese Limitationen zu berücksichtigen. Daher wurde nach Sichtung verschiedener Leitlinien, welche in Modellvorhaben nach § 64b SGB V tangiert werden, und der Feststellung, dass sektoren- und diagnoseübergreifende Qualitätsindikatoren (QIs) leider noch nicht verfügbar sind, auf die Publikation von Großimlinghaus et al. (3) zurückgegriffen. Hier wurde anhand eines Delphi-Prozesses, geleitet von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), QIs für ausgewählte psychiatrische Erkrankungen entwickelt, die sektorenübergreifend verschiedene Versorgungsaspekte betrachten. Einzelne QIs für die Erkrankungen Alkoholabhängigkeit, Demenzen, Depression und Schizophrenie konnten berücksichtigt werden. Aus den insgesamt 44 QIs wurden die 13 QIs ausgewählt, die mit den vorliegenden GKV-Daten abgebildet werden konnten. Zum Beispiel mussten alle QIs, welche auf angebotene Leistungen zurückgreifen, für diese Betrachtung ausgeschlossen werden. Drei dieser ausgewählten QIs mussten nach Prüfung erster Daten ausgeschlossen werden, da die Dokumentation der PIA zu uneinheitlich war und somit eine korrekte Abbildung von Inanspruchnahme für diese QIs nicht gewährleistet werden konnte. Weiteres dazu ist im separaten Methodenband nachzulesen. Die restlichen 10 QIs wurden überprüft. Teils konnten jedoch nur geringe Fallzahlen in den Nenner eingehen, da die Diagnose häufig eine Erstdiagnose sein musste bzw. vorherige Erkrankungen ausgeschlossen wurden oder die grundlegende Fallzahl zu gering war. Dies war besonders bei der Betrachtung von QIs zu Alkoholabhängigkeit, Demenzen und Schizophrenie der Fall. Hier konnten meist aufgrund geringer Fallzahlen keine Aussagen getroffen werden. Einzelfallentscheidungen konnten dadurch abgedeckt werden, dass Patienten der Modellklinik immer mit Patienten aus Kontrollkliniken verglichen wurden. Es ist davon auszugehen, dass Einzelfallabweichungen sowohl in der IG als auch in der KG gegeben werden und sich nicht erheblich unterscheiden sollten. Die Validität der Kodierungen konnten mit den vorliegenden Daten nicht überprüft werden, sollten sich zwischen IG und KG jedoch nicht unterscheiden.

An einer Erarbeitung von sektoren- und diagnoseübergreifenden QIs wird derzeit im Projekt PsychCare gearbeitet (31). Ergebnisse dazu werden im Jahr 2021 erwartet. Eine Reihe weiterer Studien zu Modellvorhaben oder deren Vorläufer, wie dem RPB, fanden positive Auswirkungen auf eine Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus (8, 32), eine Verbesserung der Art/Situation zur Zeit der Einweisung bzw. Entlassung (freiwillig bzw. auf ärztlichen Rat, ohne Zwang oder Flucht) (4), eine Reduzierung von Zwangsmaßnahmen (7), eine positive Einschätzung von Patienten und einen Teil von Leistungserbringern (33), eine anhaltende Verbesserung von psychotischer Symptomatik, des klinischen Schweregrades, der Alltagsfunktion, der Lebensqualität und der Behandlungszufriedenheit

(34) in den Modellvorhaben nach § 64b SGB V bzw. modellähnlichen Vorhaben. Auch wenn die benannten Studien nicht explizit auf eine leitlinien-nahe Versorgung abzielen, zeigen diese, dass Modellvorhaben nach § 64b SGB V auch auf eine Reihe personenzentrierter Merkmale positive Auswirkungen haben. Auch das Datenlinkage in der oben genannten Studie PsychCare, welche Primärdaten (u.a. zu Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit) mit Sekundärdaten (analog der Evaluation EVA64) verlinkt, wird mutmaßlich weiteren Aufschluss über personenzentrierte Aspekte liefern.

Da die Inanspruchnahme von aufsuchender Behandlung (**Home-Treatment**) über die dafür vorgesehenen OPS-Schlüssel in den vorliegenden Daten nicht valide abgebildet waren, wurde hier anhand der einheitlichen PIA-Schlüssel PIA-003 und PIA-004 (PIA-Leistung mit bzw. ohne Arzt- bzw. Psychologenkontakt, mit aufsuchender Behandlung) sowie ggf. unter den entsprechenden Schlüsseln der PIA-Dokumentationsvereinbarung vom 02.02.2018 (x6x und 86Z) die aufsuchende Behandlung als Home-Treatment ab 2013 ausgewertet (35). Wie in Kapitel 9.2 ersichtlich, wurde bei den linikneuen erwachsenen Patienten des Modellvorhabens die aufsuchende Behandlung in U2 bis U4 jeweils im ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) statistisch signifikant weniger stark in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. In U3 wies auch die Modellklinik im zweiten Jahr nach Referenzfall statistisch signifikant weniger aufsuchende Behandlung als die Regelversorgung auf. Bei den linikbekannten Patienten war die Inanspruchnahme aufsuchender Behandlung jeweils im Jahr vor Referenzfall und in U4 auch im zweiten Jahr nach Referenzfall im Modellvorhaben statistisch signifikant geringer. Bei den Kindern und Jugendlichen (KJP) hingegen wurde die aufsuchende Behandlung sowohl bei den linikneuen als auch bei den linikbekannten jungen Patienten verstärkt in Anspruch genommen im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied war bei den klinikneuen Patienten in U2 bis U4 im Referenzfall und ersten Jahr nach Referenzfall (ohne Referenzfall) sowie in U4 zusätzlich im dritten Jahr nach Referenzfall ersichtlich. Bei den klinikbekannten Patienten war die höhere Inanspruchnahme in der Modellklinik verglichen mit der Regelversorgung in (fast) jeder Jahresscheibe statistisch signifikant. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte somit für die Erwachsenenpsychiatrie nicht, jedoch für die KJP beobachtet werden. Ob eine aufsuchende Behandlung auch zu einer leitlinien-näheren Behandlung führt, kann mit den vorliegenden Daten nicht ausgewertet werden. Home-Treatment im Rahmen von bspw. „Crisis Resolution and Home-Treatment“ oder „Assertive Community Treatment (ACT)“ war in Deutschland wenig implementiert (36) und wurde mit der Umsetzung von Modellvorhaben (gemäß § 64b SGB V oder ähnlichen (IV-)Projekten) umgesetzt und ausgewertet (37). Positive Effekte des Home-Treatments wurden veröffentlicht. So wurden im Hamburger Modell Vorteile des Home-Treatments durch ein ACT-Team hinsichtlich Behandlungskontinuität, Verbesserung der Symptomatik, der Alltagsfunktionsfähigkeit, Lebensqualität und Behandlungszufriedenheit festgestellt (37).

Zu beachten ist auch, dass Home-Treatment nicht von jedem Menschen gewollt ist oder nicht in jeder Situation unterstützend wäre und somit vom Patienten aus unterschiedlich angenommen wird (38). Weiterhin sind Unterschiede zwischen Menschen mit ländlichen vs. urbanen Wohnort bzw. guter vs. weniger guter Infrastruktur anzunehmen. Diese Outcomes konnten in das patientenindividuelle Matching nicht eingebracht werden. Die flexible Behandlung mit der Möglichkeit des Home-

Treatments zur Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. deren sozialen Umfeldes ist das Ziel.

Zusammenfassend zeigen die Analysen, dass eine Erhöhung der Leitlinienadhärenz nicht nachgewiesen werden konnte. Aufgrund meist zu geringer Fallzahlen bei den meisten untersuchten Outcomes der Leitlinienadhärenz kann hier keine Aussage getroffen werden. Bei den Outcomes mit ausreichender Fallzahl waren keine Unterschiede zwischen Modellklinik und Regelversorgung ersichtlich. Die aufsuchende Behandlung wurde im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie nicht vermehrt in Anspruch genommen. In der KJP war jedoch eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben ersichtlich.

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:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. **vollstationärer psychiatrischer Versorgungskosten** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant teurer als die KG. Bei den linikbekanntenen Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant günstiger als die KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich die Patienten der IG vom Prä- zum Postzeitraum ebenfalls nicht signifikant teurer als die der KG.

Kinder und Jugendliche:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. **vollstationärer psychiatrischer Versorgungskosten** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant günstiger als die KG. Bei den linikbekanntenen Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant günstiger als die KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelten sich die Patienten der IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant teurer als die der KG.

Zusammenfassend zeigt sich, dass weder bei Erwachsenen noch Kinder und Jugendlichen hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden konnte, da sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander entwickelten.

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:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. **direkter psychiatrischer Versorgungskosten** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant teurer als die KG. Bei den linikbekannten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Kinder und Jugendliche:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. **direkter psychiatrischer Versorgungskosten** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den linikbekannten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Zusammenfassend zeigt sich, dass weder bei Erwachsenen noch Kinder und Jugendlichen hypothesenkonformes Verhalten festgestellt werden konnte, da sich IG und KG nicht signifikant unterschiedlich voneinander entwickelten.

Hypothese g) 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 dritten Quartal 2015 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.**“*

Erwachsene:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant teurer als die KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Kinder und Jugendliche:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten vertragsärztlicher psychiatrischer Versorgung** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum um 51,03 € signifikant unterschiedlich zur KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich zur KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Verlagerung von Kosten in den haus- und fachärztlichen Bereich nicht zu beobachten war.

Hypothese i) aus Feinkonzept: Verträge gemäß § 64b SGB V [...]:

*„[...] führen zu 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.“*

Erwachsene:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der Psychopharmakaversorgung** vom Prä- zum Postzeitraum um 207,17 € signifikant unterschiedlich zur KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht unterschiedlich KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum um 176,98 € signifikant teurer als die KG.

Kinder und Jugendliche:

U1: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG bzgl. ihrer **Kosten der Psychopharmakaversorgung** vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich KG. Bei den linikbekannten Patienten entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich KG.

U3: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung entwickelte sich die IG vom Prä- zum Postzeitraum nicht signifikant unterschiedlich KG.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich kein hypothesenkonformes Verhalten zeigte, da sich die IG der Erwachsenen teurer, die IG der Kinder und Jugendlichen nicht unterschiedlich von der KG entwickelte.

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 wurde für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag Kosten in Höhe von 261,09 € zusätzlich ausgegeben. Entsprechend ergab sich für die IG ein **inkrementelles Kosteneffektivitätsverhältnis** (Variante A) von 261,09 € je Tag. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) wurde in der IG für jeden vermiedenen AU-Tag Kosten von 82,02 € eingespart.

U4: Bei den linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wurde für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag Kosten i.H.v. 124,29 € eingespart. Bezogen auf nur diejenigen Versicherten mit Versicherungsstatuts „1“ („Mitglied“; Variante B) wurde für jeden vermiedenen AU-Tag Kosten i.H.v. 58,29 € zusätzlich ausgegeben.

Kinder und Jugendliche:

U2: Bei den linikneuen Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung wurde für jeden zusätzlichen vollstationären psych. Tag Kosten i.H.v. 700,99 € zusätzlich ausgegeben.

U4: Bei den linikbekanntem Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung wurde für jeden vermiedenen vollstationären psych. Tag Kosten i.H.v. 466,45 € eingespart.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass teilweise hypothesenkonformes Verhalten beobachtet werden konnte.

Fazit

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

In der Erwachsenenpsychiatrie konnte das Ziel einer Vermeidung vollstationärer Aufenthalte psychisch erkrankter Patienten (noch) nicht erreicht werden. Hier war eine Tendenz hin zu einer Verringerung der Anzahl vollstationärer Anteile ersichtlich; diese erreichte jedoch (noch) keine statistische Signifikanz. Eine Erhöhung der teilstationären Anteile war hingegen im Modellvorhaben in der Erwachsenenpsychiatrie ersichtlich. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine Verringerung der Anzahl vollstationärer Aufenthalte nur bei den klinikbekannten Patienten erkennbar. Die Anteile teilstationärer Aufenthalte veränderten sich jedoch nicht. Die Dauer vollstationärer Behandlung nahm in der Erwachsenenpsychiatrie im Modellvorhaben zwar ab im Vergleich zur Regelversorgung. Dieser Unterschied erreichte jedoch erneut (noch) keine statistische Signifikanz. In der KJP konnte die vollstationäre Behandlungsdauer im Modellvorhaben nicht verringert werden. Teilstationäre Behandlungstage wurden weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP verstärkt gegenüber der Regelversorgung in Anspruch genommen. Bezüglich der Inanspruchnahme ambulanter Strukturen zeigte sich sowohl in der Erwachsenenpsychiatrie als auch in der KJP keine Veränderung der PIA-Inanspruchnahme in der Modellklinik gegenüber der Regelversorgung. Auch die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen außerhalb des Krankenhauses wurde durch das Modellvorhaben kaum beeinflusst.

Eine erhöhte Behandlungskontinuität im Modellvorhaben konnte in der Erwachsenenpsychiatrie, aber nicht in der KJP nachgewiesen werden. Bei den Erwachsenen zeichnete sich zudem keine Tendenz hin zu verringerten Arbeitsunfähigkeitstagen im Modellvorhaben im Vergleich zur Regelversorgung ab. Im Modellvorhaben wurden, im Vergleich zur Regelversorgung, die Patienten der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht statistisch signifikant schneller vollstationär wiederaufgenommen. Komorbiditäten waren bei den Erwachsenen zwischen Modellvorhaben und Regelversorgung nicht statistisch signifikant verschieden. Die Mortalität im Modellvorhaben erhöhte sich nicht im Vergleich zur Regelversorgung. In der Modellklinik war diese in der Erwachsenenpsychiatrie bei den klinikbekannten Patienten sogar geringer. Verlagerungseffekte im Sinne eines verstärkten Ärzte- oder Krankenhaus-Hoppings konnten durch die Analyse ausgeschlossen werden. Bei den Kindern und Jugendlichen wurde im Modellvorhaben im Verlauf das Risiko einer rezidivierenden depressiven Störung erhöht, was als hypothesenkonträr zu bewerten ist. Weitere wesentliche Unterschiede bezüglich Erkrankungsprogression waren weder in der Erwachsenenpsychiatrie noch in der KJP ersichtlich. Eine Stärkung aufsuchender Behandlung im Modellvorhaben konnte für die Erwachsenenpsychiatrie nicht, jedoch für die KJP beobachtet werden. Bezüglich des Kostenvergleichs kann festgestellt werden, dass sich die IG in nahezu jeglicher Hinsicht nicht unterschiedlich von der KG entwickelte. Entsprechend konnte für keine der Hypothesen hypothesenkonformes Verhalten beobachtet werden.

Insgesamt zeigte sich in der Erwachsenenpsychiatrie zwar eine Tendenz zu geringeren vollstationären Behandlungen; diese erreichten jedoch (noch) keine statistische Signifikanz. Der Anteil der

teilstationären Behandlung wurde erhöht, während dies bei der Behandlungsdauer nicht ersichtlich war. Eine erhöhte Behandlungskontinuität konnte im Modellvorhaben festgestellt werden. Eine schnellere vollstationäre Wiederaufnahme wurde weder in der Erwachsenen- noch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachtet.

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

Vor dem Hintergrund der derzeit großen *Dynamik der psychiatrischen Versorgung* kann nicht ausgeschlossen werden, dass in den Kontrollkliniken Anreize bestanden, die in die gleiche Richtung wirken wie einzelne Modellbestandteile. Bei allen Stärken der GKV-Routinedaten bieten diese für die Fragestellung nur begrenzte Möglichkeiten der Analyse der *Ergebnisqualität*. Die Lebensqualität der Patienten, die Symptomlast und andere patientenrelevante Zielkriterien konnten daher in der Studie nicht berücksichtigt werden. Hier wird das durch den Innovationsfonds geförderte Projekt PsychCare (Laufzeit 2017-2021) 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 (39). Die Aufgabe Datenlieferungen verschiedener IT-Dienstleister zu standardisieren wurde dabei durch anhaltende Fusionierungsprozesse zwischen den teilnehmenden Kassen erschwert.

Die unter allen beteiligten Krankenkassen konsentierten Datenstruktur sicherte eine große Homogenität der der Evaluation zugrundeliegenden Abrechnungsdaten. Abweichungen von der vereinbarten Datensatzbeschreibung traten nur in geringem Umfang auf; gravierende Abweichungen mit Auswirkung auf die Analyse konnten durch partielle Nachlieferungen einzelner Krankenkassen korrigiert werden. Die vorliegende Analyse weist gleichwohl einige Limitationen auf, die dem Ursprung der genutzten Daten und ihrem primären nichtwissenschaftlichen Verwendungszweck zuzuschreiben sind. Im Einzelnen müssen diesbezüglich folgende Punkte genannt werden:

- Es wurden Abrechnungsdaten aus einem patientenindividuellen zweijährigen Präzeitraum geliefert. Diese sollen u.a. helfen, klinikneue von klinikbekannten Behandlungsfällen besser separieren zu können. Gleichwohl kann aufgrund des chronischen Charakters der betrachteten psychischen Erkrankungen mit oftmals langen Ruhezeiten nicht ausgeschlossen werden, dass auch bei zweijährigem leerem Präzeitraum statt eines klinikneuen nicht doch ein wiederholtes klinikbekanntes Krankheitsereignis vorliegt. Auch für somatische Krankheiten konnte gezeigt werden, dass ein zweijähriger Präzeitraum meist nicht ausreicht, klinikneue sicher von klinikbekannten Ereignissen zu trennen (40).
- Abrechnungsdaten zu spezifischen Leistungen der PIA, die in den sog. LDL-Tabellen dokumentiert sind, konnten bis zur Datenlieferung 2017 von vielen Kassen noch nicht bereitgestellt werden. Eine Verbesserung stellte sich mit der Datenlieferung im Herbst 2018 ein, allerdings sind retrospektiv nicht alle Leistungen mehr verfügbar; dies betrifft vor allem den Zeitraum bis 2014 einschließlich.
- Die Gruppe der Erwerbstätigen als Bezugspopulation für Analysen des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens wurde indirekt über die vorliegenden Arbeitsunfähigkeitsepisoden geschätzt, in Kombination mit vorliegenden Angaben zum Tätigkeitskennzeichen. Diesem Ansatz lag die Annahme zu Grunde, dass bei psychisch kranken Erwerbstätigen in einem mehrjährigen Berichtszeitraum Zeiten von Arbeitsunfähigkeit unvermeidbar sind. Hierbei handelt es sich eher um eine konservative Vorgehensweise mit potenzieller Unterschätzung der Teilpopulation. Zudem wurde bei Vorliegen des Mitgliederstatus die Erwerbsfähigkeit unterstellt. Dies schließt alle Patienten ein, die eine Chance hatten, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten zu können. Mit dieser

Operationalisierung erfolgt eher eine Überschätzung der Gruppe der Erwerbstätigkeit. Eine exaktere Abgrenzung der Bezugspopulation wäre über Angaben zur Krankengeldanspruchsberechtigung möglich. Dieses Merkmal konnte jedoch nur von einigen Krankenkassen geliefert werden. Dadurch wird eine Abschätzung des Ausmaßes der Über- bzw. Unterschätzung der beiden Operationalisierungen zur Erwerbstätigkeit ggf. möglich (siehe auch Kapitel 12.2).

- Zu beachten ist, dass alle verwendeten ambulanten und stationären Diagnosen abrechnungsbezogene Diagnosen sind und nicht automatisch mit klinischen Diagnosen gleichzusetzen sind. Das gilt in gleicherweise für die die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen. Aufgrund von Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsforschung bzw. der teils raschen Entwicklung von psychischen Erkrankungen ohne Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer erneuten Kodierung und weil in dieser Evaluation nicht eine Prävalenz- oder Inzidenzschätzung im Fokus stand wurde auf eine interne Diagnosevalidierung verzichtet (41).
- Schließlich muss auf das – von Ausnahmen abgesehen – grundsätzliche Fehlen klinischer Informationen zur Krankheitsschwere hingewiesen werden.
- Bezogen speziell auf die von der DAK und der KKH gelieferten Daten muss bei den Demenzdiagnosen mit einer geringen Untererfassung gerechnet werden, da die DAK und die KKH die Erweiterung der Aufgreifkriterien im Hinblick auf das Vorliegen von Demenz als Sekundärdiagnose nicht umsetzen konnten.

Diese den Abrechnungsdaten innewohnenden Schwächen werden allerdings durch ihre unbestrittenen Stärken ausgeglichen: eindeutiger Versichertenbezug, längsschnittliche und sektorübergreifende Verknüpfbarkeit, Vollständigkeit (bezogen auf zu Lasten der Krankenkassen abgerechnete Leistungen), Verzerrungsfreiheit (42). Hinzu kommt neben der hohen Versichertenzahl die für Evaluationsstudien auf Basis von Abrechnungsdaten bislang einmalige Konstellation des Einbezugs von rund zwei Dritteln aller gesetzlichen Krankenkassen (deren Versicherungsanteil an den in die Evaluation einbezogenen Patienten weitaus höher liegt). Dieser Tatbestand bietet Gewähr nicht nur für eine hohe interne, sondern ebenso für eine hohe externe Validität (Übertragbarkeit).

Weitere Ausführungen zu den Potenzialen und Limitationen der Sekundärdaten und den daraus resultierenden konkreten Operationalisierungen von Outcomes finden sich im Methodenband.

13. Literatur

1. Neumann A, Swart E, Hackl D, Kliemt R, March S, Kuster D, et al. The influence of cross-sectoral treatment models on patients with mental disorders in Germany: study protocol of a nationwide long-term evaluation study (EVA64). *Bmc Psychiatry*. 2018;18.
2. Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007. *Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven*; zitiert nach: GKV-Spitzenverband (2010), *PIA-Vergütungsregelungen nach Bundesländern*. 2010.
3. Grossimlinghaus I, Falkai P, Gaebel W, Janssen B, Reich-Erkelenz D, Wobrock T, et al. [Developmental process of DGPPN quality indicators]. *Nervenarzt*. 2013;84(3):350-65.
4. Berghofer A, Hubmann S, Birker T, Hejnal T, Fischer F. Evaluation of Quality Indicators of Integrated Care in a Regional Psychiatry Budget - A Pre-Post Comparison by Secondary Data Analysis. *International journal of integrated care*. 2016;16(4):17.
5. Deister A, Zeichner D, Witt T, Forster HJ. [Changes in mental health care by a regional budget: results of a pilot Project in Schleswig-Holstein (Germany)]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(7):335-42.
6. Schillen T, Thiex-Kreye M. Hanauer Modell - Perspektiven für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. *Kerbe*. 2014(2):11-5.
7. Wullschleger A, Berg J, Bermpohl F, Montag C. Can "Model Projects of Need-Adapted Care" Reduce Involuntary Hospital Treatment and the Use of Coercive Measures? *Front Psychiatry*. 2018;9:168.
8. Roick C, Heinrich S, Deister A. Das Regionale Psychiatriebudget: Kosten und Effekte eines neuen sektorübergreifenden Finanzierungsmodells für die psychiatrische Versorgung. *Psychiatr Prax*. 2008;35(279):285.
9. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung*. Hannover; 2008.
10. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. 2018.
11. Bramesfeld A, Amelung V. 12 Integrierte Versorgung und Kontinuität in der Versorgung psychisch kranker Menschen. In: Rössler W, Kawohl W, editors. *Soziale Psychiatrie - Das Handbuch für die psychosoziale Praxis - Band 2: Anwendung*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH; 2013.
12. Bergmann F, Wagner C, Bröcheler A, Schneider F, Wien S. Integrierte Versorgung für Depression. Das Projekt "Seelische Gesundheit Aachen". In: Amelung VE, Bergmann F, Falkai P, Hauth I, Jaleel E, Meier U, et al., editors. *Innovative Konzepte im Versorgungsmanagement von ZNS-Patienten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2010. p. 85-100.
13. Lambert M, Bock T, Schottle D, Golks D, Meister K, Rietschel L, et al. Assertive community treatment as part of integrated care versus standard care: a 12-month trial in patients with first- and multiple-episode schizophrenia spectrum disorders treated with quetiapine immediate release (ACCESS trial). *J Clin Psychiatry*. 2010;71(10):1313-23.
14. Hapke U, von der Lippe E, Busch M, Lange C. *Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland*. 2012.
15. Peter R, March S, Schröder H, Du Prel J. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? *Gesundheitswesen*. 2015;77(4):e70-e6.
16. Gühne U, Riedel-Heller SG. *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Berlin; 2015.
17. Munk-Jorgensen P. Has deinstitutionalization gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(3):136-43.

18. Huttner DM. Vorhersage der Verweildauer und der Wiederaufnahme stationär psychiatrischer Patienten 2006.
19. Quan H, Sundararajan V, Halfon P, Fong A, Burnand B, Luthi JC, et al. Coding algorithms for defining comorbidities in ICD-9-CM and ICD-10 administrative data. *MedCare*. 2005;43(11):1130-9.
20. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RN. Comorbidity measures for use with administrative data. *Medical care*. 1998;36(1):8-27.
21. Hagn S. Vergleich verschiedener Komorbiditäts_Scores in Routinedaten der stationären Versorgung: Ludwig-Maximilians-Universität zu München
2014.
22. Walraven Cv, Austin PC, Jennings A, Quan H, Forster AJ. A Modification of the Elixhauser Comorbidity Measure Into a Point System for Hospital Death Using Administrative Data. *Medical care*. 2009;47(6):626-33.
23. Neubauer S. Gesundheitsökonomische Analysen von Versorgungsleitlinien anhand von GKV-Routinedaten: Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover; 2019.
24. Shankar A, Dracham C, Ghoshal S, Grover S. Prevalence of depression and anxiety disorder in cancer patients: An institutional experience. *Indian J Cancer*. 2016;53(3):432-4.
25. Roy DN, Goswami R. Drugs of abuse and addiction: A slippery slope toward liver injury. *Chem Biol Interact*. 2016;255:92-105.
26. Gouzoulis-Mayfrank E. Comorbidity of substance use and other psychiatric disorders - Theoretical foundation and evidence based therapy. *Fortschr Neurol Psych*. 2008;76(5):263-71.
27. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Brit J Psychiat*. 2011;199(6):453-8.
28. Walker ER, Mcgee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama Psychiat*. 2015;72(4):334-41.
29. Schneider F, Erhart M, Hewer W, Loeffler LAK, Jacobi F. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Arzteblatt international*. 2019;116(23-24):405-+.
30. Schubert I, Ihle P, Köster I, Küpper-Nybelen J, Rentzsch M, Stallmann C, et al. Daten für die Versorgungsforschung. Zugang und Nutzungsmöglichkeiten. Köln; 2014 08.10.2014.
31. Gemeinsamer Bundesausschuss. PsychCare – Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie - eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/psychcare-wirksamkeit-sektoreneuebergreifender-versorgungsmodelle-in-der-psychiatrie-eine-prospektive-kontrollierte-multizentrische-beobachtungsstudie.52>].
32. König HH, Heinrich S, Heider D, Deister A, Zeichner D, Birker T, et al. [The regional psychiatry budget (RPB): a model for a new payment system of hospital based mental health care services]. *Psychiatr Prax*. 2010;37(1):34-42.
33. von Peter S, Ignatyev Y, John E, Indefrey S, Kankaya OA, Rehr B, et al. Evaluation of Flexible and Integrative Psychiatric Treatment Models in Germany—A Mixed-Method Patient and Staff-Oriented Exploratory Study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;9(785).
34. Karow A, Bock T, Daubmann A, Meigel-Schleiff C, Lange B, Lange M, et al. [The Hamburg-model of integrated care for patients with psychosis: Part 2. Results of the clinical course over 2- and 4-years of treatment]. *Psychiatr Prax*. 2014;41(5):266-73.
35. Rummelin B. Die neue bundeseinheitliche PIA-Dokumentationsvereinbarung - Ein Schritt auf dem Weg zum PIA-Prüfauftrag. *das Krankenhaus*. 2012;8.2012:775-83.
36. Burns T, Knapp M, Catty J, Healy A, Henderson J, Watt H, et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2001;5(15):146.

37. Schottle D, Ruppelt F, Karow A, Lambert M. Home Treatment - A Treatment Model of Integrated Care in Hamburg. *Psychother Psych Med.* 2015;65(3-4):140-5.
38. Schneider U. Home Treatment - GEMEINSAM HANDELN. Berlin; 2018.
39. March S, Zimmermann L, Kubat D, Neumann A, Schmitt J, Baum F, et al. Methodische Herausforderungen bei der Nutzung von Daten von mehr als 70 gesetzlichen Krankenkassen - Ein Werkstattbericht aus der EVA64-Studie. *Das Gesundheitswesen.* 2020; 82 (Suppl1 1): 4-12; DOI <https://doi.org/10.1055/a-1036-6364>.
40. Abbas S, Ihle P, Koster I, Schubert I. Estimation of disease incidence in claims data dependent on the length of follow-up: a methodological approach. *Health services research.* 2012;47(2):746-55.
41. Schubert I, Ihle P, Köster I. Interne Validierung von Diagnosen in GKV Routinedaten. Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Das Gesundheitswesen.* 2010;72:316-22.
42. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D. Routinedaten im Gesundheitswesen. *Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven.* Bern: Hans Huber Verlag; 2014.

14. Anhang

14.1 Deskriptive Ergebnisse von Interventions- und Kontrollgruppe für U2 bis U4

Erwachsene

Tabelle 284: Übersicht Diagnosen Referenzfälle, U2, Erwachsene

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

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	IG	KG
Gesamtzahl (n)	1.016	1.016
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,1 %	72,3 %
• Zwei Diagnosen	23,5 %	21,1 %
• Drei Diagnosen	7,3 %	5,2 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,1 %	1,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	25	26
2. F32 & F43	23	23
3. F33 & F43	20	18

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	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	692	735	1.016	1.016
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,6 %	0,7 %	4,5 %	2,2 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,2 %	5,2 %	9,7 %	7,1 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,1 %	0,0 %	2,4 %	1,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,7 %	0,8 %	1,1 %	0,9 %

<ul style="list-style-type: none"> • F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns) 	1,2 %	1,2 %	1,8 %	2,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol) 	28,8 %	28,0 %	28,2 %	28,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.) 	5,2 %	5,7 %	6,8 %	6,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 30-39 (Affektive Störungen) 	27,3 %	28,6 %	35,0 %	36,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.) 	17,5 %	16,7 %	24,3 %	23,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 45 (Somatoforme Störungen) 	1,6 %	1,5 %	4,3 %	4,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.)⁴ 	8,8 %	9,1 %	13,5 %	14,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 50 (Essstörungen) 	0,3 %	0,3 %	0,9 %	1,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline) 	0,4 %	0,5 %	1,5 %	2,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 70-79 (Intelligenzstörung) 	1,6 %	1,4 %	4,6 %	3,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen) 	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend) 	0,7 %	0,3 %	1,3 %	1,2 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert 	49,2	51,7	50,1	51,0
<ul style="list-style-type: none"> • Median 	49	52	49	51
<ul style="list-style-type: none"> • (Interquartilsabstand) 	(33 - 62)	(37 - 63)	(33 - 63)	(36 - 62)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen 	49,1 %	51,4 %	51,3 %	53,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Männer 	50,9 %	48,6 %	48,7 %	46,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär 	66,6 %	78,4 %	71,1 %	81,3 %
<ul style="list-style-type: none"> • PIA 	33,4 %	21,6 %	28,9 %	18,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss 	2,0 %	1,1 %	2,8 %	1,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Haupt-/Volksschulabschluss 	5,6 %	4,6 %	5,8 %	5,0 %
<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss 	13,4 %	16,5 %	13,7 %	16,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abitur/Fachabitur 	2,9 %	4,6 %	3,0 %	4,4 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	6,2 %	6,5 %	6,1 %	6,9 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	69,8 %	66,7 %	68,7 %	65,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss 	4,5 %	3,1 %	5,0 %	4,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung 	18,9 %	21,1 %	19,4 %	20,8 %
<ul style="list-style-type: none"> • Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl. 	0,6 %	1,6 %	0,8 %	1,5 %
<ul style="list-style-type: none"> • Bachelor 	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Diplom/Magister/Master/Staatsexamen 	0,9 %	1,6 %	1,1 %	1,7 %
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion 	0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss unbekannt 	4,8 %	5,3 %	4,6 %	5,6 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	69,8 %	66,7 %	68,7 %	65,9 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja 	12,4 %	17,0 %	15,5 %	17,1 %
<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	66,8 %	65,6 %	63,7 %	65,2 %
<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Angabe 	20,8 %	17,4 %	20,9 %	17,7 %

Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	23,0 %	22,7 %	24,2 %	24,5 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	15,3 %	18,4 %	17,2 %	20,7 %
• Weder A noch B	61,7 %	58,9 %	58,6 %	54,8 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	53,5 %	53,2 %	51,7 %	54,4 %
• Familienversicherter	5,9 %	2,9 %	5,6 %	2,6 %
• Rentner und deren Familienangehörige	37,7 %	41,2 %	39,9 %	40,4 %
• Fehlende Angabe	2,9 %	2,7 %	2,9 %	2,7 %

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)	772	770
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	69,2 %	73,8 %
• Zwei Diagnosen	21,5 %	18,7 %
• Drei Diagnosen	8,3 %	6,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	1,6 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	18	20
2. F32 & F43	12	12
3. IG: F33 & F43 / KG: F10 & F32	10	12

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)	534	568	772	770
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,7 %	0,9 %	6,0 %	2,7 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	6,2 %	6,2 %	12,3 %	8,7 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,2 %	0,0 %	2,8 %	1,6 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,7 %	0,9 %	1,2 %	1,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,9 %	1,8 %	1,9 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	29,0 %	28,2 %	28,6 %	29,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	6,0 %	6,5 %	7,5 %	6,6 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	25,3 %	26,4 %	31,2 %	33,8 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	17,4 %	16,2 %	23,4 %	22,6 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,5 %	1,4 %	3,9 %	3,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	9,0 %	9,7 %	12,2 %	13,8 %

<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 %	0,4 %	1,0 %	1,7 %
Alter ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	49,3 49 (32 - 62)	52,8 53 (39 - 65)	51,2 51 (35 - 65)	52,5 53 (38 - 66)
Geschlecht (%) <ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	48,9 % 51,1 %	50,2 % 49,8 %	51,0 % 49,0 %	51,8 % 48,2 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	67,8 % 32,2 %	78,7 % 21,3 %	72,4 % 27,6 %	81,3 % 18,7 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	1,7 % 6,4 % 13,3 % 2,6 % 6,2 % 69,9 %	1,2 % 4,6 % 15,3 % 3,9 % 6,5 % 68,5 %	2,8 % 6,1 % 13,2 % 2,5 % 5,6 % 69,8 %	1,6 % 4,7 % 14,0 % 3,9 % 6,8 % 69,1 %
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 	4,5 % 18,5 % 0,6 % 0,4 % 0,9 % 0,2 % 5,1 % 69,9 %	3,3 % 19,9 % 1,2 % 0,0 % 1,6 % 0,2 % 5,3 % 68,5 %	5,4 % 18,4 % 0,6 % 0,3 % 0,9 % 0,1 % 4,4 % 69,8 %	4,2 % 18,3 % 1,0 % 0,0 % 1,6 % 0,1 % 5,7 % 69,1 %
Pflegestufe (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	11,6 % 67,8 % 20,6 %	18,0 % 65,1 % 16,9 %	16,5 % 63,1 % 20,5 %	19,1 % 64,7 % 16,2 %
Schwere psychische Störungen (%) <ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	24,2 % 14,8 % 61,0 %	23,6 % 17,6 % 58,8 %	24,5 % 16,6 % 58,9 %	24,0 % 20,5 % 55,5 %
Versicherungsstatus (%) <ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	51,9 %	50,0 %	48,6 %	49,7 %

• Familienversicherter	6,0 %	2,8 %	5,3 %	2,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	39,1 %	44,4 %	43,3 %	44,7 %
• Fehlende Angabe	3,0 %	2,8 %	2,8 %	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

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)	477	489
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	72,7 %	78,3 %
• Zwei Diagnosen	20,8 %	17,6 %
• Drei Diagnosen	5,5 %	3,7 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,0 %	0,4 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F10 & F43	13	16
2. F32 & F43	8	9
3. IG: F43 & F70 / KG: F33 & F41	5	6

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)	485	484
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	42,3 %	48,3 %
• Zwei Diagnosen	38,4 %	36,4 %
• Drei Diagnosen	15,5 %	12,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	3,9 %	3,3 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F07 & F71 / KG: F20 & F70	22	13
2. IG: F07 & F70 / KG: F33 & F41	12	12
3. IG: F10 & F33 / KG: F01 & F07	10	11

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 I (Einfach- Diagnose)		Population II (alle)	
Population	IG	KG	IG	KG
Gruppe	IG	KG	IG	KG
Gesamtzahl (n)	347	383	477	489
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,9 %	0,8 %	4,0 %	1,4 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	8,4 %	7,8 %	11,7 %	8,8 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,3 %	0,0 %	1,3 %	0,8 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	1,2 %	1,3 %	1,7 %	1,4 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,9 %	1,0 %	1,9 %	1,8 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	30,3 %	29,2 %	29,8 %	29,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	5,5 %	6,8 %	8,0 %	7,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	23,6 %	25,1 %	29,6 %	31,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	15,6 %	14,4 %	22,9 %	20,9 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,2 %	1,0 %	3,8 %	3,5 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	8,4 %	8,9 %	11,7 %	12,5 %
• F 50 (Essstörungen)	0,6 %	0,5 %	0,6 %	0,4 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,6 %	0,8 %	1,0 %	1,6 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	1,7 %	1,8 %	5,0 %	3,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	1,2 %	0,5 %	1,0 %	0,8 %
Alter ¹				
• Mittelwert	51,2	54,4	52,2	53,8
• Median	51	54	51	54
• (Interquartilsabstand)	(36 - 64)	(42 - 68)	(37 - 66)	(40 - 67)
Geschlecht (%)				
• Frauen	45,0 %	48,3 %	47,6 %	51,3 %
• Männer	55,0 %	51,7 %	52,4 %	48,7 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	73,2 %	79,9 %	76,9 %	81,2 %
• PIA	26,8 %	20,1 %	23,1 %	18,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,7 %	1,3 %	3,1 %	1,2 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	5,5 %	4,4 %	5,5 %	4,3 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	13,0 %	13,1 %	13,2 %	13,1 %
• Abitur/Fachabitur	2,0 %	3,4 %	1,9 %	3,7 %
• Abschluss unbekannt	6,3 %	5,2 %	5,7 %	5,3 %

• Fehlende Angabe	71,5 %	72,6 %	70,6 %	72,4 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	4,0 %	2,9 %	5,2 %	3,1 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	17,9 %	18,0 %	18,4 %	17,8 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,6 %	0,8 %	0,6 %	0,6 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,9 %	1,3 %	0,6 %	1,4 %
• Promotion	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
• Abschluss unbekannt	4,9 %	4,2 %	4,2 %	4,5 %
• Fehlende Angabe	71,5 %	72,6 %	70,6 %	72,4 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	13,0 %	18,8 %	16,6 %	18,6 %
• Nein	66,3 %	65,0 %	62,5 %	65,0 %
• Fehlende Angabe	20,7 %	16,2 %	21,0 %	16,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	24,2 %	23,0 %	24,9 %	24,3 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	13,5 %	17,5 %	15,3 %	19,6 %
• Weder A noch B	62,2 %	59,5 %	59,7 %	56,0 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	49,3 %	43,3 %	48,6 %	44,6 %
• Familienversicherter	3,7 %	3,7 %	3,1 %	3,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	43,8 %	50,4 %	45,7 %	49,1 %
• Fehlende Angabe	3,2 %	2,6 %	2,5 %	2,7 %

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)	205	234	485	484
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	3,0 %	4,3 %	6,2 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	5,9 %	8,5 %	7,6 %	9,5 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	1,6 %	1,2 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,4 %	0,6 %	1,2 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	4,9 %	5,6 %	20,0 %	16,7 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	19,0 %	18,8 %	20,6 %	22,1 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	22,0 %	17,1 %	19,6 %	20,0 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	26,3 %	24,8 %	36,5 %	33,5 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,9 %	4,7 %	9,9 %	10,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,5 %	0,0 %	4,3 %	3,7 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	4,4 %	5,1 %	12,8 %	12,8 %
• F 50 (Essstörungen)	0,0 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,5 %	0,4 %	3,5 %	3,5 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	11,2 %	10,3 %	26,6 %	22,3 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	0,5 %	0,4 %	1,9 %	1,0 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	2,0 %	0,9 %	3,7 %	3,3 %
Alter ¹				
• Mittelwert	50,9	56,3	52,4	55,1
• Median	52	57	53	55
• (Interquartilsabstand)	(36 - 63)	(44 - 71)	(39 - 64)	(41 - 70)
Geschlecht (%)				
• Frauen	47,8 %	48,7 %	49,9 %	51,0 %
• Männer	52,2 %	51,3 %	50,1 %	49,0 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	30,7 %	37,2 %	19,4 %	33,9 %
• PIA	69,3 %	62,8 %	80,6 %	66,1 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	5,4 %	1,7 %	6,8 %	3,1 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,9 %	2,6 %	3,3 %	1,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	6,3 %	3,8 %	5,8 %	4,1 %
• Abitur/Fachabitur	2,0 %	1,7 %	2,1 %	1,9 %
• Abschluss unbekannt	2,9 %	6,8 %	3,7 %	7,4 %
• Fehlende Angabe	80,5 %	83,3 %	78,4 %	81,8 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	7,3 %	3,0 %	8,7 %	4,8 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	8,3 %	6,4 %	8,9 %	5,6 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,4 %
• Bachelor	0,5 %	0,0 %	0,2 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,0 %	1,3 %	0,8 %	1,2 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	2,4 %	5,6 %	3,1 %	6,2 %
• Fehlende Angabe	80,5 %	83,3 %	78,4 %	81,8 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	21,0 %	24,8 %	26,8 %	28,1 %
• Nein	60,5 %	60,3 %	60,0 %	60,5 %
• Fehlende Angabe	18,5 %	15,0 %	13,2 %	11,4 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	18,0 %	20,9 %	15,9 %	21,9 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	44,4 %	35,9 %	47,8 %	44,0 %
• Weder A noch B	37,6 %	43,2 %	36,3 %	34,1 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	37,6 %	30,8 %	35,1 %	31,4 %
• Familienversicherter	6,8 %	3,4 %	4,9 %	2,7 %
• Rentner und deren Familienangehörige	53,7 %	63,2 %	57,7 %	62,8 %
• Fehlende Angabe	2,0 %	2,6 %	2,3 %	3,1 %

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)	626	626
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,1 %	76,2 %
• Zwei Diagnosen	25,9 %	18,5 %
• Drei Diagnosen	4,8 %	4,5 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,3 %	0,8 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F43 & F92 / KG: F90 & F92	16	10
2. IG: F90 & F92 / KG: F32 & F43	10	10
3. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F92	9	8

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)	426	477	626	626
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,7 %	0,0 %	2,2 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,2 %	0,2 %	1,0 %	1,0 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	9,2 %	9,4 %	12,3 %	12,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,8 %	15,1 %	21,4 %	21,1 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,8 %	2,5 %	3,2 %	2,4 %

<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 %	3,8 %	7,8 %	6,7 %
Alter ¹				
<ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	12,0 13 (9 - 15)	12,2 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)	12,4 13 (10 - 15)
Geschlecht (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	46,9 % 53,1 %	46,3 % 53,7 %	44,7 % 55,3 %	48,2 % 51,8 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	23,0 % 77,0 %	21,4 % 78,6 %	34,3 % 65,7 %	31,6 % 68,4 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,5 % 2,1 % 4,2 % 1,9 % 1,2 % 90,1 %	0,2 % 1,7 % 3,6 % 0,8 % 1,7 % 92,0 %	0,6 % 2,4 % 4,0 % 1,4 % 1,1 % 90,4 %	0,3 % 1,4 % 2,7 % 1,0 % 1,6 % 93,0 %
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 	4,2 % 3,3 % 0,5 % 0,5 % 0,7 % 0,0 % 0,7 % 90,1 %	3,4 % 1,3 % 0,4 % 0,0 % 0,6 % 0,2 % 2,1 % 92,0 %	5,0 % 2,7 % 0,3 % 0,3 % 0,6 % 0,0 % 0,6 % 90,4 %	2,7 % 1,1 % 0,3 % 0,0 % 0,8 % 0,2 % 1,9 % 93,0 %
Pflegestufe (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	3,1 % 73,5 % 23,5 %	2,9 % 80,7 % 16,4 %	5,0 % 72,7 % 22,4 %	4,3 % 79,4 % 16,3 %
Schwere psychische Störungen (%)				
<ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	9,6 % 0,5 % 89,9 %	9,0 % 0,4 % 90,6 %	9,7 % 0,5 % 89,8 %	10,1 % 0,8 % 89,1 %
Versicherungsstatus (%)				

• Mitglied	14,3 %	12,2 %	15,3 %	12,0 %
• Familienversicherter	80,8 %	79,9 %	79,4 %	79,1 %
• Rentner und deren Familienangehörige	2,8 %	3,4 %	3,2 %	4,6 %
• Fehlende Angabe	2,1 %	4,6 %	2,1 %	4,3 %

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

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)	448	459
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	68,1 %	77,1 %
• Zwei Diagnosen	26,1 %	18,7 %
• Drei Diagnosen	4,2 %	3,3 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,6 %	0,9 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F43 & F92 / KG: F32 & F43	12	9
2. F90 & F92	9	7
3. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F92	8	7

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)	305	354	448	459
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)	1,0 %	0,0 %	1,6 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,3 %	0,3 %	1,3 %	0,9 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,7 %	0,3 %	0,4 %	0,2 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	6,6 %	7,6 %	10,7 %	11,3 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	13,4 %	13,6 %	20,5 %	19,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	2,6 %	2,8 %	3,1 %	2,8 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	5,2 %	4,2 %	7,6 %	6,5 %

<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) 	3,6 %	2,3 %	3,1 %	3,7 %
Alter ¹ <ul style="list-style-type: none"> • Mittelwert • Median • (Interquartilsabstand) 	11,9 13 (9 - 15)	12,2 13 (9 - 15)	12,1 13 (9 - 15)	12,4 13 (10 - 15)
Geschlecht (%) <ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Männer 	44,9 % 55,1 %	42,9 % 57,1 %	43,5 % 56,5 %	45,1 % 54,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • stationär • PIA 	22,0 % 78,0 %	18,9 % 81,1 %	32,6 % 67,4 %	29,2 % 70,8 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ohne Schulabschluss • Haupt-/Volksschulabschluss • Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss • Abitur/Fachabitur • Abschluss unbekannt • Fehlende Angabe 	0,7 % 2,6 % 3,6 % 1,3 % 1,6 % 90,2 %	0,3 % 1,7 % 3,7 % 0,6 % 1,7 % 92,1 %	0,9 % 3,1 % 3,3 % 0,9 % 1,3 % 90,4 %	0,2 % 1,3 % 2,8 % 0,7 % 1,7 % 93,2 %
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 	4,3 % 3,3 % 0,3 % 0,0 % 1,0 % 0,0 % 1,0 % 90,2 %	3,7 % 1,4 % 0,3 % 0,0 % 0,6 % 0,0 % 2,0 % 92,1 %	4,9 % 2,7 % 0,2 % 0,0 % 0,9 % 0,0 % 0,9 % 90,4 %	2,8 % 1,1 % 0,2 % 0,0 % 0,7 % 0,0 % 2,0 % 93,2 %
Pflegestufe (%) <ul style="list-style-type: none"> • Ja • Nein • Fehlende Angabe 	3,6 % 73,4 % 23,0 %	3,4 % 79,9 % 16,7 %	4,7 % 73,2 % 22,1 %	4,4 % 78,6 % 17,0 %
Schwere psychische Störungen (%) <ul style="list-style-type: none"> • A: Nur Diagnostikkriterium² • B: Diagnostikkriterium² und Dauerkriterium³ • Weder A noch B 	8,5 % 0,3 % 91,1 %	8,5 % 0,6 % 91,0 %	8,7 % 0,4 % 90,8 %	9,4 % 0,9 % 89,8 %
Versicherungsstatus (%) <ul style="list-style-type: none"> • Mitglied 	14,1 %	12,4 %	15,6 %	12,4 %

• Familienversicherter	80,7 %	79,4 %	79,5 %	78,0 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,3 %	4,0 %	3,3 %	5,7 %
• Fehlende Angabe	2,0 %	4,2 %	1,6 %	3,9 %

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)	270	273
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	70,0 %	78,4 %
• Zwei Diagnosen	25,6 %	18,3 %
• Drei Diagnosen	3,3 %	2,6 %
• Mehr als drei Diagnosen	1,1 %	0,7 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. IG: F43 & F92 / KG: F32 & F43	6	7
2. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F92	5	5
3. IG: F32 & F43 / KG: F90 & F98	4	4

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)	456	447
Referenzdiagnosen		
• Einfach-Diagnosen (Population I) ¹	65,6 %	70,7 %
• Zwei Diagnosen	27,0 %	25,3 %
• Drei Diagnosen	6,8 %	4,0 %
• Mehr als drei Diagnosen	0,7 %	0,0 %
Anzahl häufigste Kombinationen (Mehrfachdiagnosen):		
1. F90 & F94	14	10
2. IG: F90 & F98 / KG: F43 & F90	10	10
3. F90 & F92	9	9

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)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	189	214	270	273
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)	0,5 %	0,0 %	0,4 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	1,5 %	0,7 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	1,1 %	0,5 %	0,7 %	0,4 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	5,3 %	7,0 %	10,7 %	11,4 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,1 %	12,1 %	18,9 %	18,7 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	1,1 %	1,9 %	1,1 %	2,2 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	7,4 %	5,6 %	9,6 %	6,2 %
• F 50 (Essstörungen)	4,2 %	2,3 %	3,0 %	2,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,2 %	3,7 %	5,2 %	5,5 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	1,1 %	2,3 %	1,5 %	3,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	64,0 %	64,5 %	69,6 %	66,7 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,9	12,1	12,1	12,3
• Median	12	13	13	13
• (Interquartilsabstand)	(9 - 15)	(9 - 15)	(9 - 15)	(10 - 15)
Geschlecht (%)				
• Frauen	45,0 %	40,2 %	43,7 %	42,9 %
• Männer	55,0 %	59,8 %	56,3 %	57,1 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	19,6 %	20,1 %	30,7 %	27,8 %
• PIA	80,4 %	79,9 %	69,3 %	72,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	0,0 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	3,7 %	1,9 %	4,4 %	1,5 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	3,7 %	4,7 %	3,3 %	3,7 %
• Abitur/Fachabitur	1,1 %	0,5 %	0,7 %	0,4 %
• Abschluss unbekannt	1,1 %	1,9 %	1,1 %	1,8 %

• Fehlende Angabe	90,5 %	90,7 %	90,0 %	92,3 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	5,3 %	5,1 %	6,3 %	4,0 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	2,6 %	0,9 %	1,9 %	0,7 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	1,1 %	0,5 %	1,1 %	0,4 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,5 %	2,3 %	0,7 %	2,2 %
• Fehlende Angabe	90,5 %	90,7 %	90,0 %	92,3 %
Pflegestufe (%)				
• Ja	4,2 %	3,3 %	4,1 %	4,4 %
• Nein	69,3 %	82,2 %	71,5 %	79,9 %
• Fehlende Angabe	26,5 %	14,5 %	24,4 %	15,8 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	10,1 %	6,5 %	11,1 %	7,7 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,0 %	0,5 %	0,0 %	0,7 %
• Weder A noch B	89,9 %	93,0 %	88,9 %	91,6 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	15,3 %	15,0 %	18,5 %	13,6 %
• Familienversicherter	78,8 %	76,2 %	76,7 %	76,9 %
• Rentner und deren Familienangehörige	4,2 %	4,7 %	3,3 %	5,5 %
• Fehlende Angabe	1,6 %	4,2 %	1,5 %	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 bis zweiten Modelljahr und dreijähriger

Nachbeobachtung

Merkmale zum Zeitpunkt Referenzdatum	Population I (Einfach-Diagnose)		Population II (alle)	
	IG	KG	IG	KG
Population				
Gruppe				
Gesamtzahl (n)	299	316	456	447
Referenzdiagnose				
• F 00 (Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

• F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %
• F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,7 %
• F 30-39 (Affektive Störungen)	1,3 %	2,2 %	2,6 %	3,6 %
• F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	5,7 %	7,0 %	12,5 %	13,4 %
• F 45 (Somatoforme Störungen)	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
• F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,7 %	0,9 %	1,5 %	2,2 %
• F 50 (Essstörungen)	1,0 %	0,6 %	1,1 %	0,9 %
• F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• F 70-79 (Intelligenzstörung)	3,3 %	2,5 %	6,6 %	6,0 %
• F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	2,0 %	3,2 %	3,5 %	4,3 %
• F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	85,3 %	83,5 %	87,7 %	86,4 %
Alter ¹				
• Mittelwert	11,0	10,9	11,3	11,2
• Median	11	11	11	11
• (Interquartilsabstand)	(8 - 14)	(9 - 13)	(9 - 14)	(9 - 14)
Geschlecht (%)				
• Frauen	30,4 %	32,0 %	29,2 %	31,1 %
• Männer	69,6 %	68,0 %	70,8 %	68,9 %
Behandlungssetting bei Einschluss (%)				
• stationär	8,7 %	15,8 %	13,8 %	18,8 %
• PIA	91,3 %	84,2 %	86,2 %	81,2 %
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (%)				
• Ohne Schulabschluss	1,7 %	0,3 %	1,3 %	0,9 %
• Haupt-/Volksschulabschluss	2,3 %	3,2 %	2,4 %	2,7 %
• Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss	3,0 %	2,8 %	2,9 %	2,9 %
• Abitur/Fachabitur	0,0 %	1,6 %	0,2 %	1,1 %
• Abschluss unbekannt	0,3 %	2,2 %	0,7 %	2,5 %
• Fehlende Angabe	92,6 %	89,9 %	92,5 %	89,9 %
Höchster beruflicher Abschluss (%)				
• Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	6,0 %	3,8 %	5,3 %	4,5 %
• Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	1,0 %	2,8 %	1,1 %	2,2 %
• Meister-/Techniker-, gleichwert. Fachschulabschl.	0,3 %	0,0 %	0,7 %	0,0 %
• Bachelor	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Diplom/Magister/Master/Staatsexamen	0,0 %	0,9 %	0,0 %	0,7 %
• Promotion	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
• Abschluss unbekannt	0,0 %	2,5 %	0,4 %	2,7 %
• Fehlende Angabe	92,6 %	89,9 %	92,5 %	89,9 %
Pflegestufe (%)				

• Ja	3,3 %	5,1 %	3,3 %	6,9 %
• Nein	74,9 %	74,1 %	75,7 %	73,2 %
• Fehlende Angabe	21,7 %	20,9 %	21,1 %	19,9 %
Schwere psychische Störungen (%)				
• A: Nur Diagnostikkriterium ²	6,0 %	7,6 %	7,9 %	8,1 %
• B: Diagnostikkriterium ² und Dauerkriterium ³	0,3 %	0,0 %	0,4 %	0,2 %
• Weder A noch B	93,6 %	92,4 %	91,7 %	91,7 %
Versicherungsstatus (%)				
• Mitglied	16,1 %	12,0 %	17,1 %	12,5 %
• Familienversicherter	79,3 %	83,9 %	77,9 %	82,3 %
• Rentner und deren Familienangehörige	3,0 %	2,8 %	3,7 %	3,6 %
• Fehlende Angabe	1,7 %	1,3 %	1,3 %	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

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)	154	154	143	132	129	166	166	157	151	144
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	1,3	21,9	3,4	4,6	3,7	1,0	23,5	1,6	4,3	3,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 52 Jahre; KG: < 54 Jahre)	1,4 (n=74)	18,8 (n=74)	4,3 (n=73)	5,5 (n=71)	4,6 (n=70)	0,6 (n=81)	20,2 (n=81)	1,8 (n=80)	4,3 (n=79)	4,1 (n=78)
Älter (IG: ≥ 52 Jahre; KG: ≥ 54 Jahre)	1,2 (n=80)	24,8 (n=80)	2,3 (n=70)	3,5 (n=61)	2,7 (n=59)	1,5 (n=85)	26,7 (n=85)	1,4 (n=77)	4,3 (n=72)	2,7 (n=66)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	0,0 (n<10)	39,0 (n<10)	—	—	—	2,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,4 (n=20)	26,6 (n=20)	2,5 (n=12)	0,0 (n<10)	1,6 (n<10)	0,6 (n=20)	25,5 (n=20)	1,4 (n=14)	3,8 (n=12)	9,6 (n<10)

F 02 (Demenz, anderenorts klassifiz. Krankheiten)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 03 (Nicht näher bezeichnete Demenz)	0,0 (n<10)	23,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	0,0 (n<10)	19,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	2,7 (n=48)	13,9 (n=48)	7,7 (n=46)	7,6 (n=42)	2,7 (n=42)	0,5 (n=51)	18,6 (n=51)	2,5 (n=50)	4,2 (n=49)	1,7 (n=47)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	3,4 (n<10)	40,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	9,4 (n<10)	0,0 (n<10)	13,8 (n<10)	0,0 (n<10)	9,4 (n<10)	9,9 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,9 (n=35)	35,2 (n=35)	1,1 (n=35)	7,5 (n=34)	6,3 (n=33)	2,2 (n=38)	46,1 (n=38)	2,6 (n=38)	4,4 (n=38)	3,7 (n=38)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,0 (n=21)	10,1 (n=21)	0,1 (n=21)	0,0 (n=21)	0,0 (n=21)	0,3 (n=21)	14,4 (n=21)	0,2 (n=19)	3,1 (n=18)	0,0 (n=17)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	3,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n=11)	15,0 (n=11)	3,4 (n=11)	0,0 (n=11)	3,5 (n=11)	0,4 (n=14)	5,8 (n=14)	0,0 (n=14)	1,1 (n=14)	5,2 (n=14)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	26,0 (n<10)	66,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	25,8 (n<10)	2,8 (n<10)	5,8 (n<10)	5,8 (n<10)	1,2 (n<10)	11,8 (n<10)	1,2 (n<10)	0,0 (n<10)	0,6 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	1,0 (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)	73,0 (n<10)	26,0 (n<10)

Klinikbekannte Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Alle Patienten (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	137	137	135	132	129	151	151	148	140	133
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	9,6	11,0	5,3	6,6	3,1	8,7	15,4	7,2	5,6	8,9
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 51 Jahre; KG: < 57 Jahre)	9,9 (n=67)	12,7 (n=67)	6,3 (n=66)	4,6 (n=66)	2,7 (n=65)	13,0 (n=72)	14,7 (n=72)	10,0 (n=71)	7,1 (n=70)	11,9 (n=70)
Älter (IG: ≥ 51 Jahre; KG: ≥ 57 Jahre)	9,3 (n=70)	9,4 (n=70)	4,3 (n=69)	8,5 (n=66)	3,4 (n=64)	4,9 (n=79)	16,0 (n=79)	4,6 (n=77)	4,1 (n=70)	5,7 (n=63)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	3,4 (n<10)	4,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,7 (n<10)	0,2 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	20,6 (n<10)	2,9 (n<10)	4,8 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	4,0 (n<10)	5,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	9,3 (n=29)	20,3 (n=29)	6,4 (n=28)	9,3 (n=28)	6,0 (n=27)	8,1 (n=32)	23,6 (n=32)	5,0 (n=30)	8,7 (n=28)	15,0 (n=28)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhaft. Stör.)	9,1 (n=26)	7,3 (n=26)	3,8 (n=26)	6,7 (n=25)	0,0 (n=25)	18,7 (n=30)	22,4 (n=30)	6,0 (n=30)	7,2 (n=29)	11,6 (n=28)
F 30-39 (Affektive Störungen)	14,5 (n=31)	12,6 (n=31)	6,6 (n=30)	12,5 (n=29)	7,0 (n=28)	7,8 (n=35)	15,2 (n=35)	8,7 (n=35)	4,4 (n=33)	10,7 (n=32)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	11,8 (n<10)	31,5 (n<10)	5,0 (n<10)	15,8 (n<10)	9,0 (n<10)	6,2 (n<10)	14,4 (n<10)	16,0 (n<10)	20,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,9 (n<10)	5,6 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	10,6 (n<10)	24,5 (n<10)	0,0 (n<10)	9,3 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

F 70-79 (Intelligenzstörung)	4,3 (n=21)	4,4 (n=21)	6,7 (n=21)	0,7 (n=21)	0,0 (n=21)	7,2 (n=21)	7,8 (n=21)	7,2 (n=21)	5,0 (n=20)	1,4 (n=20)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	14,7 (n<10)	10,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

Tabelle 297: Arbeitsunfähigkeit, nach Alter und Diagnose (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene
Klinikneue Patienten

Merkmal	IG					KG				
	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	prä	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
Anzahl erwerbsfähiger Personen (ohne mitversicherte Familienangehörige, Studenten, Schüler und Rentner)¹ (n) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	70	70	70	70	69	82	82	82	81	80
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	13,4	68,8	19,9	19,7	16,1	17,1	55,6	12,7	12,0	11,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 41 Jahre; KG: < 43 Jahre)	21,9 (n=35)	78,7 (n=35)	16,3 (n=35)	19,5 (n=35)	11,9 (n=34)	4,9 (n=38)	41,2 (n=38)	8,2 (n=38)	11,9 (n=38)	11,6 (n=38)
Älter (IG: ≥ 41 Jahre; KG: ≥ 43 Jahre)	4,8 (n=35)	58,9 (n=35)	23,5 (n=35)	19,8 (n=35)	20,3 (n=35)	27,7 (n=44)	68,0 (n=44)	16,6 (n=44)	12,2 (n=43)	11,4 (n=42)
• 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)	8,4 (n=26)	9,7 (n=26)	9,1 (n=26)	8,2 (n=26)	2,2 (n=26)	14,6 (n=31)	45,4 (n=31)	18,3 (n=31)	9,9 (n=30)	2,9 (n=29)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n<10)	92,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	16,0 (n<10)	0,0 (n<10)	74,6 (n<10)	1,0 (n<10)	40,0 (n<10)	38,0 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	18,6 (n=14)	119,4 (n=14)	23,4 (n=14)	39,4 (n=14)	57,0 (n=13)	27,8 (n=17)	89,7 (n=17)	23,6 (n=17)	3,6 (n=17)	27,5 (n=17)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	2,2 (n=15)	95,8 (n=15)	41,6 (n=15)	27,4 (n=15)	13,4 (n=15)	32,0 (n=12)	18,9 (n=12)	1,5 (n=12)	2,9 (n=12)	0,8 (n=12)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	0,0 (n<10)	8,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	60,4 (n<10)	153,7 (n<10)	24,1 (n<10)	16,9 (n<10)	5,6 (n<10)	7,7 (n<10)	78,9 (n<10)	0,0 (n<10)	20,9 (n<10)	15,4 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	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)	—	—	—	—	—	26,0 (n<10)	118,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	25,8 (n<10)	8,0 (n<10)	20,5 (n<10)	7,3 (n<10)	0,0 (n<10)	47,8 (n<10)	4,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,8 (n<10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	37,0 (n<10)	194,0 (n<10)	26,0 (n<10)

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) mit nur einer Referenzdiagnose (Population I)	53	53	53	53	53	44	44	44	44	44
Durchschnittliche Anzahl Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund Indexdiagnose pro Person (B)										
• Gesamt	14,2	17,8	10,6	7,7	6,0	20,7	34,1	11,8	7,1	14,5
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 43 Jahre; KG: < 48 Jahre)	25,6 (n=26)	22,2 (n=26)	17,5 (n=26)	5,5 (n=26)	6,8 (n=26)	21,7 (n=22)	35,5 (n=22)	16,6 (n=22)	3,2 (n=22)	13,5 (n=22)
Älter (IG: ≥ 43 Jahre; KG: ≥ 48 Jahre)	3,3 (n=27)	13,6 (n=27)	3,9 (n=27)	9,9 (n=27)	5,2 (n=27)	19,7 (n=22)	32,6 (n=22)	7,0 (n=22)	11,0 (n=22)	15,4 (n=22)
• Referenzdiagnose										
F 00 (Demenz)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 01 (Vaskuläre Demenz)	0,0 (n<10)	12,0 (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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 07 (Pers.- und Verhaltensstör. ... des Gehirns)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

F 10 (Psychische u. Verhaltensst. durch Alkohol)	7,5 (n=14)	23,6 (n=14)	6,8 (n=14)	14,2 (n=14)	8,1 (n=14)	18,7 (n=13)	40,7 (n=13)	7,0 (n=13)	13,7 (n=13)	24,3 (n=13)
F 20-29 (Schizophrenie, schiz. u. wahnhafte Stör.)	0,0 (n=10)	13,6 (n=10)	9,7 (n=10)	7,1 (n=10)	3,5 (n=10)	28,3 (n<10)	16,6 (n<10)	15,4 (n<10)	6,8 (n<10)	19,9 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	51,0 (n<10)	35,3 (n<10)	14,3 (n<10)	13,4 (n<10)	7,2 (n<10)	39,8 (n<10)	72,0 (n<10)	12,2 (n<10)	0,0 (n<10)	20,8 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	28,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	22,0 (n<10)	10,3 (n<10)	16,7 (n<10)	1,0 (n<10)	34,3 (n<10)	18,0 (n<10)	301,0 (n<10)	154,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	6,3 (n=11)	10,7 (n=11)	17,2 (n=11)	1,3 (n=11)	0,0 (n=11)	14,1 (n=10)	7,6 (n=10)	6,2 (n=10)	7,3 (n=10)	1,6 (n=10)
F 84 (Tief greifende Entwicklungsstörungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	7,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)

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.

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)	71	71	70	70	70	79	79	79	79	79
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	0,2	11,6	5,2	3,1	1,4	0,1	12,0	1,5	3,2	1,4
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 12 Jahre; KG: < 11 Jahre)	0,0 (n=30)	2,5 (n=30)	4,9 (n=30)	1,1 (n=30)	1,9 (n=30)	0,0 (n=37)	12,1 (n=37)	2,8 (n=37)	3,1 (n=37)	3,0 (n=37)
Älter (IG: ≥ 12 Jahre; KG: ≥ 11 Jahre)	0,4 (n=41)	18,2 (n=41)	5,5 (n=40)	4,6 (n=40)	1,0 (n=40)	0,2 (n=42)	11,9 (n=42)	0,3 (n=42)	3,4 (n=42)	0,0 (n=42)
• 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.)	11,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	14,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,0 (n<10)	33,3 (n<10)	0,0 (n<10)	32,0 (n<10)	0,0 (n<10)	1,4 (n<10)	21,4 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	0,4 (n<10)	29,4 (n<10)	13,3 (n<10)	7,3 (n<10)	0,2 (n<10)	0,0 (n<10)	6,8 (n<10)	0,3 (n<10)	12,7 (n<10)	0,7 (n<10)
F 45 (Somatoforme Störungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	28,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n<10)	17,6 (n<10)	0,0 (n<10)	1,6 (n<10)	2,2 (n<10)	0,0 (n<10)	1,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	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)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	12,5 (n<10)	0,0 (n<10)	9,3 (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)	27,0 (n<10)	1,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 90-98 (Verhaltens- u. emot. Stör., Kindh./Jugend)	0,0 (n=46)	8,0 (n=46)	4,2 (n=46)	1,0 (n=46)	1,3 (n=46)	0,0 (n=51)	13,0 (n=51)	2,2 (n=51)	2,8 (n=51)	2,1 (n=51)

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)	194	194	194	194	193	190	190	190	190	190
Kumulierte Dauer (Tage) stationärer Aufenthalte ¹ in psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Kliniken pro Patient aufgrund Indexdiagnose als Hauptdiagnose, vollstationär (B1)										
• Gesamt	6,0	5,5	3,1	3,3	2,5	5,4	9,5	3,2	2,1	1,0
• Alter (Median im Referenzjahr)										
Jünger (IG: < 12 Jahre; KG: < 11 Jahre)	3,5 (n=96)	3,8 (n=96)	3,8 (n=96)	3,7 (n=96)	1,7 (n=95)	3,5 (n=92)	7,2 (n=92)	3,9 (n=92)	0,9 (n=92)	1,3 (n=92)
Älter (IG: ≥ 12 Jahre; KG: ≥ 11 Jahre)	8,4 (n=98)	7,2 (n=98)	2,3 (n=98)	3,0 (n=98)	3,2 (n=98)	7,2 (n=98)	11,7 (n=98)	2,6 (n=98)	3,2 (n=98)	0,8 (n=98)
• 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.)	96,0 (n<10)	0,0 (n<10)	44,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	—	—	—	—	—
F 30-39 (Affektive Störungen)	0,0 (n<10)	41,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	8,8 (n<10)	29,3 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 43 (schwere Belast. u. Anpassungsstör.)	14,4 (n=10)	17,4 (n=10)	4,1 (n=10)	0,0 (n=10)	0,0 (n=10)	7,5 (n=11)	8,9 (n=11)	0,0 (n=11)	0,0 (n=11)	3,3 (n=11)
F 45 (Somatoforme Störungen)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 40-48 (Neurot., Belastungs- u. somatoforme Stör.) ⁴	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 50 (Essstörungen)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	24,5 (n<10)	14,5 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)
F 60.31 (Spez. Persönlichkeitsstör., Borderline)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F 70-79 (Intelligenzstörung)	0,0 (n<10)	10,4 (n<10)	0,0 (n<10)	11,9 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	0,0 (n<10)	2,1 (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)	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)	5,5 (n=167)	4,0 (n=167)	3,1 (n=167)	3,2 (n=167)	2,9 (n=166)	5,6 (n=163)	9,5 (n=163)	3,6 (n=163)	2,5 (n=163)	0,9 (n=163)

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	0,73 0,28...1,86	1,97** 1,23...3,13	-4,58 -9,64...0,48	1,72 -1,22...4,65
DID Jahr 2	1,06 0,39...2,86	6,25 0,75...52,36	-0,10 -5,17...4,96	1,19 -1,75...4,12
DID Jahr 3	0,42 0,15...1,16	0,87 0,29...2,62	-2,19 -7,25...2,87	0,11 -2,83...3,04
DID Jahr 4	0,61 0,22...1,72	0,84 0,25...2,80	-2,36 -7,43...2,70	0,50 -2,44...3,44
DID Jahr 1-4	—	—	-2,31 -6,67...2,05	0,88 -1,54...3,30
Gruppe	1,29 0,60...2,77	0,00 0,00...INF	1,39 -2,20...4,98	-0,80 -2,88...1,29
Jahr 1	>100 *** 50,88...213,88	14,90*** 5,01...44,33	24,36*** 20,79...27,93	7,93*** 5,86...10,00
Jahr 2	1,63 0,78...3,43	0,24 0,03...2,20	1,73 -1,84...5,29	-0,26 -2,33...1,81
Jahr 3	2,23* 1,09...4,56	1,83 0,51...6,53	3,00 -0,57...6,56	0,85 -1,22...2,92
Jahr 4	1,63 0,78...3,43	1,54 0,42...5,71	2,58 -0,98...6,15	0,55 -1,51...2,62
Indexgruppe 6 (F10)	3,17*** 2,17...4,66	0,13*** 0,06...0,29	0,90 -1,23...3,03	-3,50*** -4,73...-2,26
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,01 0,69...1,48	1,59 0,98...2,57	4,52*** 2,52...6,52	0,60 -0,56...1,76
Indexgruppe 9 (F43)	1,02 0,67...1,55	1,16 0,69...1,97	0,36 -1,84...2,55	-0,83 -2,10...0,45
Psy A ¹	0,86 0,57...1,29	2,46** 1,45...4,19	-0,38 -2,51...1,75	3,13*** 1,89...4,37
Psy B ²	1,52 0,93...2,50	0,70 0,38...1,27	4,43** 1,79...7,07	-1,47 -3,00...0,06
Alter	0,66* 0,46...0,93	0,23*** 0,13...0,41	-1,28 -3,20...0,64	-2,47*** -3,58...-1,36
Geschlecht (m vs. w)	0,88 0,62...1,25	0,84 0,53...1,35	-0,16 -2,04...1,72	-1,25* -2,35...-0,16

Komorbidität ³	1,04 0,99...1,10	0,99 0,90...1,09	0,00 -0,32...0,32	-0,16 -0,35...0,02
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,48*** 1,66...3,72	0,42* 0,19...0,94	5,07*** 2,78...7,36	-1,10 -2,43...0,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,07 0,78...1,46	1,17 0,74...1,85	1,50 -0,22...3,22	0,27 -0,73...1,26
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,11*** 0,06...0,20	0,37** 0,19...0,73	-3,80** -6,31...-1,29	-2,31** -3,77...-0,86

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	0,65 0,38...1,12	2,05 0,77...5,45	-3,48 -8,39...1,44	0,32 -1,41...2,04
DID Jahr 2	0,72 0,40...1,30	0,98 0,27...3,56	0,16 -4,75...5,08	0,49 -1,24...2,22
DID Jahr 3	0,56 0,31...1,04	0,89 0,19...4,14	0,25 -4,67...5,16	0,16 -1,57...1,89
DID Jahr 4	0,65 0,35...1,20	0,93 0,22...3,88	-0,07 -4,98...4,85	0,06 -1,67...1,78
DID Jahr 1-4	—	—	-0,78 -4,68...3,12	0,26 -1,11...1,62
Gruppe	1,19 0,80...1,79	0,97 0,46...2,04	-0,17 -3,65...3,32	-0,46 -1,69...0,76
Jahr 1	2,32*** 1,58...3,41	1,14 0,56...2,29	6,34*** 2,85...9,82	-0,37 -1,60...0,86
Jahr 2	0,92 0,61...1,38	0,44 0,18...1,05	-0,92 -4,41...2,57	-1,38* -2,60...-0,15
Jahr 3	0,82 0,54...1,24	0,27* 0,10...0,74	-0,43 -3,92...3,06	-1,57* -2,79...-0,34
Jahr 4	0,69 0,45...1,05	0,32* 0,12...0,84	-1,91 -5,40...1,58	-1,50* -2,72...-0,27
Indexgruppe 6 (F10)	3,66*** 2,89...4,64	0,57 0,31...1,06	4,79*** 2,67...6,90	-0,96* -1,71...-0,22
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,32* 1,01...1,74	1,69 0,98...2,93	7,39*** 4,97...9,80	0,37 -0,48...1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,03 0,81...1,31	2,05** 1,26...3,33	1,84 -0,20...3,87	0,71 -0,01...1,42
Psy A ¹	1,38* 1,03...1,84	2,62* 1,24...5,54	2,29 -0,20...4,76	1,17** 0,30...2,04
Psy B ²	1,24 0,96...1,62	1,12 0,70...1,79	0,98 -1,36...3,31	-0,64 -1,46...0,18
Alter	0,73** 0,60...0,91	0,44** 0,27...0,72	-4,15*** -5,91...-2,39	-1,15*** -1,77...-0,53
Geschlecht (m vs. w)	1,34** 1,08...1,67	1,30 0,82...2,04	2,36** 0,61...4,10	0,30 -0,32...0,91
Komorbidität ³	0,95* 0,91...0,99	0,98 0,90...1,07	-0,14 -0,49...0,20	0,06 -0,06...0,18

Pflegestufe (nein vs. ja)	1,29* 1,04...1,60	0,65 0,38...1,11	3,02** 1,25...4,80	-0,44 -1,06...0,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	3,18*** 2,59...3,89	3,08*** 1,92...4,94	7,07*** 5,41...8,73	1,40*** 0,81...1,98
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,24*** 0,19...0,29	0,32*** 0,21...0,49	-9,08*** -11,20...-6,96	-1,04** -1,79...-0,30

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	-1,23 -3,40...0,94	0,80 -0,58...2,17	0,08 -1,85...2,00
DID Jahr 2	-0,32 -2,48...1,85	1,05 -0,32...2,43	-0,33 -2,25...1,60
DID Jahr 3	-0,44 -2,61...1,73	1,09 -0,28...2,47	-0,18 -2,10...1,75
DID Jahr 4	-0,19 -2,36...1,98	0,48 -0,90...1,85	0,27 -1,65...2,19
Gruppe	0,25 -1,28...1,79	-0,05 -1,03...0,92	-0,61 -1,98...0,75
Jahr 1	3,02*** 1,49...4,54	0,51 -0,46...1,48	1,90** 0,55...3,26
Jahr 2	2,55** 1,03...4,08	0,58 -0,39...1,55	1,29 -0,06...2,65
Jahr 3	1,95* 0,42...3,47	-0,45 -1,42...0,52	0,89 -0,47...2,24
Jahr 4	1,60* 0,08...3,13	-0,50 -1,47...0,47	0,50 -0,86...1,85
Indexgruppe 6 (F10)	-1,30** -2,22...-0,39	-1,15*** -1,73...-0,57	-0,37 -1,18...0,44
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,23** 0,37...2,09	1,13*** 0,58...1,68	0,32 -0,45...1,08
Indexgruppe 9 (F43)	-1,14* -2,08...-0,20	-0,03 -0,62...0,57	-0,27 -1,11...0,56
Psy A ¹	0,43 -0,48...1,35	2,42*** 1,84...3,00	1,90*** 1,09...2,71
Psy B ²	-0,58 -1,71...0,55	1,39*** 0,67...2,10	1,26* 0,26...2,26
Alter	1,11** 0,31...1,92	-0,73** -1,24...-0,22	0,20 -0,51...0,91
Geschlecht (m vs. w)	-1,48*** -2,28...-0,67	1,34*** 0,83...1,85	0,59 -0,13...1,30
Komorbidität ³	-0,17* -0,31...-0,04	-0,10* -0,19...-0,02	0,64*** 0,53...0,76

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,08 -1,06...0,89	-0,64* -1,26...-0,02	4,55*** 3,68...5,41
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	-0,08 -0,81...0,66	-0,43 -0,90...0,03	-0,15 -0,80...0,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,93*** 1,85...4,00	-1,81*** -2,49...-1,13	-0,04 -0,99...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 302: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikbekannte Patienten (U1), Erwachsene

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	-0,31 -3,91...3,30	0,12 -0,61...0,84	0,67 -1,46...2,79
DID Jahr 2	0,92 -2,68...4,53	0,29 -0,43...1,01	2,00 -0,12...4,13
DID Jahr 3	1,17 -2,43...4,78	0,20 -0,52...0,92	3,10** 0,98...5,23
DID Jahr 4	1,05 -2,55...4,66	0,07 -0,65...0,80	2,68* 0,55...4,80
Gruppe	4,04** 1,48...6,59	0,18 -0,33...0,69	-1,95* -3,46...-0,45
Jahr 1	2,41 -0,14...4,97	-0,18 -0,70...0,33	-1,72* -3,23...-0,21
Jahr 2	-0,25 -2,81...2,31	-0,17 -0,69...0,34	-1,46 -2,97...0,05
Jahr 3	-1,42 -3,98...1,14	-0,11 -0,62...0,41	-2,48** -3,99...-0,97
Jahr 4	-3,12* -5,67...-0,56	0,01 -0,51...0,52	-2,24** -3,75...-0,73
Indexgruppe 6 (F10)	0,80 -0,75...2,36	-0,90*** -1,21...-0,59	-0,04 -0,95...0,88
Indexgruppe 7 (F20-F29)	3,77*** 2,00...5,55	-0,63*** -0,99...-0,28	-2,67*** -3,71...-1,62
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,40 -0,10...2,90	0,06 -0,24...0,36	-1,01* -1,89...-0,13
Psy A ¹	3,02** 1,21...4,84	1,16*** 0,79...1,52	-0,26 -1,33...0,81
Psy B ²	3,83*** 2,12...5,53	0,03 -0,32...0,37	3,02*** 2,02...4,03
Alter	-0,12 -1,42...1,18	-1,09*** -1,35...-0,83	0,24 -0,52...1,01
Geschlecht (m vs. w)	1,29* 0,00...2,57	0,59*** 0,34...0,85	0,65 -0,11...1,40
Komorbidität ³	-0,38** -0,63...-0,12	-0,05 -0,10...0,01	1,09*** 0,94...1,24

Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,13 -1,43...1,17	0,29* 0,03...0,55	3,95*** 3,18...4,71
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,32 -0,90...1,53	0,68*** 0,44...0,92	-0,10 -0,82...0,62
Referenzfall (KH vs. PIA)	12,56*** 11,00...14,12	-3,33*** -3,64...-3,02	0,70 -0,22...1,62

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 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	1,24 0,73...2,09	1,58 0,98...2,57	1,40 0,84...2,31
Indexgruppe 6 (F10)	0,38* 0,17...0,84	0,29*** 0,15...0,57	0,25*** 0,13...0,49
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,56...2,01	1,51 0,84...2,71	1,38 0,74...2,56
Indexgruppe 9 (F43)	1,09 0,54...2,19	0,98 0,52...1,85	0,62 0,32...1,22
Psy A ¹	4,15*** 2,10...8,19	3,96*** 2,17...7,22	3,73*** 2,05...6,80
Psy B ²	1,65 0,84...3,25	1,25 0,63...2,50	2,61* 1,07...6,32
Alter	1,13 0,61...2,11	1,21 0,69...2,15	1,07 0,59...1,95
Geschlecht (m vs. w)	1,16 0,64...2,11	1,27 0,74...2,17	1,83* 1,06...3,14
Komorbidität ³	0,99 0,90...1,10	0,92 0,84...1,01	1,03 0,94...1,13
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,55 0,26...1,16	0,55 0,28...1,09	0,62 0,31...1,23
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,79 0,44...1,42	0,85 0,49...1,46	0,87 0,50...1,52
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,04 0,25...4,38	0,46 0,11...1,92	1,09 0,26...4,62

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 304: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U1), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,00 0,00...INF	1,27 0,22...7,14	11,05 0,82...148,71
Indexgruppe 6 (F10)	>100 0,00...INF	35,65 0,41...INF	0,42 0,03...5,45
Indexgruppe 8 (F30-F39)	>100 0,00...INF	15,67* 1,11...222,03	5,34 0,44...64,76
Indexgruppe 9 (F43)	>100 0,00...INF	>100 * 3,12...INF	8,31 0,43...161,46
Psy A ¹	>100 0,00...INF	0,25 0,01...10,36	0,24 0,01...4,20
Psy B ²	0,00 0,00...INF	>100 ** 9,60...INF	78,81* 1,26...INF
Alter	0,00 0,00...INF	0,06* 0,00...0,82	0,31 0,03...3,08
Geschlecht (m vs. w)	>100 0,00...INF	3,77 0,18...78,27	0,79 0,07...9,10
Komorbidität ³	0,82 0,09...7,70	1,54 0,84...2,83	1,44 0,84...2,46
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00...INF	0,06 0,00...1,87	0,92 0,08...10,26
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,00 0,00...INF	1,46 0,15...13,83	0,33 0,03...3,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,00 0,00...INF	92,53 0,82...INF	2,49 0,06...102,95

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 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	5,22 0,26...106,76	10,70* 1,10...103,87	11,55 0,91...147,07
Indexgruppe 6 (F10)	0,31 0,00...43,60	0,11 0,01...2,12	0,12 0,01...2,15
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,02 0,07...15,93	0,40 0,04...3,67	0,18 0,02...2,00
Indexgruppe 9 (F43)	10,64 0,42...272,64	1,74 0,10...29,47	0,33 0,02...6,42
Psy A ¹	0,64 0,00...117,56	8,92 0,47...170,82	15,60 0,70...346,81
Psy B ²	27,15 0,18...INF	0,20 0,01...3,00	0,48 0,03...7,66
Alter	2,18 0,15...32,65	1,57 0,21...12,00	3,68 0,44...30,91
Geschlecht (m vs. w)	75,69 0,74...INF	2,52 0,22...29,00	1,44 0,13...16,30
Komorbidität ³	0,76 0,44...1,30	0,69 0,42...1,12	0,74 0,47...1,18
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,08 0,00...4,89	0,87 0,05...15,49	0,98 0,04...25,48
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	67,41 0,67...INF	0,70 0,06...8,16	1,70 0,18...16,11
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,10 0,01...84,18	2,26 0,06...89,22	19,40 0,39...973,15

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	0,00 0,00...INF	0,25 0,00...INF	>100 0,00...INF
Indexgruppe 6 (F10)	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Indexgruppe 8 (F30-F39)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Indexgruppe 9 (F43)	>100 0,00...INF	5,01 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Psy A ¹	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Psy B ²	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF	0,01 0,00...INF
Alter	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF	>100 0,00...INF
Komorbidität ³	0,25 0,00...INF	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,00 0,00...INF	>100 0,00...INF	0,00 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF	>100 0,00...INF

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	1,78* 1,06...2,99	2,19* 1,19...4,05	1,79 0,85...3,76
Indexgruppe 6 (F10)	0,38** 0,20...0,72	0,28** 0,13...0,57	0,14*** 0,05...0,39
Indexgruppe 7 (F20-F29)	2,43* 1,19...4,95	3,62** 1,57...8,36	3,40* 1,06...10,94
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,73 0,92...3,26	2,48* 1,18...5,23	3,00* 1,15...7,87
Psy A ¹	1,69 0,78...3,67	1,01 0,44...2,29	0,69 0,27...1,76
Psy B ²	0,94 0,49...1,81	1,65 0,78...3,51	2,86* 1,07...7,59
Alter	0,45** 0,26...0,80	0,21*** 0,11...0,42	0,15*** 0,06...0,35
Geschlecht (m vs. w)	1,47 0,80...2,70	1,69 0,86...3,33	0,99 0,43...2,28
Komorbidität ³	1,06 0,95...1,18	1,15* 1,01...1,31	1,13 0,97...1,33
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,69 0,39...1,22	0,60 0,31...1,17	1,40 0,58...3,35
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,19 0,69...2,06	0,94 0,50...1,75	0,41* 0,18...0,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	3,26*** 1,92...5,54	6,36*** 3,31...12,25	15,81*** 5,74...43,52

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	1,50 0,69...3,29	1,23 0,48...3,10	5,80* 1,38...24,47
Indexgruppe 6 (F10)	0,20** 0,08...0,51	0,16** 0,06...0,47	0,10* 0,02...0,58
Indexgruppe 7 (F20-F29)	3,81** 1,49...9,73	8,61*** 2,60...28,51	18,77** 2,55...138,38
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,51 0,20...1,30	3,60* 1,07...12,15	11,99* 1,52...94,35
Psy A ¹	17,48*** 4,05...75,34	2,15 0,57...8,07	0,76 0,14...4,09
Psy B ²	0,34* 0,14...0,88	1,36 0,40...4,69	1,88 0,29...12,02
Alter	0,65 0,30...1,42	0,51 0,20...1,30	0,87 0,22...3,46
Geschlecht (m vs. w)	2,02 0,86...4,78	1,28 0,48...3,44	1,44 0,31...6,82
Komorbidität ³	0,99 0,84...1,18	1,16 0,90...1,50	0,99 0,66...1,48
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,07 0,47...2,48	0,43 0,15...1,22	0,27 0,06...1,34
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,93 0,42...2,04	1,28 0,52...3,20	0,99 0,26...3,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,84* 1,24...6,50	5,40** 1,91...15,30	12,84** 2,76...59,83

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 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	1,58 0,77...3,24	2,23 0,83...5,97	1,11 0,25...4,89
Indexgruppe 6 (F10)	0,91 0,37...2,24	0,31* 0,10...0,95	0,47 0,08...2,72
Indexgruppe 7 (F20-F29)	1,30 0,50...3,34	6,89** 1,91...24,91	4,73 0,60...37,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,10 0,42...2,86	2,10 0,66...6,73	4,21 0,50...35,71
Psy A ¹	5,30* 1,46...19,27	1,22 0,27...5,44	0,75 0,12...4,75
Psy B ²	0,71 0,29...1,77	1,61 0,52...4,97	5,74 0,97...33,89
Alter	0,41* 0,19...0,90	0,51 0,18...1,42	0,22 0,04...1,14
Geschlecht (m vs. w)	1,77 0,77...4,08	2,82* 1,03...7,69	3,64 0,80...16,64
Komorbidität ³	1,07 0,92...1,25	1,28 0,99...1,67	1,81* 1,14...2,87
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,27* 1,02...5,03	3,25* 1,03...10,26	1,75 0,32...9,63
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,48 0,23...1,00	0,80 0,32...2,00	0,42 0,11...1,66
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,46 0,68...3,15	2,34 0,94...5,80	3,36 0,84...13,52

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	1,80 0,84...3,87	1,39 0,54...3,58	2,16 0,60...7,87
Indexgruppe 6 (F10)	0,44 0,16...1,25	0,74 0,20...2,82	0,62 0,10...3,99
Indexgruppe 7 (F20-F29)	4,23* 1,22...14,74	5,79* 1,31...25,50	30,34* 1,85...498,60
Indexgruppe 8 (F30-F39)	4,71** 1,66...13,36	3,46* 1,07...11,24	5,59* 1,20...26,01
Psy A ¹	3,56 0,95...13,33	3,05 0,69...13,58	0,98 0,17...5,74
Psy B ²	0,29* 0,10...0,89	0,45 0,12...1,73	1,71 0,31...9,51
Alter	0,31** 0,14...0,70	0,26** 0,10...0,69	0,42 0,11...1,56
Geschlecht (m vs. w)	0,71 0,26...1,91	3,33 0,88...12,57	3,88 0,59...25,64
Komorbidität ³	0,99 0,84...1,17	1,02 0,83...1,27	1,06 0,80...1,41
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,92* 1,07...7,98	0,84 0,19...3,70	0,26 0,03...2,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,58 0,26...1,30	0,36* 0,13...0,99	0,47 0,12...1,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,29 0,92...5,68	4,70** 1,66...13,34	3,94 0,92...16,86

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	0,02 -0,32...0,37	17,41 -4,24...39,05
DID Jahr 2	0,13 -0,22...0,47	11,35 -10,29...33,00
DID Jahr 3	0,04 -0,31...0,39	11,19 -10,45...32,84
DID Jahr 4	0,05 -0,30...0,39	13,91 -7,73...35,56
DID Jahr 1-4	—	13,47 -4,57...31,50
Gruppe	-0,06 -0,31...0,19	-8,80 -24,28...6,68
Jahr 1	0,86*** 0,62...1,10	36,77*** 21,70...51,83
Jahr 2	-0,04 -0,28...0,20	-5,60 -20,66...9,46
Jahr 3	-0,07 -0,31...0,17	-7,03 -22,09...8,03
Jahr 4	-0,13 -0,37...0,11	-10,48 -25,54...4,58
Indexgruppe 6 (F10)	0,11 -0,04...0,27	-11,26* -20,83...-1,70
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,09 -0,06...0,24	4,30 -4,88...13,47
Indexgruppe 9 (F43)	-0,03 -0,16...0,11	-3,77 -12,34...4,79
Psy A ¹	-0,03 -0,18...0,13	6,78 -2,83...16,39
Psy B ²	0,11 -0,09...0,30	-9,64 -21,79...2,51
Alter	-0,11 -0,23...0,01	9,66* 2,25...17,07
Geschlecht (m vs. w)	0,03 -0,10...0,16	8,35* 0,16...16,55
Komorbidität ³	0,07*** 0,04...0,10	0,03 -1,97...2,02

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,14 -0,13...0,41	-7,20 -24,13...9,73
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,07 -0,23...0,09	-10,59* -20,46...-0,72

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	0,05 -0,32...0,42	-6,18 -18,65...6,30
DID Jahr 2	0,19 -0,18...0,56	5,82 -6,66...18,29
DID Jahr 3	0,03 -0,35...0,40	8,00 -4,48...20,47
DID Jahr 4	-0,07 -0,44...0,30	6,03 -6,45...18,50
DID Jahr 1-4	—	3,42 -6,57...13,40
Gruppe	-0,16 -0,43...0,10	-5,92 -14,82...2,98
Jahr 1	0,26 -0,02...0,53	12,21* 2,93...21,49
Jahr 2	-0,18 -0,45...0,10	-8,05 -17,33...1,23
Jahr 3	-0,05 -0,33...0,23	-9,07 -18,35...0,21
Jahr 4	0,08 -0,20...0,36	-8,56 -17,84...0,72
Indexgruppe 6 (F10)	0,36*** 0,21...0,52	-0,55 -5,75...4,64
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,10 -0,29...0,09	8,89** 2,47...15,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,25** -0,41...-0,09	0,79 -4,72...6,30
Psy A ¹	0,08 -0,10...0,26	4,10 -1,84...10,03
Psy B ²	0,15 -0,02...0,32	-1,67 -7,34...4,01
Alter	0,13* 0,01...0,26	-1,95 -6,26...2,37
Geschlecht (m vs. w)	-0,04 -0,18...0,10	2,12 -2,56...6,80
Komorbidität ³	-0,04* -0,07...0,00	-0,20 -1,22...0,82

Pflegestufe (nein vs. ja)	0,04 -0,11...0,18	-1,46 -6,34...3,42
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,56*** -0,71...-0,41	-15,44*** -20,52...-10,37

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	-0,28 -1,05...0,50
DID Jahr 2	-0,29 -1,07...0,48
DID Jahr 3	-0,33 -1,10...0,45
DID Jahr 4	-0,19 -0,97...0,58
Gruppe	0,30 -0,26...0,85
Jahr 1	0,94** 0,40...1,49
Jahr 2	0,10 -0,45...0,65
Jahr 3	-0,10 -0,65...0,45
Jahr 4	-0,17 -0,71...0,38
Indexgruppe 6 (F10)	0,72*** 0,39...1,04
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,34* 0,03...0,65
Indexgruppe 9 (F43)	0,40* 0,06...0,73
Psy A ¹	0,47** 0,14...0,80
Psy B ²	0,91*** 0,51...1,31
Alter	1,46*** 1,19...1,73
Geschlecht (m vs. w)	0,31* 0,02...0,60
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,86*** 1,51...2,20
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,82*** 0,57...1,07

Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,31 -0,69...0,08
------------------------------	-----------------------

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	-0,30 -0,84...0,23
DID Jahr 2	0,10 -0,44...0,63
DID Jahr 3	0,22 -0,32...0,75
DID Jahr 4	0,45 -0,09...0,98
Gruppe	-0,04 -0,42...0,34
Jahr 1	0,26 -0,12...0,64
Jahr 2	0,11 -0,27...0,49
Jahr 3	-0,06 -0,44...0,32
Jahr 4	-0,28 -0,66...0,10
Indexgruppe 6 (F10)	1,10*** 0,87...1,33
Indexgruppe 7 (F20-F29)	-0,09 -0,35...0,18
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,28* 0,06...0,50
Psy A ¹	1,03*** 0,76...1,30
Psy B ²	0,22 -0,03...0,48
Alter	1,61*** 1,43...1,79
Geschlecht (m vs. w)	0,34** 0,15...0,53
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,00*** 0,81...1,19
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,31** 0,13...0,48

Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30* 0,07...0,53
------------------------------	----------------------

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	1,00 0,63...1,59
Psy A ¹	0,17*** 0,08...0,37
Psy B ²	0,69 0,20...2,37
Alter	6,48*** 3,02...13,93
Geschlecht (m vs. w)	0,98 0,60...1,61
Komorbidität ³	1,20*** 1,12...1,28
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,43** 0,24...0,78
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,28 0,79...2,07
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,42 0,15...1,16

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	0,63* 0,41...0,95
Psy A ¹	0,30*** 0,16...0,59
Psy B ²	0,90 0,46...1,77
Alter	7,64*** 3,45...16,90
Geschlecht (m vs. w)	1,25 0,81...1,95
Komorbidität ³	1,25*** 1,17...1,34
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,33*** 0,20...0,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,03 0,66...1,59
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,83 0,49...1,42

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	0,70 0,20...2,44	0,64 0,09...4,45	0,90 0,56...1,42
Psy A ¹	0,41 0,12...1,48	0,43 0,04...5,17	0,81 0,45...1,46
Psy B ²	0,39 0,04...3,62	2,35 0,12...44,25	0,94 0,43...2,03
Alter	3,57* 1,09...11,67	2,79 0,33...23,65	1,04 0,61...1,75
Geschlecht (m vs. w)	1,50 0,50...4,50	0,63 0,07...5,36	0,59* 0,36...0,98
Komorbidität ³	0,74* 0,56...0,97	0,84 0,55...1,28	0,85* 0,75...0,98
Pflegestufe (nein vs. ja)	2,98 0,48...18,37	1,38 0,11...17,97	0,76 0,38...1,55
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,42 0,73...8,05	0,56 0,08...3,84	0,53* 0,32...0,88
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,34 0,37...4,86	0,00 0,00...INF	0,54 0,28...1,07

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 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	0,22 0,04...1,29	1,51 0,40...5,75	0,69 0,37...1,28
Psy A ¹	1,42 0,22...9,13	3,44 0,36...32,86	0,87 0,32...2,36
Psy B ²	0,15 0,02...1,32	0,69 0,15...3,11	1,59 0,70...3,59
Alter	0,63 0,13...3,09	0,37 0,08...1,75	0,50 0,25...1,03
Geschlecht (m vs. w)	1,92 0,38...9,61	1,00 0,25...4,04	0,83 0,44...1,58
Komorbidität ³	1,23 0,84...1,80	0,96 0,72...1,27	1,11 0,96...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,31 0,18...9,38	2,69 0,61...11,73	0,55 0,25...1,18
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	15,70* 1,45...170,30	1,34 0,32...5,53	1,18 0,62...2,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,05 0,18...5,99	0,84 0,19...3,69	0,31** 0,15...0,65

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	-0,02 -0,11...0,07	-18,09 -42,70...6,52	-0,07* -0,15...0,00	-23,41 -47,37...0,55
Psy B ²	-0,16*** -0,25...-0,07	-47,42*** -72,63...-22,22	-0,12** -0,20...-0,05	-41,09** -65,63...-16,54
Alter	0,04 -0,05...0,14	12,05 -15,51...39,61	0,04 -0,04...0,12	12,46 -14,37...39,30
Geschlecht (m vs. w)	-0,07 -0,17...0,03	-21,89 -49,00...5,21	-0,06 -0,13...0,03	-19,38 -45,77...7,01
Komorbidität ³	0,01 0,00...0,03	2,94 -2,02...7,91	0,01 -0,01...0,02	1,97 -2,86...6,80
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,03 -0,10...0,16	26,34 -10,79...63,47	0,08 -0,03...0,19	32,03 -4,12...68,19

Tabelle 327: Prädiktoren Wiederaufnahmeraten, klinikneue Patienten (U2), Erwachsene

	Anteil Wiederaufnahme	Dauer zw. Entlassung und Wiederaufnahme
Gruppe	0,87 0,68...1,12	7,49 -15,14...30,13
Psy A ¹	1,26 0,92...1,74	9,31 -19,11...37,74
Psy B ²	1,23 0,85...1,78	-39,63* -71,81...-7,44
Alter	0,66** 0,50...0,87	5,06 -19,55...29,67
Geschlecht (m vs. w)	0,72* 0,55...0,93	4,75 -18,42...27,93
Komorbidität ³	1,06* 1,01...1,12	0,98 -3,32...5,27
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,86 0,60...1,21	0,38 -30,76...31,51
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,18 0,92...1,53	-19,79 -42,31...2,74
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,12 0,72...1,74	-17,07 -57,08...22,93

Tabelle 328: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinische Patienten (U2), Erwachsene

	Alkoholabhängigkeit		Demenz			Depression		Schizophrenie		
	B	C	D	E	F	G	I	J	K	L
Gruppe	kf	kf	kf	kf	kf	1,08 0,77...1,52	0,60 0,34...1,06	1,83 0,64...5,27	kf	kf
Alter	kf	kf	kf	kf	kf	2,33*** 1,60...3,38	0,80 0,43...1,51	1,28 0,41...4,04	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf	kf	kf	1,50* 1,05...2,14	3,15** 1,51...6,59	0,51 0,17...1,54	kf	kf
Komorbidität ³	kf	kf	kf	kf	kf	0,98 0,91...1,05	0,91 0,79...1,05	1,13 0,89...1,44	kf	kf
Pflegestufe (nein vs. ja)	kf	kf	kf	kf	kf	0,73 0,40...1,33	0,00 0,00...INF	2,15 0,51...9,13	kf	kf
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	kf	kf	kf	kf	kf	1,17 0,83...1,67	1,07 0,59...1,93	1,56 0,49...4,95	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf	kf	kf	0,66* 0,45...0,97	1,29 0,66...2,52	0,70 0,17...2,95	kf	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	0,67 0,40...1,13	6,09* 1,19...31,21	-2,59 -5,87...0,68	0,94 -1,06...2,95
DID Jahr 2	0,80 0,47...1,39	2,75 0,49...15,58	-2,79 -6,06...0,49	-0,18 -2,19...1,82
Gruppe	1,21 0,77...1,89	0,35 0,07...1,74	1,36 -0,96...3,69	0,14 -1,29...1,56
Jahr 1	>100 *** 79,32...173,33	41,02*** 17,74...94,85	24,31*** 21,99...26,63	9,74*** 8,32...11,16
Jahr 2	2,91*** 1,98...4,27	3,71** 1,47...9,35	4,75*** 2,43...7,06	0,86 -0,56...2,28
Indexgruppe 6 (F10)	2,16*** 1,71...2,74	0,24*** 0,16...0,35	-0,28 -2,02...1,45	-3,43*** -4,49...-2,37
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,70** 0,56...0,88	2,04*** 1,55...2,68	3,86*** 2,27...5,45	3,05*** 2,08...4,02
Indexgruppe 9 (F43)	0,86 0,68...1,09	0,90 0,67...1,22	-0,73 -2,41...0,95	-1,05* -2,08...-0,02
Psy A ¹	0,96 0,75...1,23	2,62*** 1,93...3,54	1,59 -0,17...3,34	3,05*** 1,98...4,12
Psy B ²	1,41* 1,05...1,90	0,81 0,58...1,13	5,26*** 3,16...7,36	-1,17 -2,46...0,11
Alter	0,85 0,68...1,06	0,37*** 0,27...0,51	-0,54 -2,14...1,05	-2,85*** -3,82...-1,87
Geschlecht (m vs. w)	0,83 0,68...1,03	1,18 0,90...1,55	-0,74 -2,23...0,75	-0,20 -1,11...0,72
Komorbidität ³	1,01 0,98...1,05	0,96 0,90...1,01	-0,18 -0,45...0,10	-0,21* -0,38...-0,04
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,59** 1,22...2,06	0,30*** 0,18...0,49	3,20** 1,26...5,14	-1,91** -3,09...-0,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,23* 1,01...1,50	1,64*** 1,25...2,15	1,66* 0,23...3,09	1,22** 0,35...2,10
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,08*** 0,06...0,10	0,29*** 0,21...0,40	-7,26*** -8,92...-5,60	-2,81*** -3,83...-1,79

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	-1,19* -2,25...-0,13	0,61 -0,27...1,49	-0,13 -1,11...0,86
DID Jahr 2	-0,09 -1,15...0,97	0,07 -0,81...0,95	-0,04 -1,02...0,95
Gruppe	-0,35 -1,11...0,40	0,31 -0,31...0,94	-0,38 -1,08...0,32
Jahr 1	3,06*** 2,31...3,81	0,98** 0,36...1,60	2,13*** 1,43...2,82
Jahr 2	1,86*** 1,11...2,61	1,10** 0,48...1,72	1,06** 0,36...1,75
Indexgruppe 6 (F10)	-0,77** -1,33...-0,21	-1,70*** -2,16...-1,23	-1,00*** -1,52...-0,48
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,75** 0,23...1,26	1,48*** 1,05...1,91	-0,26 -0,74...0,22
Indexgruppe 9 (F43)	-1,07*** -1,61...-0,53	-0,50* -0,95...-0,05	-0,74** -1,25...-0,23
Psy A ¹	0,31 -0,25...0,88	2,42*** 1,95...2,89	2,13*** 1,60...2,65
Psy B ²	1,31*** 0,63...1,99	1,97*** 1,41...2,53	1,44*** 0,81...2,08
Alter	0,18 -0,33...0,70	-1,15*** -1,57...-0,72	1,25*** 0,78...1,73
Geschlecht (m vs. w)	-0,53* -1,01...-0,05	0,46* 0,06...0,86	0,76** 0,31...1,21
Komorbidität ³	-0,18*** -0,27...-0,09	-0,07 -0,14...0,00	0,74*** 0,66...0,82
Pflegestufe (nein vs. ja)	-0,26 -0,88...0,37	-0,69** -1,21...-0,18	4,02*** 3,44...4,61
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,06 -0,40...0,52	0,30 -0,08...0,69	0,46* 0,03...0,89
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,93*** 1,39...2,47	-1,37*** -1,81...-0,92	-0,63* -1,13...-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 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	1,25 0,97...1,62	1,32* 1,04...1,68	1,32* 1,04...1,69
Indexgruppe 6 (F10)	0,31*** 0,22...0,46	0,29*** 0,21...0,39	0,29*** 0,22...0,40
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,77*** 1,34...2,35	2,02*** 1,55...2,63	1,95*** 1,48...2,58
Indexgruppe 9 (F43)	0,89 0,65...1,23	0,84 0,63...1,13	0,84 0,62...1,13
Psy A ¹	1,96*** 1,42...2,71	2,00*** 1,50...2,68	2,28*** 1,69...3,08
Psy B ²	1,55* 1,11...2,17	1,89*** 1,35...2,65	2,00*** 1,36...2,92
Alter	0,84 0,62...1,12	0,87 0,66...1,14	0,80 0,60...1,06
Geschlecht (m vs. w)	1,04 0,79...1,37	0,90 0,70...1,16	1,04 0,80...1,35
Komorbidität ³	0,96 0,91...1,01	0,95 0,91...1,00	1,00 0,96...1,05
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,76 0,52...1,11	0,73 0,52...1,03	0,89 0,63...1,25
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,12 0,86...1,47	1,05 0,82...1,36	1,16 0,90...1,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,22 0,79...1,89	1,67* 1,08...2,56	1,38 0,87...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 332: Prädiktoren Kontinuität, klinikneue Patienten (U3), Jahr 2, Erwachsene

	7 Tage	30 Tage	90 Tage
	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt	Intervalle mit mind. 1 Kontakt
Gruppe	0,61 0,32...1,17	0,58 0,32...1,05	0,92 0,47...1,79
Indexgruppe 6 (F10)	0,43* 0,20...0,93	0,42* 0,21...0,82	0,25*** 0,12...0,53
Indexgruppe 8 (F30-F39)	3,16** 1,57...6,38	3,47** 1,71...7,04	3,16** 1,41...7,11
Indexgruppe 9 (F43)	1,43 0,67...3,05	1,28 0,62...2,65	1,18 0,53...2,64
Psy A ¹	0,92 0,38...2,20	1,32 0,63...2,78	1,96 0,87...4,41
Psy B ²	4,16** 1,75...9,88	2,85* 1,28...6,36	3,04* 1,05...8,82
Alter	0,44* 0,21...0,92	0,43* 0,22...0,86	0,48 0,23...1,03
Geschlecht (m vs. w)	0,71 0,35...1,44	0,73 0,37...1,44	0,77 0,36...1,67
Komorbidität ³	0,98 0,84...1,14	1,04 0,92...1,19	1,08 0,93...1,25
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,54 0,66...3,58	1,50 0,68...3,31	1,91 0,78...4,72
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,98 0,51...1,88	1,20 0,66...2,17	1,26 0,64...2,49
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,79 0,32...1,94	1,35 0,61...2,99	1,08 0,44...2,70

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

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	-0,01 -0,18...0,15	-3,38 -17,11...10,36
DID Jahr 2	0,09 -0,08...0,25	1,13 -12,60...14,87
Gruppe	-0,09 -0,21...0,03	-0,17 -9,94...9,61
Jahr 1	0,76*** 0,64...0,87	57,17*** 47,51...66,83
Jahr 2	-0,04 -0,16...0,07	0,77 -8,89...10,43
Indexgruppe 6 (F10)	0,11* 0,02...0,20	-14,05*** -21,54...-6,57
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07 -0,01...0,15	23,95*** 17,19...30,72
Indexgruppe 9 (F43)	-0,06 -0,14...0,02	-5,06 -11,62...1,50
Psy A ¹	0,12** 0,04...0,21	19,05*** 11,77...26,33
Psy B ²	-0,05 -0,16...0,06	-11,93* -21,05...-2,81
Alter	-0,01 -0,08...0,06	15,62*** 9,60...21,64
Geschlecht (m vs. w)	0,01 -0,06...0,09	4,50 -1,71...10,72
Komorbidität ³	0,01 -0,01...0,03	-2,20** -3,83...-0,57
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,26** 0,09...0,43	-1,54 -15,76...12,67
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,29*** -0,37...-0,21	-15,43*** -22,05...-8,81

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	-0,16 -0,53...0,20
DID Jahr 2	-0,02 -0,38...0,35
Gruppe	0,10 -0,16...0,35
Jahr 1	0,93*** 0,68...1,19
Jahr 2	0,04 -0,22...0,29
Indexgruppe 6 (F10)	0,42*** 0,23...0,61
Indexgruppe 8 (F30-F39)	-0,15 -0,33...0,02
Indexgruppe 9 (F43)	-0,05 -0,23...0,14
Psy A ¹	0,72*** 0,53...0,91
Psy B ²	0,66*** 0,43...0,89
Alter	1,97*** 1,81...2,13
Geschlecht (m vs. w)	0,07 -0,10...0,23
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,44*** 1,22...1,65
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	1,04*** 0,89...1,19
Referenzfall (KH vs. PIA)	-0,34*** -0,53...-0,16

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	1,21 0,86...1,68
Psy A ¹	0,26*** 0,15...0,45
Psy B ²	1,13 0,57...2,25
Alter	10,74*** 5,15...22,39
Geschlecht (m vs. w)	0,72 0,50...1,02
Komorbidität ³	1,23*** 1,18...1,29
Pflegestufe (nein vs. ja)	0,64* 0,44...0,95
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	0,91 0,63...1,29
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,59* 0,35...1,00

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	1,16 0,71...1,89	0,65 0,28...1,48	1,02 0,80...1,31
Psy A ¹	1,08 0,63...1,85	1,33 0,51...3,45	0,65** 0,47...0,90
Psy B ²	0,38* 0,16...0,92	1,44 0,52...3,97	0,99 0,64...1,52
Alter	2,60** 1,50...4,51	0,54 0,21...1,39	1,39* 1,07...1,80
Geschlecht (m vs. w)	1,30 0,75...2,26	0,94 0,40...2,20	0,89 0,68...1,15
Komorbidität ³	0,90* 0,81...1,00	1,06 0,89...1,25	0,92* 0,86...0,99
Pflegestufe (nein vs. ja)	1,02 0,45...2,29	1,03 0,27...3,88	0,71 0,48...1,04
Anzahl AU Präzeitraum (Median split)	2,10* 1,17...3,78	1,05 0,45...2,48	1,09 0,86...1,39
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,27 0,74...2,18	0,87 0,35...2,21	0,66** 0,49...0,89

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 340: Prädiktoren Leitlinienadhärenz, klinikneue Patienten (U3), Erwachsene

Zeitreihenbetrachtungen entfallen, da diese für die dargestellten Outcomes nicht zweckmäßig sind (3).

14.4 Ergebnisse Modellierung Effektivität – Kinder und Jugendliche

Für die Analyse von möglichen Einflussfaktoren wurden nur Outcomes betrachtet, die eine ausreichende Anzahl von Fällen hinsichtlich des zu betrachtenden Ereignisses bereitstellen. Bei Outcomes mit extrem wenigen Fällen, in denen das Ereignis überhaupt aufgetreten ist, können die Modelle zu fehlerhaften Schätzungen führen und nicht mehr sinnvoll interpretiert werden. Die kritische Anzahl von Fällen pro Gruppe wurde auf mindestens 40 gesetzt.

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der DiD-Modellierung unter Berücksichtigung der adjustierenden Einflussfaktoren für die Interventionsgruppe und Kontrollgruppe sowie den Prä- und den Post-Zeitraum dar. Der Präzeitraum umschließt das Jahr vor Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Post-Zeitraum umfasst das Jahr nach Referenzfall / Einschluss in die Evaluation. Der Referenzfall findet entweder im ersten Modelljahr (U1) oder im ersten bis dritten Modelljahr (U3) statt.

U1 Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung
Tabelle 341: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,53 0,11...2,51	kf	-0,46 -8,69...7,77	kf
DID Jahr 2	0,39 0,07...2,23	kf	-0,97 -9,20...7,26	kf
DID Jahr 3	0,67 0,12...3,88	kf	-4,90 -13,13...3,33	kf
DID Jahr 4	1,53 0,18...13,20	kf	-2,68 -10,91...5,55	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-2,25 -9,09...4,58	kf
Gruppe	2,43 0,59...10,00	kf	3,23 -2,60...9,06	kf
Jahr 1	27,01*** 7,60...95,98	kf	18,31*** 12,52...24,09	kf
Jahr 2	3,44 0,87...13,54	kf	1,63 -4,16...7,42	kf
Jahr 3	2,55 0,62...10,50	kf	3,62 -2,17...9,41	kf
Jahr 4	0,65 0,10...4,09	kf	0,99 -4,80...6,78	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,79 0,41...1,51	kf	5,31* 0,55...10,08	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,06 0,60...1,88	kf	1,42 -2,52...5,36	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,93 0,56...1,52	kf	1,85 -1,36...5,05	kf
Alter	2,26** 1,34...3,82	kf	0,36 -2,57...3,29	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,31 0,82...2,10	kf	-1,18 -3,98...1,63	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,21*** 0,12...0,34	kf	-7,45*** -10,71...-4,18	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 342: Prädiktoren stationäre Behandlung, klinikbekannte Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Stationäre Aufenthalte (Ja/Nein)		Dauer stationärer Aufenthalte	
	vollstationär	teilstationär	vollstationär	teilstationär
DID Jahr 1	0,49* 0,25...0,95	kf	-3,00 -7,82...1,81	kf
DID Jahr 2	0,44* 0,21...0,92	kf	-2,07 -6,88...2,75	kf
DID Jahr 3	0,44* 0,21...0,95	kf	-0,67 -5,48...4,15	kf
DID Jahr 4	0,62 0,28...1,39	kf	0,69 -4,12...5,51	kf
DID Jahr 1-4	—	—	-1,26 -5,09...2,57	kf
Gruppe	2,02** 1,21...3,39	kf	1,08 -2,33...4,49	kf
Jahr 1	2,33** 1,39...3,90	kf	4,18* 0,72...7,64	kf
Jahr 2	1,37 0,79...2,38	kf	-1,09 -4,56...2,37	kf
Jahr 3	1,09 0,61...1,93	kf	-3,33 -6,80...0,13	kf
Jahr 4	0,74 0,40...1,38	kf	-4,87** -8,33...-1,40	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,83*** 1,31...2,54	kf	5,10*** 2,56...7,65	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	0,91 0,56...1,48	kf	-0,62 -3,56...2,33	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	2,00** 1,31...3,06	kf	3,28* 0,53...6,02	kf
Alter	1,74*** 1,37...2,21	kf	1,55 -0,01...3,11	kf
Geschlecht (m vs. w)	1,33* 1,04...1,71	kf	1,10 -0,62...2,81	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,34*** 0,26...0,45	kf	-7,24*** -9,58...-4,90	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 343: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U1), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	1,27 -0,13...2,67	-1,35 -3,82...1,12	0,85 -0,85...2,54
DID Jahr 2	-0,07 -1,47...1,33	-0,51 -2,98...1,97	1,11 -0,58...2,81
DID Jahr 3	0,05 -1,35...1,45	0,75 -1,73...3,22	0,85 -0,85...2,54
DID Jahr 4	-0,08 -1,48...1,31	2,00 -0,48...4,47	0,02 -1,67...1,72
Gruppe	0,09 -0,90...1,08	-1,13 -2,88...0,62	-0,14 -1,34...1,06
Jahr 1	3,12*** 2,14...4,11	2,59** 0,85...4,33	0,70 -0,49...1,90
Jahr 2	1,80*** 0,81...2,78	2,17* 0,43...3,91	0,44 -0,75...1,63
Jahr 3	1,33** 0,34...2,31	0,85 -0,89...2,59	0,04 -1,15...1,23
Jahr 4	0,95 -0,04...1,93	0,38 -1,36...2,12	0,03 -1,16...1,22
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,07 -0,75...0,88	1,21 -0,22...2,64	-1,08* -2,06...-0,09
Indexgruppe 9 (F43)	-0,09 -0,76...0,58	-0,13 -1,31...1,05	-0,20 -1,01...0,62
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,09 -0,46...0,63	-0,65 -1,61...0,32	-0,73* -1,39...-0,07
Alter	-0,99*** -1,49...-0,50	-0,49 -1,37...0,39	-0,35 -0,96...0,25
Geschlecht (m vs. w)	-0,90*** -1,37...-0,42	0,68 -0,16...1,52	0,35 -0,23...0,92
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,30 -0,26...0,86	-2,62*** -3,60...-1,64	-0,95** -1,63...-0,28

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	-0,55 -1,83...0,74	-0,40 -1,42...0,61	-0,16 -1,21...0,89
DID Jahr 2	-0,97 -2,26...0,31	-0,93 -1,95...0,08	-0,47 -1,52...0,58
DID Jahr 3	-1,13 -2,42...0,15	-1,14* -2,15...-0,12	-0,49 -1,54...0,56
DID Jahr 4	-0,87 -2,15...0,42	-0,02 -1,03...1,00	-0,15 -1,20...0,90
Gruppe	-0,10 -1,01...0,81	-0,28 -1,00...0,44	-0,55 -1,29...0,20
Jahr 1	2,72*** 1,80...3,65	0,80* 0,07...1,53	0,14 -0,61...0,90
Jahr 2	0,17 -0,75...1,10	1,47*** 0,74...2,20	0,43 -0,33...1,19
Jahr 3	-0,68 -1,61...0,24	1,85*** 1,12...2,58	0,09 -0,67...0,84
Jahr 4	-1,48** -2,40...-0,55	1,39*** 0,66...2,12	-0,50 -1,25...0,26
Indexgruppe 9 (F43)	0,37 -0,31...1,05	0,22 -0,31...0,76	-0,45 -1,01...0,10
Indexgruppe 14 (F70-F79)	1,01* 0,22...1,79	-0,58 -1,20...0,04	0,94** 0,30...1,58
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,08** 0,35...1,82	-0,08 -0,66...0,50	0,52 -0,07...1,12
Alter	-0,56** -0,98...-0,15	-0,05 -0,37...0,28	-0,15 -0,49...0,19
Geschlecht (m vs. w)	-0,44 -0,90...0,02	0,31 -0,06...0,67	0,39* 0,02...0,77
Referenzfall (KH vs. PIA)	2,17*** 1,55...2,80	-0,82** -1,31...-0,32	-0,53* -1,04...-0,02

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 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	kf	0,62 0,28...1,35	0,55 0,25...1,21
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	1,27 0,52...3,09	1,30 0,56...3,05
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,69 0,73...3,91	1,64 0,72...3,71
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,59 0,63...4,01	1,60 0,63...4,06

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	kf	2,91 0,47...17,97	9,35 0,51...171,96
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	4,73 0,49...45,25	2,49 0,06...110,44
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,54 0,08...3,48	5,21 0,21...128,24
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,61 0,24...11,05	>100 0,00...INF

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	kf	0,32 0,03...3,57	1,35 0,16...11,31
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	5,75 0,36...92,09	2,43 0,27...21,85
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,07* 0,01...0,93	0,38 0,04...3,50
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,31 0,13...12,89	0,94 0,11...7,79

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	kf	1,49 0,04...51,79	>100 0,00...INF
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	1,39 0,04...47,10	0,73 0,02...23,25
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,22 0,00...13,30	0,00 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,17 0,01...5,74	0,00 0,00...INF

 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	kf	0,63 0,31...1,29	1,02 0,49...2,14
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	2,48* 1,20...5,13	1,70 0,81...3,55
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,97 0,47...2,02	1,00 0,47...2,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	3,02** 1,49...6,11	2,56* 1,19...5,50

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	kf	2,05 0,75...5,62	2,51 0,76...8,23
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	3,58* 1,25...10,27	0,83 0,25...2,74
Geschlecht (m vs. w)	kf	0,68 0,22...2,04	0,48 0,14...1,61
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	2,49 0,54...11,38	2,24 0,49...10,35

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 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	kf	0,66 0,23...1,89	0,59 0,19...1,87
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	0,40 0,13...1,25	0,73 0,21...2,55
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,58 0,47...5,28	0,96 0,26...3,53
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,15 0,22...6,00	2,79 0,56...13,78

 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 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	kf	0,83 0,27...2,58	0,69 0,17...2,71
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 14 (F70-F79)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	0,83 0,24...2,87	0,19* 0,04...0,88
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,18 0,33...4,17	1,02 0,22...4,81
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	4,86 0,48...49,66	1,57 0,19...12,95

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 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	>100 0,00...INF
Alter	>100 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	0,00 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	>100 0,00...INF

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	>100 0,00...INF
Alter	0,52 0,03...10,19
Geschlecht (m vs. w)	>100 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17 0,01...3,35

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 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	3,97 0,77...20,49	>100 0,00...INF	1,37 0,66...2,85
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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	3,21 0,33...30,84	>100 0,00...INF	1,15 0,68...1,93
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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	1,15 0,79...1,67	-5,25 -38,19...27,70
Alter	1,42 0,95...2,13	-2,14 -39,13...34,85
Geschlecht (m vs. w)	1,00 0,67...1,48	32,16 -3,67...67,99
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,65* 0,43...0,96	5,41 -31,18...41,99

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	0,87 0,47...1,62	kf	2,18 -2,77...7,14	kf
DID Jahr 2	0,62 0,30...1,29	kf	-0,65 -5,61...4,31	kf
Gruppe	1,44 0,83...2,50	kf	-0,50 -4,00...3,01	kf
Jahr 1	20,33*** 12,60...32,80	kf	22,71*** 19,23...26,20	kf
Jahr 2	1,73* 1,01...2,96	kf	1,70 -1,79...5,18	kf
Indexgruppe 8 (F30-F39)	1,06 0,73...1,54	kf	2,93 -0,73...6,59	kf
Indexgruppe 9 (F43)	1,18 0,88...1,59	kf	0,48 -2,33...3,30	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	1,10 0,83...1,46	kf	1,51 -1,03...4,06	kf
Alter	2,30*** 1,76...3,01	kf	2,76* 0,52...5,01	kf
Geschlecht (m vs. w)	0,99 0,77...1,26	kf	1,36 -0,80...3,52	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	0,17*** 0,13...0,22	kf	-10,33*** -12,68...-7,97	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 363: Prädiktoren Häufigkeit ambulante Leistungen, klinikneue Patienten (U3), Kinder und Jugendliche

	Aufgrund Indexdiagnose		
	PIA	Arzt Psychiatrie / Psycho- therapie	Anderer Vertrags-arzt
DID Jahr 1	0,62 -0,02...1,25	-1,00 -2,47...0,48	-0,32 -1,12...0,48
DID Jahr 2	0,29 -0,35...0,93	-0,10 -1,57...1,37	-0,13 -0,93...0,67
Gruppe	-0,08 -0,53...0,38	-1,55** -2,59...-0,51	0,06 -0,51...0,62
Jahr 1	3,28*** 2,83...3,73	1,88*** 0,85...2,92	1,03*** 0,46...1,59
Jahr 2	1,27*** 0,83...1,72	1,42** 0,39...2,46	0,43 -0,14...0,99
Indexgruppe 8 (F30-F39)	0,17 -0,30...0,64	1,60** 0,51...2,69	-0,16 -0,75...0,43
Indexgruppe 9 (F43)	0,00 -0,36...0,37	-0,38 -1,22...0,45	-0,02 -0,47...0,44
Indexgruppe 16 (F90-F98)	0,42* 0,09...0,75	-0,34 -1,09...0,42	-0,32 -0,73...0,09
Alter	-0,37* -0,66...-0,08	0,41 -0,26...1,07	-0,19 -0,55...0,17
Geschlecht (m vs. w)	-0,34* -0,61...-0,06	0,39 -0,26...1,03	-0,30 -0,65...0,05
Referenzfall (KH vs. PIA)	1,20*** 0,90...1,51	-3,02*** -3,71...-2,31	-0,20 -0,58...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 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	kf	0,53** 0,37...0,77	0,73 0,51...1,05
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	1,07 0,71...1,61	0,88 0,59...1,30
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,65* 1,12...2,42	1,48* 1,02...2,15
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	0,56** 0,37...0,83	0,84 0,57...1,22

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 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	kf	3,13* 1,27...7,75	1,75 0,65...4,67
Indexgruppe 8 (F30-F39)	kf	kf	kf
Indexgruppe 9 (F43)	kf	kf	kf
Indexgruppe 16 (F90-F98)	kf	kf	kf
Alter	kf	2,25 0,78...6,53	1,31 0,44...3,93
Geschlecht (m vs. w)	kf	1,94 0,77...4,89	1,78 0,65...4,87
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	1,24 0,49...3,16	1,49 0,53...4,14

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	>100 0,00...INF
Alter	>100 0,00...INF
Geschlecht (m vs. w)	0,00 0,00...INF
Referenzfall (KH vs. PIA)	>100 0,00...INF

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	1,37 0,50...3,79	13,12* 1,69...101,59	1,15 0,71...1,85
Alter	kf	kf	kf
Geschlecht (m vs. w)	kf	kf	kf
Referenzfall (KH vs. PIA)	kf	kf	kf

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

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

Ergebnisse Kosten, Erwachsene

14.5.1 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Tabelle 370: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall		188	195	180	170	156	194	200	187	177	162
Mittelwert		3.774,48 €	3.476,28 €	3.265,73 €	3.413,83 €	3.706,65 €	4.264,37 €	3.267,24 €	3.630,07 €	3.717,76 €	3.022,14 €
Standardabweichung		7.136 €	8.177 €	7.286 €	9.252 €	10.368 €	9.260 €	5.469 €	10.089 €	13.147 €	7.185 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		337,35 €	225,85 €	238,27 €	285,62 €	94,91 €	288,61 €	336,11 €	364,37 €	334,56 €	124,60 €
Median		1.306,10 €	933,38 €	867,27 €	810,89 €	616,28 €	1.379,97 €	1.072,03 €	1.115,97 €	1.047,79 €	660,90 €
75%-Perzentil		3.538,57 €	3.491,97 €	3.291,36 €	2.823,88 €	2.755,03 €	3.801,14 €	3.854,30 €	3.938,61 €	2.942,29 €	2.696,79 €
Maximum		51.451 €	90.208 €	56.500 €	83.450 €	62.935 €	89.237 €	37.635 €	119.891 €	153.067 €	53.022 €

Tabelle 371: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall		351	347	340	333	316	344	344	328	316	294
Mittelwert		2.863,71 €	3.644,82 €	4.505,63 €	4.010,07 €	4.701,15 €	2.463,03 €	3.336,96 €	3.714,46 €	3.084,21 €	2.832,02 €
Standardabweichung		6.288 €	9.154 €	16.372 €	9.291 €	9.496 €	4.371 €	6.080 €	8.244 €	5.969 €	5.213 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		394,71 €	465,75 €	467,69 €	505,34 €	428,73 €	425,77 €	428,87 €	414,29 €	454,36 €	401,13 €
Median		1.170,30 €	1.291,69 €	1.392,10 €	1.324,66 €	1.479,32 €	980,61 €	951,39 €	1.252,85 €	1.089,25 €	1.065,09 €
75%-Perzentil		3.064,76 €	3.663,66 €	3.874,06 €	3.823,34 €	4.412,68 €	2.692,34 €	3.040,92 €	3.372,23 €	3.089,12 €	2.928,58 €
Maximum		82.253 €	105.956 €	232.301 €	101.046 €	57.074 €	43.783 €	50.419 €	71.271 €	59.353 €	42.052 €

Tabelle 372: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall		78	59	49	41	41	77	68	60	49	45
Mittelwert		2.424,83 €	2.279,53 €	1.793,44 €	1.644,91 €	2.144,75 €	2.711,46 €	2.012,27 €	2.017,65 €	2.029,68 €	1.762,51 €
Standardabweichung		6.065 €	7.575 €	6.238 €	6.659 €	8.560 €	6.577 €	4.982 €	5.961 €	11.566 €	5.647 €
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		2.025,93 €	1.510,47 €	735,57 €	0,00 €	0,00 €	2.247,80 €	1.959,61 €	1.739,60 €	955,03 €	768,87 €
Maximum		46.361 €	87.709 €	55.562 €	71.009 €	62.463 €	44.776 €	37.246 €	56.719 €	152.586 €	45.374 €

Tabelle 373: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall		91	90	89	83	87	91	99	98	86	77
Mittelwert		1.220,86 €	1.655,43 €	2.517,14 €	2.057,95 €	2.536,80 €	1.137,59 €	1.948,13 €	2.101,17 €	1.686,07 €	1.436,70 €
Standardabweichung		3.321 €	5.540 €	13.685 €	7.019 €	7.672 €	3.083 €	4.885 €	6.810 €	4.680 €	4.353 €
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		675,05 €	728,55 €	819,00 €	0,00 €	869,73 €	773,84 €	1.444,97 €	1.493,57 €	1.140,40 €	783,52 €
Maximum		30.878 €	63.324 €	184.702 €	73.644 €	50.192 €	34.206 €	33.015 €	71.040 €	37.589 €	40.752 €

Tabelle 374: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall		< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert		4,23 €	2,47 €	4,37 €	13,11 €	5,85 €	10,85 €	21,35 €	22,19 €	6,90 €	6,38 €
Standardabweichung		54,70 €	30,15 €	59,97 €	91,47 €	55,22 €	104,75 €	181,22 €	180,68 €	54,98 €	49,10 €
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		771,88 €	421,30 €	822,32 €	897,70 €	600,81 €	1.350,38 €	2.154,89 €	2.005,62 €	537,56 €	412,32 €

Tabelle 375: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	12,14 €	6,45 €	3,57 €	7,17 €	65,62 €	9,03 €	27,81 €	7,67 €	14,48 €	3,43 €
Standardabweichung	121,17 €	62,92 €	38,22 €	83,59 €	1.162,01 €	101,22 €	340,17 €	69,36 €	181,56 €	55,03 €
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	2.049 €	832 €	411 €	1.311 €	20.978 €	1.680 €	6.136 €	929 €	3.057 €	950 €

Tabelle 376: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	10	13	19	15	12	< 10
Mittelwert	15,63 €	14,03 €	6,16 €	14,31 €	18,78 €	9,27 €	25,10 €	13,32 €	12,08 €	12,12 €
Standardabweichung	100,60 €	81,05 €	51,10 €	78,02 €	118,47 €	40,69 €	111,56 €	58,03 €	59,64 €	76,58 €
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	1.176,77 €	672,80 €	634,31 €	591,93 €	1.359,99 €	275,53 €	871,80 €	444,78 €	541,00 €	694,13 €

Tabelle 377: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300
N mit Fall	13	12	14	14	12	18	18	22	14	11
Mittelwert	12,19 €	10,65 €	16,66 €	12,82 €	10,81 €	5,24 €	8,90 €	9,06 €	6,16 €	10,30 €
Standardabweichung	81,50 €	70,37 €	109,18 €	90,18 €	64,31 €	34,80 €	45,81 €	45,96 €	35,84 €	86,53 €
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	769,07 €	649,14 €	1.499,60 €	1.336,95 €	660,46 €	423,50 €	387,65 €	499,62 €	338,97 €	1.359,87 €

Tabelle 378: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177	
N mit Fall	187	194	180	168	145	191	199	185	174	144	
Mittelwert	543,04 €	505,40 €	515,27 €	504,27 €	254,45 €	539,49 €	528,95 €	533,90 €	521,35 €	251,47 €	
Standardabweichung	814,79 €	550,36 €	471,60 €	534,03 €	310,76 €	537,64 €	498,39 €	442,76 €	475,77 €	326,63 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	174,49 €	165,43 €	157,10 €	170,50 €	35,45 €	184,03 €	195,78 €	219,88 €	183,25 €	24,78 €	
Median	397,45 €	362,19 €	407,43 €	372,64 €	145,25 €	414,00 €	385,14 €	448,37 €	382,84 €	136,35 €	
75%-Perzentil	681,36 €	653,15 €	706,23 €	679,67 €	361,63 €	728,71 €	747,78 €	738,59 €	732,97 €	346,77 €	
Maximum	10.199 €	4.667 €	2.638 €	4.006 €	1.786 €	4.077 €	3.895 €	2.544 €	2.689 €	1.681 €	

Tabelle 379: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300	
N mit Fall	351	346	340	332	310	343	342	328	313	290	
Mittelwert	456,31 €	500,99 €	548,02 €	549,91 €	496,63 €	547,99 €	545,18 €	580,07 €	558,42 €	493,02 €	
Standardabweichung	371,15 €	387,62 €	585,51 €	462,81 €	472,29 €	988,65 €	560,22 €	550,37 €	525,61 €	576,29 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	204,56 €	231,85 €	228,94 €	236,50 €	185,53 €	247,57 €	230,46 €	217,94 €	230,27 €	169,26 €	
Median	377,98 €	423,10 €	431,28 €	450,25 €	375,29 €	398,55 €	414,34 €	459,60 €	457,60 €	368,57 €	
75%-Perzentil	588,62 €	670,83 €	683,31 €	726,57 €	680,02 €	612,36 €	677,50 €	771,90 €	710,27 €	635,49 €	
Maximum	3.818 €	2.916 €	7.978 €	3.740 €	3.623 €	17.086 €	5.519 €	4.994 €	4.582 €	5.230 €	

Tabelle 380: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177	
N mit Fall	154	158	153	149	137	166	172	164	146	141	
Mittelwert	720,48 €	603,46 €	853,54 €	1.111,51 €	1.141,21 €	895,43 €	575,84 €	951,92 €	1.023,98 €	831,26 €	
Standardabweichung	1.719,63 €	1.299,56 €	2.832,39 €	4.200,39 €	4.945,53 €	5.891,71 €	1.104,04 €	4.671,20 €	6.077,60 €	3.625,47 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	13,58 €	15,18 €	24,69 €	28,74 €	15,89 €	29,77 €	25,40 €	25,09 €	14,49 €	17,99 €	
Median	123,55 €	128,43 €	135,97 €	155,73 €	169,52 €	125,00 €	142,82 €	169,28 €	153,73 €	149,48 €	
75%-Perzentil	732,18 €	608,96 €	592,10 €	536,93 €	563,34 €	651,96 €	600,77 €	692,83 €	656,55 €	719,00 €	
Maximum	13.889 €	10.554 €	35.629 €	41.938 €	53.656 €	83.964 €	9.344 €	61.867 €	81.241 €	46.860 €	

Tabelle 381: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300	
N mit Fall	310	322	311	302	290	300	307	296	281	271	
Mittelwert	926,40 €	1.160,55 €	1.101,67 €	1.048,08 €	1.189,90 €	652,09 €	672,84 €	903,48 €	683,27 €	714,96 €	
Standardabweichung	4.295,60 €	6.202,80 €	4.891,07 €	3.544,90 €	3.990,35 €	1.301,72 €	1.447,26 €	2.984,82 €	1.384,21 €	1.506,03 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	58,93 €	60,05 €	81,33 €	84,33 €	78,64 €	49,09 €	48,88 €	56,98 €	59,21 €	53,97 €	
Median	249,09 €	295,46 €	288,57 €	324,88 €	318,37 €	192,60 €	195,26 €	230,90 €	262,26 €	225,27 €	
75%-Perzentil	958,57 €	897,23 €	972,11 €	1.011,56 €	1.123,58 €	684,60 €	679,05 €	813,82 €	740,07 €	751,19 €	
Maximum	71.151 €	100.970 €	75.736 €	55.858 €	54.853 €	13.790 €	19.268 €	44.921 €	15.111 €	17.263 €	

Tabelle 382: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	201	201	188	177	173	204	204	194	184	177	
N mit Fall	58	52	45	45	49	60	67	61	49	49	
Mittelwert	66,28 €	71,39 €	92,94 €	125,72 €	141,61 €	97,86 €	103,73 €	91,09 €	123,77 €	158,41 €	
Standardabweichung	176,03 €	205,60 €	246,63 €	362,53 €	394,18 €	264,09 €	222,12 €	262,92 €	550,02 €	539,34 €	
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	57,06 €	60,18 €	0,00 €	77,70 €	100,80 €	49,93 €	101,58 €	101,58 €	78,01 €	71,40 €	
Maximum	1.240,00 €	1.437,37 €	1.611,30 €	2.520,38 €	2.908,19 €	2.083,36 €	1.229,61 €	3.020,28 €	6.521,55 €	5.842,55 €	

Tabelle 383: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	353	353	345	336	326	348	348	333	317	300	
N mit Fall	109	128	132	116	110	79	75	79	85	82	
Mittelwert	235,81 €	310,76 €	318,57 €	334,14 €	401,39 €	111,09 €	134,10 €	113,02 €	135,81 €	173,62 €	
Standardabweichung	649,58 €	798,20 €	762,21 €	791,62 €	1.119,59 €	466,91 €	514,75 €	366,70 €	452,22 €	649,01 €	
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	91,80 €	147,60 €	203,16 €	207,44 €	210,73 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	52,92 €	69,55 €	
Maximum	5.215 €	6.865 €	5.594 €	6.258 €	12.784 €	4.193 €	4.899 €	3.331 €	3.543 €	7.094 €	

14.5.2 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Tabelle 384: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	976	980	987	986
Mittelwert	3.574,07 €	3.165,92 €	3.625,66 €	3.611,47 €
Standardabweichung	7.687,74 €	8.599,11 €	7.544,49 €	8.220,66 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	284,95 €	200,45 €	347,54 €	289,81 €
Median	1.003,18 €	780,60 €	1.139,76 €	905,97 €
75%-Perzentil	3.381,14 €	2.871,81 €	3.641,74 €	3.452,88 €
Maximum	108.384 €	136.370 €	89.237 €	138.651 €

Tabelle 385: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	362	285	354	321
Mittelwert	2.261,24 €	1.866,16 €	2.221,01 €	2.331,42 €
Standardabweichung	6.509,31 €	6.861,65 €	6.145,15 €	7.558,62 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.900,10 €	1.174,14 €	1.985,80 €	1.826,81 €
Maximum	105.855 €	132.657 €	80.370 €	138.397 €

Tabelle 386: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	11	11	10	13
Mittelwert	7,57 €	6,30 €	9,82 €	11,29 €
Standardabweichung	78,85 €	67,68 €	186,20 €	129,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.219,41 €	1.008,85 €	5.659,61 €	2.222,44 €

Tabelle 387: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	40	33	66	70
Mittelwert	9,02 €	8,61 €	11,96 €	20,33 €
Standardabweichung	63,87 €	56,98 €	60,92 €	128,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.176,77 €	672,80 €	705,11 €	2.580,73 €

Tabelle 388: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	970	951	979	959
Mittelwert	541,74 €	444,03 €	560,31 €	483,82 €
Standardabweichung	596,88 €	460,93 €	530,43 €	489,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	174,99 €	112,17 €	207,45 €	142,49 €
Median	403,56 €	315,58 €	431,42 €	349,49 €
75%-Perzentil	737,91 €	623,28 €	736,01 €	656,00 €
Maximum	10.199 €	4.667 €	5.226 €	3.895 €

Tabelle 389: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	818	820	847	855
Mittelwert	665,24 €	751,21 €	704,78 €	635,65 €
Standardabweichung	2.158,79 €	3.339,75 €	3.615,77 €	1.821,20 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	19,14 €	16,29 €	25,99 €	26,60 €
Median	103,44 €	114,96 €	116,72 €	122,72 €
75%-Perzentil	476,27 €	487,21 €	493,70 €	503,35 €
Maximum	32.026 €	69.163 €	83.964 €	23.758 €

Tabelle 390: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	1.016	1.016	1.016	1.016
N mit Fall	289	236	285	291
Mittelwert	89,26 €	89,61 €	117,78 €	128,96 €
Standardabweichung	297,21 €	349,38 €	434,15 €	469,24 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	60,56 €	0,00 €	63,19 €	91,44 €
Maximum	4.272,21 €	5.333,45 €	6.568,06 €	9.671,38 €

14.5.3 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Tabelle 391: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	737	752	692	747	753	704
Mittelwert	3.299,99 €	3.281,19 €	2.695,55 €	3.658,00 €	3.924,32 €	3.430,78 €
Standardabweichung	6.382,68 €	8.886,22 €	5.221,91 €	7.496,21 €	8.723,52 €	8.614,58 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	311,06 €	264,11 €	222,74 €	353,61 €	359,71 €	286,79 €
Median	1.003,18 €	956,82 €	742,27 €	1.211,53 €	1.076,30 €	907,78 €
75%-Perzentil	3.224,65 €	3.014,36 €	2.837,24 €	3.830,25 €	3.670,10 €	3.028,38 €
Maximum	64.986 €	136.370 €	56.500 €	89.237 €	138.651 €	119.891 €

Tabelle 392: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	270	229	198	280	258	210
Mittelwert	2.037,46 €	1.968,96 €	1.518,36 €	2.233,69 €	2.620,54 €	2.009,58 €
Standardabweichung	5.278,24 €	7.389,18 €	4.388,45 €	5.857,95 €	8.175,55 €	6.765,04 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.801,45 €	1.521,87 €	924,75 €	2.075,12 €	2.105,40 €	1.324,94 €
Maximum	57.696 €	132.657 €	55.562 €	80.370 €	138.397 €	98.740 €

Tabelle 393: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	< 10	< 10	10	< 10	11	10
Mittelwert	7,88 €	6,44 €	9,65 €	12,25 €	14,39 €	8,42 €
Standardabweichung	83,97 €	71,61 €	88,50 €	212,96 €	148,15 €	98,36 €
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	1.219,41 €	1.008,85 €	1.190,00 €	5.659,61 €	2.222,44 €	2.005,62 €

Tabelle 394: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	31	27	29	57	59	53
Mittelwert	9,85 €	9,43 €	13,36 €	12,88 €	21,78 €	23,34 €
Standardabweichung	70,07 €	61,13 €	91,35 €	60,85 €	136,06 €	178,66 €
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	1.176,77 €	672,80 €	1.360,35 €	705,11 €	2.580,73 €	3.315,58 €

Tabelle 395: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	732	748	663	741	746	667
Mittelwert	530,69 €	510,29 €	421,88 €	561,94 €	548,62 €	453,15 €
Standardabweichung	608,21 €	480,11 €	437,83 €	542,26 €	513,16 €	444,02 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	181,85 €	169,53 €	104,14 €	211,96 €	201,35 €	119,50 €
Median	402,03 €	384,67 €	295,70 €	437,86 €	412,34 €	321,60 €
75%-Perzentil	710,34 €	721,20 €	600,70 €	736,38 €	732,13 €	629,18 €
Maximum	10.199 €	4.667 €	2.638 €	5.226 €	3.895 €	2.544 €

Tabelle 396: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	617	625	598	641	656	619
Mittelwert	630,77 €	699,33 €	620,63 €	710,01 €	578,91 €	761,23 €
Standardabweichung	1.759,19 €	2.910,27 €	1.754,42 €	3.913,36 €	1.411,39 €	3.297,07 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	17,29 €	18,55 €	24,93 €	26,66 €	28,83 €	27,55 €
Median	106,53 €	131,14 €	130,79 €	119,72 €	133,30 €	142,24 €
75%-Perzentil	508,20 €	568,52 €	511,94 €	548,36 €	557,21 €	498,05 €
Maximum	32.026 €	69.163 €	35.629 €	83.964 €	16.937 €	61.867 €

Tabelle 397: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG			KG		
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	772	772	730	770	770	730
N mit Fall	219	180	186	228	235	225
Mittelwert	83,33 €	86,75 €	111,66 €	127,24 €	140,07 €	175,06 €
Standardabweichung	277,10 €	352,58 €	399,71 €	473,51 €	507,49 €	735,88 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	57,19 €	0,00 €	41,30 €	83,00 €	101,58 €	102,01 €
Maximum	4.272 €	5.333 €	6.286 €	6.568 €	9.671 €	11.763 €

14.5.4 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Tabelle 398: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	455	465	428	401	472	475	449	428
Mittelwert	3.358,18 €	3.509,10 €	2.983,38 €	3.307,70 €	3.740,50 €	3.957,68 €	3.617,28 €	3.413,70 €
Standardabweichung	6.393,02 €	9.092,85 €	5.825,98 €	9.215,68 €	7.628,96 €	9.097,62 €	9.410,57 €	9.526,05 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	292,23 €	270,83 €	262,00 €	180,21 €	314,42 €	337,19 €	358,69 €	273,06 €
Median	1.051,36 €	1.011,95 €	865,59 €	665,50 €	1.211,37 €	1.069,01 €	1.062,03 €	1.017,98 €
75%-Perzentil	3.493,35 €	3.408,94 €	3.078,30 €	2.995,79 €	3.801,80 €	3.745,00 €	3.235,60 €	3.206,99 €
Maximum	54.238 €	136.370 €	56.500 €	123.008 €	89.237 €	138.651 €	119.891 €	153.067 €

Tabelle 399: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	480	475	457	445	477	476	452	434
Mittelwert	3.071,74 €	3.526,28 €	4.352,40 €	3.839,20 €	2.636,98 €	3.379,31 €	3.747,25 €	3.231,47 €
Standardabweichung	6.551 €	8.365 €	15.047 €	8.640 €	4.644 €	6.066 €	8.481 €	6.560 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	394,71 €	470,53 €	436,51 €	453,55 €	403,42 €	420,27 €	406,04 €	348,80 €
Median	1.151,70 €	1.221,79 €	1.277,16 €	1.272,34 €	964,91 €	954,12 €	1.187,79 €	983,46 €
75%-Perzentil	3.064,76 €	3.663,66 €	3.649,97 €	3.936,97 €	3.134,16 €	3.107,14 €	3.225,16 €	3.080,76 €
Maximum	82.253 €	105.956 €	232.301 €	101.046 €	43.783 €	50.419 €	84.388 €	61.501 €

Tabelle 400: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	175	157	125	115	180	164	135	134
Mittelwert	2.065,59 €	2.244,77 €	1.678,23 €	1.976,35 €	2.258,38 €	2.666,05 €	2.140,45 €	2.012,19 €
Standardabweichung	5.166,37 €	8.542,86 €	4.910,83 €	7.891,60 €	5.426,05 €	8.602,64 €	7.393,83 €	8.280,25 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	1.943,14 €	1.919,42 €	1.295,96 €	1.561,36 €	2.163,66 €	2.144,56 €	1.351,85 €	1.844,51 €
Maximum	46.361 €	132.657 €	55.562 €	120.697 €	44.776 €	138.397 €	98.740 €	152.586 €

Tabelle 401: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	130	133	120	117	140	143	136	117
Mittelwert	1.431,70 €	1.671,82 €	2.369,06 €	1.908,95 €	1.344,42 €	2.006,11 €	2.208,79 €	1.726,13 €
Standardabweichung	4.043 €	5.347 €	12.480 €	6.246 €	3.555 €	4.954 €	7.334 €	4.652 €
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	892,55 €	1.134,74 €	828,02 €	945,46 €	1.427,73 €	1.468,32 €	1.662,99 €	1.140,40 €
Maximum	45.949 €	63.324 €	184.702 €	73.644 €	38.399 €	33.570 €	83.020 €	37.589 €

Tabelle 402: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	7,31 €	5,70 €	7,22 €	13,99 €	5,34 €	15,42 €	10,13 €	6,04 €
Standardabweichung	80,67 €	66,42 €	72,54 €	96,21 €	70,04 €	160,11 €	118,52 €	57,63 €
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	1.219,41 €	1.007,86 €	1.009,34 €	1.011,00 €	1.350,38 €	2.222,44 €	2.005,62 €	782,89 €

Tabelle 403: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	10,00 €	5,27 €	4,80 €	10,46 €	10,77 €	21,16 €	5,54 €	13,10 €
Standardabweichung	106,51 €	55,18 €	46,82 €	97,70 €	108,73 €	289,66 €	59,02 €	159,43 €
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	2.048,97 €	832,46 €	596,76 €	1.310,59 €	1.679,71 €	6.135,61 €	928,79 €	3.057,25 €

Tabelle 404: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	23	18	17	20	34	35	30	26
Mittelwert	11,59 €	10,75 €	13,62 €	16,97 €	11,15 €	18,45 €	9,84 €	16,75 €
Standardabweichung	78,03 €	66,40 €	91,86 €	97,52 €	50,53 €	88,28 €	48,49 €	108,15 €
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	1.176,77 €	672,80 €	1.360,35 €	1.323,72 €	561,95 €	871,80 €	444,78 €	1.847,02 €

Tabelle 405: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	18	16	18	16	23	22	30	19
Mittelwert	10,15 €	9,20 €	16,39 €	11,05 €	4,45 €	7,39 €	8,38 €	5,34 €
Standardabweichung	71,11 €	64,57 €	108,61 €	81,39 €	30,46 €	40,64 €	43,20 €	31,94 €
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	769,07 €	649,14 €	1.499,60 €	1.336,95 €	423,50 €	387,65 €	499,62 €	338,97 €

Tabelle 406: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	451	462	426	375	467	470	444	403
Mittelwert	525,03 €	523,71 €	516,64 €	370,00 €	552,31 €	543,42 €	557,67 €	413,96 €
Standardabweichung	629,40 €	514,42 €	467,36 €	470,80 €	567,36 €	508,40 €	472,03 €	586,67 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	175,05 €	169,27 €	182,02 €	78,49 €	199,45 €	186,93 €	217,33 €	79,92 €
Median	394,21 €	384,35 €	394,48 €	228,76 €	417,59 €	406,32 €	451,98 €	255,75 €
75%-Perzentil	732,32 €	744,71 €	724,67 €	512,51 €	725,49 €	746,14 €	768,65 €	570,30 €
Maximum	10.199 €	4.667 €	2.638 €	4.006 €	5.226 €	3.895 €	2.544 €	8.929 €

Tabelle 407: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	479	474	457	439	476	473	452	428
Mittelwert	483,95 €	513,09 €	573,27 €	560,73 €	561,53 €	572,07 €	590,64 €	538,16 €
Standardabweichung	410,63 €	403,35 €	598,20 €	578,56 €	894,28 €	646,95 €	601,90 €	564,22 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	216,87 €	227,23 €	235,17 €	219,36 €	240,74 €	220,46 €	214,38 €	197,80 €
Median	386,97 €	433,93 €	432,58 €	424,90 €	405,01 €	428,52 €	449,75 €	401,85 €
75%-Perzentil	602,31 €	681,60 €	740,08 €	730,60 €	649,56 €	707,69 €	773,85 €	684,59 €
Maximum	3.818 €	2.916 €	7.978 €	6.159 €	17.086 €	6.561 €	4.994 €	4.582 €

Tabelle 408: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	375	388	364	358	407	412	396	369
Mittelwert	685,04 €	658,25 €	679,15 €	815,64 €	800,48 €	596,50 €	760,57 €	788,08 €
Standardabweichung	1.995,81 €	1.582,24 €	1.978,11 €	2.919,58 €	4.745,10 €	1.237,26 €	3.201,48 €	4.050,90 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	15,27 €	20,53 €	18,91 €	26,18 €	30,04 €	26,54 €	29,11 €	26,32 €
Median	128,62 €	135,28 €	141,91 €	131,09 €	124,86 €	144,97 €	160,44 €	142,99 €
75%-Perzentil	606,24 €	608,96 €	543,11 €	586,50 €	597,75 €	588,06 €	621,66 €	634,81 €
Maximum	32.026 €	18.288 €	35.629 €	41.938 €	83.964 €	14.174 €	61.867 €	81.241 €

Tabelle 409: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	423	432	414	399	413	425	402	381
Mittelwert	935,48 €	1.061,90 €	1.117,45 €	1.053,28 €	609,40 €	650,88 €	824,37 €	812,93 €
Standardabweichung	3.937,71 €	5.413,09 €	4.871,95 €	3.786,07 €	1.223,03 €	1.364,11 €	2.618,85 €	3.144,49 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	56,95 €	61,01 €	81,62 €	70,34 €	42,46 €	44,30 €	45,36 €	47,67 €
Median	241,23 €	274,55 €	285,63 €	265,86 €	184,64 €	191,76 €	199,86 €	231,92 €
75%-Perzentil	882,71 €	842,05 €	892,73 €	908,58 €	661,32 €	635,78 €	765,90 €	705,08 €
Maximum	71.151 €	100.970 €	75.736 €	55.858 €	13.790 €	19.268 €	44.921 €	59.499 €

Tabelle 410: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	477	477	448	426	489	489	464	445
N mit Fall	134	112	108	111	143	154	148	121
Mittelwert	63,62 €	65,91 €	88,53 €	114,75 €	112,85 €	117,85 €	138,62 €	176,68 €
Standardabweichung	173,35 €	215,13 €	289,59 €	340,24 €	404,29 €	301,33 €	534,43 €	785,89 €
Minimum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	50,16 €	0,00 €	0,00 €	65,20 €	78,40 €	101,58 €	101,58 €	77,70 €
Maximum	1.348 €	2.725 €	4.010 €	3.378 €	6.568 €	3.126 €	7.200 €	10.021 €

Tabelle 411: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Erwachsene

Gruppe	IG				KG			
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	485	485	467	452	484	484	461	441
N mit Fall	149	174	175	145	114	110	109	120
Mittelwert	200,46 €	264,99 €	271,43 €	294,72 €	106,42 €	121,70 €	109,54 €	135,82 €
Standardabweichung	572,21 €	707,95 €	682,23 €	798,56 €	423,70 €	455,81 €	347,55 €	434,76 €
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	93,90 €	145,74 €	156,95 €	132,12 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	63,48 €
Maximum	5.214,72 €	6.865,36 €	5.594,40 €	7.498,44 €	4.192,59 €	4.899,16 €	3.331,45 €	3.543,02 €

14.5.5 Zusatztabelle Patientenmix, Erwachsene

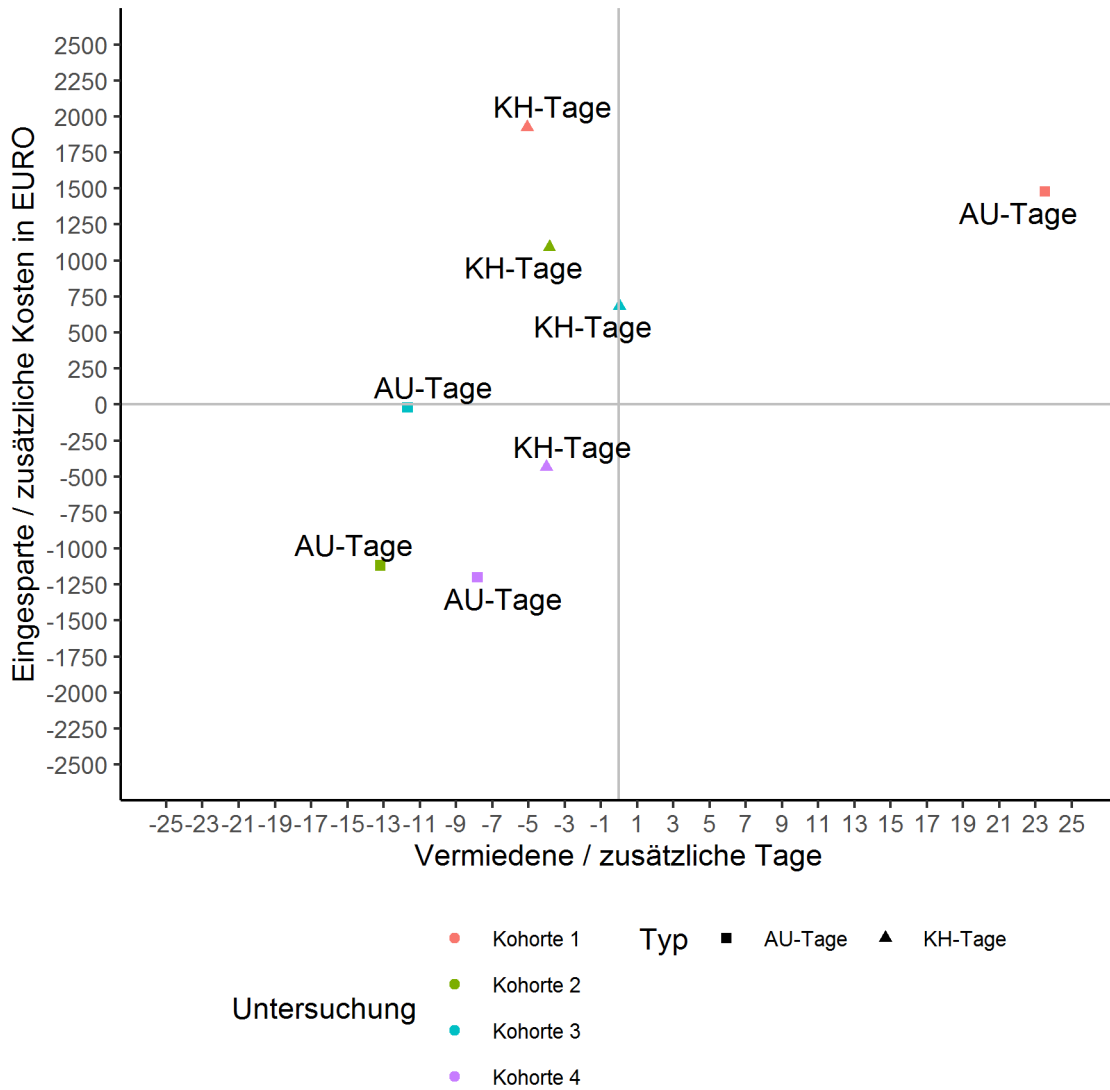
Tabelle 412: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting, Erwachsene

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	13	408	0,785	26	407	0,048	37	420	<0,001	29	447	0,176	23	448	0,841	26	419	0,304
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	16	229	0,401	57	660	<0,001	49	664	0,003	39	630	0,176	66	664	<0,001	50	654	0,002
vs+PIA	54	1.414	0,785	60	1.929	0,190	96	1.905	0,559	93	2.046	1,000	80	2.165	0,725	98	2.036	0,616
vs+HT																		
TK+PIA	<10	444	0,014	<10	640	0,004	10	626	0,003	14	749	0,006	13	728	0,007	13	688	0,006
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	68	2.849	<0,001	241	8.061	<0,001	266	8.393	<0,001	252	8.491	<0,001	298	8.713	<0,001	285	8.231	<0,001
TK	<10	256	0,785	41	1.116	0,807	50	1.155	0,845	58	1.253	1,000	58	1.320	0,841	69	1.204	0,199
PIA	399	7.142	<0,001	456	10.198	<0,001	553	10.436	<0,001	600	11.067	<0,001	539	11.464	0,006	603	11.884	0,002
HT																		
Gesamtergebnis	563	12.742	<0,001	889	23.011	<0,001	1.061	23.599	<0,001	1.085	24.683	<0,001	1.077	25.502	<0,001	1.144	25.116	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

14.5.6 Zusatztabelle Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten, Erwachsene

Abbildung 171: Effizienz für vollstationäre Behandlungs- und AU-Tage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten), Erwachsene



Ergebnisse Kosten, Kinder und Jugendliche

14.5.7 Somatische Versorgungskosten (U1) Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 413: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98	98
N mit Fall	92	94	91	94	90	95	97	97	93	85	85
Mittelwert	1.472,70 €	1.133,89 €	1.340,16 €	2.669,55 €	917,23 €	799,70 €	770,57 €	1.031,57 €	1.189,72 €	718,22 €	718,22 €
Standardabweichung	3.775 €	2.965 €	4.852 €	13.820 €	1.756 €	1.523 €	1.434 €	3.764 €	4.139 €	1.489 €	1.489 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	178,05 €	166,46 €	136,60 €	167,42 €	85,17 €	144,06 €	122,88 €	122,87 €	123,85 €	48,19 €	48,19 €
Median	451,30 €	334,57 €	354,69 €	370,83 €	210,94 €	277,99 €	252,56 €	281,16 €	299,07 €	197,60 €	197,60 €
75%-Perzentil	1.432,25 €	879,31 €	1.302,15 €	1.371,02 €	695,13 €	554,53 €	768,56 €	653,90 €	649,14 €	507,16 €	507,16 €
Maximum	31.178 €	25.270 €	46.802 €	131.137 €	11.337 €	9.744 €	10.046 €	35.209 €	40.057 €	10.486 €	10.486 €

Tabelle 414: Direkte somatische Versorgungskosten, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279	279
N mit Fall	295	294	293	286	276	278	275	274	272	265	265
Mittelwert	994,15 €	1.164,69 €	1.019,31 €	902,79 €	818,78 €	1.053,54 €	1.156,22 €	845,55 €	827,96 €	1.233,14 €	1.233,14 €
Standardabweichung	2.013,51 €	2.271,97 €	2.186,61 €	1.822,73 €	1.600,71 €	2.939,18 €	6.137,90 €	1.504,29 €	1.492,59 €	3.764,10 €	3.764,10 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	173,01 €	192,45 €	147,80 €	110,61 €	85,69 €	183,14 €	159,82 €	148,25 €	154,18 €	94,45 €	94,45 €
Median	436,24 €	477,59 €	361,94 €	256,94 €	205,35 €	441,61 €	371,23 €	314,71 €	299,93 €	248,33 €	248,33 €
75%-Perzentil	1.221,80 €	1.319,35 €	946,47 €	880,82 €	615,19 €	1.256,97 €	979,87 €	853,95 €	836,58 €	882,10 €	882,10 €
Maximum	25.895 €	22.696 €	20.298 €	19.443 €	12.044 €	44.718 €	101.438 €	14.832 €	12.310 €	37.390 €	37.390 €

Tabelle 415: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98	98
N mit Fall	23	17	16	20	14	10	12	15	16	16	16
Mittelwert	652,55 €	486,75 €	362,98 €	1.808,13 €	364,60 €	302,13 €	301,21 €	599,72 €	774,55 €	393,96 €	393,96 €
Standardabweichung	2.027 €	1.520 €	925 €	13.197 €	1.017 €	1.042 €	1.108 €	3.526 €	3.892 €	1.175 €	1.175 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	17.359 €	10.046 €	4.825 €	128.714 €	5.045 €	5.744 €	8.739 €	34.151 €	37.627 €	8.392 €	8.392 €

Tabelle 416: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279	279
N mit Fall	41	50	35	45	38	40	25	34	35	43	43
Mittelwert	269,77 €	431,78 €	378,72 €	381,11 €	384,99 €	423,75 €	545,69 €	307,97 €	327,35 €	547,03 €	547,03 €
Standardabweichung	827,66 €	1.555,55 €	1.449,26 €	1.136,51 €	1.244,37 €	2.617,68 €	5.964,51 €	1.091,90 €	1.161,76 €	2.451,91 €	2.451,91 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	6.300 €	21.873 €	11.449 €	8.767 €	9.052 €	40.057 €	98.708 €	10.939 €	11.490 €	27.473 €	27.473 €

Tabelle 417: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,61 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	35,79 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	354,27 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 418: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279	279
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,79 €	0,94 €	0,00 €	10,46 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	36,99 €	15,70 €	0,00 €	174,66 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	433,86 €	262,32 €	0,00 €	2.917,35 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 419: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98	98
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	6,55 €	4,15 €	7,24 €	11,18 €	9,17 €	3,56 €	6,34 €	11,66 €	12,87 €	32,39 €	
Standardabweichung	45,58 €	31,95 €	40,95 €	62,62 €	63,39 €	21,26 €	28,59 €	55,55 €	95,12 €	224,09 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	434,27 €	297,24 €	277,89 €	405,00 €	490,00 €	156,11 €	214,32 €	391,96 €	930,29 €	2.142,08 €	

Tabelle 420: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279	279
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	22	14	< 10	14	17	
Mittelwert	1,31 €	4,58 €	2,08 €	4,36 €	4,12 €	9,87 €	5,23 €	3,60 €	10,39 €	12,41 €	
Standardabweichung	16,30 €	37,21 €	15,87 €	34,50 €	31,85 €	43,18 €	27,66 €	21,20 €	72,15 €	78,82 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	268,60 €	437,41 €	168,74 €	333,94 €	405,00 €	442,72 €	319,19 €	207,21 €	1.017,14 €	1.167,59 €	

Tabelle 421: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	98	98	98	98	98	98
N mit Fall	92	92	90	94	78	95	97	97	91	71	
Mittelwert	280,87 €	261,63 €	261,64 €	286,71 €	153,49 €	251,50 €	223,52 €	283,14 €	270,75 €	143,42 €	
Standardabweichung	221,88 €	238,07 €	223,24 €	246,50 €	185,51 €	235,10 €	191,22 €	349,52 €	251,30 €	195,53 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	118,65 €	119,63 €	112,10 €	126,60 €	32,96 €	99,80 €	103,83 €	94,74 €	93,01 €	0,00 €	
Median	236,70 €	197,47 €	183,08 €	206,02 €	89,56 €	186,00 €	178,06 €	182,41 €	208,93 €	83,82 €	
75%-Perzentil	376,84 €	333,78 €	358,39 €	372,63 €	197,32 €	310,69 €	289,93 €	298,95 €	362,87 €	215,57 €	
Maximum	981,11 €	1.588,25 €	1.308,96 €	1.243,28 €	1.145,79 €	1.389,66 €	1.112,17 €	2.397,83 €	1.337,96 €	1.242,51 €	

Tabelle 422: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall		294	292	291	286	261	278	273	271	268	253
Mittelwert		241,43 €	260,57 €	258,83 €	226,39 €	193,62 €	252,58 €	231,67 €	246,70 €	254,23 €	193,89 €
Standardabweichung		187,60 €	238,99 €	261,35 €	214,58 €	227,07 €	232,11 €	193,30 €	233,54 €	228,00 €	231,33 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		112,38 €	116,43 €	101,41 €	85,73 €	57,39 €	123,95 €	107,80 €	102,06 €	108,31 €	55,31 €
Median		190,70 €	186,77 €	182,52 €	174,56 €	136,57 €	196,18 €	182,61 €	181,63 €	189,64 €	128,78 €
75%-Perzentil		314,96 €	319,28 €	341,27 €	296,13 €	251,48 €	307,65 €	298,32 €	316,98 €	345,53 €	250,74 €
Maximum		1.229,51 €	2.027,16 €	1.821,26 €	1.596,60 €	1.551,94 €	2.360,65 €	1.224,07 €	2.009,49 €	1.711,08 €	2.368,97 €

Tabelle 423: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		96	96	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall		74	81	82	83	68	84	84	81	82	70
Mittelwert		400,12 €	270,46 €	566,48 €	398,03 €	179,91 €	122,43 €	129,10 €	102,24 €	101,51 €	117,69 €
Standardabweichung		3.101,82 €	2.087,08 €	4.742,82 €	2.985,92 €	824,81 €	532,31 €	535,75 €	426,36 €	308,34 €	527,79 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		4,41 €	9,34 €	13,10 €	15,52 €	0,00 €	10,50 €	11,87 €	10,04 €	13,59 €	0,00 €
Median		51,06 €	31,21 €	40,11 €	46,06 €	38,68 €	40,17 €	36,41 €	35,87 €	32,41 €	28,44 €
75%-Perzentil		111,59 €	90,07 €	100,32 €	115,22 €	99,04 €	80,21 €	98,19 €	84,55 €	84,99 €	91,32 €
Maximum		30.448 €	20.495 €	46.284 €	29.136 €	7.638 €	5.151 €	5.230 €	4.221 €	2.797 €	5.185 €

Tabelle 424: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N		299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall		269	257	248	231	217	243	234	231	226	211
Mittelwert		228,33 €	196,73 €	196,74 €	159,43 €	97,64 €	103,49 €	105,18 €	113,36 €	116,10 €	292,74 €
Standardabweichung		1.684,02 €	1.357,23 €	1.482,38 €	1.211,05 €	666,68 €	258,74 €	238,47 €	275,86 €	248,10 €	1.858,11 €
Minimum		0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil		11,68 €	9,43 €	4,38 €	1,04 €	0,00 €	12,70 €	7,16 €	6,82 €	2,34 €	1,72 €
Median		34,79 €	34,49 €	30,50 €	24,30 €	19,50 €	39,23 €	30,84 €	33,28 €	34,23 €	29,31 €
75%-Perzentil		80,35 €	78,50 €	79,46 €	68,42 €	58,80 €	94,63 €	91,90 €	84,22 €	88,32 €	99,54 €
Maximum		23.438 €	17.266 €	19.483 €	18.552 €	11.201 €	2.492 €	2.429 €	2.551 €	1.931 €	27.364 €

Tabelle 425: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG					
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr
N	96	96	95	95	95	95	98	98	98	98	98
N mit Fall	22	17	15	18	17	17	17	19	12	10	< 10
Mittelwert	132,61 €	110,90 €	141,82 €	165,51 €	210,04 €	120,09 €	106,80 €	34,83 €	30,04 €	30,76 €	
Standardabweichung	340,30 €	334,61 €	402,16 €	595,83 €	767,54 €	371,31 €	309,58 €	134,06 €	127,71 €	182,02 €	
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	1.438,97 €	1.752,38 €	2.200,83 €	3.322,70 €	5.715,91 €	1.774,51 €	2.049,57 €	766,38 €	937,16 €	1.656,59 €	

Tabelle 426: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U1) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten Modelljahr und vierjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG					KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	299	299	298	298	297	279	279	279	279	279
N mit Fall	95	98	80	49	42	89	87	53	37	45
Mittelwert	253,32 €	271,03 €	182,94 €	131,50 €	138,41 €	260,07 €	267,52 €	173,93 €	109,43 €	187,07 €
Standardabweichung	487,55 €	530,57 €	424,80 €	390,84 €	536,06 €	557,43 €	625,09 €	597,45 €	505,10 €	847,66 €
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	328,60 €	293,69 €	88,62 €	0,00 €	0,00 €	336,60 €	140,52 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.607,53 €	3.099,05 €	2.838,49 €	2.170,20 €	3.661,74 €	4.479,10 €	4.583,40 €	4.999,11 €	5.866,87 €	7.722,00 €

14.5.8 Somatische Versorgungskosten (U2), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 427: Direkte somatische Versorgungskosten, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	613	614	615	603
Mittelwert	1.264,07 €	976,35 €	960,65 €	939,41 €
Standardabweichung	6.141,06 €	3.296,02 €	1.595,60 €	2.364,29 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	173,27 €	146,42 €	167,19 €	125,40 €
Median	352,94 €	332,45 €	343,66 €	287,92 €
75%-Perzentil	1.166,04 €	958,80 €	1.140,73 €	894,33 €
Maximum	143.940 €	73.115 €	18.397 €	41.961 €

Tabelle 428: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	128	99	106	84
Mittelwert	713,35 €	450,96 €	422,15 €	369,48 €
Standardabweichung	5.447,39 €	2.656,89 €	1.288,55 €	1.442,53 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	129.741 €	61.411 €	17.243 €	20.893 €

Tabelle 429: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	0,58 €	60,50 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	14,63 €	1.453,08 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0 €	0 €	366 €	36.347 €

Tabelle 430: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	24	19	39	40
Mittelwert	9,34 €	18,24 €	15,45 €	35,79 €
Standardabweichung	114,74 €	181,67 €	114,73 €	246,32 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	2.756,12 €	3.171,92 €	2.094,85 €	4.085,20 €

Tabelle 431: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	612	582	614	589
Mittelwert	271,20 €	218,22 €	275,29 €	229,64 €
Standardabweichung	217,24 €	216,47 €	229,55 €	216,70 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	118,65 €	74,90 €	120,58 €	84,49 €
Median	218,84 €	164,80 €	219,06 €	167,41 €
75%-Perzentil	366,07 €	287,01 €	361,61 €	303,64 €
Maximum	1.437,24 €	1.718,93 €	1.908,86 €	1.773,57 €

Tabelle 432: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	507	512	505	495
Mittelwert	148,14 €	120,69 €	123,98 €	125,41 €
Standardabweichung	1.307,07 €	849,78 €	395,78 €	381,17 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	12,49 €	10,77 €	8,53 €	3,99 €
Median	37,44 €	40,52 €	35,07 €	37,44 €
75%-Perzentil	95,02 €	92,98 €	85,30 €	103,85 €
Maximum	30.448 €	20.495 €	5.151 €	5.230 €

Tabelle 433: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U2) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis vierten Modelljahr und einjähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG		KG	
	Präzeitraum	1. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	626	626	626	626
N mit Fall	116	134	115	106
Mittelwert	122,04 €	168,24 €	123,19 €	118,60 €
Standardabweichung	414,81 €	538,97 €	414,01 €	428,96 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	5.366,12 €	5.638,22 €	4.486,72 €	4.819,04 €

14.5.9 Somatische Versorgungskosten (U3), klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 434: Direkte somatische Versorgungskosten, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	438	440	424	450	450	437
Mittelwert	1.321,91 €	1.055,18 €	957,08 €	994,74 €	955,00 €	897,53 €
Standardabweichung	7.060,02 €	3.825,07 €	2.672,40 €	1.706,58 €	2.475,90 €	2.280,09 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	180,91 €	172,06 €	116,09 €	166,86 €	140,56 €	122,83 €
Median	401,02 €	355,70 €	301,83 €	354,40 €	313,95 €	261,05 €
75%-Perzentil	1.145,53 €	958,56 €	923,18 €	1.169,78 €	877,45 €	789,25 €
Maximum	143.940 €	73.115 €	46.802 €	18.397 €	41.961 €	35.209 €

Tabelle 435: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	95	74	65	80	64	64
Mittelwert	753,33 €	511,01 €	354,35 €	446,64 €	356,52 €	447,27 €
Standardabweichung	6.245,76 €	3.091,33 €	1.298,38 €	1.376,73 €	1.254,68 €	2.030,08 €
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	129.741 €	61.411 €	20.619 €	17.243 €	14.774 €	34.151 €

Tabelle 436: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	1,30 €	0,80 €	82,51 €	0,83 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	27,39 €	17,09 €	1.696,91 €	17,68 €
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	0 €	0 €	579 €	366 €	36.347 €	379 €

Tabelle 437: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	19	12	14	32	32	31
Mittelwert	10,67 €	15,90 €	13,77 €	18,67 €	27,24 €	32,17 €
Standardabweichung	133,06 €	183,48 €	143,52 €	128,53 €	167,41 €	216,35 €
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	2.756,12 €	3.171,92 €	2.672,82 €	2.094,85 €	1.690,69 €	3.234,54 €

Tabelle 438: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	437	437	407	449	449	420
Mittelwert	271,54 €	252,32 €	204,79 €	277,84 €	257,89 €	215,46 €
Standardabweichung	210,70 €	230,13 €	204,46 €	241,17 €	221,02 €	243,44 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	123,74 €	106,64 €	61,97 €	117,78 €	107,16 €	67,73 €
Median	220,22 €	192,18 €	151,22 €	217,81 €	190,23 €	148,39 €
75%-Perzentil	373,74 €	309,27 €	289,05 €	363,09 €	349,30 €	283,18 €
Maximum	1.437,24 €	1.718,93 €	1.511,87 €	1.908,86 €	1.773,57 €	2.397,83 €

Tabelle 439: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	371	361	372	377	375	358
Mittelwert	178,82 €	135,08 €	193,13 €	123,94 €	129,32 €	106,93 €
Standardabweichung	1.543,08 €	1.000,79 €	2.197,12 €	405,97 €	405,72 €	314,84 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	13,31 €	8,00 €	12,61 €	11,80 €	7,48 €	7,10 €
Median	39,98 €	36,49 €	37,45 €	37,38 €	38,75 €	36,19 €
75%-Perzentil	95,28 €	95,80 €	99,08 €	85,10 €	105,52 €	104,20 €
Maximum	30.448 €	20.495 €	46.284 €	5.151 €	5.230 €	4.221 €

Tabelle 440: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U3) klinikneue Patienten im ersten bis dritten Modelljahr und zweijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG			KG		
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr
N	448	448	447	459	459	459
N mit Fall	90	90	83	88	75	70
Mittelwert	107,55 €	140,86 €	189,75 €	126,85 €	101,52 €	94,88 €
Standardabweichung	308,84 €	474,54 €	594,64 €	412,41 €	391,43 €	393,29 €
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	2.251,52 €	5.638,22 €	5.338,80 €	4.486,72 €	4.819,04 €	4.146,00 €

14.5.10 Somatische Versorgungskosten (U4) Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Tabelle 441: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	264	265	257	256	268	267	264	247	
Mittelwert	1.056,35 €	858,12 €	933,59 €	1.354,39 €	835,71 €	819,50 €	940,86 €	983,99 €	
Standardabweichung	2.410,88 €	1.908,01 €	2.981,89 €	8.290,93 €	1.378,74 €	1.521,40 €	2.717,49 €	3.084,38 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	187,54 €	159,65 €	144,89 €	87,84 €	151,72 €	131,31 €	135,20 €	69,11 €	
Median	429,49 €	359,67 €	329,79 €	233,07 €	317,08 €	274,63 €	274,52 €	210,11 €	
75%-Perzentil	1.171,09 €	887,32 €	930,50 €	712,93 €	827,52 €	796,20 €	689,86 €	572,93 €	
Maximum	31.178 €	25.270 €	46.802 €	131.137 €	9.744 €	12.922 €	35.209 €	40.057 €	

Tabelle 442: Direkte somatische Versorgungskosten, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	
N mit Fall	450	451	446	439	445	441	435	428	
Mittelwert	913,50 €	1.085,23 €	987,56 €	827,38 €	1.025,41 €	989,59 €	727,29 €	747,65 €	
Standardabweichung	1.768,47 €	1.989,68 €	1.956,91 €	1.603,38 €	2.526,79 €	4.884,32 €	1.276,57 €	1.323,31 €	
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
25%-Perzentil	168,54 €	187,08 €	133,17 €	98,71 €	184,58 €	157,60 €	141,44 €	143,17 €	
Median	386,97 €	437,35 €	338,91 €	236,00 €	421,84 €	351,60 €	283,76 €	295,05 €	
75%-Perzentil	1.093,93 €	1.330,54 €	1.011,96 €	890,03 €	1.226,24 €	916,63 €	729,42 €	715,24 €	
Maximum	25.895 €	22.696 €	20.298 €	19.443 €	44.718 €	101.438 €	14.832 €	12.310 €	

Tabelle 443: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	
N mit Fall	57	44	40	43	34	36	36	35	
Mittelwert	468,92 €	348,05 €	304,22 €	798,07 €	295,20 €	317,57 €	475,52 €	539,76 €	
Standardabweichung	1.386,55 €	1.083,79 €	818,77 €	7.873,92 €	930,53 €	1.092,29 €	2.444,17 €	2.728,62 €	
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	17.359 €	10.046 €	4.825 €	128.714 €	7.423 €	10.666 €	34.151 €	37.627 €	

Tabelle 444: Kosten vollstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	58	73	57	64	65	46	47	50	50
Mittelwert	266,32 €	411,08 €	374,58 €	325,67 €	425,14 €	428,66 €	242,74 €	286,70 €	286,70 €
Standardabweichung	866,09 €	1.420,01 €	1.337,09 €	1.029,54 €	2.261,49 €	4.731,29 €	923,51 €	1.038,06 €	1.038,06 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	7.272 €	21.873 €	11.449 €	8.767 €	40.057 €	98.708 €	10.939 €	11.490 €	11.490 €

Tabelle 445: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	0,00 €	0,00 €	2,15 €	0,00 €	1,34 €	3,87 €	1,39 €	0,00 €	0,00 €
Standardabweichung	0,00 €	0,00 €	35,31 €	0,00 €	22,16 €	47,47 €	22,92 €	0,00 €	0,00 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	0,00 €	0,00 €	579,12 €	0,00 €	366,09 €	701,13 €	378,69 €	0,00 €	0,00 €

Tabelle 446: Kosten teilstationär somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10	< 10
Mittelwert	2,83 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	3,32 €	2,82 €	0,17 €	6,53 €	6,53 €
Standardabweichung	60,37 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	33,68 €	34,15 €	3,61 €	137,99 €	137,99 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.289,21 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	433,86 €	569,20 €	76,27 €	2.917,35 €	2.917,35 €

Tabelle 447: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	12	< 10	< 10	13	15	14	14	18	18
Mittelwert	5,64 €	13,26 €	9,15 €	17,24 €	18,58 €	23,00 €	35,33 €	32,37 €	32,37 €
Standardabweichung	34,39 €	136,55 €	83,59 €	111,63 €	146,93 €	151,56 €	245,61 €	221,97 €	221,97 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	434,27 €	2.120,96 €	1.270,97 €	1.544,68 €	2.094,85 €	1.511,90 €	3.234,54 €	2.656,55 €	2.656,55 €

Tabelle 448: Kosten sonstiger im KH erbrachter somatischer Leistungen, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	< 10	13	13	11	31	20	13	21	21
Mittelwert	2,06 €	4,73 €	4,65 €	5,19 €	10,09 €	4,79 €	3,96 €	9,00 €	9,00 €
Standardabweichung	18,31 €	35,39 €	33,94 €	35,04 €	57,75 €	27,11 €	26,85 €	61,14 €	61,14 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	268,60 €	437,41 €	450,45 €	333,94 €	947,63 €	319,19 €	380,70 €	1.017,14 €	1.017,14 €

Tabelle 449: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	264	263	256	236	267	267	264	224	224
Mittelwert	271,07 €	243,95 €	246,54 €	193,60 €	268,69 €	233,55 €	260,59 €	174,80 €	174,80 €
Standardabweichung	206,28 €	224,71 €	205,76 €	218,85 €	248,33 €	196,49 €	276,01 €	226,45 €	226,45 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	126,30 €	99,69 €	108,02 €	49,68 €	109,52 €	96,75 €	94,24 €	25,39 €	25,39 €
Median	226,52 €	188,21 €	190,18 €	126,12 €	205,07 €	178,47 €	186,43 €	96,49 €	96,49 €
75%-Perzentil	374,82 €	300,85 €	344,62 €	259,28 €	336,01 €	315,46 €	324,08 €	233,57 €	233,57 €
Maximum	1.437,24 €	1.588,25 €	1.308,96 €	1.243,28 €	1.908,86 €	1.112,17 €	2.397,83 €	1.337,96 €	1.337,96 €

Tabelle 450: Kosten vertragsärztlicher somatischer Versorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	448	446	442	423	444	439	432	415	415
Mittelwert	237,67 €	258,76 €	253,66 €	206,04 €	246,92 €	225,82 €	232,16 €	225,76 €	225,76 €
Standardabweichung	181,27 €	249,98 €	253,71 €	214,84 €	222,27 €	188,22 €	210,39 €	212,34 €	212,34 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	111,05 €	113,61 €	93,48 €	59,11 €	121,31 €	102,64 €	103,25 €	90,61 €	90,61 €
Median	192,91 €	191,59 €	178,65 €	152,37 €	193,45 €	177,53 €	178,08 €	175,01 €	175,01 €
75%-Perzentil	312,34 €	316,92 €	334,42 €	270,76 €	307,99 €	298,10 €	297,94 €	301,30 €	301,30 €
Maximum	1.229,51 €	2.052,80 €	1.821,26 €	1.596,60 €	2.360,65 €	1.307,60 €	2.009,49 €	1.711,08 €	1.711,08 €

Tabelle 451: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	224	222	228	217	227	223	212	212	212
Mittelwert	204,51 €	156,92 €	249,80 €	191,38 €	114,92 €	128,85 €	101,80 €	126,72 €	126,72 €
Standardabweichung	1.853,47 €	1.248,89 €	2.820,29 €	1.777,59 €	452,58 €	463,54 €	365,97 €	681,87 €	681,87 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	14,98 €	10,86 €	13,16 €	12,59 €	10,08 €	4,16 €	4,95 €	5,09 €	5,09 €
Median	43,98 €	36,84 €	37,10 €	43,60 €	33,98 €	35,73 €	31,00 €	34,31 €	34,31 €
75%-Perzentil	102,83 €	94,95 €	90,07 €	105,96 €	78,16 €	98,98 €	96,12 €	91,84 €	91,84 €
Maximum	30.448 €	20.495 €	46.284 €	29.136 €	5.151 €	5.230 €	4.221 €	10.779 €	10.779 €

Tabelle 452: Kosten der somatischen Arzneimittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	405	401	386	355	391	380	364	356	356
Mittelwert	178,86 €	165,39 €	173,77 €	136,20 €	91,97 €	102,70 €	104,17 €	110,07 €	110,07 €
Standardabweichung	1.368,56 €	1.110,26 €	1.220,80 €	990,57 €	219,03 €	247,18 €	268,18 €	255,68 €	255,68 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	11,51 €	9,38 €	5,09 €	1,30 €	13,16 €	7,97 €	6,35 €	2,92 €	2,92 €
Median	34,80 €	36,77 €	31,93 €	27,60 €	34,97 €	29,33 €	32,53 €	34,19 €	34,19 €
75%-Perzentil	84,24 €	82,85 €	86,28 €	69,58 €	86,01 €	85,86 €	93,26 €	88,13 €	88,13 €
Maximum	23.438 €	17.266 €	19.483 €	18.552 €	2.492 €	2.429 €	2.551 €	2.123 €	2.123 €

Tabelle 453: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikneue Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	270	270	269	269	273	273	273	273	273
N mit Fall	53	53	41	41	54	46	35	37	37
Mittelwert	106,20 €	95,94 €	121,73 €	154,10 €	136,98 €	112,66 €	66,23 €	110,34 €	110,34 €
Standardabweichung	290,39 €	279,92 €	372,13 €	579,32 €	438,83 €	443,02 €	339,73 €	439,56 €	439,56 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Maximum	1.438,97 €	1.776,16 €	2.200,83 €	4.113,61 €	4.486,72 €	4.819,04 €	4.146,00 €	3.000,60 €	3.000,60 €

Tabelle 454: Kosten der somatischen Heilmittelversorgung, (U4) klinikbekannte Patienten mit Referenzfall im ersten bis zweiten Modelljahr und dreijähriger Nachbeobachtung, Kinder und Jugendliche

Gruppe	IG				KG				
	Zeitraum	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Präzeitraum	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
N	456	456	455	455	447	447	447	447	447
N mit Fall	131	140	114	78	136	124	74	63	63
Mittelwert	225,77 €	245,27 €	180,90 €	154,28 €	247,98 €	224,80 €	144,09 €	109,59 €	109,59 €
Standardabweichung	473,84 €	505,50 €	447,04 €	465,56 €	537,92 €	560,18 €	517,43 €	449,47 €	449,47 €
Minimum	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
25%-Perzentil	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
Median	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
75%-Perzentil	117,54 €	169,91 €	12,96 €	0,00 €	306,86 €	87,99 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maximum	2.643,12 €	3.099,05 €	3.013,02 €	3.156,00 €	4.479,10 €	4.583,40 €	4.999,11 €	5.866,87 €	5.866,87 €

14.5.11 Zusatztabelle Patientenmix, Kinder und Jugendliche

Tabelle 455: Anzahl Patienten je Klinik, Kalenderjahr und Behandlungssetting, Kinder und Jugendliche

Behandlungssetting	2013			2014			2015			2016			2017			2018		
	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert	IG	KG	p-Wert
vs+TK+HT+PIA																		
vs+TK+PIA	15	27	0,089	27	46	<0,001	<10	50	0,396	<10	47	0,072	<10	61	0,025	<10	66	0,052
vs+TK+HT																		
vs+HT+PIA																		
TK+HT+PIA																		
vs+TK	<10	12	1,000	<10	23	1,000	<10	32	1,000	<10	25	0,660	<10	35	0,381	<10	38	0,152
vs+PIA	69	215	0,205	97	512	1,000	130	558	1,000	147	655	0,660	123	680	0,743	115	579	0,460
vs+HT																		
TK+PIA	14	96	0,361	25	166	0,561	29	149	1,000	23	158	0,660	21	179	0,255	20	187	0,149
TK+HT																		
HT+PIA																		
vs	34	147	1,000	75	558	0,002	118	514	1,000	112	558	1,000	126	611	0,743	114	509	0,081
TK	<10	48	0,236	<10	109	0,039	<10	115	<0,001	<10	109	0,072	<10	87	0,255	<10	107	0,008
PIA	354	1.499	1,000	561	2.528	0,006	607	2.711	1,000	606	2.907	0,660	637	3.201	0,255	586	3.294	0,722
HT																		
Gesamtergebnis	493	2.044	0,029	799	3.942	<0,001	898	4.129	0,011	899	4.459	0,011	918	4.854	0,006	842	4.780	<0,001

vs = vollstationär; TK = Tagesklinik, PIA = Psychiatrische Institutsambulanz; HT = Home-Treatment.

14.5.12 Zusatztabellen Effizienz – U2 Betrachtung der Kohorten, Kinder und Jugendliche

Abbildung 172: Effizienz für vollstationäre Behandlungstage, Betrachtung der einzelnen Kohorten von U2 (klinikneue Patienten), Kinder und Jugendliche

